

Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

Contributos do EEESMO na promoção da integridade perineal na mulher em trabalho de parto

Nádia da Conceição Bértolo

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

Contributos do EEESMO na promoção da integridade perineal na mulher em trabalho de parto

Nádia da Conceição Bértolo

Professora Irene Soares

2014

Para a realização deste trabalho de, tive o privilégio de contar com a colaboração de algumas pessoas e a quem desejo expressar os meus mais sinceros agradecimentos.

Quero agradecer à minha orientadora, Professora Irene Soares, pelo incentivo nos momentos mais difíceis, ajuda, conselhos, orientações e disponibilidade.

Quero agradecer ao meu filho Tomás que nasceu no início do estágio, não só por ter sido a melhor surpresa da minha vida, mas por ter despertado em mim sentimentos que me tornaram mais próxima de cada mulher/casal e recém-nascido com quem contactei durante este período.

A todas as pessoas que de alguma maneira me ajudaram, colegas, amigos, familiares. Obrigada pelas palavras de incentivo, pela força e ânimo que me proporcionaram.

“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo – é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas é mais preciso ainda.”

Antoine de Saint Exupéry

SIGLAS

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

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – *International Confederation of Midwives*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCOG – *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*

TP – Trabalho de parto

RESUMO

Enquadramento: Este Relatório de Estágio apresenta o percurso do Estágio com Relatório, integrado no 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL, focalizando o aprofundamento teórico e o desenvolvimento de competências nas estratégias de cuidados de enfermagem especializados na promoção da integridade perineal. O trauma perineal é um dos problemas mais frequentes do parto vaginal que pode ter um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres.

Método: A metodologia utilizada foi baseada na Revisão Sistemática da Literatura, procurando resposta para a questão, em formato PICO: Que intervenções (I) utilizam os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (P) para promover a integridade perineal da mulher que se encontra em trabalho de parto(O)?

A pesquisa em bases de dados foi realizada através dos seguintes motores de busca Ebsco Web (CINALH plus with full text, MEDLINE with full text, Cochrane database of systematic reviews), B-on, Scielo Brasil, tendo sido selecionados oito artigos.

Resultados: As intervenções mais referidas foram: massagem perineal com o uso de um lubrificante, método *hand on* (proteção perineal ativa) e método *hands off* (proteção perineal expectante), posição vertical e lateral durante o parto.

Conclusão: Os resultados encontrados neste estudo não são suficientes para apoiar o uso ou o “desuso” de determinada prática, no entanto convidam-nos à reflexão sobre estratégias a desenvolver no futuro, de modo a serem implementados programas de intervenção adequados tendo em vista a redução do traumatismo perineal durante o parto e consequentemente a promoção da saúde e do bem-estar das mulheres.

Palavras-chave: Parto; Perineo; Episiotomia.

ABSTRACT

Background: This Internship Report presents the course of the Internship with Report, as part of the 3rd Masters Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing of the ESEL, focusing on theoretical and skills development of nursing specialized care strategies to promote perineal integrity. The perineal trauma is one of the most frequent problems of childbirth and can have a negative impact on Woman`s quality of life.

Method: The methodology used was based on Systematic Literature Review, seeking an answer to the question in PI[C]O format:

What interventions (I) use the Nurse-midwives (P) to promote perineal integrity of the woman in labor (O)?

The research on databases was performed using the following search engines Ebsco Web (CINALH plus with full text, full text with MEDLINE, Cochrane database of systematic reviews), B-on, Scielo Brazil, eight articles were selected.

Results: The most referred interventions were: perineal massage with the use of a lubricant, hands on method (active perineal protection) and hands off method, vertical and lateral position, on labor.

Conclusion: The results found on this study are not enough to support the use or "disuse" of a certain practice, however they invite us to reflect on strategies to develop in the future, in a way can be implemented in appropriate intervention programs aimed at reducing perineal trauma during childbirth thus promoting health and well-being of women.

Keywords: Childbirth; Perineum; Episiotomy.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1 - FINALIDADE E OBJETIVOS | 14 |
| 2 - MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN | 16 |
| 3 - ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS | 19 |
| 3.1 - Objetivo nº1 | 20 |
| 3.2 - Objetivo nº2 | 21 |
| 3.3 - Objetivo nº3 | 25 |
| 3.4 - Objetivo nº4 | 29 |
| 3.5 - Objetivo nº5 | 30 |
| 3.6 - Objetivo nº6 | 30 |
| 3.6.1 - Revisão Sistemática da Literatura | 31 |
| 3.6.1.1 - Objeto de Estudo | 31 |
| 3.6.1.2 - Enquadramento Teórico..... | 32 |
| 3.6.1.3 - Metodologia. | 51 |
| 3.6.1.4 - Resultados... .. | 52 |
| 3.6.1.5 - Discussão dos Resultados..... | 55 |
| 3.6.2 - Pratica Baseada na Evidência | 56 |
| 4 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 64 |
| 5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 65 |
| 6 - SUGESTÕES PARA A PRÁTICA..... | 67 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 68 |
|---------------------------------------|-----------|

| | |
|--|-----------|
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS | 70 |
|--|-----------|

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO

APÊNDICE II – JORNAL DE APRENDIZAGEM 1

APÊNDICE III – JORNAL DE APRENDIZAGEM 2

APÊNDICE IV – PLANO DA SESSÃO – PERINEO

APÊNDICE V – SESSÃO: PREPARAÇÃO PARA O PARTO/PARENTALIDADE - PERINEO

APÊNDICE VI – TABELA - INTEGRIDADE PERINEAL

APÊNDICE VII– TABELAS

APÊNDICE VIII – ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, Relatório de Estágio, insere-se na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrada no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Esta experiência clínica decorreu na Sala de Partos de uma maternidade na região de Lisboa, com início a 11 de Junho e término a 23 de Novembro de 2013, com um total de cerca de 500 horas presenciais, sob a orientação da docente da ESEL, Professora Irene Soares, e da orientadora do local, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia (EEESMO).

Além de dar resposta aos conteúdos programáticos do CMESMO, este estágio vai ao encontro das diretivas europeias relativas ao reconhecimento das qualificações profissionais dos EEESMO, publicada na Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de setembro, e transposta para o direito nacional na Lei nº 9/2009 de 4 de março, página 1515, quando se refere ao ensino prático e ao ensino clínico do programa de estudos para as parteiras:

- “Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica (...);
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura (...);
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;

- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia”.

No mesmo artigo também é referido que...

“o ensino clínico deve ser efetuado sob forma de estágios orientados nos serviços de um centro hospitalar ou em outros serviços de saúde aprovados pelas autoridades ou organismos competentes. Durante essa formação, os formandos participarão nas atividades dos serviços em causa, na medida em que contribuam para a sua formação, e serão iniciados nas responsabilidades que as atividades de parteira implicam”.

Os objetivos definidos, bem como as atividades delineadas para este estágio, baseiam-se nas competências definidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, da Ordem dos Enfermeiros, e nas competências descritas pela *International Confederation of Midwives* (ICM) e encontram-se descritos no Projeto Individual de Aprendizagem (Apêndice I).

A elaboração deste relatório representa a análise crítica e reflexiva sobre as atividades e resultados obtidos durante o estágio, tendo em vista o meu desenvolvimento de competências como futuro EEESMO, promovendo intervenções que contribuirão para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados à parturiente e família durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Será também abordada a temática da **proteção perineal**, problemática que propus aprofundar, de modo a desenvolver competências especializadas nesta área da Obstetrícia, utilizando a metodologia da revisão sistemática da literatura, refletindo sobre a evidência científica e transpondo-a para a minha prática como futuro EEESMO.

Este relatório terá sempre em conta as linhas orientadoras do plano de estudos da ESEL e as competências do EEESMO referenciadas pela OE e pela ICM.

O enfermeiro especialista é aquele que tem...

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e

tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.” (OE, 2010b)

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) foram definidos os quatro domínios comuns de competências dos enfermeiros especialistas (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Gestão da Qualidade, Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais). Também foi delineado um perfil de competências específicas para cada especialidade, tendo sido definidas como competências para o EEESMO – cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, nunca esquecendo a atuação nos cuidados do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2010a).

De forma a refletir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências, torna-se necessária a elaboração de um relatório que facilite este processo, pois “os modelos de formação para a competência visam ajudar, de forma integrada, cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a refletir sobre as práticas” (DIAS, 2006).

Assim sendo, os objetivos deste relatório de estágio são:

- Analisar e refletir sobre os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do estágio com relatório, para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da saúde materna e obstetrícia;
- Analisar e refletir sobre os conhecimentos e as competências adquiridas, ao nível dos cuidados perineais utilizados durante o segundo estadio de trabalho de parto (TP) que promovem a integridade perineal, dotados de rigor científico e baseado na metodologia de revisão sistemática da literatura;
- Desenvolver a capacidade reflexiva e de análise do meu processo ensino / aprendizagem
- Apresentação e discussão sobre o meu percurso formativo com vista à atribuição de grau de mestre.

Sentindo necessidade de referência num modelo conceptual da prática de enfermagem, selecionei o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. A aplicação de um

modelo teórico, num estudo, serve de guia para aprofundar os conhecimentos e orientar a prática da enfermagem, pois “os modelos conceituais podem servir de quadro de referência num estudo” (FORTIN, 1999).

Este relatório está estruturado em sete capítulos:

No primeiro capítulo irei descrever a finalidade e os objetivos do estágio com relatório. No segundo capítulo irei definir o modelo teórico de enfermagem de referência. No terceiro capítulo irei refletir sobre os objetivos e as atividades desenvolvidas ao longo do estágio com relatório, onde também irei incluir a Revisão sistemática da literatura, irei caracterizar o objeto de estudo, fazer um enquadramento teórico, descrever a metodologia de trabalho utilizada e discutir os resultados obtidos seguidamente, irei refletir sobre as atividades e competências desenvolvidas à luz à evidência científica. No quarto capítulo irei descrever algumas limitações do estudo. No quinto capítulo abordarei questões éticas. No sexto capítulo irei incluir algumas sugestões para a prática. No sétimo capítulo irei realizar uma análise crítica dos aspetos mais relevantes deste percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências concluindo deste modo o relatório de estágio.

1. FINALIDADE E OBJECTIVOS

O estágio tem como finalidade desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados especializados em Saúde Materna e Reprodutiva, a todos os níveis de prevenção e a demonstrar comportamentos e capacidades adequadas a um desenvolvimento pessoal e profissional como futuro EESMO.

Como refere Longarito (2002, p. 28) os períodos de ensino clínico constituem um “espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico-reflexivas”, tendo sempre como base um projeto com objetivos e atividades delineadas.

Tendo em conta a legislação da formação de parteiras e as competências específicas definidas pela OE no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, intitulado Regulamento n.º 127/2011, bem como as competências descritas pela ICM, foram definidos os seguintes objetivos para o estágio com relatório:

- **Objetivo nº1** - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher e família que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica durante o período pré-natal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar, tratando precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.
- **Objetivo nº2** - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher e família durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.
- **Objetivo nº3** - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher, recém-nascido e família no período pós parto no sentido de potenciar a saúde e bem estar da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

- **Objetivo nº4** - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autônomos e interdependentes à mulher e família que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar, tratando precocemente complicações.
- **Objetivo nº5** - Desenvolver a capacidade de reflexão e análise crítica sobre as atividades de aprendizagem ao longo do estágio com relatório, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal como futuro ESMOG.
- **Objetivo nº6** - Desenvolver competências na área da proteção perineal durante o trabalho de parto.

Os objetivos referidos, bem como as atividades delineadas, foram descritas no Projeto Individual de Aprendizagem (Apêndice I)

Durante a Unidade Curricular Estágio com Relatório tive sempre presente os objetivos deste estágio, procurando desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, através do comportamento ético, que me permitissem prestar cuidados de excelência à mulher/RN/família, como preconizado no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

2. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

Para desenvolver as competências específicas do EEESMO e de forma a dar resposta à questão formulada foi necessário planear atividades, tendo um quadro de referência baseado num modelo de enfermagem. O modelo teórico de referência foi o de Betty Neuman, pois este Modelo de Sistemas é uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente originalmente desenvolvida para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interação com o ambiente. Enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto (ALLYGOOD e TOMEY, 2002).

O modelo de Betty Neuman trabalha a pessoa-cliente, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem como conceitos chave.

Este Modelo de Sistemas encara a pessoa, denominada de cliente, de uma forma global e multidimensional, diferenciando de alguns modelos teóricos que abordam o indivíduo como ser compartimentado. Este sistema encara todos os elementos em constante interação, adotando uma visão holística do cliente e estabelecendo uma relação dinâmica integrada na família, grupo ou comunidade.

Betty Neuman denomina a pessoa como *sistema-cliente* e define-o como um composto dinâmico, formado por uma estrutura básica a que chama *core* (NEUMAN E FAWCETT, 2011). O *core* é encarado como a energia básica, contendo os fatores de proteção e sobrevivência do ser humano e é composto pelas variáveis físicas, psíquicas, sociais, espirituais e de desenvolvimento que estão em permanente intercâmbio de informação, energia e matéria com o ambiente. Também o ambiente é definido em três dimensões: intra, extra e intersistema. Perante este intercâmbio permanente entre cliente e ambiente existe um mecanismo de adaptação aos estímulos – para isso o *core* encontra-se protegido por um conjunto de linhas de defesa contra os *stressores*, (fenómenos provenientes dos estímulos do ambiente).

A linha de defesa mais externa é denominada de Linha Flexível de Defesa (LFD) e tem como função impedir a invasão do sistema pelos *stressores*, através da mobilização dos recursos do próprio sistema. A Linha Normal de Defesa (LND) é uma linha estável de resposta padrão aos *stressores*, definindo a manutenção do padrão de saúde normal do cliente.

O nível mais elevado de proteção do *core* é chamado de Linha de Resistência e é definido pelos fatores de proteção interna, estimulados pela reação do sistema à invasão da LND pelos *stressores* – têm como finalidade o restabelecimento do equilíbrio do sistema, levando a uma adaptação traduzida num melhor nível de saúde.

A saúde é tida como um equilíbrio dinâmico entre o bem-estar e o mal-estar, sendo o grau de bem-estar relacionado com a quantidade de energia dispendida para recuperar e manter o equilíbrio (NEUMAN e FAWCETT, 2011).

As trocas entre o sistema-cliente e o ambiente sujeitam o primeiro a diversos *stressores*. Os *stressores* podem ser positivos ou negativos, sendo esta reação determinada pela resposta do cliente à sua invasão das LFD e LND. Neuman também define como meta principal dos cuidados de enfermagem o equilíbrio e estabilidade do sistema-cliente, sendo essencial a avaliação dos efeitos do *stressor*.

Neuman vê a enfermagem como uma profissão única que tem em conta as variáveis que influenciam a resposta da pessoa ao enfrentar um *stressor*. Os cuidados de enfermagem -são perspetivados como intervenções que visam a integridade da pessoa e que se interessam por todas as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de *stress*, com o objetivo de lhes reduzir o efeito. (LOPES, 2000).

O modelo engloba três níveis de prevenção (ALLYGOOD e TOMEY, 2002):

- A prevenção primária, é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um *stressor* prejudicial;
- A prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos *stressores* através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença;
- A prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do *stressor* depois do tratamento.

A prevenção primária vai reforçar as LFD, através da identificação e redução dos fatores de risco associados a *stressores* ambientais – a promoção da saúde e prevenção da doença. A Educação para a Saúde e a mobilização de recursos para a redução dos *stressores* e o aumento da capacidade de resistência do *core*, são ações de enfermagem prioritárias a este nível de prevenção.

Na prevenção secundária o objetivo é reforçar as LND, tentando prevenir os efeitos nocivos dos *stressores* e a proteção do *core*, é aqui que cabem os cuidados de enfermagem relacionados com a detecção precoce dos sinais e sintomas, o tratamento precoce das queixas, de forma a retomar o equilíbrio e bem-estar.

A prevenção terciária relaciona-se com os cuidados após o desequilíbrio do sistema são os cuidados de reajustamento e de manutenção e representam a regresso e manutenção da estabilidade do sistema após o tratamento da reação ao *stressor*, podendo levar a um bem-estar num nível superior ou inferior ao anterior.

Estas diferenças no nível de bem-estar estão relacionadas com o reforço ou dano das capacidades das linhas de defesa, através da aquisição ou perda de capacidades para lidar com as agressões ambientais.

O trauma perineal é um fenómeno que leva à estimulação do sistema por múltiplos *stressores*, maioritariamente negativos. Estes estímulos vão provocar respostas adaptativas no sistema através das reações das LFD e LND, de forma a prevenir o desequilíbrio. Segundo Pearson e Vaughan (1992) estas respostas adaptativas ocorrem a nível intra (intrínsecos ao cliente-sistema) inter (quando ocorre pela interação com mais sistemas), ou extra-sistémicos (quando são externos ao sistema).

É essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação de confiança com o cliente de forma a atuar aos três níveis de prevenção, com o objetivo de readquirir o equilíbrio do sistema.

3. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este capítulo destina-se a refletir sobre a prática clínica e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstetrícia, pois as competências surgem quando os sujeitos aplicam eficazmente e em situações concretas o que aprenderam em contexto formativo (LE BOTERF, 1994).

Esta reflexão foca-se numa análise das atividades planeadas e desenvolvidas. Também é um espaço privilegiado de reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem, focando as principais estratégias utilizadas e as competências adquiridas e desenvolvidas, baseadas no Modelo de Sistemas de Betty Neuman identificando os aspetos positivos e negativos durante este processo de aprendizagem. Os cuidados de enfermagem especializados prestados ao cliente, através dos três níveis de prevenção, proporcionam apoio e estratégias facilitadoras para uma vivência saudável do parto, fortalecendo o *core* do sistema, promovendo o reforço da Linha Flexível de Defesa (por criação de novos recursos internos) e também da Linha de Resistência (pelo reforço dos fatores de proteção interna após o estímulo dos *stressores*).

O estágio a que se refere este relatório foi realizado na Sala de Partos de uma maternidade na região de Lisboa.

Os cuidados de saúde na área da Saúde Materna e Obstetrícia fizeram, até à data, parte integrante do meu percurso profissional, levando a que existisse uma grande curiosidade e motivação para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta área.

A integração e adaptação à unidade decorreram sem intercorrências e de forma muito agradável, dada a disponibilidade e simpatia de toda a equipa multidisciplinar, com especial relevância para a minha orientadora, que estabeleceu comigo uma relação de apoio e de mobilização de saberes, estando sempre presente nos momentos necessários.

Passarei assim, a descrever, analisar, refletir e avaliar os resultados obtidos face aos objetivos delineados para este estágio com relatório.

3.1 Objetivo nº1 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autônomos e interdependentes à mulher e família que recorre ao serviço de Urgência Obstétrica durante o período pré-natal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar, tratando precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Este, foi um dos grandes objetivos deste estágio, tendo tido oportunidade de prestar cuidados especializados a grávidas com patologia, internadas em vigilância na sala de partos. As patologias mais frequentes foram a Ameaça de Parto Pré-Termo, Pré-Eclâmpsia, Diabetes Gestacional, Hipertensão Arterial (crónica e induzida pela gravidez). Senti necessidade de realizar revisão da literatura e de aprofundar conhecimentos teóricos durante todo o estágio, associada aos saberes práticos e esclarecimentos por parte da enfermeira orientadora, seguindo a premissa da Competência 1 da ICM no que diz respeito aos comportamentos profissionais em que refere que o EEESMO “atualiza os seus conhecimentos de forma a manter a sua prática atualizada” (ICM, 2011). A formação em enfermagem integra e mobiliza os vários conhecimentos adquiridos alternadamente em contexto escolar e em períodos de prática em contexto de trabalho (nos ensinamentos clínicos/estágios). Durante o curso pretende-se articular vários conhecimentos, como sendo “saberes teóricos que permitem conhecer o objeto e as suas modalidades de transformação; saberes processuais respeitantes aos modos de fazer, às modalidades de organização dos procedimentos, às maneiras como funcionam; saberes práticos, diretamente ligados à ação e ao seu desenvolvimento (...); saberes-fazer, relativos à manifestação dos atos humanos, motores na ação material, intelectuais na ação simbólica, que constituem o «saber em uso» ” (MALGLAIVE, 1995). Neste sentido, o saber prático e o saber-fazer implicam prática e experiência, que podemos obter através dos estágios, mas principalmente no contexto de trabalho do dia-a-dia, no entanto, “é através da reflexão sobre os problemas com os quais o indivíduo é confrontado no dia-a-dia que a experiência se torna efetiva” (PEREIRA et al, 2007, p. 52).

Nestas situações, além dos cuidados técnico-científicos, é primordial a educação para a saúde, também referida como competência essencial do EEESMO pela ICM (2011) quando refere “usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada”. A educação para a saúde “deve capacitar as pessoas,

fazer nascer consciência crítica, tornar as pessoas conscientes de fatores (...) que possam prejudicar a saúde” (CARVALHO, 2006) e tem um papel ainda mais importante, já que as alterações no papel social e familiar vão implicar necessidades e responsabilidades acrescidas, sendo vital reforçar as competências da família, sempre com a finalidade de um desenvolvimento fetal saudável. Procurei aproveitar todas as oportunidades para informar, instruir e capacitar a grávida e acompanhante, de forma a promover o desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade, pois a autonomia e responsabilização parental serão os pilares de uma parentalidade responsável e gratificante. Procurei informar sobre sinais e sintomas de risco, medidas a adotar para minimizar as queixas e a sintomatologia e sobre estratégias para minorar o impacto da patologia sobre a gestação, sempre adequadas à idade gestacional e necessidades identificadas em cada situação, como é descrito nos critérios de avaliação da Competência 2 da OE (2010a) “informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco” e “informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos”.

Desenvolvi e aperfeiçoei capacidades e competências na avaliação do “bem-estar materno fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2010a), através da interpretação do traçado cardiotocográfico, da deteção precoce de sinais de alerta e da referenciação à equipa multidisciplinar das situações que estão para além da minha área de atuação, cooperando “com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez” (OE, 2010a). Em todos os cuidados especializados que prestei, procurei obter o consentimento informado, de forma a fomentar a decisão esclarecida, promover a privacidade da grávida e acompanhante, bem como prestar apoio psicológico sempre que necessário.

Face ao descrito considero ter atingido o objetivo traçado.

3.2 Objetivo nº2 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher e família durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

Foram realizadas inúmeras atividades, algumas descritas seguidamente, tendo sempre presente a promoção de um ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e feto/recém-nascido.

As dificuldades iniciais na realização e interpretação da cervicometria, da bacia materna e da estática fetal, para dar resposta ao critério de avaliação da Competência 3 da OE (2010a) que refere que o EESMO “avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto”, foram ultrapassadas à medida que decorreu o estágio. Para alcançar esse objetivo, foi fundamental a ajuda da enfermeira orientadora, dos seus conhecimentos práticos e o aprofundar dos meus conhecimentos teóricos nesta área.

A pesquisa de expectativas e desejos, a promoção do envolvimento do acompanhante e também o suporte emocional foram essenciais em todas as fases do trabalho de parto (OE, 2010a), permitindo uma parceria harmoniosa no processo de cuidados. O parto é um momento de transição, de transformações físicas e emocionais, no qual há necessidade de apoio e compreensão para que a parturiente possa enfrentá-lo e assumir um papel ativo relativamente às suas necessidades e às do seu bebé. A presença de um acompanhante assume um papel de suporte psico-afetivo e social, favorecendo o conforto e encorajamento. Para Motta e Crepaldi (2005) “vivenciar ansiedades próprias do trabalho de parto, e possíveis sensações de angústia, torna-se mais difícil quando a mulher não está acompanhada de um parente ou de seu companheiro”. É preciso encontrar estratégias para incluir o pai nesta dinâmica e torná-lo mais participativo pois, para Feldman (2001)”. É importante que a mulher tenha a seu lado uma pessoa com quem detenha vínculo emocional. A finalidade da sua presença é oferecer apoio, segurança e consolo por meio de palavras, carinho e contacto físico, evitando que a parturiente se sinta ansiosa, com medos e solitária (BARROS, 2006). O parto é o momento em que culmina a gravidez e se dá o nascimento do filho, sendo, por esta razão, espectável que termine tal como começou – num momento íntimo, partilhado pelo casal, dispostos a conceber uma nova vida (FERNANDES, 2000). Para Barros (2006) a presença do acompanhante tem vários benefícios, como o encurtamento do trabalho de parto, a diminuição dos pedidos de anestesia, a diminuição de depressão pós-parto e a menor necessidade em recorrer a partos instrumentalizados/cirúrgicos. Além disso, influencia positivamente a formação de laços afetivos familiares.

Assistem-se, atualmente, a mudanças neste sentido e cada vez mais se enfatiza e se incentiva a presença do pai durante este processo, tão importante para o casal. Neste sentido, a legislação portuguesa, com a Lei 14/85 de 6 de julho, assegura o direito a acompanhamento da parturiente durante o trabalho de parto em todos os hospitais. Sempre que possível e sempre que foi vontade da grávida, procurei promover a presença do pai ou de uma pessoa significativa na sala de partos durante todas as fases do TP, de acordo com o protocolo de atuação da maternidade e de acordo com a legislação portuguesa em vigor. O acompanhamento da parturiente durante todo o TP foi um desafio muito gratificante, permitindo o desenvolvimento de competências relacionais com a mulher e o acompanhante, aperfeiçoando a utilização das técnicas de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Procurei ficar atenta, porque nem todos os homens se sentem preparados para um momento destes: a ideia de ver nascer o filho pode desencadear, eventualmente, ansiedade e angústia. No entanto senti que a maioria dos pais entraram na sala de partos sem dúvidas ou hesitações. Foi minha preocupação, aquando da presença do acompanhante na sala de partos, providenciar meios de forma a que este não assistisse ou visse a vulva da grávida. O acompanhante assistiu sempre ao parto da mesma perspetiva da parturiente, junto da sua cabeceira, providenciando suporte emocional. Existe escassez de estudos relativamente a esta temática e até mesmo relativamente às vivências sexuais dos pais no pós-parto e estes são tradicionalmente relegados para um papel secundário e tangencial. O pai, no caso ter assistido ao parto, “pode ter sido perturbado pelo aspeto da vulva da sua esposa com sangue, penetrada por dedos desconhecidos, distendida para deixar passar o bebé, cortada e rasgada”. No entanto, se o pai esteve ausente, tudo se passa no seu imaginário, o que nem sempre é mais fácil do que a realidade (BIA, 2010). Pacey (2004) refere que o homem pode sofrer alguns problemas sexuais após o nascimento do filho, que incluem disfunção erétil e ejaculação precoce associados à sua presença durante o parto.

Sempre que possível, questionei o acompanhante ou grávida se pretendiam cortar o cordão umbilical do recém-nascido, com o meu apoio, reforçando a sua identidade como agente ativo e participativo no parto, reforçando os laços afetivos com a mulher e favorecendo a vinculação precoce. A maioria dos acompanhantes,

com os quais tive oportunidade de contactar ao longo deste ensino clínico, cortou o cordão umbilical, no entanto, houve alguns que não o quiseram fazer, referindo que não pretendiam ver o cordão e o sangue, que os perturbava. Os profissionais de saúde têm no momento do parto um momento privilegiado, pois podem influenciar positivamente os pais, encorajando-os a prestar cuidados ao seu bebé e fazendo-os valorizar-se a si próprios e ao seu bebé como ser humano que pode causar emoções excitantes (BRAZELTON, 1988). Para Barros (2006), o acompanhante deverá ser estimulado a realizar, por exemplo, o corte do cordão umbilical, quando possível, de forma a participar e de se envolver no nascimento, pois, de acordo com Brazelton (1988) o envolvimento do pai, durante o trabalho de parto, reforça a sua identidade como agente participativo e ativo, reduzindo a sensação de estar excluído, além, de reforçar os laços afetivos com a mulher, favorecendo a vinculação precoce.

A relação que estabeleci com as parturientes e com os seus acompanhantes foi muito positiva e acredito que houve momentos em que fez a diferença. O apoio profissional às mulheres no parto tem quatro dimensões (FAME, p. 74):

- “- Apoio informativo: consiste em informar e aconselhar as mulheres com uma terminologia que seja compreensível sobre as diferentes atividades que se realizam, sua finalidade e suas limitações, a evolução do parto e o estado de feto.
- Apoio físico ou táctil: trata-se de oferecer todas as medidas que ajudam a melhorar o conforto e a comodidade, como manter a roupa da mulher e a cama limpa e seca, facilitar a eliminação de fluidos, manter a hidratação da mucosa oral, facilitar a ingestão, ou oferecer a possibilidade de banhos ou duches; assim como oferecer medidas de alívio de mal-estar ou dor como as técnicas respiratórias, as massagens, a mobilidade e as mudanças posturais.
- Apoio emocional: consiste na assistência presencial contínua no parto, quer dizer, manter uma atitude empática, amável e paciente, cuidar a linguagem verbal e não-verbal, potenciar a autoconfiança, reforçando e premiando verbalmente a conduta da mulher, animá-la e tranquilizá-la se necessário.
- Representação: baseia-se em ajudar a mulher a expressar e comunicar as suas decisões e desejos.”

O desenvolvimento e aquisição de novas competências técnico-científicas no cuidado especializado durante os quatro estádios do TP foram trabalhados durante todo o estágio permitindo uma autonomia crescente em todas as atividades desenvolvidas, embora sempre com a supervisão e apoio da enfermeira orientadora, suporte basilar no aperfeiçoar das competências.

A aplicação de “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (OE, 2010a) foi a atividade mais esperada e desejada durante o ensino clínico. Foi muito gratificante partilhar este momento com tantas mulheres e acompanhantes, promovendo, sempre que possível, a vinculação precoce, o corte do cordão umbilical pelo acompanhante e o contacto pele-a-pele logo após o parto. Realizei 40 partos eutócicos com supervisão da EEESMO orientadora e assisti a mais de 30 partos distócicos com fórceps e/ou ventosas, assim como a cesarianas, por diversas razões (incompatibilidade feto-pélvica, suspeita de sofrimento fetal, distocias de progressão ou rotação, entre outros).

A aplicação de técnicas de reparação do canal de parto, quer por ter sido necessária a realização de episiotomia, quer por ter ocorrido alguma laceração, foi um desafio que ultrapassei passadas algumas semanas, seguindo o que está preconizado pela OE (2010a) quando refere que o EESMO “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”.

Houve duas situações que me marcaram particularmente. Realizei o parto de um feto-morto e realizei o parto de um recém-nascido que foi dado para adoção, a meu ver situações bastante tristes e difíceis para todos os intervenientes. Ambas as situações potenciaram um crescimento pessoal e profissional, por promover momentos de pesquisa e reflexão sobre a prática clínica (Apêndice II e III).

3.3 Objetivo nº3 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher, recém-nascido e família no período pós parto no sentido de potenciar a saúde e bem estar da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

A promoção da vinculação e do aleitamento materno foram os principais focos, para a promoção e potenciação de competências parentais.

Sempre que possível, procurei ser o enfermeiro responsável pelos primeiros cuidados aos recém-nascidos. Verifiquei a funcionalidade de todos os equipamentos antes do nascimento, preparando a unidade com todo material necessário e assegurei todos os cuidados imediatos ao RN após o seu nascimento, de forma autónoma ou em parceria com o médico pediatra, assegurando “a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte à vida extra-uterina” (OE, 2010a). Os cuidados imediatos ao recém-nascido incluíram a secagem do líquido amniótico com um pano esterilizado, o posicionamento do bebé em decúbito dorsal com uma leve extensão da cabeça para facilitar a entrada de ar, avaliação do Índice de Apgar, colocação do bebé em contacto pele a pele com a mãe e a clampagem e corte do cordão umbilical.

Ultimamente, diversos estudos científicos têm evidenciado os benefícios do clampagem tardia do cordão umbilical, pelo que este procedimento foi realizado de acordo com esses resultados. Retardar pelo menos 2 minutos o corte do cordão promove uma transferência adicional de 20 a 30 ml/kg de sangue da placenta para o recém-nascido e este processo associa-se a benefícios neonatais que se estendem durante a infância: melhora do hematócrito, melhora da concentração de ferritina e redução do risco de anemia. O clampagem imediata do cordão pode privar o recém-nascido até 25% do volume circulante, especialmente se a respiração espontânea ainda não se tiver iniciado (HUTTON e HASSAN, 2007). Um estudo realizado na Suécia entre Abril de 2008 e Novembro de 2009 avaliou os níveis de ferro de 400 bebés até aos quatro meses de vida. Em metade dos recém-nascidos, o cordão umbilical foi cortado pelo menos três minutos após o nascimento e na outra parte o corte foi feito cerca de dez segundos após o parto. Os resultados mostraram que os bebés que tiveram o corte tardio apresentavam melhores níveis de ferro aos 4 meses e tinham menor incidência de anemia neonatal (ANDERSSON, HELLSTROM e DAMELOF, 2011)

Favoreci em todos os partos e sempre que os recém-nascidos ofereciam estabilidade para isso, o contacto pele a pele com a mãe e o suporte/apoio do acompanhante, favorecendo a vinculação precoce.

“O contacto pele a pele, através de estímulos sensoriais como o tato, o calor e o odor é um potencial estimulante vagal que entre outros efeitos liberta ocitocina materna. A ocitocina, produz um aumento da temperatura da pele das mamas da mãe, o que proporciona calor ao recém-nascido. No momento do nascimento estabelece-se um vínculo afetivo mãe/bebé muito importante para o futuro desenvolvimento da infância.

Se bem que a existência ou não de contacto pele a pele não mostrou diferença significativa em alguns dos resultados fisiológicos do recém-nascido ou no apego materno, parece que o contacto oferece certos benefícios clínicos, em especial no que respeita à amamentação e ao choro” (FAME, 2009).

Na sala de partos, proporcionei sempre um ambiente favorável para o início precoce da amamentação implementando as medidas previstas no protocolo de atuação da maternidade, que é um Hospital Amigo dos Bebés. Todas as mulheres às quais realizei o parto pretenderam e amamentaram o seu bebé na primeira hora de vida.

“As mulheres que desejam devem poder iniciar a amamentação de forma precoce, na primeira hora de vida do recém-nascido. As parteiras têm de aconselhar e apoiar as mães que amamentam, e esta atividade deve considerar-se prioritária na distribuição dos tempos e atividades destas profissionais. Além de que, também, constitui um fator muito positivo para o êxito da amamentação” (FAME, 2009, p. 108).

Além disso, os mesmos autores referem que “o recém-nascido de termo que não se separa da mãe na primeira hora após o parto e que está sobre o abdómen materno em contacto pele a pele, sobe até à mama e inicia a sucção”, e acrescentam que a amamentação “favorece o vínculo afetivo entre mãe/filho(a)” (p. 109).

Foi favorecido o contacto físico e visual contínuo entre o bebé e um dos seus progenitores, tal como defendido por Montagner (1993) quando refere que o contacto físico, o contacto visual, o som da voz materna e o seu odor corporal são vitais no decorrer dos primeiros dias do bebé e é a partir das perceções deste período que ele cria os maiores laços, únicos e definitivos, daí a importância de que se reveste a problemática da vinculação. “O corpo da mãe tem um efeito calmante e consolador no bebé, pela sua proximidade. O cheiro é-lhe familiar, a pele macia e

quente; quando encosta a cabeça ao peito, ouve o bater do coração no ritmo familiar que ouviu ao longo dos nove meses. Esta sensação transmite segurança e integridade” (POCINHO, 2007).

Assim que possível foram realizados os restantes cuidados, administração da Vitamina K, determinação do peso, e colocada a pulseira de identificação.

Durante o puerpério imediato é essencial que os cuidados de enfermagem, tenham como base a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e ações de educação para a saúde que possam dar à mulher “ferramentas” para cuidar de si e do seu bebé.

Os cuidados de higiene e conforto foram uma constante, lavagem do perineo com água e secagem, através da troca do penso higiénico, da troca da camisa ou dos lençóis quando estes se encontravam húmidos ou sujos com sangue ou lóquios. Tentei proporcionar sempre um ambiente calmo e tranquilo, com uma temperatura agradável. O despiste de complicações foi feito através da avaliação dos sinais vitais, avaliação da involução uterina, através da palpação da altura do fundo do útero (globo de segurança de pinard) tonicidade, mobilidade e volume; avaliação das características dos lóquios (quantidade, cor, cheiro); observação do perineo (Edema, Hematoma, Equimose, Varizes) e da região anal (hemorroidal ou lesões do esfíncter anal/reto); estimulação da puérpera à micção espontânea. Existe risco de retenção urinária devido à anestesia local, analgesia epidural, traumatismo, edema da uretra e / ou do meato urinário, traumatismos do canal de parto (episiotomia, lacerações, hematomas) e a presença de globo vesical pode dificultar a involução uterina.

Procurei sempre transmitir informações sobre sinais e sintomas de risco no puerpério, bem como estratégias de prevenção, numa perspetiva de educação para a saúde, como descrito pela OE (2010a, p.6) quando refere que o EEESMO “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto”.

As ações educativas foram sempre ao encontro de uma escuta sensível e da valorização das especificidades das necessidades de cada mulher que sabidamente são influenciadas por expectativas sociais relativas ao exercício da maternidade.

Entre outros, houve assuntos que foram mais abordados como: O desconforto abdominal enquanto a puérpera se encontrava a amamentar o seu bebé esta foi uma queixa recorrente, sendo sempre explicado que essas dores são contrações uterinas, que se tornam mais intensas quando se encontra a amamentar e que

estas, favorecem a involução uterina, facilitam a eliminação dos lóquios e que são mais frequentes nas 48 a 72 horas após o parto; O desconforto e a dor perineal também foi uma queixa frequente pelo que ofereci e informei todas as puérperas relativamente às vantagens da terapêutica tópica fria (através de gelo moído ou gel) na redução desta dor; Em caso de necessidade foi administrado analgésico prescrito; Os cuidados perineais, pelo que foi reforçada a importância da higiene perineal diária para manter o perineo limpo e seco, da mudança frequente do penso. Também informei a puérpera dos sinais e sintomas de infeção, reparação inadequada, deiscência da sutura (dor, ardor, cheiro intenso ou dispareunia) e na eventual necessidade de recorrer ao Centro de Saúde da sua área.

Visitei algumas puérperas no serviço de internamento, no dia seguinte ao parto, de forma a avaliar os cuidados por mim prestados e reforçar a educação para a saúde realizada na sala de partos, informando, orientando e apoiando a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho (OE, 2010a). Nestas visitas, observei o períneo das puérperas com o objetivo de avaliar a qualidade das técnicas de reparação, tendo verificado que todas elas tinham boa evolução cicatricial. Estas visitas revelaram-se muito importantes e gratificantes por ter recebido alguns reforços positivos por parte das puérperas acerca dos cuidados por mim prestados.

Face ao descrito anteriormente considero ter atingido o objetivo traçado.

3.4 Objetivo nº4 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher e família que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar, tratando precocemente complicações.

Devido à dificuldade em atingir o número de partos exigido para a conclusão do Estágio e por estas competências terem sido desenvolvidas em Ensino Clínicos anteriores, após ponderação junto das orientadoras de estágio, face às necessidades formativas, deu-se prioridade à continuação do estágio na sala de partos.

3.5 Objetivo nº5 - Desenvolver a capacidade de reflexão e análise crítica sobre as atividades de aprendizagem ao longo do estágio com relatório, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal como futuro EESMO

Refletir sobre a ação é um processo importante, tal como refere Araújo e Cunha (2006) permite obter-se um esquema facilitador da aquisição de conhecimentos e auxiliar a integração da teoria com a prática. Os Jornais de aprendizagem (Anexo II e III) e a elaboração deste relatório surgem neste âmbito, contribuindo para a reflexão e introspeção, no sentido da construção de competências e no favorecimento da mobilização dos saberes.

Segundo Kolb, citado por Abreu (2007, p. 100) “a aprendizagem é o processo no decurso do qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência”. Desta forma, “é através da reflexão sobre os problemas com os quais o indivíduo é confrontado no dia-a-dia que a experiência se torna efetiva” (PEREIRA et al, 2007, p. 52).

O facto do meu estágio ter decorrido desfasado no tempo do estágio dos meus colegas de curso (devido ao nascimento do meu filho), não foi possível participar em sessões de análise de práticas, onde poderia ter obtido contributos para atingir este objetivo. No entanto, diariamente houve lugar para a discussão/reflexão com a Enfermeira Orientadora do trabalho realizado e mensalmente com a Professora Orientadora atitude quanto a mim muito positiva, no sentido que me transmitiu confiança nos cuidados desenvolvidos, e por outro lado senti como que se fosse uma avaliação dos cuidados e um reajuste na minha atuação.

Todas as atividades desenvolvidas durante o estágio com relatório foram baseadas no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO e no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nunca esquecendo os princípios éticos e deontológicos da Enfermagem.

Face ao descrito anteriormente considero ter atingido o objetivo traçado.

3.6 Objetivo nº6 - Desenvolver competências na área da proteção perineal durante o trabalho de parto.

A temática da proteção perineal durante o trabalho de parto foi aprofundada, de modo a desenvolver competências especializadas nesta área da Obstetrícia, utilizando a metodologia da revisão sistemática da literatura, refletindo sobre a evidência científica

e transpondo-a para a minha prática. Enquanto EEESMO temos uma responsabilidade acrescida de melhorar os procedimentos, de forma a proporcionar cuidados especializados e de excelência, utilizando a revisão sistemática da literatura com o intuito de dar um maior contributo à prática, baseando-nos na reflexão e evidência científica.

3.6.1 Revisão sistemática da literatura

A Revisão Sistemática da Literatura difere de uma revisão tradicional, pois é um método rigoroso de procura e seleção de pesquisas, avaliando a sua validade e interpretando os dados resultantes. A promoção e atualização dos profissionais de saúde e a síntese de um amplo corpo de conhecimentos (GALVÃO, SAWADA e TREVIZAN, 2004, p.550) são algumas das vantagens deste método.

3.6.1.1 Objeto de Estudo

Ao longo do último século, os avanços tecnológicos e científicos contribuíram para a melhoria dos resultados perinatais em obstetrícia, assistindo-se a uma diminuição acentuada da morbidade e mortalidade maternas, especialmente nos países desenvolvidos. As mulheres têm, por isso, expectativas elevadas em relação à gravidez e ao parto e, por conseguinte, sentem-se desiludidas quando surgem complicações no puerpério (THAKAR e SULTAN, 2009) (FERREIRA, 2011).

Até há bem pouco tempo, exerci funções num Serviço de Internamento de Puerpério e deparei-me, mais vezes que aquelas que desejava, com a dor perineal. Esta, é uma das complicações mais frequentes no puerpério, afetando a maioria das mulheres no período imediatamente a seguir ao parto (KETTLE et al, 2002) (FERREIRA, 2011). Segundo Glazener e MacArthur (2001), as complicações mais graves ocorridas no pós-parto, tais como eclâmpsia, embolia pulmonar ou hemorragia pós-parto, entre outras, são reconhecidas pelos profissionais de saúde, embora sejam pouco frequentes. No entanto, existe uma prevalência elevada de muitos outros problemas físicos e psicológicos que têm sido negligenciados pelos profissionais de saúde por serem considerados sintomas menores, mas que afetam significativamente o bem-estar e a saúde maternos (FERREIRA, 2011).

Apesar de todo o sofrimento que causa, a dor perineal a maioria das vezes é desvalorizada tanto pelas puérperas, como pelos profissionais de saúde pois as atenções estão focadas principalmente para o recém-nascido. No entanto, esta pode

ter repercussões negativas na qualidade de vida da puérpera, “comprometendo a realização de atividades diárias, afetando a sua capacidade para desempenhar as tarefas relacionadas com o exercício da maternidade e prejudicando o seu relacionamento familiar e social” (KETTLE e TOHILL, 2011).

Uma das maiores causas de dor perineal após o parto vaginal é o traumatismo perineal decorrente de lacerações espontâneas, episiotomia ou ambas. Embora as algias perineais estejam presentes mesmo em mulheres que não apresentam qualquer tipo de lesão visível no períneo, são mais frequentes nas mulheres com traumatismo perineal, existindo uma relação direta entre a extensão e complexidade das lesões e a dor subsequente. Assim, esta é tanto mais frequente e intensa quanto mais grave for o trauma perineal (ALBERS e BORDERS, 2007).

Atualmente o trauma perineal, afeta milhões de mulheres em todo o mundo, sendo um dos problemas mais frequentes do parto vaginal. Ainda assim, não é devidamente reconhecido nem avaliado pelos profissionais de saúde, pelo que é necessário implementar medidas efetivas que possam reduzir a sua ocorrência e a morbidade materna a ele associada (BICK et al, 2010).

A escolha do tema para a realização desta revisão sistemática da literatura, surge como resultado da minha inquietação perante esta problemática, com a qual me confrontei diariamente no exercício da minha profissão no serviço de puerpério.

Após a reflexão e alguma pesquisa bibliográfica senti necessidade de estudar mais profundamente esta área da obstetrícia e coloquei inicialmente a seguinte questão: - Que intervenções utilizam os enfermeiros ESMO para promover a integridade perineal da mulher que se encontra em trabalho de parto?

Ao trabalhar esta temática pretendo adquirir conhecimentos, competências e conhecer estratégias que possam ser utilizadas durante o segundo estadio do TP com o intuito de promover a integridade perineal, à luz da evidência científica disponível, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher, com o objetivo de minimizar o sofrimento das mesmas.

3.6.1.2 Enquadramento Teórico

Trauma Perineal

Durante o parto, a pressão exercida pela apresentação durante a descida no canal de parto e a “expulsão” do feto, faz com que a maioria das mulheres sofra de

algum tipo de **trauma perineal**... “ocorre na maioria dos partos vaginais devido a lacerações espontâneas, episiotomia ou ambas” (ALBERS et al, 1999).

O *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) estima que 85% das mulheres sofre algum tipo de trauma perineal durante o parto (RCOG, 2004).

O trauma perineal consiste na lesão dos tecidos da região perineal, podendo ocorrer espontaneamente durante o parto ou ser induzido cirurgicamente através da realização de episiotomia (GOULD, 2007).

A avaliação e classificação das lesões perineais são aspetos importantes na prática obstétrica, pois têm como objetivo identificar os traumatismos que necessitam de intervenção, possibilitando a implementação de medidas adequadas que permitam promover o processo de cicatrização e restaurar a função dos tecidos lesionados, contribuindo assim para a redução da morbidade materna no pós-parto (GOULD, 2007). As lacerações perineais espontâneas ocorridas no parto são classificadas de acordo com o envolvimento das estruturas anatómicas do corpo perineal (GOULD, 2007). O sistema de classificação internacional aprovado pelo RCOG abrange quatro categorias, designando de lacerações de primeiro grau as que afetam apenas a pele perineal; de segundo grau as que atingem o períneo, envolvendo os músculos perineais; de terceiro grau as que lesionam o períneo, envolvendo o complexo do esfíncter anal, sendo subdivididas em 3a (se lesionam menos de 50% do esfíncter anal externo), 3b (se lesionam mais de 50% do esfíncter anal externo) e 3c (se lesionam o esfíncter anal externo e o esfíncter anal interno); e, por último, de quarto grau as que atingem o períneo, envolvendo o complexo do esfíncter anal (externo e interno) e o epitélio anal (FERNANDO, 2007).

A episiotomia consiste na incisão cirúrgica efetuada na região do períneo, com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto (CARNIDE et al, 2011), contribuindo para abreviar o período expulsivo e facilitar o parto (GRAÇA, 2010a).

Segundo Graça (2010a), no caso das apresentações cefálicas, a episiotomia deve ser efetuada apenas na altura da “coroação”, ou seja, quando a apresentação distende o períneo, pois diminui a extensão da incisão e a hemorragia. De acordo com o autor, a episiotomia pode afetar diversas estruturas anatómicas. Na episiotomia médio-lateral são envolvidas as seguintes estruturas: fúrcula, mucosa e submucosa da vagina, músculos transversos superficial e profundo do períneo e

músculos pubo-coccígeos, podendo, por vezes, incluir as fibras do músculo bulbo-cavernoso. A episiotomia mediana envolve a fúrcula, a mucosa e submucosa da vagina e a aponevrose do núcleo perineal, havendo o risco de se prolongar por lacerações do esfíncter anal e da mucosa rectal, pelo que tem vindo a ser progressivamente abandonada, sobretudo na Europa.

O traumatismo perineal associado às lesões ocorridas na região dos lábios, parede vaginal anterior, uretra ou clitóris, tem geralmente poucas implicações na morbilidade materna. No entanto, o traumatismo perineal associado às lesões da parede vaginal posterior, músculos perineais ou esfíncter anal, pode ter um impacto significativo na morbilidade materna no período pós-parto (KETTLE e RAYNOR 2009). De acordo com Albers e Borders (2007), existe uma relação direta entre a extensão e complexidade das lesões perineais decorrentes do parto vaginal e a morbilidade materna subsequente, sendo esta tanto maior quanto mais graves forem essas lesões.

As lesões perineais associadas ao parto vaginal podem causar vários problemas às mulheres, não só a curto prazo, tais como dor perineal, hemorragia e necessidade de sutura, mas também a longo prazo, nomeadamente dor perineal prolongada, disfunções urinárias e fecais e problemas sexuais (ALBERS et al, 2006).

Fatores que influenciam a integridade perineal

A ocorrência de lacerações perineais e a realização da episiotomia, depende de vários fatores, que podem estar relacionados com as condições maternas, fetais, ou do próprio parto. As evidências científicas associam: a episiotomia com a adolescência, idade superior a 35 anos, primiparidade, ausência de parto vaginal prévio (grupo que inclui multiparas sem parto vaginal anterior) (CARVALHO, SOUZA e MORAES, 2010); a laceração de terceiro e quarto grau, com primiparidade, peso ao nascer (mais de quatro kg) (GERDIN et al, 2007) (GROUTZ et al, 2011), parto instrumental, episiotomia, má apresentação, idade materna e analgesia epidural (GERDIN et al, 2007). Um estudo realizado só com mulheres múltiparas, mostra a associação deste tipo de laceração com episiotomia, distocia de ombros, laceração do esfíncter anterior, segundo estadio do trabalho e parto prolongado e parto distócico com fórceps (DIPIAZZA, 2006). Diz-nos ainda Alperin et al (2008) que a episiotomia no primeiro parto aumenta o risco de laceração espontânea no parto seguinte.

A literatura científica descreve algumas técnicas, que podem ser realizadas durante o período pré-natal e durante o segundo estágio de trabalho de parto, para prevenir o trauma perineal.

A massagem perineal pré-natal realizada pela grávida (ou pelo seu parceiro) no terceiro trimestre é uma abordagem eficaz para reduzir o trauma perineal e geralmente bem aceita pelas mulheres, Beckmann e Stock (2006) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito da massagem perineal pré-natal na incidência de trauma perineal e concluíram que existe associação desta técnica com uma redução na incidência global de trauma perineal e que as mulheres que implementaram esta intervenção foram menos propensas a ter uma episiotomia;

Segundo as recomendações da OMS, as mulheres devem adotar posições que lhes agradem mais, devem ser estimuladas por profissionais capacitados para acompanhar os partos noutras posições além da tradicional (decúbito dorsal). É de consenso geral entre os profissionais que aderiram aos princípios da humanização, que existem inúmeras vantagens das posições verticalizadas, nomeadamente a diminuição de trauma perineal. De Jonge et al (2010) realizou um estudo, onde foram incluídas 1.646 mulheres, com o objetivo de determinar a associação entre a posição de decúbito (dorsal e lateral), semi-sentada (elevação da cabeceira ou apoiada em almofadas) e sentada (na cama com o apoio de uma pessoa ou num banco de parto) durante o parto e o trauma perineal. Os resultados mostraram que entre as diferentes posições não existe diferença nas taxas de perineo íntegro, no entanto, as mulheres em posição sentada foram menos propensas a ter uma episiotomia e mais propensas a ter uma laceração perineal do que as mulheres em posição de decúbito. As mulheres em posição semi-sentada foram mais propensas a ter uma laceração labial do que as mulheres em posição de decúbito. Este mesmo autor defende que as mulheres devem ser encorajadas a adotar a posição que lhes sejam mais confortáveis. Gupta, Hofmeyr e Smyth (2012) através de uma revisão sistemática da literatura onde foram incluídos 22 estudos (7.280 mulheres) avaliaram os benefícios e os riscos do uso de diferentes posições durante o segundo estágio do trabalho de parto sem a utilização da anestesia epidural. Os resultados mostraram que as mulheres que pariram em posição vertical tiveram uma redução de episiotomias e um aumento nas lacerações perineais grau II. Num outro estudo onde foram incluídas 557 mulheres, Meyvis et al (2012) investigou os efeitos da

posição materna (lateral/litotomia) sobre a ocorrência do trauma perineal. Os resultados mostraram um aumento de 47% de períneo intacto nas mulheres que pariram em posição de decúbito lateral, relativamente às que pariram em posição de litotomia. A posição de litotomia foi associada a mais episiotomias do que a posição lateral. Mulheres com parto em posição lateral tiveram mais lacerações de primeiro e segundo grau, relativamente às mulheres com parto em posição de litotomia. Também Shorten, Donsante e Shorten (2002) quiseram obter resultados científicos sobre o efeito da posição de nascimento nos resultados perineais. Analisaram 2.891 partos eutócicos, os resultados mostraram que a posição lateral está associada a uma maior taxa de períneo intacto enquanto que a posição de cócoras está associada a resultados perineais menos favoráveis. Gottvall et al (2007) através de uma amostra 12 782 mulheres realizou um estudo com o objetivo de avaliar a influência da posição do parto na incidência da laceração de terceiro e quarto grau e concluiu que as posições com mais risco para este tipo de lacerações são a posição de litotomia e posição de cócoras.

A aplicação de compressas quentes no segundo estadio de TP, pode reduzir o trauma perineal e a intervenção é geralmente bem aceite tanto para a mulher como para a parteira (AASHEIM et al, 2011). Dahlen e tal (2007) mostra-nos que reduz significativamente lacerações de terceiro e quarto graus, no entanto. Albers et al (2005) apresenta outros resultados, que discordam com os anteriores e mostra que esta técnica não influencia os resultados perineais.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2007) defende que tanto a técnica "hands-on" ou "hands-off" pode ser utilizada para facilitar o nascimento do bebé. Mayerhofer et al (2002) e De Souza e Gonzales (2006) mostram-nos a influência destas técnicas em resultados perineais. No método de hands-on, a mão esquerda da parteira aplica pressão sobre a cabeça do bebé e a mão direita é colocada contra o perineo. No método hands-off, a parteira orienta a parturiente, sem tocar no perineo, fica preparada para aplicar uma leve pressão sobre a cabeça. Mayerhofer et al (2002) conclui que uma política de cuidados hands off é mais eficaz na preservação do perineo, com este método as mulheres obtiveram menos episiotomias e menos lacerações de terceiro grau. De Souza e Gonzales (2006) concluíram que não existem diferenças nos resultados perineais entre estas duas técnicas.

Outros fatores encontrados na literatura que influenciam nos resultados perineais são os partos na água. Geissbuehler, Stein e Eberhard (2004) mostra-nos que estes, têm uma maior taxa de perineos intactos e de lacerações de primeiro e segundo grau relativamente aos outros partos, apresentando estes últimos uma maior taxa de episiotomia, assim como de lacerações de terceiro e quarto grau.

A evidência científica mostra-nos ainda que existe uma grande diferença nos resultados perineais, em partos realizados por médicos obstetras relativamente aos realizados por enfermeiro obstetra. Shorten, Donsante e Shorten (2002) concluíram que os médicos obstetras apresentam uma percentagem de episiotomias cinco vezes superior relativamente à percentagem de episiotomias realizadas por enfermeiros obstetras. Meyvis et al (2012) mostra-nos também o aumento do trauma perineal em partos realizados por médicos obstetras.

Episiotomia

A episiotomia é um procedimento cirúrgico comum na obstetrícia, foi introduzida empiricamente por Ould em 1741, tendo sido realizada de forma criteriosa até ao final do século XIX. No entanto, a mudança do local dos partos, do domicílio para os hospitais, veio alterar a conceptualização da natureza do nascimento, que passou de um evento natural e fisiológico a um processo patológico, em que era necessária a intervenção médica para prevenir ou diminuir eventuais complicações. Assim, no início do século XX, com Pomeroy e De Lee, dois conceituados obstetras americanos, a episiotomia foi introduzida na prática clínica como método de rotina para diminuir a morbidade e mortalidade materna e fetal. Este procedimento foi aceite pela generalidade da comunidade médica, passando a ser realizado de forma rotineira, sem uma evidência científica que demonstrasse o seu benefício. Acreditava-se que uma incisão cirúrgica precisa, ao controlar a direção e extensão da lesão tecidual, prevenia a ocorrência de traumatismo perineal e era mais fácil de reparar e cicatrizar do que uma laceração espontânea. Desta forma, a episiotomia integrou-se na prática obstétrica, tendo como justificação a prevenção de lacerações perineais graves, a redução da incidência de incontinência urinária e fecal e de outras complicações como dor, edema, infeção e dispareunia, e ainda a proteção do recém-nascido. Atualmente, embora ainda seja uma das intervenções mais frequentes em todo o mundo, muitos autores contestam a sua prática generalizada, recomendando uma utilização mais

seletiva, baseada em evidências científicas (BORGES, SERRANO E PEREIRA, 2003; CARNIDE et al, 2011).

Apesar de existir uma diminuição na sua realização em anos recentes, de um modo geral, as taxas permanecem altas (ALBERS et al, 1996). Um estudo sobre as taxas de episiotomia no mundo, revelou que o uso deste procedimento varia de 9,7% (norte da Europa - Suécia) para 96,2% (América do Sul - Equador), com taxas mais baixas em países de língua inglesa (América do Norte - Canadá: 23,8% e Estados Unidos: 32,7%) e em muitos países (América do Sul e Central - Brasil: 94,2%, África do Sul - 63,3% e Ásia - China: 82%) permanecem elevadas (Graham et al, 2005).

Ultimamente, a literatura científica tem reportado a episiotomia como a maior causa de morbidade materna durante o parto vaginal, podendo ocasionar diversas consequências para a saúde da puérpera. A episiotomia pode levar a algumas complicações, tais como infecção, edema, dor perineal no pós parto, hematomas, deiscência, abscesso, incontinência fecal e fistúla recto-vaginal (CARROLI et al, 2009), retenção urinária pós-parto (MULDER et al, 2012) incontinência urinária de esforço, dispareunia (CRUZ e BARROS 2010) (FRANCISCO et al, 2011) e menor força muscular do assoalhado pélvico (SARTORE et al, 2004). Estas complicações, além de causarem dor de alta intensidade, também trazem diversas limitações nas atividades de vida diária das mulheres, tais como: andar, sentar, dormir, evacuar, urinar, nos cuidados com o recém-nascido, dificuldade na amamentação (FRANCISCO et al, 2011). Graça (2010^a) diz-nos que para além dos problemas mais frequentes como as lacerações graves do períneo e a dor perineal, são vários os riscos associados à realização da episiotomia, tais como infecção, deiscência de sutura, hemorragia, edema, hematoma e, embora mais raramente, fístulas recto-vaginais, entre outros.

Nas últimas décadas, foram desenvolvidos vários estudos com o objetivo de avaliar os riscos e benefícios associados à episiotomia, na tentativa de definir as situações em que se torna indicada a sua utilização, tendo em conta o risco de complicações maternas e fetais (CARNIDE et al, 2011). Lowenstein et al (2005), num estudo envolvendo 667 puérperas, avaliou a prevalência de complicações decorrentes do traumatismo perineal nas primeiras dez semanas após o parto, associadas à episiotomia médio-lateral. Verificou que 37,6% das mulheres foram

submetidas a episiotomia e que as complicações perineais, tais como edema e hematoma, foram mais frequentes no grupo das puérperas em que tinha sido realizada esta intervenção (17,1% vs 5,5%). O autor concluiu que a episiotomia não só não previne as complicações decorrentes do traumatismo perineal, como constitui o principal fator de risco. Andrews et al (2008), num estudo realizado para avaliar a dor perineal, comparando um grupo de mulheres com episiotomias médio-laterais com um grupo de mulheres com lacerações espontâneas de segundo grau, constatou que das 98 episiotomias realizadas, 42% afetaram o esfíncter anal, tendo-se verificado que, ao quinto dia após o parto, as mulheres com episiotomia apresentaram níveis de dor significativamente mais elevados do que as mulheres com lacerações de segundo grau. Um outro estudo, efetuado por Declerq et al (2008), em que foi avaliada a relação entre a episiotomia e a dor perineal nos dois primeiros meses após o parto, revelou que a incidência da realização de episiotomia foi de 31% nas mulheres primíparas e de 19% nas múltiparas. No grupo das primíparas, a incidência de dor perineal foi de 82% e 67% nas mulheres com e sem episiotomia, respetivamente. No grupo das múltiparas, a dor perineal afetou 18% das mulheres com episiotomia e 5% das mulheres sem episiotomia. Os autores constataram que as diferenças mais significativas ocorreram no grupo das múltiparas, e as que foram submetidas a episiotomia apresentaram mais problemas relacionados com complicações intestinais, infeção do períneo e dor perineal, interferindo na realização das suas atividades diárias.

A sexualidade materna, numa sociedade conservadora como a nossa, é um assunto que muitas vezes é evitado pelos utentes e pelos profissionais de saúde iniciando-se, assim, muitos problemas sexuais e experiências negativas. Um declínio do funcionamento sexual no pós-parto pode estar diretamente associado ao trauma perineal. Proganti, Araujo e Mouta (2008) mostraram que a realização da episiotomia na mulher, interfere negativamente sobre a sua sexualidade, pois o fato de sentir dor durante a relação sexual acarreta alterações na intimidade da relação sexual do casal. Devido ao constrangimento causado em relação ao seu companheiro.

Para Graça (2010a), a episiotomia facilita o parto, contribui para abreviar o período expulsivo, mas todos os outros benefícios, invocados ao longo dos anos para justificar a sua utilização por rotina, têm sido postos em causa por diversos

estudos recentemente realizados. De facto, a evidência científica resultante da maioria desses estudos demonstrou que a prática generalizada da episiotomia, ao contrário do que se acreditava, não previne as lesões graves do períneo, não melhora a sua cicatrização, nem sequer reduz o risco de incontinência fecal e urinária ou de dispareunia no pós-parto (BORGES, SERRANO e PEREIRA, 2003).

Tendo em conta os inúmeros problemas associados à realização da episiotomia, Thacker e Sultan (2009) consideram que existe uma necessidade premente em definir qual das duas técnicas, a mediana ou a médio-lateral, proporciona melhores resultados. De acordo com a literatura, as alegadas vantagens da episiotomia mediana incluem uma melhor cicatrização, menor incidência de dispareunia e melhor reconstrução anatómica, enquanto a médio-lateral parece estar associada a um menor número de lacerações perineais de terceiro e quarto grau. Segundo os autores, os estudos existentes são de fraca qualidade metodológica, pelo que é fundamental que esta questão seja devidamente avaliada por estudos controlados, no sentido de determinar qual é a técnica mais eficaz para a prevenção do traumatismo perineal grave e de outras complicações. Bodner-Adler et al (2001) ao analisar os diferentes tipos de episiotomia concluiu que as mulheres submetidas a episiotomia mediana, apresentam um risco seis vezes superior de laceração de terceiro grau comparativamente às mulheres submetidas a episiotomia médio-lateral. Revicky et al (2010) confirma e mostra-nos que a episiotomia médio-lateral apresenta uma taxa inferior de laceração de terceiro e quarto grau relativamente à episiotomia mediana. Este tipo de lacerações leva frequentemente à incontinência fecal (ALOUINI et al, 2011) (MOUS et al, 2008) e à dispareunia (MOUS et al, 2008). Um estudo realizado por Oliveira e Miquilini (2005) mostra que as lesões do esfíncter anal aconteceram três vezes mais em parturientes com episiotomia.

Outro fator a ser considerado é os custos deste procedimento aos serviços de saúde, se levarmos em consideração o gasto de material utilizado na sua realização e sutura e os gastos destas complicações, desde a administração de analgésicos e antibióticos, ao aumento dos dias de internamento, ao acompanhamento domiciliário e em situações mais complicadas ao acompanhamento/reinternamento hospitalar pós-parto. Fator importante para um país que se encontra em “crise” como é o caso do nosso.

A OMS baseada em evidências científicas e em prol da humanização do parto e do nascimento publicou em 1996, um guia prático para a assistência do parto eutócico, no qual preconizou o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento. Esse guia recomenda o uso restrito da episiotomia. Classifica o seu uso rotineiro e liberal como uma prática claramente prejudicial, que deve ser desencorajada, pois o seu uso seletivo apresenta melhores resultados, como por exemplo uma diminuição de lesões graves do períneo, um maior número de perineos intactos, uma melhor recuperação puerperal, e um regresso mais rápido à vida sexual.

Na Argentina foi realizada uma revisão sistemática da literatura em 2008 com o objetivo de avaliar os efeitos da realização seletiva da episiotomia em comparação com a realização da episiotomia de rotina durante o parto. Foram incluídos oito estudos (5.541 mulheres) e analisados dois grupos, um composto por mulheres que pariram em locais com políticas seletivas relativamente ao uso de episiotomia e um outro grupo composto por mulheres que pariram em locais com políticas de aceitação à realização da episiotomia de rotina. Os resultados indicam que no grupo das mulheres que pariram em locais com políticas de episiotomia de rotina, 75,15 % das mulheres foram submetidas à realização da episiotomia, enquanto no grupo das mulheres que pariram em locais com políticas de episiotomia seletiva, 28,40 % das mulheres realizaram episiotomia. As evidências mostraram que o uso rotineiro da episiotomia não diminui o risco de laceração perineal severa (3º e 4º grau), não previne lesões no polo cefálico fetal, nem melhora os Índices de Apgar dos recém-nascidos. Promove maior perda hemática, não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto. A única real evidência a favor da realização rotineira da episiotomia foi uma diminuição do risco de trauma perineal anterior (CARROLI et al, 2009). Este tipo de trauma (perineal anterior) está normalmente associado a menos sangramento, não necessita de sutura e é menos doloroso que o trauma perineal posterior (MATTAR, AQUINO E MESQUITA, 2007). A episiotomia seletiva está associada a menor risco de trauma de períneo posterior a menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização (CARROLI et al, 2009).

Uma revisão sistemática de sete estudos, realizados entre 1984 e 2004, envolvendo 4991 mulheres de cinco países, teve como objetivo avaliar os efeitos do

uso generalizado *versus* restritivo da episiotomia na morbidade materna no pós-parto. A análise revelou que a incidência de episiotomia foi de 28,5% no grupo do uso restritivo e de 67,8% no grupo do uso generalizado. Em relação ao traumatismo perineal, os autores constataram que nas mulheres do grupo restritivo, em comparação com as do grupo generalizado, houve uma redução do traumatismo perineal posterior, menos necessidade de sutura e uma prevalência de períneo “íntegro” (sem traumatismo visível no períneo), embora tenha ocorrido um maior número de lesões anteriores menores. Apesar da baixa incidência de lacerações de terceiro e quarto grau, observou-se, em cinco destes estudos, que estas foram mais frequentes nas mulheres do grupo generalizado. Quanto a outros problemas associados à realização da episiotomia, verificou-se que as mulheres do grupo restritivo retomaram as relações sexuais mais cedo do que as do grupo generalizado, não havendo diferenças relevantes entre os grupos em relação à ocorrência de complicações na cicatrização, infecção, hematoma, deiscência de sutura ou hemorragia. As diferenças observadas entre os grupos, relativas ao traumatismo perineal, estiveram diretamente relacionadas com a dor perineal no pós-parto imediato, verificando-se que as mulheres do grupo restritivo apresentaram menos dor em comparação com as do grupo generalizado. É de salientar que num dos estudos, o mais recente, as mulheres do grupo restritivo referiram níveis de dor consideravelmente mais baixos, durante os primeiros cinco dias a seguir ao parto, em todas as atividades avaliadas: a evacuar, em repouso, sentadas e a caminhar. Os autores concluíram que a evidência produzida pela notável consistência destes resultados mostrou que a episiotomia não cumpre a maioria dos objetivos pelos quais é justificada, pelo que o seu uso por rotina não deve ser apoiado (VISWANATHAN et al, 2005).

A episiotomia continua a ser realizada frequentemente na prática obstétrica, apesar da falta de evidência científica que demonstre o seu benefício; pelo contrário, a evidência existente aponta no sentido de que a episiotomia pode trazer várias sequelas. De facto, os riscos associados ao seu uso são significativos, pelo que, à luz do conhecimento atual, é apropriada a recomendação de uma utilização seletiva desta prática. A episiotomia deverá ser usada sempre que necessário para abreviar o período expulsivo por razões fetais ou para permitir um mais amplo campo para as intervenções obstétricas (fórceps, ventosa, parto pélvico, etc.), mas deverá ser

abandonado o seu uso por rotina como prevenção de situações que efetivamente, não evita (GRAÇA, 2010a). As indicações da OMS para a realização deste procedimento estão reservadas para as seguintes situações: prematuridade, perineo pouco extensível, exaustão materna, uso do fórceps ou ventosa, sofrimento fetal, apresentação pélvica.

Temos recomendações de que a episiotomia deve ser realizada de forma específica, seletiva de acordo com as necessidades da parturiente e do feto. No entanto apesar das evidências das mais recentes pesquisas e das recomendações que existem, esta intervenção ainda é utilizada de forma rotineira, alguns profissionais de saúde parecem ainda estar presos a conceitos e práticas que não contemplam nas evidências científicas atuais e insistem na realização deste procedimento, violando assim os direitos das mulheres. É importante ressaltar que a episiotomia é, um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da parturiente. A mulher tem o direito de saber em que é que consiste uma episiotomia, conhecer as vantagens e as desvantagens e decidir se quer ou não se submeter a esse procedimento. Todo o procedimento invasivo que causa experiência dolorosa à mulher é considerado um trauma (MENTA e SCHIRMER 2006), esta ideia de trauma ao associar-se à episiotomia é reforçada, principalmente porque a genitália é envolvida de representações e simbolismos. A sensação da mulher ao ser submetida à realização de uma episiotomia poderá ser de violação do seu próprio corpo (PROGIANTI et al, 2008). O mesmo autor refere que a episiotomia pode trazer complicações tanto físicas como psicológicas e ter consequências más na vida e na saúde da mulher e do casal, pois constatou que a grande preocupação das mulheres em relação a este procedimento incide sobre deformidades corporais, deformidades na sua genitália, a dor e no desrespeito pela sua integridade corporal. O mesmo autor noutro estudo (2006) ao abordar o mesmo tema mostra que a não realização da episiotomia é vista de forma benéfica, pelas parturientes pois elas vivenciam um sentimento de segurança e de autonomia.

Sutura do perineo

A qualidade do cuidado perineal que é dado às mulheres que se encontram em TP afeta-as fisicamente e emocionalmente tanto a curto como a longo prazo (STENN, 2007). A sutura do perineo é parte importante desse cuidado. O RCOG

estima que 60 a 70% das mulheres submetidas ao trauma perineal necessita de sutura (RCOG 2004).

Segundo Pereira et al (2008), a sutura cirúrgica “consiste na aproximação das bordas de tecidos seccionados, para facilitar o processo de cicatrização e restabelecer a continuidade tecidual por primeira intenção”. De acordo com o autor, o sucesso de uma sutura depende de uma técnica adequada, do tipo de material empregue e de outros fatores relacionados com a condição clínica do paciente.

O processo de sutura e as consequências que este pode acarretar, constituem um motivo de grande preocupação para as puérperas. Muitas mulheres consideram que a sutura do períneo é um evento traumático, sendo, para algumas delas, a pior parte de toda a experiência de parto (MUNRO, 2008). Kettle et al (2002) diz-nos que a maioria destas mulheres tem dor perineal no pós-parto imediato e cerca de um quinto continua a ter problemas a longo prazo, como dispareunia superficial. Se as suturas forem feitas de uma forma inadequada, as mulheres poderão sentir dor continuamente, o que tem sido descrito como muito pior do que a dor do próprio parto.

A morbidade materna a curto e a longo prazo, associada à sutura do traumatismo perineal, pode provocar graves problemas físicos e psicológicos à mulher, afetando a sua capacidade para realizar as tarefas quotidianas e prejudicando o seu relacionamento familiar e social. Por isso, é importante para as mulheres que profissionais competentes suturem as lesões perineais, usando as melhores técnicas e os melhores materiais de sutura, de modo a reduzir a morbidade materna a curto e a longo prazo (KETTLE e RAYNOR, 2009).

Técnica de reparação do perineo

A técnica utilizada para a reparação das lesões perineais pode ter uma grande influência na morbidade materna, pelo que os profissionais devem adotar práticas fundamentadas em evidência científica, para que possam contribuir para a redução da dor perineal e de outras complicações que afetam tantas mulheres no período pós-parto (BICK et al, 2010). No entanto, apesar da evidência científica atualmente existente, verifica-se uma grande variação nas técnicas utilizadas para sutura do traumatismo perineal, quer entre maternidades, quer entre os profissionais de cada maternidade (KETTLE e RAYNOR, 2009).

Segundo Graça (2010a), a reparação da episiotomia e das lacerações perineais deve ser feita por planos, podendo ser utilizadas algumas técnicas para a sutura de cada um deles. Assim, na opinião do autor, o primeiro plano, correspondente à mucosa vaginal, pode ser reparado com uma sutura contínua travada ou não travada. O segundo plano, referente aos músculos perineais, pode ser reparado com pontos contínuos ou separados e inclui geralmente duas suturas, sendo uma delas profunda no caso de envolvimento dos músculos levantadores do ânus, e outra superficial para encerramento dos músculos do diafragma urogenital e dos transversos do períneo. Por último, as extremidades cutâneas, correspondentes ao terceiro plano, são aproximadas com pontos separados ou com uma sutura contínua subcuticular (intradérmica ou subcutânea). Para Campos et al (2005), a técnica de sutura contínua com encerramento perineal intradérmico está associada a menos dor no pós-parto imediato, sendo o método de eleição para reparação da episiotomia e das lacerações de segundo grau, desde que a extensão das feridas seja moderada e logo que não haja lesões perineais prévias, tais como varizes vulvares ou condilomatose perineal; nos restantes casos, a sutura deve ser feita com pontos separados. De acordo com os autores, na técnica de sutura contínua, tanto a mucosa vaginal como os músculos e o tecido celular subcutâneo perineais são reparados com uma sutura contínua não travada, aplicando-se um nó corrido triplo ao nível da extremidade distal das feridas. O encerramento subcutâneo do períneo é feito com pontos contínuos não travados, terminando com nó corrido triplo. Na técnica de sutura com pontos separados (interrompida), a mucosa vaginal é reparada com sutura contínua não travada, terminando com nó corrido triplo e secção da extremidade do fio. Os músculos e o tecido celular subcutâneo perineais, são suturados com pontos separados e nó triplo e, por fim, o encerramento do períneo é feito com pontos separados de Donati e nó triplo. Enquanto Campos et al (2005), na técnica de sutura interrompida, preconiza o encerramento da mucosa vaginal com pontos contínuos não travados, Kettle e Raynor (2009) referem que, com este método, é costume utilizar pontos contínuos travados para reparar a mucosa vaginal, uma vez que os pontos contínuos “corridos” (não travados) podem causar um encurtamento da vagina, se forem demasiado apertados; no entanto, acrescentam que não foram efetuados estudos controlados para comprovar esta teoria. Na opinião de Leeman et al (2003), a reparação do traumatismo perineal

deve ser efetuada com a técnica de sutura contínua, utilizando pontos contínuos não travados para a reparação da mucosa e submucosa vaginal, pontos separados para encerramento dos músculos perineais e pontos corridos subcuticulares para a sutura da pele perineal. O autor considera preferível o método interrompido para encerramento dos músculos perineais, por facilitar uma melhor reparação anatômica, permitindo a aproximação do músculo bulbo-cavernoso e a junção do septo vaginal, com uma utilização mínima de suturas.

Um estudo prospectivo, realizado no Reino Unido em 1542 mulheres com partos eutócicos, apresentando lacerações perineais de segundo grau ou episiotomia, comparou a técnica contínua de reparação perineal com o método tradicional interrompido. No grupo da técnica contínua, a mucosa vaginal e os músculos perineais foram suturados com pontos contínuos não travados e a pele foi aproximada com pontos corridos subcuticulares. No grupo do método interrompido, foi feita uma sutura contínua travada para fechar a mucosa vaginal, sendo os músculos perineais encerrados com suturas interrompidas e as extremidades da pele aproximadas com pontos interrompidos transcutâneos. A análise dos dados revelou diferenças relevantes entre os grupos, em termos de dor perineal. No grupo da técnica contínua, a dor foi referida por um número significativamente menor de mulheres, em comparação com o grupo do método interrompido, tanto ao segundo dia após a sutura (69% vs 79%) como ao décimo dia (26,5% vs 44%), tendo esta diferença persistido até aos 12 meses após o parto (4% vs 7%). A frequência da dor perineal também foi menor nas mulheres suturadas com a técnica contínua ao segundo e ao décimo dia após a sutura, nas seguintes situações: a caminhar, sentadas, a urinar e a evacuar. Também a incidência de abertura de feridas, de remoção da sutura e de suturas desconfortáveis ou apertadas foi substancialmente menor no grupo das mulheres com suturas contínuas. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, no que diz respeito à dispareunia superficial, aos três meses após a sutura. Diante a consistência dos resultados, os autores concluíram que ficou demonstrado o benefício da utilização da técnica contínua para reparação do traumatismo perineal, pois ao décimo dia após a sutura, em cada seis mulheres suturadas com esta técnica, houve uma a menos que se queixou de dor perineal. Esse benefício foi extensivo à dor perineal associada às atividades diárias das puérperas, bem como à abertura de feridas, necessidade de

remoção da sutura e suturas desconfortáveis ou apertadas (KETTLE et al, 2002). Num estudo realizado por Morano et al (2006), em 214 puérperas com lacerações do segundo grau ou episiotomia, foi avaliado o efeito da técnica de sutura contínua de todos os planos (mucosa vaginal, músculos perineais e pele perineal) *versus* interrompida na frequência e nível da dor perineal no pós-parto imediato. Os resultados mostraram que no grupo da técnica contínua, a dor perineal foi referida por um número significativamente menor de mulheres, em comparação com o grupo da técnica interrompida, tanto ao segundo dia (52,3% vs 83,2%) como ao décimo dia após o parto (32,2% vs 60,4%). As mulheres suturadas com a técnica contínua também apresentaram níveis de dor significativamente mais baixos do que as mulheres suturadas com o método interrompido, ao segundo dia após o parto ($p < 0,05$), pelo que os autores concluíram que a técnica contínua para reparação perineal está associada a menos dor perineal no pós-parto imediato do que a técnica de sutura interrompida. Numa revisão sistemática de sete estudos realizados entre 1978 e 2006, abrangendo 3822 mulheres de quatro países, foram avaliados os efeitos dos métodos de sutura contínua *versus* interrompida na morbidade materna a curto e a longo prazo, após a reparação de episiotomia ou de lacerações de segundo grau. No grupo do método interrompido, os músculos e a pele perineais foram suturados com pontos separados, em todos os estudos; no entanto, para o encerramento da mucosa vaginal, cinco estudos usaram pontos contínuos e os outros dois utilizaram suturas interrompidas. No grupo da técnica contínua, cinco estudos usaram pontos contínuos para sutura de todos os planos (mucosa vaginal, músculos perineais e pele). Os outros dois estudos também usaram a técnica contínua subcutânea para sutura da pele perineal, tendo procedido ao encerramento dos músculos perineais com pontos interrompidos; contudo, para a reparação da mucosa vaginal, um deles utilizou pontos contínuos e o outro usou pontos interrompidos. A meta-análise dos dados mostrou que as técnicas de sutura contínua para encerramento perineal (de todos os planos ou apenas da pele) estiveram associadas a menos dor no pós-parto imediato do que o método de sutura interrompida. A análise de subgrupo, referente às técnicas de sutura contínua (todos os planos vs só a pele perineal), revelou que houve uma maior redução da dor quando foi utilizada a técnica contínua para reparação de todos os planos. A meta-análise indicou também que as técnicas de sutura contínua, em comparação com o

método interrompido, estiveram associadas a uma redução do uso de analgésicos e da necessidade de remoção da sutura. No entanto, não houve diferenças significativas entre os grupos em relação à necessidade de uma nova sutura ou à dor perineal aos três meses após o parto. O autor concluiu que as técnicas de sutura contínua estão associadas a menos dor no pós-parto imediato do que o método interrompido; além disso, se a técnica contínua for utilizada para a reparação de todos os planos (mucosa vaginal, músculos e pele), o benefício para as mulheres, em termos de dor perineal, ainda é maior (KETTLE e RAYNOR, 2009).

Segundo Kettle e Raynor (2009), existe, de facto, uma grande variação nas técnicas utilizadas para reparação do traumatismo perineal. Contudo, há mais de 70 anos que os investigadores têm vindo a sugerir que as técnicas de sutura contínua são muito melhores do que o método tradicional de sutura interrompida por causarem menos dor no pós-parto e, ainda assim, não são usadas pela generalidade dos profissionais.

Material de sutura

Segundo Kettle et al (2010), a função mais importante da sutura perineal é manter o encerramento dos tecidos lesionados, de modo a promover a cicatrização por primeira intenção, controlar a hemorragia e reduzir o risco de infeção. Quando as lesões perineais são devidamente suturadas, geralmente cicatrizam por primeira intenção nas duas primeiras semanas após a implantação da sutura. No entanto, se os pontos permanecerem nos tecidos para além deste período podem provocar uma reação inflamatória, prejudicando a cicatrização. A infeção, uma vez instalada, é muito difícil de erradicar e pode conduzir à abertura das feridas, com reflexos negativos no bem-estar e saúde da mulher. Assim, o tipo de material usado para sutura do traumatismo perineal é muito importante, na medida em que pode ter influência na intensidade da dor, na cicatrização das lacerações e na dispareunia experimentada pelas mulheres.

O catagute simples é um material de sutura constituído por colagénio proveniente de intestinos de alguns animais, como vacas e ovelhas, sendo muito instável e imprevisível quanto ao tempo que demora até ser absorvido pelo organismo, especialmente se houver infeção das feridas. O catagute cromado é tratado de forma a não absorver tanta água como o catagute simples, o que retarda o processo de absorção e diminui a reação inflamatória. Apesar de ser um produto

de origem animal, ainda é utilizado em vários países, mas fora da União Europeia. Os materiais sintéticos absorvíveis mais utilizados para sutura do traumatismo perineal são o ácido poliglicólico e a poliglactina 910 que foram introduzidos no mercado em 1970 e 1974, respetivamente. Estes materiais são desenhados de forma a manterem o suporte da ferida até aos 30 dias, sendo totalmente absorvidos após 90 dias no caso da poliglactina, e 120 dias no caso do ácido poliglicólico. Um novo tipo de material sintético, poliglactina 910 de absorção rápida, foi introduzido pela primeira vez no mercado alemão, em 1987. Este material possui uma composição química idêntica à poliglactina 910, mas a sua exposição a raios gama durante o processo de esterilização resulta numa absorção mais rápida. É desenhado para manter o suporte de ferida até aos 14 dias, perdendo de seguida quase toda a sua força tênsil e sendo completamente absorvido após 42 dias, aproximadamente (KETTLE, DOWSWELL e ISMAIL, 2010).

A evidência atualmente existente demonstra que a sutura do traumatismo perineal com materiais sintéticos absorvíveis, tais como a poliglactina 910 ou o ácido poliglicólico, reduz a dor perineal no pós-parto imediato em comparação com o categute cromado, embora implique um risco acrescido de remoção de sutura até aos três meses após o parto. No entanto, o novo tipo de poliglactina 910 de absorção rápida está associado a uma redução significativa de remoção da sutura, quando comparado com os outros materiais sintéticos absorvíveis (KETTLE e RAYNOR, 2009). Uma meta-análise efetuada com base nos dados de 18 estudos realizados entre 1974 e 2006, com 10171 mulheres, teve como objectivo avaliar os efeitos de diferentes materiais de sutura na morbilidade materna a curto e a longo prazo, após a reparação do traumatismo perineal. A análise dos dados referentes aos estudos que compararam o categute com os materiais sintéticos absorvíveis (poliglactina 910 e ácido poliglicólico) proporcionou evidência significativa de que, até aos dez dias após o parto, a utilização destes últimos esteve associada a menos dor perineal, a uma redução do uso de analgésicos e a um menor risco de abertura de feridas, embora tivesse implicado um aumento da remoção de suturas. No entanto, não houve diferenças significativas entre os dois grupos de materiais, em termos de morbilidade materna a longo prazo, sendo de salientar que, aos três meses após o parto e independentemente do tipo de material utilizado, cerca de 10% das mulheres continuaram a sentir dor perineal e mais de 15% referiram

dispareunia. Em relação aos estudos que compararam os materiais absorvíveis poliglactina 910 e ácido poliglicólico com o material de sutura de rápida absorção, os resultados mostraram que não houve diferenças relevantes entre os grupos no que diz respeito à dor perineal no pós-parto imediato, embora num dos estudos se tivesse registado uma diminuição do uso de analgésicos no grupo das mulheres suturadas com o material de rápida absorção. Apesar de se ter verificado uma maior incidência de abertura das feridas no grupo do material de rápida absorção, quando comparado com o grupo da poliglactina 910 e ácido poliglicólico (6% vs 3,6%), neste último houve mais mulheres com remoção da sutura até aos três meses após o parto. Em termos de resultados a longo prazo referentes à dor perineal e dispareunia, não houve diferenças significativas entre os grupos. Esta análise demonstrou que, no pós-parto imediato, a sutura perineal com catagute aumenta o risco de dor perineal, de abertura das feridas e da necessidade de uma nova sutura, em comparação com as suturas sintéticas absorvíveis poliglactina 910 e ácido poliglicólico. Existem poucas diferenças entre estas últimas e o material sintético de rápida absorção, embora este esteja associado a uma menor necessidade de remoção das suturas até aos três meses após o parto (KETTLE, DOWSWELL e ISMAIL, 2010).

Suturar ou não, as lacerações perineais de primeiro e segundo grau

A OMS (2006) diz-nos que as lacerações de 1º grau por vezes não necessitam de sutura, apenas nas de 2º grau existe essa necessidade e em ambas as situações a cicatrização ocorre sem complicações. No entanto existe uma corrente que questiona a necessidade de suturar ou não as lacerações de segundo grau considerando a dor perineal e a cicatrização da ferida.

Recentemente foi realizada uma revisão sistemática da literatura que avaliou a evidência científica entre o suturar e o não suturar lacerações de primeiro e segundo grau durante o parto (ELHARMEEL et al, 2011). O primeiro estudo envolveu oitenta primíparas e não foram encontradas diferenças significativas no processo cicatrização ou na quantidade de desconforto perineal entre o grupo das mulheres que foram suturadas e o grupo das mulheres não suturadas (LUNDQUIST et al, 2000). No segundo estudo estiveram envolvidas 74 mulheres, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos relativamente à dor no primeiro dia, no décimo dia e na sexta semanas após o parto. No entanto, às seis semanas

detetou-se uma evolução na cicatrização mais rápida, no grupo de mulheres que foi suturada, comparativamente ao grupo de mulheres que não foram suturadas (FLEMING, HAGEN e NIVEN, 2003).

Na opinião de Boston e Hall (2009), o profissional de saúde, perante a ocorrência de uma laceração de primeiro ou de segundo grau, pode entender que não é necessário fazer a respetiva sutura, desde que não haja hemorragia e que as extremidades da ferida estejam próximas. Relativamente a esta temática diz-nos (METCALFE et al, 2006) que não existe um sistema de classificação universal para avaliar a gravidade da laceração de segundo grau. Pelo que os profissionais devem ser cautelosos quando deixam por suturar uma laceração de 2º grau, a menos que seja o desejo explícito da mulher

Não suturar a pele perineal nas lacerações de primeiro e segundo graus e episiotomia

Embora haja evidência de alguns benefícios associados à técnica de não suturar a pele perineal em termos de redução da dor perineal e da dispareunia superficial, o risco de uma pior cicatrização é mais elevado com a utilização deste método (KETTLE et al, 2010). A evidência científica ao mostrar os benefícios e os malefícios para as parturientes, ao utilizar a técnica de sutura de dois planos, que consiste na reparação da mucosa vaginal e dos músculos perineais, deixando a pele perineal por suturar mostra que existe menos dor e menos dispareunia neste grupo de mulheres, no entanto, há um maior risco de deiscência da ferida (OBORO et al, 2003) (GORDON et al, 1998). Ambos os estudos identificaram ainda uma menor incidência de dispareunia superficial aos três meses após o parto, no grupo das mulheres sem sutura da pele perineal.

3.6.1.3 - Metodologia

A pesquisa foi realizada durante o mês de Setembro e Outubro de 2013, através da base de dados: Ebsco Web (CINALH plus with full text, MEDLINE with full text, Cochrane database of systematic reviews), B-on, Scielo Brasil. Foram introduzidas as seguintes palavras-chave: Parto, Perineo, Episiotomia; Childbirth, Perineum, Episiotomy; agrupando-as por AND e OR. Os critérios de inclusão para a seleção de artigos encontrados na pesquisa foram: disponibilidade em texto completo e gratuito; escritos em português, inglês ou espanhol e realizados nos últimos cinco anos (entre Maio de 2009 e Maio de 2014). As palavras-chave foram

procuradas com a seguinte orientação: (“Parto” AND “Perineo”), (“Parto” AND “Episiotomia”) no Ebsco Web e Scielo Brasil, (“Chilthbirth” AND “Perineum”AND “Episiotomy) no Ebsco Web e B-on (“Chilthbirth” OR “Perineum”OR “Episiotomy) no B-on . Obteve-se um total de 447 artigos que foram analisados, tendo sido selecionados 8 artigos. Foram excluídos todos os artigos ou linhas de orientação para a prática clínica sem relação com a problemática em estudo e repetidos nas bases de dados.

Os estudos selecionados que constituíram a base para a Revisão Sistemática da Literatura encontram-se no Apêndice VIII.

3.6.1.4 - Resultados

Dos artigos encontrados 8 vão ao encontro do objetivo desta revisão sistemática da literatura. Os resultados obtidos foram os seguintes:

1. Numa revisão sistemática da literatura realizada em 2011 na Noruega, foram incluídos 8 estudos (envolvendo 11, 651 mulheres) com o intuito de avaliar o efeito de cuidados perineais durante o segundo estadio de trabalho de parto sobre a incidência do trauma perineal. Como resultados obteve-se que compressas quentes foram eficazes na redução de lacerações de terceiro e quarto grau. A massagem perineal foi eficaz na redução de laceração de terceiro e quarto grau. Nenhuma intervenção (conduta expectante) foi eficaz na redução de episiotomia. (AASHEIM et al, 2011).

2. No Centro de Parto Normal do Amparo Maternal, em São Paulo - Brasil foi realizado um estudo em 2003 com o objetivo de avaliar a eficácia da vaselina líquida em reduzir a laceração perineal. A amostra foi composta de 38 nulíparas num grupo de controle e 38 nulíparas num grupo experimental. No grupo experimental utilizaram-se 30 ml de vaselina líquida na região perineal durante o período expulsivo. Todas as parturientes realizaram “força” espontânea e permaneceram em posição lateral esquerda. A frequência de laceração perineal foi semelhante em ambos os grupos (experimental 63,2% versus controle 60,5%). Do total de casos de traumatismos perineais, 72,3% foram de lacerações de primeiro-grau. Os resultados indicam que o uso da vaselina líquida não protege o perineo do trauma. (ARAUJO et al, 2008).

3. Num outro estudo, desta vez realizado em Teerão – Irão em 2009 com 90 mulheres primíparas (com idades entre os 18 e 30 anos, com idade gestacional de 38-42 semanas) o objetivo foi avaliar a eficácia da vaselina líquida na redução do trauma perineal. Os dois grupos foram homogêneos em termos de dados demográficos, ganho de peso durante a gravidez, idade gestacional, história de aborto e peso fetal. Num grupo, foi colocada vaselina esterilizada em toda a genitália e realizada massagem com vaselina esterilizada no períneo durante o segundo estadio do trabalho de parto (no máximo 40 gr de vaselina esterilizada); No grupo controle foram realizados os cuidados da rotina. O períneo foi examinado após o parto, em termos de episiotomia e de laceração (o seu grau de severidade). Obtiveram nesse estudo os seguintes resultados: O grupo que realizou massagem com vaselina apresenta o segundo estadio do trabalho de parto com menor duração, maior percentagem de períneo intato, menos incidência de episiotomia do que o grupo controle. No entanto apresenta maior percentagem de laceração perineal de 1º e 2º grau. Nenhum dos grupos sofreu de laceração de terceiro e quarto grau (GERANMAYEH et al, 2012).

4. Em Andalucia – Espanha foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de comparar a proteção perineal ativa relativamente à proteção perineal expectante, à luz da evidência científica disponível. Pela pesquisa realizada concluíram que não existe evidências científicas suficientes disponíveis para o apoio ou rejeição do uso de cada uma das manobras de proteção perineal durante o parto. Mencionaram ainda que alguns estudos sugerem que a uma política de "hands off" ou de proteção perineal expectante é mais conveniente para proteger o períneo durante o parto e é uma alternativa segura e eficaz para mulheres. Outros estudos consideram não é recomendado a sua utilização e que, é necessário permitir às mulheres e aos profissionais individualmente decidir que tipo de manobra perineal preferem (LA ROSA-VÁREZ et al, 2013).

5. Num estudo realizado a 176 mulheres num Centro de Parto Normal (Brasil) em 2007, o objetivo foi determinar a relação entre a posição do parto e a ocorrência e grau de laceração perineal espontânea e episiotomia. A laceração espontânea aconteceu em 62% das mulheres (37,4% laceração de grau I, 23,4% de grau II e 21,2% de grau III); A laceração perineal aconteceu em 45,6% dos casos em posição horizontal e em 54,4% dos casos em posição vertical. A episiotomia ocorreu em 11%

das mulheres, sendo 18% em posição horizontal e 2,5% em posição vertical. Através deste estudo conclui-se que posição vertical minimiza a ocorrência de episiotomia. O autor defende ainda que a menor necessidade da realização da episiotomia na posição vertical, pode vir na sequência do efeito facilitador da força da gravidade, ou por outro lado, por ser mais difícil realizar a técnica da episiotomia nesta posição. Referencia ainda que de qualquer forma os resultados sugerem que a posição vertical de parto vaginal é um fator protetor para a ocorrência de episiotomia (BARACHO et al, 2009).

6. Noutro estudo realizado no ano de 2012 em Inglaterra cujo objetivo foi avaliar os benefícios e os riscos do uso de diferentes posições durante o segundo estadio do trabalho de parto sem a utilização da anestesia epidural. Através de uma revisão sistemática da literatura foram incluídos 22 estudos (7.280 mulheres). Os resultados mostraram que as mulheres que pariram em posição vertical tiveram: uma redução significativa nos partos distócicos, uma redução de episiotomias, um aumento nas lacerações perineais grau II, aumento da perda de sangue estimada superior a 500 ml, um menor número de padrões anormais de frequência cardíaca fetal (GUPTA, HOFMEYR, SMYTH, 2012).

7. Num estudo realizado a 557 mulheres que pariram no Hospital de Antuérpia na Bélgica em 1999, investigou-se os efeitos da posição materna (lateral/litotomia) e outras variáveis sobre a ocorrência do trauma perineal. Os resultados mostraram um aumento de 47% de períneo intacto nas mulheres que pariram em posição de decúbito lateral, relativamente às que pariram em posição de litotomia. A posição de litotomia foi associada a mais episiotomias do que a posição lateral. Mulheres com parto em posição lateral tiveram mais lacerações de primeiro e segundo grau, relativamente às mulheres com parto em posição de litotomia. Multiparidade foi associada a uma redução de 44% de trauma perineal, relativamente à nuliparidade. Aumento do trauma perineal em partos realizados por médicos (MEYVIS et al, 2012).

8. Noutro estudo desta vez realizado na Holanda em 1995, através dos cuidados obstétricos realizados por 70 parteiras independentes (só cuidam de mulheres que tem um parto vaginal espontâneo de termo, de um único feto em apresentação cefálica, quer em casa ou num hospital), onde foram incluídas 1.646 mulheres, que tiveram um parto vaginal, determinar a associação entre a posição de

decúbito (dorsal e lateral), semi-sentada (através da elevação da cabeceira ou apoiada em almofadas) e sentada (na cama com o apoio de uma pessoa ou num banco de parto) durante o parto e o trauma perineal. Os resultados mostraram que entre as diferentes posições não houve diferença encontrada nas taxas de perineo íntegro. As mulheres em posição sentada foram menos propensas a ter uma episiotomia e mais propensas a ter uma laceração perineal do que as mulheres em posição de decúbito. As mulheres em posição semi-sentada foram mais propensas a ter uma laceração labial do que as mulheres em posição de decúbito. (DE JONGE et al, 2010).

3.6.1.5 - Discussão dos resultados

Na literatura científica encontram-se práticas utilizadas no período expulsivo para proteger o períneo tais como: massagem perineal com o uso de um lubrificante, uso de compressas mornas, proteção do perineo no desprendimento cefálico, posição vertical e lateral no parto. No entanto não existe evidência científica suficiente para apoiar o uso ou o “desuso” de determinada prática.

Foi encontrado um estudo realizado no Brasil que defende que a massagem perineal com vaselina não protege o perineo do trauma (ARAUJO et al, 2008), no entanto no Irão foi realizado um estudo muito semelhante que nos mostra que o mesmo procedimento apresenta maior percentagem de períneo íntato, menos incidência de episiotomia, maior percentagem de laceração perineal de 1º e 2º grau. (GERANMAYEH et al, 2012). Ainda na Noruega um estudo conclui que massagem perineal foi eficaz na redução de laceração de terceiro e quarto grau (AASHEIM et al, 2011).

Foi encontrado uma revisão sistemática da literatura que compara a proteção perineal ativa relativamente à proteção perineal expectante esta conclui que não existe evidências científicas suficientes disponíveis para o apoio ou rejeição do uso de cada uma das manobras de proteção perineal durante o parto (LA ROSA-VÁREZ et al, 2013).

Relativamente às posições adotadas pela parturiente no período expulsivo foram encontrados 3 estudos, todos mostram que a posição vertical minimiza a ocorrência de episiotomia fetal (GUPTA HOFMEYR, SMYTH, 2012), (MEYVIS et al, 2012), (DE JONGE et al, 2010).

3.6.2 Prática baseada na evidência

Esta discussão e reflexão sobre a prática de enfermagem, relacionada com os resultados da revisão sistemática da literatura, vai ao encontro da premissa da prática baseada na evidência, cuja principal finalidade, segundo Sackett (1997) citados por Craig e Smyth (2004), é a identificação e aplicação das intervenções mais eficazes para maximizar a qualidade e quantidade de vida de cada doente.

O RCOG estima que 85% das mulheres sofre algum tipo de trauma perineal durante o parto (RCOG, 2004).

A lesão perineal pode ser definida como "qualquer lesão causada nos genitais durante o nascimento, de forma espontânea ou intencional através de uma incisão cirúrgica (episiotomia)" Kettle et al (2010). "A lesão do períneo é um dos traumatismos mais frequentes durante o parto, mesmo em trabalhos de parto e parto considerados normais. Existem várias técnicas e práticas que visam reduzir os danos, ou alterá-los para um grau manejável" (OMS, 2006). Conhecer essas técnicas e aplicá-las durante foi o grande desafio deste estágio. Segundo a premissa da Competência 4 da ICM o EESMO possui conhecimentos e/ou entendimento sobre... "princípios de prevenção de lesões no pavimento pélvico e lacerações do períneo"; "...indicações para realizar uma episiotomia"; "...princípios subjacentes à técnica de reparação de lacerações do períneo e episiotomia" (ICM, 2010).

As lesões perineais associadas ao parto vaginal podem causar vários problemas às mulheres, não só a curto prazo, tais como dor perineal, hemorragia e necessidade de sutura, mas também a longo prazo, nomeadamente dor perineal prolongada, disfunções urinárias e fecais e problemas sexuais (ALBERS et al, 2006). De acordo com Albers e Borders (2007), existe uma relação direta entre a extensão e complexidade das lesões perineais decorrentes do parto vaginal e a morbidade materna subsequente, sendo esta tanto maior quanto mais graves forem essas lesões.

O traumatismo perineal sendo um problema que afeta milhões de mulheres em todo o mundo e um dos problemas mais frequentes do parto vaginal, exige a necessidade de implementar medidas efetivas que possam reduzir a sua ocorrência e a morbidade materna a ele associada é iminente.

Achei pertinente iniciar o meu desenvolvimento de competências nesta área junto da mulher grávida no Ensino Clínico III - Cuidados de Saúde Primários, através da promoção do seu papel ativo e da sua autonomia na área da proteção perineal. Uma Unidade de Cuidados Continuados da região do Alentejo, dispõe de um projeto/programa, destinado a todas as grávidas/casais no último trimestre de gestação deste concelho, que visa a preparação dos futuros pais para este novo papel que é a parentalidade, que se designa por Curso de Preparação para a Parentalidade. A partir das 28 semanas a grávida/casal durante a consulta de Saúde Materna é “convidada” a participar no Curso de Preparação para a Parentalidade. Neste contexto, tive oportunidade de desenvolver duas sessões (plano da sessão no Apendice IV). Iniciei a sessão através de uma apresentação teórica em power point (Anexo V) onde esclareço determinados assuntos como a definição e função do períneo; a importância e a função do períneo durante a gravidez e durante o parto; a episiotomia; os exercícios de fortalecimento do períneo que podem ser realizados durante a gravidez; posições do parto. Finalizei a sessão de forma mais prática incluindo alguns exercícios de fortalecimento de períneo através de Exercícios de kedgel e alguns exercícios com a bola de “pilates”. Senti que foi muito útil informar estas mulheres das suas possibilidades e das vantagens e desvantagens de cada possibilidade, omitindo a minha opinião relativamente à sua escolha, promovendo a sua decisão, no sentido da perceção do que será melhor para si e para o seu bebé. Senti que esta tinha sido uma grande oportunidade de fomentar uma participação mais ativa, promovendo a autonomia da mulher no trabalho de parto e na sua tomada de decisões livres, conscientes e esclarecidas.

Durante o Estágio com Relatório realizei 40 partos eutócicos e é sobre os mesmos que me irei incidir. Os partos podem ser eutócicos ou distócicos. O parto eutócico, também designado de parto normal, é aquele em que a expulsão do feto ocorre por via vaginal sem recurso a instrumentação, enquanto que o distócico é o parto realizado com intervenções instrumentais, tais como ventosa, fórceps e cesariana. (LOWDERMILK, 2008a).

Para facilitar a reflexão sobre a prática realizei uma tabela (Tabela 1 no apêndice VI) onde referencio os fatores que influenciam a integridade perineal, a técnica utilizada para promover a integridade perineal durante o segundo estadio do trabalho de parto e os resultados perineais.

A colheita de dados relativamente à história de cada mulher foi crucial, na medida em que existem determinados fatores que estão associados à integridade perineal tal como idade superior a 35 anos, primiparidade segundo Carvalho, Souza e Morais (2010) estes são fatores que estão associados a taxas mais altas de episiotomia; Gerdin et al (2007) e Groutz et al (2011) associam os fatores referidos anteriormente assim como episiotomia anterior e o peso do bebé ao nascer (mais de quatro kg) a taxas mais elevadas de laceração de terceiro e quarto grau. Alperin et al (2008) associa também a episiotomia no primeiro parto ao aumento do risco de laceração espontânea no parto seguinte. A recolha de informação foi realizada através do processo clínico e/ou através da própria parturiente.

Fazendo uma breve caracterização das parturientes, relativamente aos fatores que influenciam a integridade perineal (tabela 1 no apêndice VII): a maioria das parturientes pertence ao grupo etário dos 18 aos 34 anos, sendo que apenas 1 parturientes têm idade inferior a 17 anos e 11 tem idade superior a 34 anos de idade. 16 parturientes são primíparas; das 24 multiparas, 9 apresentam episiotomia anterior. Nenhum dos bebés teve peso superior a 4000gr ao nascer.

Apesar de não existir evidência científica suficiente para apoiar o uso ou o “desuso” de determinada técnica, na literatura científica encontram-se algumas práticas utilizadas pelos profissionais no segundo estadio de trabalho de parto com o intuito de proteger o períneo. Na sequência de uma relação de partilha, através da troca de informação baseada na evidência, na ética e na humanização da assistência ao parto e da preservação do direito à decisão da mulher sobre o seu próprio parto, foram aplicadas algumas dessas práticas, nomeadamente:

- Método Hands-on e Hands off - A evidência científica não é muito conclusiva relativamente à eficácia destas duas técnicas. Mayerhofer e tal (2002) conclui que uma política de cuidados hands off é mais eficaz na preservação do períneo, com este método as mulheres obtiveram menos episiotomias e menos lacerações de terceiro grau. De Souza e Gonzales (2006) conclui que não existem diferenças nos resultados perineais entre estas duas técnicas. No método hands-on, foi aplicada uma ligeira pressão sobre a cabeça do bebé com a mão esquerda com o intuito de aumentar a flexão da mesma e colocada a mão direita contra o períneo com o intuito de reduzir o trauma. “É possível que, com esta manobra, se evite uma laceração do períneo, mas também é concebível que a pressão sobre a cabeça fetal

impeça o seu movimento de extensão e a afaste do arco púbico em direção ao períneo, aumentando assim a possibilidade de lesão perineal” (OMS, 2006). O método hands-off baseia-se na ideia de que a tensão exercida no perineo durante o parto, torna-o mais fino e vulnerável, e a pressão adicional da mão pode causar isquemia e facilitar a laceração; Na prática orientei a parturiente, sem tocar no perineo, ficando preparada para aplicar uma leve pressão sobre a cabeça em caso de necessidade, ou seja numa situação de deflexão da cabeça muito rápida.

- Massagem do perineo com lubrificante - Este método consistiu na aplicação de vaselina líquida (até ao máximo de sensivelmente 30 ml) em toda a região genital e utilizando os dois dedos indicadores foi realizada uma massagem suave com o objetivo de distender os tecidos. A OMS (2006) diz-nos que... “existem muitas dúvidas relativamente aos benefícios desta massagem, por esta estar a ser realizada em tecidos altamente vascularizados e edemaciados”. Um estudo realizado em 2003, no Brasil mostrou que a massagem perineal com vaselina não protege o perineo do trauma (ARAUJO et al, 2008), no entanto no Irão em 2009, foi realizado um estudo muito semelhante que nos mostra que o mesmo procedimento apresenta maior percentagem de períneo intato, menos incidência de episiotomia, maior percentagem de laceração perineal de 1º e 2º grau (GERANMAYEH et al, 2012). Ainda na Noruega um estudo realizado em 2011 conclui que massagem perineal foi eficaz na redução de laceração de terceiro e quarto grau (AASHEIM et al, 2011).

- Posição materna - Segundo as recomendações da OMS, as mulheres devem adotar posições que lhes agradem mais, devem ser estimuladas por profissionais capacitados para acompanhar os partos noutras posições além da tradicional (decúbito dorsal). Foi oferecido à parturiente um apoio contínuo durante o trabalho de parto e nascimento maximizando o uso das suas próprias potencialidades. O estímulo à deambulação e às posturas ativas foram uma constante durante o estágio. Para além de constituírem uma estratégia de conforto estão associados ao trabalho de parto menos demorado e com menos repercussões traumáticas para a mãe (e para o bebé), nomeadamente menos trauma perineal. A bola Suíça foi um recurso utilizado, que estimulou a posição vertical, permitiu a liberdade de movimentos, possibilitou o exercício do balanço pélvico. A movimentação suave da pelve promove o relaxamento da musculatura, que

associada à ampliação da pelve auxilia na descida da apresentação fetal no canal de parto Watkins et al (2001). Sempre de acordo com a opção da mulher, foi adotada a posição lateral e também posições mais verticalizadas através da elevação da cabeceira da cama. A posição lateral promove a assimetria dos estreitos o que pode facilitar a descida de apresentações fetais ainda altas através da maior amplitude do estreito inferior (SHORTEN, DONSANTE e SHORTEN, 2002). A posição de sentada está associada a melhores resultados em termos da influência direta da gravidade, da menor compressão dos vasos sanguíneos centrais (como a Aorta e a veia Cava) com melhores resultados consequentes na tensão arterial materna, irrigação sanguínea da placenta e pH fetal, maiores diâmetros pélvicos, maior eficácia das contrações uterinas, menor duração do período expulsivo (GUPTA, HOFMEYR e SMITH, 2012). Relativamente às posições do parto... “as posições verticais diminuem o número de episiotomias” (DE JONGE et al, 2007); “...a posição lateral está associada a uma maior taxa de períneo intacto enquanto que a posição de cócoras está associada a resultados perineais menos favoráveis” (SHORTEN, DONSANTE e SHORTEN 2002); “...as posições com mais risco para a laceração de terceiro e quarto grau são a posição de litotomia e posição de cócoras” Gottvall et al (2007).

As lacerações perineais espontâneas ocorridas no parto são classificadas de acordo com o envolvimento das estruturas anatómicas do corpo perineal (GOULD, 2007). Importa referir que a classificação das lacerações espontâneas utilizada se enquadra na classificação internacional aprovada pelo ROG (mencionada e caracterizada anteriormente, no Enquadramento Teórico).

A realização da **episiotomia** foi feita: de forma criteriosa tendo em conta que, à luz do conhecimento atual, os riscos associados ao uso da episiotomia são significativos, designadamente dor perineal, lacerações do esfíncter anal, complicações intestinais, deiscência da sutura, edema e hematoma, entre outros (LOWENSTEIN et al, 2005; VISWANATHAN et al, 2005; ANDREWS et al, 2008; DECLERQ et al, 2008); sempre devidamente justificada, as indicações da OMS para a realização deste procedimento estão reservadas à prematuridade, ao períneo pouco extensível, à exaustão materna, ao uso do forceps ou ventosa, ao sofrimento fetal, à apresentação pélvica; no momento da coroação, segundo Graça (2010a), no caso das apresentações cefálicas, a episiotomia deve ser efetuada apenas na altura

da “coroação”, ou seja, quando a apresentação distende o períneo, pois diminui a extensão da incisão e a hemorragia.

Tive sempre como princípio que o parto vaginal é um processo fisiológico, devendo existir sempre uma justificação consistente para intervir no trabalho de parto e nascimento, neste contexto foram efetuadas 7 episiotomias num total de 40 partos.

O tipo de episiotomia utilizada foi a episiotomia médio-lateral. Bodner-Adler et al (2001) ao analisar os diferentes tipos de episiotomia concluiu que as mulheres submetidas a episiotomia mediana, apresentam um risco seis vezes superior de laceração de terceiro grau comparativamente às mulheres submetidas a episiotomia médio-lateral. Revicky et al (2010) confirma e mostra-nos que a episiotomia medio-lateral apresenta uma taxa inferior de laceração de terceiro e quarto grau relativamente à episiotomia mediana.

A sutura foi realizada com Vicryl 0 e Vicryl 00, sendo um material de sutura sintético e absorvível “...está associado a menos dor perineal e menos complicações na cicatrização em comparativamente ao material não absorvível” (KETTLE, DOWSWELL e ISMAIL, 2010). Sempre que possível foi utilizada a técnica da sutura contínua que... “quando comparada com suturas interrompidas está associada com menos dor a curto prazo” (KETTLE, HILLS e ISMAIL 2007), “maior mobilidade materna, cicatrização mais rápida, o que reduz o risco de infeção e o desconforto da mulher “(ALMEIDA e RIESCO, 2008).

A reparação da episiotomia e das lacerações perineais foi realizada por planos. A técnica de sutura mais utilizada foi a contínua. Considerando que a evidência científica aponta para o facto de que a técnica de sutura contínua para encerramento perineal de todos os planos é a que está associada a menos dor perineal no pós-parto imediato. Contudo, não foi possível fazê-lo sempre. A técnica de sutura contínua foi utilizada no primeiro plano (mucosa vaginal) e no segundo (músculos perineais). No terceiro plano (extremidades cutâneas) por vezes foram utilizados pontos separados, esta é a técnica mais utilizada no bloco de partos da referida maternidade. Todas as puérperas com traumatismo perineal foram suturadas.

A maioria das mulheres estava sob o efeito da analgesia epidural, não apresentaram dor durante o procedimento, pelo que apenas duas vezes foi utilizada anestesia local, durante a realização da sutura.

A morbidade materna no pós-parto, associada à sutura do traumatismo perineal, pode provocar graves problemas físicos e psicológicos à mulher. A dor perineal, em particular, pode ter repercussões negativas na qualidade de vida da puérpera, comprometendo a realização de atividades diárias, afetando a sua capacidade no desempenho das tarefas relacionadas com o exercício da maternidade e prejudicando o seu relacionamento familiar e social (KETTLE e RAYNOR, 2009). Assim, segundo estes autores, é fundamental que os profissionais suturem as lesões perineais usando os melhores materiais e as melhores técnicas, de modo a reduzir a morbidade materna no puerpério.

Relativamente aos resultados perineais (Tabela 2 no apêndice VII) concluiu-se que 60% das parturientes sofreram algum tipo de trauma perineal durante o parto, o que vai ao encontro dos resultados dos estudos de Albers et al (1999), MacArthur e MacArthur (2004) e Andrews et al (2008), nos quais se verificou que a maioria das mulheres sofreu algum tipo de traumatismo perineal decorrente do parto vaginal.

Segundo a extensão e a complexidade do traumatismo perineal (Tabela 3 no apêndice VII), observa-se que: 17,5% das parturientes foram submetidas a episiotomia, o que constitui uma percentagem bastante razoável, tendo em conta que, à luz do conhecimento atual existe, uma incidência elevada deste procedimento cirúrgico, confirmando o referido por Graham (2005) numa pesquisa efetuada sobre as taxas de episiotomia em todo o mundo, quando concluem que estas são muito elevadas na maioria. No entanto esta percentagem ultrapassa ligeiramente as recomendações de muitos autores que defendem que a episiotomia devia ser realizada em apenas 10% a 15% dos partos (CARNIDE et al, 2011); 25% tiveram laceração do 2º grau; 17,5% tiveram laceração do 1º grau. 7,6% tiveram a ocorrência simultânea de episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau.

Vejamos agora os resultados perineais relativamente às técnicas de proteção perineal utilizadas (as respetivas tabelas encontram-se no apêndice VII):

- O método hands off foi utilizado em 10 parturientes e os resultados perineais são os seguintes: 6 mulheres com períneo íntegro, 2 com laceração grau I, 1 com laceração grau II e 1 com episiorrafia.

- O método "hands on" foi utilizado em 6 parturientes e os resultados perineais são os seguintes: Nenhuma mulher com períneo íntegro, 1 mulher com laceração grau I, 5 com laceração grau II e 1 com episiorrafia.

-A realização de massagem perineal com lubrificante foi feita a 8 parturientes e os resultados perineais são os seguintes: oito mulher com períneo íntegro, 1 mulher com laceração grau I, 2 com laceração grau II e nenhuma com com episiorrafia.

- A realização de massagem perineal com lubrificante conjuntamente com método "Hand on" foi realizada a 16 parturientes e os resultados perineais são os seguintes: 5 mulher com períneo íntegro, 3 mulher com laceração grau I, 2 com laceração grau II e 5 com episiorrafia.

Quero ainda referir algumas vezes, fui visitar estas mulheres ao serviço de puerpério (no dia seguinte ao parto) e tentei perceber de forma informal o nível de dor perineal relacionando-o com os resultados perineais. Concluí que a dor era tanto maior quanto maior a severidade do trauma perineal, o que vai ao encontro dos resultados dos estudos de Albers et al (1999), MacArthur e MacArthur (2004) (no que diz respeito ao pós-parto imediato) e Andrews et al (2008), quando referem que embora a dor perineal tenha estado presente em mulheres sem lesão visível no períneo, afetou mais as que sofreram algum tipo de traumatismo perineal, sendo que foram as puérperas com traumatismo perineal mais grave as que referiram mais dor. De facto, e de acordo com o referido na literatura, existe uma relação direta entre a extensão e complexidade das lesões perineais ocorridas durante o parto vaginal e a dor subsequente, sendo esta tanto maior quanto mais grave for o traumatismo perineal (ALBERS e BORDERS, 2007).

Resta-me dizer que aproveitei todas as oportunidades possíveis para trocar impressões com os EEESMO do serviço, procurando perceber quais as estratégias que utilizam e transmitindo os conhecimentos que fui adquirindo através da evidência científica, numa perspetiva de formação informal entre pares. Face ao descrito anteriormente considero ter atingido o objetivo traçado.

4 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No desenvolvimento deste estudo procurei assegurar o máximo rigor metodológico, tendo, no entanto, identificado algumas limitações que sinto necessidade de referenciar.

Ao efetuar a revisão sistemática da literatura, que procurei ser o mais atual possível, deparei-me sobretudo com a falta de estudos nacionais sobre esta temática, mas também com a escassez de publicações internacionais, o que dificultou o suporte e discussão dos resultados obtidos.

A escassez de recursos na maternidade para a aplicação de determinadas técnicas a falta de água destilada para molhar as compressas por rotura de stock, e a inexistência de uma fonte de calor para o aquecimento da mesma foi limitativo. O fato da configuração da Sala de Partos da referida maternidade não estar direcionada para o parto verticalizado levou a que muitas das parturientes optasse pela posição de litotomia.

O reduzido conhecimento das grávidas quanto aos seus direitos no processo de parto foi limitativo no sentido de que a puérpera não vem preparada para determinadas realidades (métodos não farmacológicos de alívio da dor, posição do parto) o que torna o processo mais moroso e difícil de ser aceite por parte da mulher.

A maioria das mulheres optou pela analgesia epidural como fonte primaria de alívio da dor durante o parto, em detrimento de outros apoios não farmacológicos comprovadamente eficazes, o que para além de eliminar qualquer tipo de controle quanto à sensação e à ação na região perineal e nos membros inferiores impediu-as de ter optado por qualquer outro tipo de posicionamento.

O facto de ter vivenciado a minha própria experiência de parto, durante o estágio levou-me a uma maior dificuldade na gestão do tempo e no cumprimento da calendarização das atividades planeadas. No entanto não quero deixar de referir que foi o ponto mais positivo de todo este estudo. Proporcionou-me a chegada a uma “dimensão” desconhecida até então, que me levou a uma sensibilidade e proximidade maior com estas mulheres/casais e respetivos recém nascidos.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Reforçando a premissa que deveremos sempre defender a justiça e a proteção da saúde do cliente, está o ponto 1 do artigo 8º, Capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros quando refere que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Durante toda a minha prestação de cuidados, no estágio, tive a preocupação de me identificar como enfermeira a frequentar o CMESMO, tendo sempre presente a premissa de Nunes, Amaral e Gonçalves (2005), quando referem que...

“os padrões ético-profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente, pelo que exige uma qualidade humana e humanizadora”.

Para a realização deste trabalho foi utilizada a observação participante, tendo sido salvaguardados os princípios éticos como a beneficência e não maleficência, justiça e equidade, autonomia, veracidade e fidelidade. Este princípio está relacionado com a confidencialidade, direito que procurei preservar em todos os momentos, seguindo a alínea d) do 85º Artigo do Código Deontológico dos Enfermeiros (2005) “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados”.

A prestação de cuidados de enfermagem deverá ter em conta questões éticas de base. Regan citado por Witt (1996) “define ética como o estudo da conduta, portanto, o comportamento humano de facto. A ética refere-se ao agir em termos inter-relacionais, ou seja, ao seu efeito no bem-estar alheio”. A ética também é definida, por outros autores, como a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, “é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (FORTIN, 1999).

O investigador tem responsabilidade penal, civil e deontológica com a sociedade, comunidade científica e com os participantes no estudo. A investigação realizada com seres humanos pode lesar os direitos e a liberdade das pessoas, pelo que qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o

ponto de vista ético e os valores de relacionamento humano deverão ser protegidos (FORTIN, 1999).

Quando aplicada a seres humanos, a investigação exige o respeito pelos cinco princípios determinados pelos códigos de ética, são fundamentais para proteger a liberdade e os direitos dos sujeitos (FORTIN, 1999). Esses cinco princípios são: a autodeterminação; a intimidade; o anonimato e confidencialidade; a proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal. O direito à autodeterminação “baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela” (FORTIN, 1999). Está relacionado com a escolha voluntária do sujeito participar ou não numa investigação para a qual foi convidado. Segundo o artigo 9º do código de Nuremberga, o sujeito deve ser informado do seu direito de se retirar, em qualquer momento, do estudo que consentiu previamente. O direito à intimidade faz referência à proteção da intimidade dos sujeitos. Relacionada com o anonimato e confidencialidade dos dados, protegendo o sujeito, inclusive na divulgação dos resultados. O direito ao anonimato e à confidencialidade está relacionado com o direito de não ser associado às suas respostas individuais. O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo “corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem” (FORTIN, 1999). O direito a um tratamento justo e equitativo contempla o direito em ser informado sobre a natureza, finalidade, duração e métodos utilizados na investigação. Refere-se ainda ao tratamento equitativo dos sujeitos e invoca a escolha dos indivíduos, por estarem ligados ao problema de investigação, e não por conveniência ou disponibilidade, bem como deve ser contemplada a ausência de prejuízo para os sujeitos que desistam durante o decurso do estudo.

No decurso deste trabalho, não foi realizado trabalho de investigação de campo, mas sim uma revisão de estudos anteriormente realizados e que tiveram em conta os aspetos deontológicos e os princípios éticos referidos anteriormente.

6 - SUGESTÕES PARA A PRÁTICA

A visibilidade da enfermagem especializada em saúde materna e obstetrícia deve ser alicerçada na reflexão crítica sobre a prática, de forma a dar maior relevo às competências do EESMO. O desenvolvimento de trabalho de campo e investigação nas nossas áreas de atuação autônoma e a divulgação dos resultados promove a ênfase da prática baseada na evidência.

A temática contida neste relatório desencadeou algumas reações aos enfermeiros do local do ensino clínico, proporcionando momentos de discussão e partilha de opiniões e conhecimentos, sensibilizando para uma modificação de comportamentos e para a necessidade de desenvolvimento de competências no cuidar do perineo.

Considerando os resultados obtidos face à temática abordada, parece emergir a importância da formação com maior relevância sobre os cuidados de enfermagem no cuidar do perineo, levando a uma maior e melhor preparação profissional.

Sinto que este tema, dado a sua complexidade, ainda é pouco abordado no nosso país, pelo que a publicação e divulgação de artigos relacionados será um dos meus projetos para o futuro, de forma a promover a reflexão sobre as competências do EEESMO na abordagem à integridade perineal e a promoção da prática da enfermagem baseada na evidência.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este percurso acadêmico e profissional foi pautado por uma evolução do meu desempenho como futuro EEESMO o que, à luz do modelo de Betty Neuman, poderá traduzir-se por um aumento da capacidade de resposta aos *stressores*, reforço das minhas linhas de defesa e aumento da autonomia por fortalecimento do meu *core*.

Este desenvolvimento de competências teve como base a reflexão, pois “a experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, refletida” (ALARCÃO, 2001, p. 55) e “a aprendizagem é o processo no decurso do qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência” (KOLB, citado por ABREU, 2007, p. 100). O investimento na reflexão sobre a prática é uma das melhores formas de dar visibilidade à enfermagem e relevo às competências do enfermeiro. O trabalho de investigação em enfermagem (desenvolvido preferencialmente nas áreas de atuação autónoma), e a divulgação dos resultados obtidos, leva ao desenvolvimento da profissão e à ênfase da prática baseada na evidência.

A elaboração deste relatório foi um desafio, devido às inúmeras indecisões e hesitações no decurso da sua elaboração, mas também foi uma experiência extremamente gratificante na medida em que me permitiu refletir sobre todo o meu percurso e desempenho para a aquisição de competências como futuro EEESMO.

A unidade curricular Estágio com Relatório proporcionou o desenvolvimento de competências no cuidar em enfermagem especializada em saúde materna e obstetrícia a grávidas com patologia, parturientes e recém-nascidos. Ocorreram experiências de aprendizagem muito gratificantes e algumas menos positivas, mas procurei sempre refletir sobre as mesmas à luz da evidência científica, de forma a promover o desenvolvimento das minhas competências profissionais.

Foi desenvolvido um estudo sobre os contributos do e EESMO na integridade perineal durante o parto, baseado na metodologia da Revisão Sistemática da Literatura. Uma experiência muito enriquecedora para por em prática cuidados na área da integridade perineal à luz da evidência científica e, também uma oportunidade para despertar nos meus pares a necessidade de cuidar do perineo em saúde materna e obstetrícia. Em Portugal esta temática não tem merecido a devida atenção por parte dos investigadores. Não pretendo, contudo, com este trabalho encontrar soluções para uma problemática tão complexa, mas antes

contribuir para o reconhecimento da importância da mesma, no sentido de serem implementadas práticas mais eficazes, baseadas em evidências científicas, tendo em vista a redução do traumatismo perineal durante o parto e, conseqüentemente, a promoção da saúde e do bem-estar das puérperas.

A unidade curricular Estágio com Relatório, além de promover o desenvolvimento de competências no cuidar especializado em enfermagem, levou também a modificações a nível pessoal, como o desenvolvimento da capacidade de expressão escrita, a articulação e reflexão sobre as experiências da prática na prestação de cuidados, influenciada pelo acréscimo de conhecimentos durante este período acadêmico, transformando-me numa pessoa mais rica e num profissional mais competente e com mais capacidades para a prestação de cuidados de enfermagem especializados mas também mais complexos e fundamentados na prática baseada na evidência.

Considero que os objetivos a que me propus no início deste percurso foram atingidos com sucesso, verificando uma evolução gradual e sustentada no desenvolvimento das competências.

Embora exista uma grande incerteza sobre o meu futuro percurso profissional, devido à instabilidade e clima de mudança atual no sistema de saúde, gostaria de desenvolver a minha atividade profissional numa unidade que me permitisse prestar cuidados a casais e recém-nascidos, possibilitando a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos neste trabalho e o desenvolvimento permanente de competências no cuidar especializado em saúde materna e obstetrícia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AASHEIM, Vigdis et al (2011) - Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Database Syst Rev.** [Em linha]. (12). ISSN: 1469-493X. Acedido em: 22/11/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/pdf>

ABREU, Wilson (2007) - **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico.** Coimbra: Formasau. ISBN: 9789728485870

ALARCÃO, Isabel (2001) - Formação Reflexiva. **Revista Referência.** Coimbra. ISSN: 0874-0283. Nº6 (Maio de 2001) p.53-59.

ALBERS, Leah et al (2006) - Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. **Birth.** [Em linha]. Vol.33, nº2 (Junho 2006) p.94-100. ISSN: 1523-536X. Acedido em: 22/11/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0730-7659.2006.00085.x/pdf>

ALBERS, Leah et al (2005) - Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. **Journal of midwifery & women's health.** [Em linha]. Vol.50, nº5 (Dezembro, 2005) p.365 -372. ISSN: 1542-2011. Acedido em: 26/11/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1350988/>

ALBERS, Leah; BORDERS, Noelle (2007) - Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. **Journal of Midwifery Women's Health.** [Em linha] Vol.52, nº3 (Maio/Junho 2007) p.246-253. ISSN: 1542-2011. Acedido em: 22/11/2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152695230600626X>

ALBERS, Leah et al (2003) - Reducing Genital Tract Trauma at Birth: Launching a Clinical Trial in Midwifery. **Journal of Midwifery Women's Health.** [Em linha]

Vol.48, nº2 (March-April 2003) p.105-110. ISSN: 1542-2011. Acedido em: 22/11/2013. Disponível em:

http://ac.els-cdn.com/S1526952302004154/1-s2.0-S1526952302004154-main.pdf?_tid=54570a28-e26e-11e3-bbe0-00000aab0f6c&acdnat=1400845104_3ffa4d2a79f471f0027c52dfd3f4d9c8

ALBERS, Leah et al (1999) - Distribution of genital tract trauma in childbirth and related perineal pain. **Birth**. [Em linha]. Vol.26, nº1 (Março 1999) p.11-15. ISSN: 1523-536X Acedido em: 22/11/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536x.1999.00011.x/pdf>

ALBERS, Leah. et al (1996) - Factors related to trauma in childbirth. **J Nurse Midwifery**. [Em linha]. Vol.41, nº4 (Julho/Agosto 1996) p.269-76. ISSN. 0091-2182. Acedido em: 2/10/2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/0091218296000420/1-s2.0-0091218296000420-main.pdf?_tid=a55858f8-e270-11e3-a338-00000aab0f26&acdnat=1400846099_6022687f78f8846aa0652f2fb326efc3

ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner (2004) - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-74-6.

ALMEIDA, Sandra F; RIESCO, Maria L. (2008) - Ensaio clínico controlado aleatório sobre duas técnicas de sutura do trauma perineal no parto normal. **Rev. Lat. Ame. Enfermagem, Ribeirão Preto**. [Em linha]. Vol.16, nº2 (Março/Abril 2008) p.1-8. ISSN: 0104-1169. Acedido em: 14/11/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_16.pdf

ALOUINI, Souhail et al (2011) - Anal sphincter tears after vaginal delivery: risks factors and means of prevention. **Revue Médicale de Liège**. Vol.66, nº10 (Outubro 2011) p.545-9. ISSN: 0370-629X Acedido em: 22/11/2013.

ALPERIN Marianna et al (2008) - Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. **Obstetrics and gynecology**. [Em linha].

Vol.111, nº6 (Junho 2008) p.1274-8. ISSN: 0029-7844. Acedido em: 22/11/2013.
Disponível em:
http://www.researchgate.net/publication/5334611_Episiotomy_and_increase_in_the_risk_of_obstetric_laceration_in_a_subsequent_vaginal_delivery/file/e0b49518836aa3bfc2.pdf

ANDERSSON, Ola; HELLSTRÖM-WESTAS, Lena; DOMELLÖF, Magnus (2011)
Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. **BMJ**. [Em linha]. (343) (15 November 2011). ISSN:1756-1833. Acedido em: 22/1/2014. Disponível em:
http://www.bmj.com/highwire/filestream/541382/field_highwire_article_pdf/0/bmj.d7157

ANDREWS, V. et al. (2008) - Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia: a prospective study. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. [Em linha]. Vol.137, nº2 (Abril 2008) p.152-156. ISSN:0028-2243. Acedido em: 22/1/2014. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030121150700276X>

ANTUNES, M. (2008) – **Relação conjugal no pós-parto: diferenças de género**. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Tese de Mestrado.

ARAUJO, Natalúcia et al (2008) - Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto. **Rev latino-am enfermagem**. [Em linha]. Vol.16, nº3 (Maio-Junho 2008) p. 375-381. ISSN:0104-1169. Acedido em: 22/1/2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000300007&script=sci_arttext&tlng=pt

BARACHO Sabrina et al - A influência da posição do parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas; **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**

[Em linha]. Vol.9, nº4 (Outubro /Dezembro 2009) p.409-414. ISSN: 1806-9304.

Acedido em: 22/1/2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a04v9n4.pdf>

BARROS, Sonia (2006). - **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Brasil: Editora Manole. ISBN: 8520422063

BECKMANN Michael; STOCK Owen - Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. **Cochrane Database Syst Rev**. . [Em linha]. Vol.25, nº1 (Janeiro, 2006). ISSN: 1469-493X. Acedido em: 22/1/2014. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD005123.pub2/asset/CD005123.pdf?v=1&t=hvjggjg0&s=b2bebb0325dca22c6465ae8f59b523169e678a1a>

BENNER, Patricia (2001) - **De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora.

BELEZA, Ana et al - Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. Vol.65, nº2 (Março/Abril 2012) p.264-8. ISSN 0034-7167. Acedido em: 22/1/2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a10.pdf>

BIA, Maria Florbela (2010) - Sexualidade pós-parto: a outra face da maternidade. **Nursing**. [Em linha]. Vol. 22, nº260 (Setembro, 2010) p. 8-18. ISSN 0871-6196. Acedido em: 22/1/2014. Disponível em:

<http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3573-sexualidade-pos-parto-a-outra-face-da-maternidade>

BICK, Debra E. et al (2010) - Perineal assessment and repair longitudinal study (PEARLS): protocol for matched pair cluster trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**. [Em linha]. Vol.10, nº10 (2010) p.1-8. ISSN 1471-2393. Acedido em: 22/1/2014. Disponível em:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/10>

BODNER-ADLER Barbara et al (2001) - Risk factors for third-degree perineal tears in vaginal delivery, with an analysis of episiotomy types. **J Reprod Med**. St. Louis. ISSN 0024-7758. Vol.46, nº8 (Agosto, 2001) p.752-6

BORGES, Bárbara Bettencourt; SERRANO, Fátima; PEREIRA, Fernanda (2003) - Episiotomia: uso generalizado *versus* selectivo. **Acta Médica Portuguesa**. Lisboa. ISSN 0870-399X. Série II, vol. 16, nº 6 (Novembro/Dezembro 2003), p. 447-454.

BOSTON, Helen; HALL, Jennifer (2009) - **Midwifery essentials: labour**. Vol. 3. Edinburgh [etc.]: Churchill Livingstone Elsevier. ISBN 9780443103551

BRANDEN, Penni. (2000) - **Enfermagem Materno-Infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso. ISBN 8587148419

BRAZELTON, Thomas Berry. (1989) - **A Relação mais precoce**. Lisboa: Terramar. ISBN 9789727100835

BRAZELTON, Thomas Berry. (1989) - **Tornar-se Família**. Lisboa: Terramar. ISBN 9789727100569

CAMPOS, Diogo et al (2005) - Episiorrafia e correcção de laceração perineais de 2º grau. In CAMPOS, Diogo Ayres de; MONTENEGRO; Nuno, coord. – **Protocolos de medicina materno-fetal**. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-363-0. p.134-135.

CANAVARRO, Maria Cristina. (2001). **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 9727542352

CARNIDE, Catia et al (2011) - Episiotomy: old practices, new concepts. **Acta obstet.Ginecol Port**. Vol.5, nº1 (2011) p. 45-51. ISSN 1646-5830

CARROLI, G. et al (2009) - Episiotomy for vaginal birth (Review). **The Cochrane Library**. [Em linha] Vol.21, nº 1 (Janeiro 2009) ISSN 1465-1858 Acedido em:

22/1/2014.

Disponível

em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/pdf>

CARVALHO, Amândio (2006) - **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-22-6

CARVALHO Maria Luiza Mello de (2003) - Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.19, nº2 (2003) p.389-98. ISSN 0102-311X. Acedido em: 22/1/2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800020

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa de (2010) - Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia na Maternidade Escola do Recife, Pernambuco, Brasil; **Rev Assoc Med Bras**. [Em linha] Vol.56, nº3 (2010) p. 333-9. ISSN: 0104-4230 Acedido em: 22/1/2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a20.pdf>

CRAIG, Jean.; SMYTH, Rosalind (2004) - **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-61-9

CRUZ, Andrea; BARROS, Sonia (2010) - Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal. **Acta Paul. Enferm.** [Em linha] Vol.23, nº3, (maio/junho 2010) p.366-371. ISSN 1982-0194. Acedido em: 2/2/2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a09.pdf>

DAHLEN, Hanna et al (2007) - Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. **Birth**. [Em linha] Vol.34, nº4 (Dezembro, 2007) p.282-90. ISSN: 1523-536X. Acedido em: 2/2/2014. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2007.00186.x/pdf>

DANDOLU, V. et al (2005) - Risk factors for obstetrical anal sphincter lacerations. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**. London. ISSN: 1433-3023. Vol.16, nº4 (Jul-Aug 2005) p.304-7.

DE JONGE, Ank et al (2010) - Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. **International Journal of Clinical Practice**. [Em linha]. Vol. 64, nº5. (April 2010) p.611-618. ISSN: 1742-1241. Acedido em: 7/12/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2009.02316.x/pdf>

DE SOUZA, Caroci da Costa; GONZALES, Riesco - A comparison of "hands off" versus "hands on" techniques for decreasing perineal lacerations during birth. **J Midwifery Womens Health**. [Em linha]. Vol 51, nº2 (2006 Mar-Apr) p.106-11. ISSN: 1542-2011. Acedido em: 12/12/2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952305005714>

DECLERQ, Eugene et al (2008) - Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. **Birth**. [Em linha]. Vol.35, nº1 (Março 2008) p.16-24. ISSN: 1523-536X. Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2009.02316.x/pdf>

DIAS, M^a de Fatima (2006) - **Construção e validação de um inventário de competências**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-14-3

DIPIAZZA, DeAnn (2006) - Risk factors for anal sphincter tear in multiparas. **Obstet Gynecol.** [Em linha]. Vol.107, nº6 (5) p.1233-7. ISSN 0029-7844. Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2009.02316.x/pdf>

DUDDING, Thomas; VAIZEY, Carolynne ; KAMM, Michael (2008) - Obstetric anal sphincter injury; risk factors, and management. **Annals of Surgery**. ISSN 0003-4932. Vol 247 nº2 (Feb 2008) p.224-37

EASON, E et al. (2000) - Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. Philadelphia. ISSN 0002-9378. Vol 95, nº3 (Mar 2000) p.464-471.

ELHARMEEL Suzan et al. (2011) - Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha]. Vol.10, nº8 (Agosto 2011). ISSN 1469-493X. Acedido em: 16/12/2013. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008534.pub2/pdf>

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA - **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Ano lectivo 2013/2014. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2013) - **Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

FAME – FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (2009) - **Iniciativa Parto Normal: Documento de consenso**. Lisboa: Lusociência.

FELDMAN, Robert (2001) - **Compreender a Psicologia**. Amadora: McGraw-Hill. ISBN 9789727730704

FERNANDES, C. et al (2000) - Factores que influenciam a não presença do pai no momento do nascimento do filho. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. Nº 33, p. 33 - 37. ISSN 0872-8844

FERNANDO, R.J. et al (2007) - The management of third and fourth degree perineal tears: green top guideline nº 29. In **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists guidelines** [Em linha]. RCOGG, (Março, 2007) p. 1-11. Acedido a 28 Mar. 2014. Disponível em: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG2911022011.pdf>.

FERREIRA, C. (2011) – Dor Perineal no pós-parto: Estudo de alguns fatores associados. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Tese de Mestrado

FLEMING, Valerie E.M.; HAGEN, Suzanne; NIVEN, Catherine (2003) - Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. **British Journal of Obstetrics and Gynecology**. [Em linha]. Vol.110, nº7 (Jul 2003) p.684-689. ISSN 0306-5456 Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008534.pub2/pdf>

FORTIN, Marie Fabienne (1999) - **O processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X

FRANCISCO, Adriana et al (2011) - Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paul Enferm**. [Em linha]. Vol.24, nº1 (2011) p.94-100. ISSN 1982-0194 Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a14.pdf>

FUNAYAMA, Carolina (1996) - Exame neurológico em crianças. **Revista de Medicina da Universidade de São Paulo**. [Em linha]. Vol. 29, nº1 (Jan/Mar, 1996). p.32-43. ISSN:2176-7262. Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: <http://revistas.usp.br/rmrp/article/view/710/722>

GEISSBUEHLER, Verena; STEIN, Sonja; EBERHARD, Jakob (2004) Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. **J Perinat Med**. Vol.32, nº4. (junho 2005) p.308-14. ISSN: 1619-3997

GERANMAYEH, Mehrnaz et al (2012) - Reducing perineal trauma through perineal

massage with vaseline in second stage of labor. **Arch Gynecol Obstet.** [Em linha]. Vol.285, nº1 (2012) p.77-81. ISSN: 1432-0711. Acedido em: 16/12/2013. Disponível em:

http://download.springer.com/static/pdf/500/art%253A10.1007%252Fs00404-011-1919-5.pdf?auth66=1401024978_464e8d5754b3f87fbfc659575bbaf7c7&ext=.pdf

GERDIN Eva et al (2007) - The role of maternal age and episiotomy in the risk of anal sphincter tears during childbirth. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**. [Em linha]. Vol.47, nº4 (2007 Aug) p.286-90. ISSN: 1479-828X Acedido em: 16/12/2013.

Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2007.00739.x/pdf>

GLAZENER, Cathryn M.A.; MACARTHUR, Christine (2001) - Postnatal morbidity. **The Obstetrician & Gynaecologist**. [Em linha]. Vol.3, nº4 (October 2001) p.179-183. ISSN: 1744-4667. Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: _

<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1576/toag.2001.3.4.179/asset/toag.2001.3.4.179.pdf?v=1&t=hvjjcw2z&s=78368ac391681a0db2c3f32f45a3c0cc706e541e>

GOTTVALL, Karin et al (2007) - Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. **BJOG**. [Em linha]. Vol.114, nº10 (Outubro 2007) p.1266-72. ISSN 0306-5456 Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: _

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01482.x/pdf>

GORDON, Beverley et al (1998) The Ipswich Childbirth Study: A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology. [Em linha]. Vol.105, nº4 (Abril 1998) p.435-440. ISSN 0306-5456. Acedido em: 16/12/2013. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.1999.tb08098.x/pdf>

GOULD, Dinah (2007) - Perineal tears and episiotomy. **Nursing Standard**. London. Vol.21, nº52 (September 2007) p.41-46. ISSN 0029-6570

GRAÇA, Luís Mendes da (2010a) - Episiotomia e laceração perineais. In GRAÇA, Luís Mendes da e colabs. - **Medicina materno-fetal**. 4ªed. actualizada e aumentada. Lisboa [etc.]: Lidel, 2010 a. ISBN 978-972-757-654-8

GRAÇA, Luís Mendes da (2010b) - Gravidez prolongada e indução do trabalho de parto. In

GRAÇA, Luís Mendes da e colabs. - **Medicina materno-fetal**. 4ªed. actualizada e aumentada. Lisboa [etc.]: Lidel, 2010 b. ISBN 978-972-757-654-8. p. 697-700.

GRAHAM, Ian D. et al. (2005) - Episiotomy rates around the world: an update. **Birth**. [Em linha]. Vol.32, nº3 (Sept 2005) p.219. ISSN: 1523-536X. Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0730-7659.2005.00373.x/pdf>

GREEN Josephine M.; GREEN, Vanessa A. (1998) **Great Expectations A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth**. Cheshire: Books for Midwives Press ISBN:1898507589

GROUTZ, Asnat et al (2011) Third - and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. [Em linha]. Vol.204, nº4 (2010 Dec 22) p.347-4. ISSN. 0002-9378. Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0002937810022817/1-s2.0-S0002937810022817-main.pdf?tid=f5e50520-e282-11e3-a3b2-00000aab0f02&acdnat=1400853965_f273ecd9a84197cecb7f5db0e1ce7c8e

GUPTA JK, HOFMEYR GJ, SMYTH R (2012) - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). **The Cochrane Library**. [Em linha]. Vol.16, nº5 (2012 May) ISSN: 1465-1858 Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/pdf>

HOOGAN, Rosemarie (1985) - **Human sexuality; a nursing perspective**. Connecticut: AppletonCentury Crofts. ISBN 0838539572

HUTTON EK, HASSAN ES - Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. **JAMA**. [Em linha].

Vol.297 nº11 (March 2007) p. 1241-52. ISSN: 1538-3598 Acedido em: 5/3/2013.

Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=206143>

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2011) - **Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira 2010** [Em linha]

Acedido em: 5/3/2013. Disponível em:

<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/Compete%CC%82ncias%20Essenciais%20para%20o%20Exerci%CC%81cio%20Ba%CC%81sico%20da%20Profissa%CC%83o%20de%20Parteira%202010.pdf>

KETTLE, Christine; TOHILL, Susan (2011) - Perineal care. **Clin Evid.** [Em linha]. Vol.4, p.1401-20. ISSN. 1462-3846 Acedido em: 16/12/2013. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907946/pdf/2008-1401.pdf>

KETTLE, Christine et al (2002) - Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. **The Lancet.** [Em linha]. Vol.259, nº 29 (June 2002), p. 2217-2223.

ISSN 0140-6736 Acedido em: 16/12/2013. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com/S0140673602093121/1-s2.0-S0140673602093121-](http://ac.els-cdn.com/S0140673602093121/1-s2.0-S0140673602093121-main.pdf?_tid=8e0f009e-e283-11e3-9104-00000aab0f6c&acdnat=1400854220_133ec1919e5de17da920b51a16c839d9)

[main.pdf?_tid=8e0f009e-e283-11e3-9104-](http://ac.els-cdn.com/S0140673602093121/1-s2.0-S0140673602093121-main.pdf?_tid=8e0f009e-e283-11e3-9104-00000aab0f6c&acdnat=1400854220_133ec1919e5de17da920b51a16c839d9)

[00000aab0f6c&acdnat=1400854220_133ec1919e5de17da920b51a16c839d9](http://ac.els-cdn.com/S0140673602093121/1-s2.0-S0140673602093121-main.pdf?_tid=8e0f009e-e283-11e3-9104-00000aab0f6c&acdnat=1400854220_133ec1919e5de17da920b51a16c839d9)

KETTLE, Christine et al (2010) - Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. **Cochrane Database of Systematic Reviews.**

[Em linha]. Vol.16, nº6 (Junho 2010) pag.1-64. ISSN. 1469-493X Acedido em: 16/12/2013. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD000006.pub2/asset/CD000006.pdf?v=1&t=hvnlptq8&s=16b8d36c2303b1bb53ab4ccc7e1f60415df3337e>

KETTLE, Christine; DOWSWELL, Therese; ISMAIL, Khaled M.K. (2010) Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. **Cochrane**

Database of Systematic Reviews. [Em linha]. Vol.16 nº6 (Junho 2010) ISSN: 1469-493X Acedido em: 12/12/2013. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000006.pub2/pdf>

KETTLE, Christine; HILLS; Robert K.; ISMAIL, Khaled M.K. (2007) - Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** [Em linha]. Vol.17, nº4 (2007 Oct) Pag.1-28. ISSN 1469-493X. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000947.pub2/pdf>

KETTLE, Christine; RAYNOR, Maureen D. (2009) - Perineal management and repair. In MARSHALL, J. et al (2010). - **Advancing skills in midwifery practice.** Edinburgh [etc.]: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. ISBN 978-0-7020-3006-2. p. 103-120.

LA ROSA-VÁREZ, Zoraida; CASTILHO, M^a Teresa Rivas; SÁNCHEZ M^o Valle (2013) - Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. **Matronas Prof.** [Em linha] Vol.14, nº1 (2013) p.19-23. ISSN: 1578-0740 Acedido em: 9/10/2013. Disponível em:
<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16753/173/maniobras-de-proteccion-perineal-manejo-expectante-frente-a-manejo-activo-revision-de-la-bibliografia>

LE BOTERF, Guy. (1994) – **De la compétence. Essai sur un attracteur étrange.** Paris : Les Editions d'organisation. ISBN: 270811753X, 9782708117532

LEEMAN, Lawrence (2003) - Repair of obstetric perineal lacerations. **American Family Physician** Vol.68 nº8 (October 2003) p.1585-1590. ISSN 0002-838X Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2003/1015/p1585.pdf>

LEEMAN, Lawrence et al. (2009) - Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labour care, and birth variables. **Birth** [Em linha]. Vol.36 nº4 (December 2009) p.283-288. ISSN: 1523-536X. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2009.00355.x/pdf>

LEI nº14/85 de 6 de Julho. **D.R.**: I Série, nº 153 (6-7-1985).

LEI nº 9/2009 de 4 de Março. **D.R.**: I Série, nº 44 (4.3.2009).

LONGARITO, Clementina Sousa. (2002) - O Ensino Clínico: A Importância da orientação e a construção do saber profissional. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. N.º 5 (Fevereiro 2002) p. 26-33. ISSN, 0874-7695

LOWDERMILK, Deitra Leonard (2008a) – Anatomia e fisiologia da gravidez. In LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon – **Enfermagem na maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008 a. ISBN: 978-989- 8075-16-1. p.222-244.

LOWDERMILK, Deitra Leonard (2008b) - Trabalho de Parto e Parto de Risco. In LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon – **Enfermagem na maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008 b. ISBN 978-989- 8075-16-1. p.808-860.

LOWENSTEIN, L. et al (2005) - Episiotomy as a risk factor for early perineal trauma. **Harefuah**. Israel. ISSN: 00177768. Vol.144 nº 6 (Junho 2005) 389-393, 456.

LUNDQUIST, Martina et al (2000). - Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery?. **Birth**. [Em linha]. Vol.27, nº2 (Junho 2000) p.79-85. ISSN: 1523-536X. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536x.2000.00079.x/pdf>

MACARTHUR, Alison J.; MACARTHUR, Colin (2004). Incidence, severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. **American Journal Obstetrics and Gynecology**. [Em linha]. Vol.191, nº4 (Outubro 2004) p.1199-1204. ISSN: 0002-9378. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0002937804002273/1-s2.0-S0002937804002273-main.pdf?_tid=b011fe36-e4d5-11e3-89be-00000aab0f02&acdnat=1401109398_f6360b271219d442548b11c57121d593

MALGLAIVE, Gerard (2003) - **Ensinar Adultos**. Porto: Porto Editora. ISBN: 978-972-0-34116-7

MATTAR, Rosiane; AQUINO Márcia; MESQUITA, Maria Rita (2007) - A prática da episiotomia no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [Em linha]. Vol.29, n.1 (2007) p.1-2. ISSN 0100-7203 Acedido em: 9/10/2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a01v29n1>

MAYERHOFER, Klaus et al (2002) - Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. **J Reprod Med.** St. Louis. Vol.47, nº6 (2002 Jun) p.477-82. ISSN. 0024-7758

MCCANDLISH, Rona et al. (1998) - A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. Oxford. Vol.105, nº12 (1998 Dec) p.1262-1272 ISSN 0306-5456

MCDONALD, Elie (2013) Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth?. **BJOG**. [Em linha]. Vol.120, nº7 (2013 Jun) p.823-30. ISSN 0306-5456 Acedido em: 9/10/2013. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12166/pdf>

MENTA, Silmara; SCHIRMER, Janine (2006) - Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [Em linha]. Vol.28, n.9 (Set. 2006) p.523-9. ISSN 0100-7203. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n9/04.pdf>

METCALFE Alison et al (2006) - A prospective cohort study of repair and non-repair of second-degree perineal trauma: results and issues for future research. **Evidence Based Midwifery**. [Em linha]. Vol.4, nº2 p.60-4. (2006) ISSN 1479-4489. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em:
<https://www.rcm.org.uk/content/a-prospective-cohort-study-of-repair-and-non-repair-of-second-degree-perineal-trauma-results>

MEYVIS, Inge et al (2012) - Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. **BIRTH**. [Em linha]. Vol.39, nº2 (Junho 2012) p.115-20. ISSN 1523-536X Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2012.00529.x/pdf>

MIERMONT, Jacques. (1993) – **Ecologia das Relações Afectivas**. Lisboa: Grafitexto. ISBN: 9789728245474

MONTAGNER, Hubert (1993) - **A vinculação: a aurora da ternura**. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 978-972-9295-33-1

MOORE Elizabeth et al (2012) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha]. Nº5. ISSN 1469-493X. Acedido em: 7/10/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/pdf>

MOTTA, Cibele Cunha Lima; CREPALDI, M^a Aparecida (2005) - O pai no parto e apoio emocional, a perspectiva da parturiente. **Paidéia**. [Em linha]. Vol. 15, nº30 (Janeiro/Abril 2005) p.105-18. ISSN: 1082-0582 Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf>

MORANO, Sandra et al (2006) - A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. **Journal of Minimally Invasive Gynecology**. Philadelphia.Vol.23, nº5 (Outubro-Setembro 2006) p.457-462. ISSN: 1553-4650

MOUS, M. et al (2007) - Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: faecal incontinence and sexual complaints. **BJOG**. Vol.115, nº2 (2007 Nov 12) p.234-8 ISSN: 1471-0528. . Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01502.x/pdf>

MULDER, Femke et al (2012) - Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. **BJOG**. [Em linha]. Vol.119, nº12 (Novembro 2012) p.1440-6 ISSN: 1471-0528. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03459.x/pdf>

MUNRO, Jane (2008) - Suturing the perineum. In **Midwifery practice guideline: evidence based guidelines for midwifery-led care in labour**. 4th ed. London: Royal College of Midwives, (May 2008) p. 1-10.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE) (2007) - **Intrapartum Care; care of healthy women and their babies during childbirth**. London: NICE

NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model**. 5ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc. ISBN 978-0-13-514277-6.

NUNES, L. et al (2005) - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

OLIVEIRA, Sonia Maria; MIQUILINI, Elaine Cristina (2005) - Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev Esc Enferm USP**. [Em linha] Vol.39, nº3 (Setembro, 2005) p.288-95. Acedido a: 9/10/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/06.pdf>

ORBORO, V.O. et al - A multicentre evaluation of the two-layered repair of postpartum perineal trauma. **J. Obstet. Gynaecol** [Em linha]. Vol.23, nº1 (January 2003) p.5-8. Acedido a: 5/10/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=112&sid=547a80ab-05ea-4178-8dbe-efe569848e0c%40sessionmgr110>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. 2001-12-02. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. 2010-05-29. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. 2010-11-20. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS (1996) - **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS

PAYCEY, Susan (2004) - Couples and the first baby: responding to new parents' sexual and relationship problems. **Sexual and Relationship Therapy**. Londres. Vol. 19 nº3 (Agosto 2004) p. 223-46. ISSN: 1468-1994

PEREIRA, Paulo Roberto Bueno et al (2008) - Fios e Suturas. In GAMA-RODRIGUES, Joaquim José; MACHADO; Marcel Cerqueira Cesar; RASSLAN; Samir, eds. – **Clínica cirúrgica**. São Paulo: Manole. ISBN 978-85-204-2495-7. p. 94-106.

PEREIRA, Marta et al (2007) - **Aprender Orientando: Aprendizagens dos Enfermeiros Orientadores em Ensino Clínico**. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Tese de Mestrado.

PESTVENIDZE E et al (2007) - Finally, daddies in the delivery room: parents' education in Georgia, **Global Public Health**. Georgia. Vol.2, nº2 (Abril 2007) p.169-83. ISSN: 1744-1692

POCINHO, Margarida. (2007). **A Música na Relação Mãe-Bebé**. 3ª ed Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 9789896590901

PROGIANTI Jane et al (2004) - Parto e nascimento: reflexões de enfermeiras obstétricas. **Rev Enferm Atual**. Rio de Janeiro. ISSN 1519-339X (2004 mar/abr) p.23-26

PROGIANTI Jane et al (2006) - A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. [Em linha]. Vol. 10, nº2. (2006 ago) p.266-72. ISSN 1414-8145 Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a14v10n2.pdf>

PROGIANTI Jane; ARAUJO, Luciane; MOUTA, Ricardo (2008) - Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. [Em linha]. Vol.12, nº1 (Março, 2008) p.45-49 ISSN 1414-8145. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>

SANDERS Julia, CAMPBELL Rona, PETERS Tim. (2002) - Effectiveness of pain relief during perineal suturing. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. [Em linha]. Vol.109 nº9 (Setembro 2002) p.1066-1068. ISSN : 0306-5456 Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2002.02033.x/pdf>

SANTOS, Jaqueline et al (2008) - Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Escola Anna Nery Rev Enferm**. [Em linha] Vol.12, nº4 (Dezembro 2008) p.658-63. ISSN: 1414-8145. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S1414-81452008000400008>

SARTORE, Andrea et al (2004) - The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. **Obstet Gynecol**. ISSN: 0029-7844.Vol.103 nº4 (2004 Apr) p.669-73.

SHORTEN, Allison; DONSANTE Jacki, SHORTEN Brett (2002) - Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. **Birth**. [Em linha]. Vol.29 nº1 (2002 Mar) p.18-27. ISSN: 1523-536X. Acedido

em: 9/10/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.2002.00151.x/pdf>

STEEN, Mary (2007). Perineal tears and episiotomy: how do wounds heal. **British Journal of Midwifery**. London. ISSN: 0969-4900. Vol.15 nº5 (Maio 2007) p.273-280.

RATHFISCH, Gulay et al (2010) - Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. **Journal of Advanced Nursing**. [Em linha]. Vol.66, nº12 (2010 Dec) p.2640–2649. ISSN: 1365-2648. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05428.x/pdf>

REGULAMENTO Nº 127/2011 de 18 de Fevereiro. **D.R.**: II Série, nº 35 (18.2.2011).

RENFREW Mary et al. (1998) Practices that Minimize Trauma to the Genital Tract in Childbirth: A Systematic Review of the Literature. **Birth**. [Em linha]. Vol.25 (1998 Sept) p.143-60. ISSN: 1523-536X. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0301211510001132/1-s2.0-S0301211510001132-main.pdf?_tid=57a047ec-e4cd-11e3-8aaa-00000aab0f6c&acdnat=1401105814_4528a4ef845ccb41638b721324e9a5df

REVICKY, Vladimir. et al (2010) - Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury?. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. [Em linha]. Vol.150, nº2 (2010 Jun) p.142-146. ISSN. 0028-2243 Acedido em: 9/10/2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0301211510001132/1-s2.0-S0301211510001132-main.pdf?_tid=e66a1a9e-e4cc-11e3-8aaa-00000aab0f6c&acdnat=1401105624_7ec05f9e314acfe7fdcc681f5288db3d

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (RCOG) (2004) - **Methods and materials used in perineal repair**. guideline no.23. London: RCOG

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (RCOG) (2007) - **The management of third- and fourth-degree perineal tears**. Green-top guideline 29. London: RCOG

RUCKHÄBERLE, Eugen et al (2009) - Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma. **Aust N Z J Obstet Gynaecol.** [Em linha]. Vol.49, nº5 (2009 Oct.) p.478-83. ISSN: 1479-828X. Acedido em: 9/10/2013. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2009.01044.x/pdf>

THAKAR, Raneer; SULTAN, Abdul H. (2009) - Postpartum problems and the role of a perineal clinic. In SULTAN, Abdul H.; THAKAR, Raneer; FENNER, Dee E., eds. - **Perineal and anal sphincter trauma: diagnosis and clinical management.** London: Springer-Verlag. ISBN 978-1-84800-996-7. p. 65-79.

VISWANATHAN, Meera. et al (2005) - The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. Evidence report/Technology Assessment nº 112. In **Agency for Healthcare Research and Quality.** Rockville, MD: AHRQ. [Em linha]. (Maio, 2005). Acedido em: 9/10/2013. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11967/>

WATKINS, Sheila (2001) - Get on the ball - the birth ball that is!. **International Journal Childbirth Education.** Raleigh ISSN: 21565287. Vol.16, nº4. (2001 Dec) p.17-9.

WITT, Aracy (1996) - **Pesquisa de Enfermagem.** Lisboa: Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem.

APÊNDICES

APÊNDICE I
PROJECTO DE ESTÁGIO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

UNIDADE CURRICULAR OPÇÃO

PROJETO DE ESTÁGIO

**CONTRIBUTOS DO EEESMO NA
PROMOÇÃO DA INTEGRIDADE PERINEAL
NA MULHER EM TRABALHO DE PARTO**

DOCENTE ORIENTADORA: Prof. Irene Soares

DISCENTE: Nádía Conceição Bértolo

Nº 4103

**LISBOA
AGOSTO DE 2012**

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 3 |
| ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 5 |
| FINALIDADE E OBJETIVOS | 9 |
| METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO..... | 10 |
| RECURSOS..... | 16 |
| CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA | 17 |
| REFLEXÃO FINAL..... | 18 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 19 |
| APÊNDICES | 22 |
| APENDICE I- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES | 23 |

“O projeto não é uma simples representação do futuro,
mas um futuro para fazer, um futuro a construir, uma
ideia a transformar em ato”

Jean Marie Barbier

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, Projeto de Estágio, insere-se na Unidade Curricular de Opção, integrada no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Etimologicamente a palavra projeto deriva do latim *projectus*, algo como um jato lançado para a frente. A palavra designa tanto aquilo que é proposto realizar-se, como o que será feito para atingir tal meta. Como esboço, desenho, guia da imaginação ou semente da ação, um projeto significa sempre uma antecipação, uma referência ao futuro (Barbier, 1993). O projeto é o planeamento de um trabalho a ser executado, tem como função elaborar estratégias definir ações para solucionar um determinado problema e perspetivar os resultados.

Na elaboração do meu Projeto tive em consideração, as competências do ESMOG descritas pelo Ordem dos enfermeiros (Decreto-lei N°111/2009), as competências essenciais para o exercício básico da profissão de parteira descritas pela Internacional Confederation of Midwives (2011) e também objetivos e interesses pessoais.

O presente trabalho será um ponto de partida para a elaboração e concretização do Relatório de Estágio do presente curso. Pretendo, assim, que seja uma ferramenta para desenvolver competências específicas técnicas, científicas, culturais e humanas e promover a mobilização, integração e aprofundamento de conhecimentos adquiridos ao longo de todas as Unidades Curriculares teóricas já realizadas neste Curso de Mestrado.

De acordo com a metodologia de projeto serão desenvolvidas uma série de etapas que se iniciam com diagnóstico da situação, uma negociação de objetivos e prioridade, uma descrição de recursos a utilizar e a planificação das atividades a desenvolver.

Para a realização do projeto estão inerentes os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito da utilização das metodologias do projeto.
- Desenvolver atitudes de reflexão crítica, que contribuam para a inovação das práticas de cuidados de saúde.

Saliento que, por se tratar de um projeto, estará sempre sujeito a alterações e reformulações, consoante as dificuldades e necessidades entretanto percebidas e defrontadas. Desta forma, pretendo refletir continuamente sobre a adequação das atividades referidas para atingir os objetivos, tentando identificar novas estratégias, se assim se justificar. O estágio com relatório

decorrerá em contexto de sala de partos, muito embora algumas das competências e conhecimentos a adquirir poderão iniciar-se noutros contextos de ensino clínico.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O trabalho de parto segundo Machado (2005) é entendido pelo 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. Segundo este mesmo autor convencionou-se dividir o trabalho de parto em três estádios: o primeiro estágio (dilatação) decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo; o segundo estágio (período expulsivo) começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto; o terceiro estágio (dequitação) decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais.

O parto vaginal pode ser denominado de eutócico, ou distócico, se necessitar de ajuda instrumental, nomeadamente a ventosa ou fórceps (MACHADO, 2005).

Num parto por “via vaginal”, a pressão exercida pela apresentação durante a descida do canal de parto e a “expulsão” do feto, provoca traumatismo da região perineal, muitas vezes agravado pela episiotomia ou por lacerações espontâneas do períneo Afonso (2002). Diversos estudos demonstram que, pelo menos transitoriamente, o parto constitui um fator de compromisso da função do pavimento pélvico (GRAÇA, 2005). Entre as principais complicações a curto prazo estão a hemorragia, a necessidade de sutura e a dor perineal; a longo prazo estão as disfunções intestinais, urinárias e sexuais (RIESTO, 2011).

A proximidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia do casal incute-lhe responsabilidade no aconselhamento e esclarecimento de dúvidas e na promoção de estratégias que preveninam problemas e angústias decorrentes deste período. Para tal, é necessário que esteja permanentemente atualizado, a formação académica torna-se a base para uma atitude pertinente.

De acordo com as competências 1,2,3,4 e 5 descritas pela International Confederation of Midwives (ICM, 2011) as parteiras:

“1- ... possuem conhecimentos e competências necessárias de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados culturalmente relevantes de alta qualidade a mulheres recém-nascidos e famílias que esperam um bebé.

2- ...ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva.

3- ... prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde para durante a gravidez, o que inclui a detecção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações.

4- ...prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus recém-nascidos.

5- ... prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis.”

Assim, a educação, o esclarecimento de dúvidas e a promoção de estratégias deve ser iniciada durante a gestação e prosseguir durante o parto e após o parto.

Durante a vigilância pré-natal, os ESMOG tem oportunidade de num ambiente mais tranquilo, capacitar o casal/mulher e deste modo promover um papel mais ativo durante o trabalho de parto. São várias as intervenções de educação para a saúde e as estratégias que se podem promover no sentido da valorização da fisiologia do corpo da mulher, nomeadamente o pavimento pélvico. O ensino e treino de exercícios perineais para fortalecer o tónus muscular pélvico, tornam-se essenciais nesta fase; Esclarecimento sobre a deambulação / liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e suas vantagens/desvantagens; Esclarecimento sobre as várias posições possíveis para a realização do trabalho de parto e quais as vantagens/desvantagens; Incentivo à vivência do parto partilhado com o companheiro/pessoa significativa, esta presença desperta confiança, segurança, na mulher conseguindo assim uma melhor colaboração durante os três estádios do trabalho de parto.

O EEESMO durante o trabalho de parto deverá à partida adotar essencialmente uma posição de respeito; Respeito pelos ideais, pelos valores, pela cultura e pelas decisões da mulher/casal. De acordo com estes pontos, deverá utilizar medidas que visem a proteção perineal. Num estudo feito no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (Junqueira, 2005) as medidas adotadas pelos profissionais para proteger o períneo quando não é realizada a episiotomia são: Proteção/Contenção do períneo (incluídas citações como “utilização de compressa com leve compressão, proteção com as mãos, contenção e apoio perineal”); Evitar o desprendimento rápido do polo cefálico; Massajar o períneo; Lubrificar o períneo; Orientar a mãe para moderar a força expulsiva; Abaixar o períneo; Aproximar a fúrcula no coroamento; Evitar tracionar o feto durante o desprendimento.

O EEESMO deverá ter como principio que o parto vaginal é um processo fisiológico devendo existir sempre uma justificação consistente para intervir no trabalho de parto e

nascimento. A episiotomia deverá ser usada sempre que necessário para abreviar o período expulsivo por razões fetais ou para permitir um mais amplo campo para as intervenções obstétricas (fórceps, ventosa, parto pélvico, etc.), mas deverá ser abandonado o seu uso por rotina como prevenção de situações que efetivamente, não evita (GRAÇA, 2005). As indicações para o parto instrumental (fórceps e ventosa) são essencialmente as mesmas, podendo ser maternas ou fetais, e incluem um período expulsivo prolongado, a necessidade de abreviar o período expulsivo e a suspeita de sofrimento fetal (GRAÇA, 2005).

A passagem do feto pela vagina durante o parto natural, mesmo num períneo intacto, pode levar a impactos pélvico-perineais na mulher. As lesões internas da vagina são, regra geral, superficiais e cicatrizam rapidamente, no entanto, pode haver rasgaduras dos pequenos e grandes lábios que, apesar de dolorosas, também cicatrizam depressa devido à boa vascularização local. Nas lesões perineais evidentes são visíveis rasgaduras mais ou menos graves, ou não evidentes com destruição do núcleo central do períneo, mesmo com conservação da integridade cutânea. Isto explica o porquê da ausência de correlação evidente entre traumatismo aparente e sequelas funcionais (SCHUEREN, 2003).

São necessárias cerca de três a seis semanas para que todos os tecidos afetados durante o trabalho de parto cicatrizem, nomeadamente a episiotomia e as lacerações que tenham ocorrido na vagina e/ou no períneo (BOBAK, 2002). Outros autores referem que, por volta da terceira semana, a sutura perineal está cicatrizada e assintomática (CENTENO, 2005).

A mulher nesta fase deve ser informada acerca dos cuidados perineais, deve ser aconselhada a observar-se e a familiarizar-se com a vulva modificada, permitindo uma avaliação objetiva da lesão (no caso de esta existir) ou dilatação imaginada. Deve manter uma dieta nutritiva, fazer exercício, descansar, relaxar, estes são pontos essenciais para uma boa recuperação física.

Deverá haver um investimento por parte do EESMO na reeducação perineal através de exercícios específicos de contração e relaxamento associados à respiração abdominal, com o intuito de prevenir, ou até mesmo de tratar (caso exista) a disfunção do trato urinário ou fecal e a disfunção sexual.

A sexualidade materna, numa sociedade conservadora como a nossa, é um assunto que muitas vezes é evitado pelos utentes e pelos profissionais de saúde iniciando-se, assim, muitos problemas sexuais e experiências negativas durante a gravidez e depois do parto. Os tabus relativos a este tema tentam basear-se em fundamentos biológicos, quando, na realidade, se

apoiam em fontes que vão da especulação a preconceitos extremos, restritos à experiência pessoal de cada um.

A Organização Mundial de Saúde definiu-a como “*uma energia que nos motiva a procurar o amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser sensual e ao mesmo tempo sexual, ele influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações com os outros e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental*”. (cit. por PUERTO, 2009)

Um declínio do funcionamento sexual no pós-parto pode ser particularmente perturbador se a relação sexual for previamente hiper-valorizada pela mulher e pelo seu parceiro e se esta for parte integrante do orgulho e relacionamento do casal.

A desmistificação da normalidade, a flutuação do interesse sexual e satisfação no pós-parto, as sugestões para posições alternativas ao coito e opções não coitais para a expressão da intimidade, do afeto e do prazer mútuo, que podem enriquecer bastante a qualidade da experiência da parentalidade.

FINALIDADE E OBJETIVOS

Assim, para o estágio é importante clarificar os objetivos do mesmo. Definir os objetivos é fundamental para orientar as atividades a desenvolver, os recursos a utilizar e a avaliação da aprendizagem.

Tendo por base o enquadramento realizado previamente especificarei em seguida os objetivos que procuro atingir:

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido e família inseridos na comunidade, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar tratando precocemente complicações, no âmbito ginecológico, período pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Objetivos específicos:

- Objetivo nº1 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher e família que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica durante o período pré-natal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar, tratando precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.
- Objetivo nº2 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher e família durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina
- Objetivo nº3 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher, recém-nascido e família no período pós parto no sentido de potenciar a saúde e bem estar da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

- Objetivo nº4 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autônomos e interdependentes à mulher e família que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar, tratando precocemente complicações.
- Objetivo nº5 - Desenvolver a capacidade de reflexão e análise crítica sobre as atividades de aprendizagem ao longo do estágio com relatório, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal como futuro ESMOG.
- Objetivo nº6 - Desenvolver competências na área da proteção perineal durante o trabalho de parto.

METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

A metodologia de um trabalho de projeto pressupõe uma série de etapas que se iniciam com a identificação do problema, definição dos objetivos, e respetivas atividades, estratégias e recursos a serem utilizados, de forma a atingi-los.

Posteriormente numa segunda fase irão ser realizadas as atividades planeadas, e por último numa terceira fase será realizada uma avaliação e reflexão de todo o percurso realizado de forma a colocar em prática este projeto, que culminará no relatório de estágio.

Revisão sistemática

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura formulei uma questão de investigação em formato PICO (Participantes; Intervenções; comparação; Resultados). Que intervenções utilizam os enfermeiros EESMO para promover a integridade perineal da mulher em trabalho de parto?

A partir daqui defini os principais conceitos e elaborei uma lista de palavras chave: períneo, episiotomia e parto; Keywords: perineum, episiotomy, childbirth.

Irei consultar o motor de busca EBSCO web, B-on (biblioteca do conhecimento online) e SCIELO. Serão introduzidas as palavras-chave agrupando as que pertencem ao

mesmo conceito por “Or” e ligando as que pertencem a conceitos diferente por “And”.

Os critérios de inclusão dos artigos serão: os artigos baseados em estudos científicos com foco na problemática delineada, gratuitos, disponíveis a *full texto* (texto integral), realizados nos últimos 5 anos, publicados em Português, Espanhol, Inglês. Serão excluídos todos os artigos ou linhas de orientação para a prática clínica sem relação com a problemática em estudo, repetidos nas três bases de dados.

Planeamento de atividades

| | |
|-----------------|---|
| OBJETIVO Nº1 | Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher e família que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica durante o <u>período pré-natal</u> , tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar, tratando precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. |
| ATIVIDADES | <ul style="list-style-type: none">• Realização do acolhimento à grávida/casal;• Realização da anamnese (antecedentes pessoais incluindo os ginecológicos e obstétricos, antecedentes familiares, história/gravidez atual).• Avaliação da idade gestacional• Avaliação física inicial, de modo a monitorizar alterações fisiológicas, avaliar risco e identificar complicações (sinais vitais incluindo temperatura, tensão arterial, batimentos cardíacos fetais).• Realização do Exame obstétrico (realização das manobras de Leopold, determinação do local da auscultação cardíaca fetal);• Avaliação do bem-estar fetal através de cardiocotografia e interpretação do registo tendo em consideração a idade gestacional.• Realização quando adequado do toque vaginal para avaliar a dilatação, descida, apresentação, posição, estado das membranas e adequação pélvica para o parto eutócico.• Identificação de desvios da normalidade da gravidez e iniciar o processo de referenciação de situações que estejam para além da minha área de atuação• Educação para a saúde sobre sinais e sintomas de alarme. |

| | |
|-------------------------|--|
| <p>OBJETIVO Nº2</p> | <p>Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autônomos e interdependentes à mulher e família durante o <u>trabalho de parto</u>, efetuando o parto em ambiente seguro tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina</p> |
| <p>ATIVIDADES</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Realização do acolhimento à grávida/casal; • Realização da anamnese (antecedentes pessoais incluindo os ginecológicos e obstétricos, antecedentes familiares, história/gravidez atual). • Valorizar e atuar de acordo com o plano de parto estabelecido pela mulher/casal • Avaliação física inicial, durante o trabalho de parto e parto de modo a monitorizar alterações fisiológicas, avaliar risco e identificar complicações (sinais vitais incluindo temperatura, tensão arterial, batimentos cardíacos fetais). • Realização do Exame obstétrico (realização das manobras de Leopold, determinação do local da auscultação cardíaca fetal); • Avaliação do bem-estar fetal (auscultação dos batimentos cardíacos fetais e monitorização dos intervalos e eficácia das contrações através de cardiotocografia). • Realização do toque vaginal para avaliar a dilatação, descida, apresentação, posição, estado das membranas e adequação pélvica para o parto eutócico. • Avaliação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. • Puncionar acesso venoso e realização de colheita de sangue para exame laboratorial (se necessário), administração de terapêutica, hidratação. • Monitorização da evolução do trabalho de parto usando o partograma. • Prestar apoio físico e psicológico à mulher e à família e promover o parto eutócico. • Incentivo/apoio à presença de uma pessoa significativa e promoção do seu envolvimento durante o trabalho de parto e o parto • Administrar terapêuticas farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto e o parto • Disponibilizar medidas não farmacológicas de conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto e parto • Prestação de cuidados na bexiga, incluindo a cateterização urinária quando for indicado |

| | |
|--|---|
| | <p>Identificação precoce de desvios da normalidade referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilância da contratilidade uterina, providenciando que a mesma se situe dentro dos parâmetros adequados (usando adequados agentes farmacológicos e não farmacológicos). • Aplicação das manobras adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e em caso de urgência do parto de apresentação pélvica • Administração de anestesia local no períneo quando estiver prevista uma episiotomia ou quando for necessária uma sutura do períneo • Realização de uma episiotomia se for necessário • Despiste circulares do cordão ou laterocidências do mesmo providenciando as medidas adequadas à situação; • Vigilância da evolução do 3º estágio do trabalho de parto e quando necessário aplicação das manobras adequadas; • Verificação da integridade da placenta e das membranas • Realização da massagem do fundo uterino para estimulação da contração uterina pós-parto e o tônus do útero; • Realização da remoção manual da placenta em caso de esta ficar retida. • Vigilância e registo da perda sanguínea materna • Observação da vagina e do colo do útero para procurar lacerações • Realização de sutura de uma episiotomia, de lacerações vaginais ou do períneo de 1º e 2º graus • Prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido: clampar e cortar o cordão; secar, limpar as vias aéreas e assegurar que a respiração é estabelecida. • Avaliação do estado do recém-nascido através do Índice de APGAR • Estimulação e manutenção da temperatura corporal normal do recém-nascido: através de cobertura (cobertor, gorro); controlo ambiental; promoção de contacto pele com pele. • Assegurar reanimação do recém-nascido em situação de emergência. • Realização do exame físico ao recém-nascido para rastreio de alterações morfológicas e funcionais, referenciando as que estão para além da minha área de atuação. • Prestação de cuidados de rotina ao recém-nascido de acordo com as diretrizes e protocolos locais (por exemplo, identificação, cuidados oftálmicos, |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>administração de vitamina K)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de um ambiente tranquilo e seguro de modo a facilitar a vinculação entre a mãe/casal e o bebé. • Promover o início da amamentação o mais cedo possível após o parto e apoio ao aleitamento materno exclusivo • Prestação de apoio emocional aos pais durante o processo de luto por perda de uma gravidez, nado-morto, defeitos congénitos ou morte neonatal • Prestação de cuidados diferenciados a bebés filhos de mães seropositivas (por exemplo, administração de terapêutica e alimentação artificial) • Realização de pesquisa bibliográfica; • Atualização de conhecimentos |
|--|---|

| | |
|-----------------|---|
| OBJETIVO Nº3 | Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher, recém-nascido e família no <u>período pós parto</u> no sentido de potenciar a saúde e bem estar da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. |
| ATIVIDADES | <ul style="list-style-type: none"> • Realização de anamnese (antecedentes pessoais incluindo os ginecológicos e obstétricos, antecedentes familiares, história da gravidez atual, trabalho de parto e parto). • Realização de um exame físico incluindo sinais vitais, involução uterina, e a cicatrização das lacerações ou suturas. • Monitorização e registo do estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação. • Colaboração com outros profissionais no tratamento da puérpera com complicação pós-parto ou com patologia associada. • Colaboração com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. • Promover o início da amamentação o mais cedo possível após o parto e apoio ao aleitamento materno exclusivo. • Educação para a saúde à mãe sobre os cuidados a si própria e ao bebé após o parto, incluindo sinais e sintomas de complicações possíveis (ex: hemorragia, tromboflebite). |

| | |
|--|---|
| | Promover apoio emocional e psicológico às mulheres e/ou suas famílias em luto (morte da mãe, nado-morto, abortamento, morte neonatal, anomalias congénitas) |
|--|---|

| | |
|------------------|---|
| OBJETIVOS Nº4 | Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes à mulher e família que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica a vivenciar processo de <u>saúde/doença ginecológica</u> , tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar, tratando precocemente complicações |
| ATIVIDADES | <ul style="list-style-type: none"> • Promoção do acolhimento da mulher/família a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica de forma personalizada num ambiente calmo e acolhedor, demonstrando disponibilidade para a escuta e criando um clima de confiança, bem-estar e segurança, privilegiando aspetos como: <ul style="list-style-type: none"> - Respeito pela sua privacidade e intimidade; - Promoção de uma linguagem adequada face ao seu nível cultural e linguístico de modo a favorecer uma comunicação eficaz; - Respeito pelas diferenças culturais (respeitando costumes e tradições étnicas); • Realização da anamnese (antecedentes pessoais incluindo os ginecológicos e obstétricos, antecedentes familiares, história atual). • Avaliação física inicial, de modo a monitorizar alterações fisiológicas, avaliar risco e identificar complicações (sinais vitais incluindo temperatura, tensão arterial). • Referenciação de situações que estão para além da minha área de atuação. • Planificação dos cuidados de acordo com as necessidades detetadas. • Promoção de educação para a saúde de forma personalizada atendendo às necessidades específicas da mulher e família. • Informar e orientar a mulher sobre recursos/técnicas disponíveis e passíveis de responder às necessidades promovendo a decisão esclarecida e a continuidade de cuidados. |

| | |
|-----------------|--|
| OBJETIVO Nº5 | Desenvolver a <u>capacidade de reflexão e análise crítica</u> sobre as atividades de aprendizagem ao longo do estágio com relatório, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal como futuro ESMOG. |
|-----------------|--|

| | |
|------------|--|
| ATIVIDADES | <p>Reuniões com o Enfermeiro Orientador e Docente Orientador;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão ao longo do Estágio com relatório, com a equipa multidisciplinar; • Pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades de desenvolvimento e consolidação de conhecimentos; • Realização, análise e discussão do projeto individual com a enfermeira e docente orientador; • Execução do desenvolvimento de um pensamento crítico, analítico e reflexivo perante avaliação formativa e sumativa. |
|------------|--|

| | |
|-----------------|---|
| OBJETIVO Nº6 | Desenvolver competências na área da <u>proteção perineal</u> durante o trabalho de parto |
| ATIVIDADES | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista informal com Docente Orientador, o Enfermeiro Orientador e restante equipa multidisciplinar • Pesquisa bibliográfica e revisão sistemática da literatura de acordo com as necessidades de desenvolvimento e consolidação de conhecimentos; • Prestação de cuidados diferenciados, de acordo com a cultura da mulher/família através de ações esclarecedoras e capacitadoras. Respeito pelas suas decisões; • Esclarecimento e facilitação da deambulação/liberdade de movimentos durante o trabalho de parto; • Esclarecimento sobre as várias posições possíveis para a realização do trabalho de parto e quais as suas vantagens/desvantagens. Dar oportunidade para a mulher decidir qual a posição que quer adotar; • Incentivo a vivência do parto compartilhado (companheiro/família/pessoa significativa) • Utilização de manobras de proteção perineal durante o período expulsivo; • Realização da episiotomia apenas em situações devidamente justificadas; • Registo e avaliação das intervenções/resultados, através de uma análise reflexiva. |

RECURSOS

Humanos: equipa multidisciplinar; docente orientador; EESMOG orientador; outros EESMOG dos Serviços onde se desenvolverão os Ensinos Clínicos.

Materiais: livros técnicos e científicos; revistas científicas; bases de pesquisa eletrônicas.

Temporais: no Apêndice I

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA

A passagem do feto pela vagina durante o parto, pode levar a impactos pélvico-perineais na mulher. Esses impactos podem, pelo menos transitoriamente, comprometer a função do pavimento do pavimento pélvico. Entre as principais complicações estão a hemorragia, a necessidade de sutura, a dor, a longo prazo poderá surgir disfunções intestinais, urinárias e sexuais. Devido à sua proximidade, cabe ao enfermeiro ESMOG desenvolver estratégias no âmbito da promoção da integridade perineal durante o período pré-natal, durante o parto e no período pós-parto.

No desenvolvimento de competências segundo Honoré (2001), o profissional deve desenvolver um agir cuidador, construído na consciência de que não há um objeto de ação na prática de enfermagem, mas um sujeito, uma pessoa na sua existência e coexistência. Esta perspectiva aliada à de Neuman (1995), que considera a enfermagem como a “única profissão que se preocupa com todas as variáveis que influenciam a resposta do indivíduo aos stressores”, refletem exatamente o que procuro atingir.

O desenvolvimento de competências de operacionalização do Modelo de Sistemas de Saúde da Betty Neuman (1995) constitui mais um objetivo do trabalho, já que permite uma melhor gestão da informação obtida, facilitando a aplicação do mesmo aos cuidados e às diversas áreas de intervenção.

A realização deste trabalho irá permitir uma reflexão da prática de cuidados, com vista à construção de uma prática clínica reflexiva, algo fundamental no processo de aprendizagem e evolução enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

REFLEXÃO FINAL

Pessoalmente, a elaboração do Projeto resultou numa dupla função. Por um lado, delinear um caminho a percorrer de forma a construir um sentido mais coerente, organizado, capaz de gerar melhores resultados e facilitar o processo de aprendizagem. Por outro lado, promover a reflexão e análise do meu próprio percurso profissional e das competências desenvolvidas até ao presente, uma vez que é ele que se constitui enquanto substrato e mola impulsionadora para o aprofundar e o explorar de novas oportunidades de aprendizagem.

Contudo, este instrumento não pretende ser algo de estático, rígido e acabado, mas antes dinâmico, flexível e evolutivo, pode ser influenciado por múltiplos fatores, podendo ser alterado em função das minhas necessidades ou dos serviços. Espero conseguir que a sua conclusão, se traduza em momentos de aprendizagem, momentos esses que serão redigidos no relatório final de estágio.

BIBLIOGRAFIA

AFONSO, E. (2002) **O Pós Parto: Dificuldades Encontradas Pela Mulher e Apoio Encontrado [dissertação]**. Lisboa: Universidade Católica.

BACHION, Maria Márcia; PEREIRA, Ângela Lima (2006) - Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 27, nº 4. (dezembro 2006) p.491- 498.

BARDIER, J. (1993) - **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora. ISBN:972-0-34106-8.

BOBAK IM, LOWDERMILK DL E PERRY SE (2002) - **O cuidado em Enfermagem Materna**. Porto Alegre: Artmed Editora.

CENTENO M. (2005) - Puerpério e lactação. In: Graça LM, coord. **Medicina Materno Fetal: Fundamentos e Prática Clínica**. 3ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa: Lidel; p.327-332.

FATTON B, JACQUETIN B, MADELENAT P. (1999) - Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement. **Journées Françaises de Colo-Proctologie** [em linha] acedido a 2 de agosto de 2012, Disponível em:
http://www.med.univrennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/formation/consequences_pelvi-perineales.htm

FORTIN, M. (1999) - **O projecto de investigação**. Loures: Lusociência

GRAÇA LM. (2005) - Episiotomia e lacerações Perineais. In: Graça LM, coord. **Medicina Materno Fetal: Fundamentos e Prática Clínica**. 3ª ed. Lisboa: Lidel; p. 666-69.

GRAÇA LM. (2005) - Fórceps. In: Graça LM, coord. **Medicina Materno Fetal: Fundamentos e Prática Clínica**. 3ª ed. Lisboa: Lidel; p. 643-51.

HONORÉ, B.(2001) - **Soigner**. Editions Seli Arslan: Paris.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2010) - **Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira**.

JUNQUEIRA SM et al (2005) - Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. [em linha] Vol.39, p.3 (2005) p.288-295. Acedido a 2 Agosto de 2012, Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000300006&script=sci_arttext

MACHADO MH. (2005) Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral In: Graça LM, coord. **Medicina Materno-fetal: Fundamentos e Prática Clínica**. 3ª Ed. Lisboa: Lidel; p. 281- 292.

MASTERS WH, JOHNSON VE (1966) - **Human Sexual Response**. Boston: Little Brown.

NEUMAN, B. (1995) - **The Neuman Systems Model**. 3ª ed. EUA: Appleton & Lange.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Proposta de Projeto de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

PROGIANTI, JM. PORFÍRIO, AB. VARGENS, OM (2006) - A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery Rev Enferm**. [em linha].Vol.10 n°2 p.266-272. Acedido a: 2 agosto de 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200014

PUERTO, C. (2009). **Educação sexual na Escola**. Lisboa: ID Books

RIESCO, ML et al (2011) - Episiotomia, laceração, integridade perineal em partos normais: Análise de fatores associados. **Revista de Enfermagem UERJ**. [em linha]. Vol.19, nº1 (Jan/Mar, 2011): p. 77-83. Acedido a 2 agosto de 2012. Disponível em:

www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf

SCHUEREN V. (2003) - **La maternite est-elle sexuee?** [em linha] Universitaire Maurice Chalumeau Acedido a 2 agosto de 2012. Disponível em: <http://www.fondschalumeau.unige.ch/fr/documents/Matenite.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

| MÊS ATIVIDADES | 05/12 | 06/12 | 07/12 | 08/12 | 09/12 | 10/12 | 11/12 | 12/12 | 01/13 | 02/13 | 03/13 | 06/13 | 07/13 | 09/13 | 10/13 | 11/13 | 12/13 | 01/14 | 02/14 | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| Identificação da Temática para o projeto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pesquisa Bibliográfica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunião Tutoriais | | | | | | | | 12 | | 8 | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Projeto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega de Projeto | | | | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registro do Projeto nos SA | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | |
| Desenvolvimento de Competências | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realização das Avaliações Formativas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realização da Avaliação Final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisão Sistemática da Literatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Relatório do Estágio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega do Relatório | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reformulação e Entrega do Relatório | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apresentação e Discussão Pública do Relatório | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

APÊNDICE II

JORNAL DE APRENDIZAGEM 1



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

JORNAL DE APRENDIZAGEM 1

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

SALA DE PARTOS DA MAC

DOCENTE ORIENTADORA: PROFESSORA IRENE SOARES

ORIENTADORA DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO: EESMOCRISTINA SANTOS

DISCENTE: NÁDIA CONCEIÇÃO BÉRTOLO

LISBOA

OUTUBRO DE 2013

“Ela era o botão de rosa. Expectante, à espera de florescer. Fechada nela própria, ainda à espera de nascer. Algumas rosas nunca abrem. Nunca florescem, permanecem nesse estado.”

Rogoff (2006)

No âmbito do estágio com relatório, foi proposto a elaboração de dois jornais de aprendizagem, tendo como finalidade o desenvolvimento de práticas reflexivas ao longo do processo formativo no CMESMO.

A elaboração deste jornal obriga a uma reflexão profunda e crítica de uma situação vivenciada, tendo por base o ciclo reflexivo de Gibbs. Refletir sobre a ação é um processo importante, tal como refere Pereira (2001, p.12) nos refere “*as experiências significativas, surgem a partir da observação e da consciencialização das ações através da reflexão e ao promover a reflexão através da experiência, também favorece a articulação entre a teoria e a prática*”.

Hoje já nasceram vários bebés. Choro mais ou menos vigoroso, todos eles choraram, respiraram, cumprimentaram a vida extra-uterina com um primeiro grito, com um primeiro choro. Mas este não...

Ao longo da minha atividade profissional, e até mesmo enquanto aluna do MESMOG presenciei algumas “situações difíceis”, mas esta sem dúvida é a que mais me marcou. Uma experiência nova com a qual pretendia lidar. Não sabia como me iria sentir, mas pensava que estava preparada para a ultrapassar.

Ao deparar-me com este casal, senti que se encontravam num momento de extrema fragilidade, os últimos dias não tinham sido nada fáceis. O casal foi confrontado com uma ecografia que revelara malformações no seu pequeno bebé (24 semanas), e decidiu realizar uma Interrupção Médica da Gravidez. O acolhimento foi feito com o maior carinho, contribuindo para o estabelecimento de uma relação de confiança e de empatia. Atribuímos um quarto mais distante àquele casal, para minimizar a possibilidade de ouvirem outros bebés a chorar e as alegrias de outros partos mais felizes. Também tivemos o cuidado de retirar do quarto, antes da admissão, o berço, por poder fazer lembrar um recém-nascido vivo. Questionamos o casal, com bastante antecedência, se pretendiam ver o bebé e se pretendiam ficar algum tempo a sós com ele e a resposta foi negativa.

No momento expulsivo do feto morto... As caras voltaram-se, os olhos fecharam-se as lágrimas caíram...

A morte é uma etapa da nossa vida, como são todas as outras: nascimento, crescimento e envelhecimento. É o último ato da vida, tão importante e valioso como a vida que vivemos,

apesar de a encararmos como um acontecimento medonho, um fracasso de que evitamos falar, que tentamos esquecer. Mas é um fracasso ainda maior quando parece que a morte atraiçoa a vida e surge antes do nascimento...

Na língua inglesa, a palavra que define nado-morto é *stillbirth*, que traduzida textualmente significa nascimento silencioso. Esta tradução textual deixa transparecer o silêncio, a quietude, a tristeza e o vazio que envolve o nascimento de um bebé sem vida. Uma cruel contradição ao que esperamos de um nascimento – o vigor, a alegria e a vida.

A morte fetal pode ocorrer durante o parto, ser diagnosticada previamente como intra-uterina, ou ser provocada quando existem malformações graves que o que o justifiquem, mas em todos os casos a dor da perda é devastadora, pois são combinados os dois acontecimentos mais significativos do ciclo vital: o nascimento e a morte.

Uma grávida com o diagnóstico de Interrupção Médica da Gravidez fetal é habitualmente submetida a uma indução do trabalho de parto e passa por todas as etapas do trabalho de parto e puerpério, embora com o nascimento de um nado-morto, habitualmente no mesmo espaço físico onde nascem outros bebés (vivos).

Em algumas maternidades existe o cuidado de internar estas mulheres em serviços de ginecologia ou medicina materno-fetal, evitando assim o contacto com outras grávidas e mães com fetos e recém-nascidos vivos e saudáveis. Esta é a realidade da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, onde decorre o meu ensino clínico.

Nos casos de morte fetal, o sofrimento vai modificar o estado de alegria a que uma gravidez normalmente conduz, transformando a felicidade em sentimentos e emoções negativas, como choque e tristeza, associados ao luto. Para Ferreira *et al*, citadas por Fatia (2008) o luto é definido como um processo que envolve sofrimento somático, preocupação com a imagem do objeto perdido, sentimentos de culpa e preocupação, com pequenas omissões e negligências, hostilidade ao meio circundante e alterações profundas nos padrões normais de procedimento. Para o mesmo autor, este período de dor e de sofrimento é normal quando uma pessoa perde o objeto amado, e a sua ausência deverá ser identificada como um sinal de alarme.

Segundo Rolim e Canavarro (2001), para além da tristeza, também devemos ter em conta a revolta e o impacto na perda. Os pais enlutados têm de lidar com a perda do filho amado, da auto-estima (por sentirem que falharam no seu papel parental), do estatuto de pais e do futuro antecipado e imaginado no filho por nascer. Face à perda da gravidez, a mulher ou casal passam por um processo íntimo de sofrimento, expresso de uma forma própria, eventualmente díspar e relacionado com algumas condicionantes do processo de luto.

O luto relacionado com a perda durante a gravidez continua a ser, muitas vezes, não reconhecido socialmente, não existindo estruturas ou rituais sociais para apoiar estas perdas. São muitas vezes encaradas como *não-mortes* ou *não-acontecimentos*, dificultando à família enlutada a vivência da sua perda perante a sociedade.

É primordial que os profissionais de saúde estejam aptos a cuidar da mulher/casal em luto, sendo pertinente a formação na perda e luto, de forma a conhecer estratégias e desenvolver mecanismos de *coping* para cuidar nestas situações penosas e difíceis da sua vida. Os enfermeiros que cuidam destas mulheres e famílias também vivenciam a situação, podendo sentir algumas dificuldades em lidar com este processo de perda, pois é uma área triste de uma especialidade normalmente associada à alegria.

Segundo Oliveira (1995), o profissional de saúde tenta *fugir* desta situação porque: a quer ignorar; pensa que o doente prefere ficar só; não tem tempo; sente que nada mais pode fazer; não se sente capaz de dialogar; acha que isso não lhe compete; ou por muitas outras razões. No entanto, mais do que da morte propriamente dita, a maior parte das pessoas tem medo das suas próprias emoções, daí as grandes dificuldades vividas pelos enfermeiros para trabalhar com estas problemáticas. Por um lado, poderemos sentir-nos inquietos com a ideia de não saber encarar as emoções do cliente, de ficar desarmados face ao sofrimento e terror; por outro lado, temos medo de não saber gerir as nossas próprias emoções.

O profissional que cuida nestas situações tem de aprender a lidar com as suas próprias emoções, além de dever estar mais desperto para reconhecer as situações em que há risco aumentado de luto complicado ou patológico (Pinto, 2005).

Penso que a minha intervenção foi a mais adequada para responder às necessidades do momento acima descrito. Tive o cuidado de validar com a minha enfermeira orientadora da escola os passos e as intervenções mais adequadas para esta situação em particular, pelas suas particularidades. Não foi um parto igual aos outros e, a meu ver, não eram “as técnicas de fazer partos” os aspetos mais importantes nesta situação de aprendizagem – aqui o centro eram as emoções, era intervir de forma a darmos àquele casal um momento o menos doloroso possível, dando-lhes oportunidade de viver o seu luto da forma mais adequada e oferecer o que estiver ao nosso alcance para os ajudar e apoiar.

Aprendi também que sou capaz de lidar com uma situação deste tipo. Perturba-me e entristece-me, mas descobri que consigo ultrapassar estes momentos centrando-me muito mais na relação com o casal do que nos meus sentimentos.

BIBLIOGRAFIA

- CANAVARRO, M. C. (2001) **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto
- ROGOFF, M (2006). **Estar grávida é estar de esperanças**. Lisboa: Gradiva

APÊNDICE III

JORNAL DE APRENDIZAGEM 2



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

JORNAL DE APRENDIZAGEM 2

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

SALA DE PARTOS DA MAC

DOCENTE ORIENTADORA: PROFESSORA IRENE SOARES

ORIENTADORA DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO: EESMO CRISTINA SANTOS

DISCENTE: NÁDIA CONCEIÇÃO BÉRTOLO

LISBOA

NOVEMBRO DE 2013

“Um Bebê não pode existir sozinho; ele é parte essencial de uma relação”.

Winnicott (1987)

No âmbito do estágio com relatório, foi proposto a elaboração de dois jornais de aprendizagem, tendo como finalidade o desenvolvimento de práticas reflexivas ao longo do processo formativo no CMESMO.

A elaboração deste jornal obriga a uma reflexão profunda e crítica de uma situação vivenciada, tendo por base o ciclo reflexivo de Gibbs. Refletir sobre a ação é um processo importante, tal como refere Pereira (2001, p.12) nos refere “as experiências significativas, surgem a partir da observação e da consciencialização das ações através da reflexão e ao promover a reflexão através da experiência, também favorece a articulação entre a teoria e a prática”

Ao longo da minha atividade profissional, e até mesmo enquanto aluna do MESMO presenciei algumas “situações difíceis”, esta sem dúvida passou a ser uma delas.

Tinha-me sido passado pelos colegas que tínhamos uma grávida no quarto n.º.2, com 27 anos de idade, tinha dado entrada no serviço por Início de Trabalho de Parto. Uma gravidez de 38 semanas de gestação, Índice Obstétrico 4.0.0.4 (três dos filhos viviam nas Filipinas não se sabia com quem, o quarto filho vivia com a mãe, de momento encontrava-se na escola, a assistente social tinha ido busca-lo e de seguida ia deixa-lo numa instituição, para aí permanecer durante o internamento da mãe). Foi-me passado ainda que a grávida não queria ver o bebé que ia nascer, porque tencionava entregá-lo para adoção.

Ao deparar-me com esta situação, senti uma tristeza enorme. Como poderia ser possível? Uma mãe abandonar a seu próprio filho, “um pedaço de si”? O Nascimento de uma criança é e será sempre um acontecimento sublime. Acontecimento que tem em si envolvidas emoções tão intensas que devastam e enaltecem o sentido do ser humano Feliciano (2007). Talvez a minha revolta fosse maior, por ter sido mãe recentemente e por ter vivido todo este processo de (“ nascimento do meu bebé”) de forma tão intensa e preciosa.

Tencionava falar com aquela grávida e perceber o que se estava a passar, mas obtive pouco sucesso. Encontrei-a com um fâcies fechado e triste, pouco comunicativa, não falava português e muito mal o Inglês. Disse-me que o pai deste bebé tinha-se afastado assim que soube da gravidez e que tinha emigrado para a Holanda; disse-me ainda que não tinha apoio familiar e que se encontrava desempregada. Apercebi-me que a sua decisão já tinha sido tomada há algum tempo e que era irreversível. Diz-nos Eduardo Sá (2006) que ...quem é abandonado cria, sem quem disso tenha consciência, condições para procurar... quem a abandone, e torna-se por tudo isso, potencialmente abandonante

Mantendo a sua postura tensa, recusou analgesia epidural e sem manifestar um único “aí”, rapidamente chegou à “dilatação completa”. O momento do período expulsivo, geralmente vivido com grande emoção, aconteceu sem um sorriso sem uma lágrima, sem um gesto de ternura ou de amor. Espera-se que o nascimento de um bebê seja acontecimento mágico na vida de uma mulher, tão maravilhoso quanto traumatizante onde estão envolvidas emoções muito intensas mas, nada disso foi manifestado naquele momento. Tivemos o cuidado de retirar o bebê do quarto o mais rapidamente possível, já que assim o desejava. Àquele bebê, foram-lhe prestados todos os cuidados iniciais de que necessitava, pela equipa de enfermagem, mas foi-lhe retirado o melhor... o aconchego caloroso da sua mãe. Um abandono é sempre um mau trato violentíssimo que deixa sequelas para sempre Sá (2006).

Um bebê quando nasce, é um ser indefeso incapaz de sobreviver através dos seus próprios recursos. A sua sobrevivência depende da proteção, atenção e cuidados prestados por um adulto. Na maternidade Alfredo da Costa sempre que nasce um bebê saudável é lhe realizada a expressão das vias aéreas, de seguida é colocado em cima do ventre materno e tapado com uma toalha preferencialmente aquecida. Avalia-se o Índice de Apgar, confirma-se o sexo, observa-se eventuais mal formações. Após o cordão parar de pulsar procede-se à clampagem do cordão e ao corte do mesmo (sendo este último procedimento realizado por norma pelo pai). Durante alguns minutos fica no aconchego da sua mãe em contato pele com pele. Começa a adaptar-se ao seu olhar, ao seu toque, à sua voz, ao seu cheiro. Procura a sua mama, pronto para iniciar a sua “primeira refeição”. Após o parto, a natureza faz aumentar a temperatura do peito e dos braços da mãe. Isto acontece precisamente para garantir que o bebê não arrefeça e para que possa conhecer quem é a sua mãe e preferencialmente também o pai. É assim que começa este processo, a que chamamos de vinculação. Inicialmente irá ajuda-lo a adaptar-se a um ambiente físico e psicológico que foi completamente alterado em poucos segundos, com todo o stresse que isso acarreta. É essa relação complexa, rica e compensadora com a mãe, nos primeiros anos de vida, enriquecida de inúmeras maneiras pelas relações com o pai e familiares, que a comunidade científica julga estar na base do desenvolvimento da personalidade e saúde mental (Bowlby, 1988). Diz-nos ainda Sá (2006) que a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe ou mãe substituta permanente, ou seja, uma pessoa que desempenha, regular e constantemente, o papel de mãe, mostra-se essencial à saúde mental do bebê.

Para um recém nascido que é dado para adoção, o nascimento representa um corte radical em relação a tudo o que ele conhece: a voz da mãe, os ruídos do seu corpo, a voz do pai, o ambiente familiar, enfim, tudo aquilo que permite a um recém-nascido se situar nos

primeiros momentos da sua vida desaparece. Na Maternidade Alfredo da Costa assim que nasce é levado para uma pequena sala, onde lhe são prestados todos os cuidados iniciais, pelo EESMO. Depois é transferido para a Unidade de Cuidados Neonatais, permanecendo no Hospital até ser encaminhado para uma instituição e só depois eventualmente será adotado por um casal/família.

Estes bebês que são dados para adoção, contam apenas com suporte social como fator de proteção para o seu desenvolvimento físico e mental. O ideal seria existir nas instituições, um grande número de cuidadores que pudessem atender de forma constante e personalizada às necessidades físicas e emocionais dos bebês, o que não representa a realidade do nosso país. Sabe-se ainda que existem riscos, as **rupturas com as pessoas significativas** e a **institucionalização prolongada**. A passagem do hospital para a instituição de acolhimento representa para o bebê a reatualização do “corte” vivido no nascimento quando foi separado da sua mãe. Quando os vínculos estabelecidos com os membros da equipe do hospital não são simbolizados no momento da transferência para a instituição, ficam sujeitos a reaparecer sob a forma de sintomas clínicos posteriores (Szejer, 1997). Acelerarem os processos de adoção por parte dos órgãos competentes responsáveis também será uma sugestão, para que estes bebês se integrem numa família o mais precocemente possível. No entanto a colocação de uma criança numa família, com vista a adoção, não a protege das dores violentíssimas do abandono, que se geram da experiência de orfandade por que passou num hospital ou num centro de acolhimento, e que se traduz na multiplicidade de mãos que a pegam de formas diferentes, na pluralidade de olhares que dialogam sem um denominador comum, e na labilidade de ritmos relacionais que a confundem, angustiam e a deprimem, Sá (2006).

As crianças não nascem incompetentes para a compreensão da função dos pais. Na realidade, nunca os identificam pela consanguinidade mas pela constância da sua presença, a coerência dos seus gestos, e a bondade com eles a acolhem, as conhecem e dialogam com as suas dificuldades Sá (2006)

BIBLIOGRAFIA

- BOWLBY, J. (1988). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- BRAZELTON, T.B. (2007) *A Relação mais precoce – os pais os bebês e a interação precoce* Lisboa: Terramar
- BRAZELTON, T.B. (1992) *Tornar-se família – o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento* Lisboa: Terramar
- CANAVARRO, M. C. (2001) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto
- FELICIANO, F. (2007) *Método canguru - o prosseguir da vinculação pais-bebe prematuro*. Coimbra: Almedina.
- LEAL, I. & PEREIRA, A. O. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- SÁ, E. (2004). *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de Século.
- SÁ, E. (2006) Alguns apontamentos sobre o abandono precoce In Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- SZEJER, M. (1997). *Parto em Segredo*. In *Anaisdo Segundo Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal: Decifrando a Linguagem dos bebês*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- WINNICOTT, D. (1987). *The child, the family, and the Outside World*. New York: Addison.-Wesley

APÊNDICE IV

PLANO DA SESSÃO-PERÍNEO

PLANO DA SESSÃO

Tema da sessão: Períneo

Data da realização: 28 de Janeiro de 2013

Local: Centro Saúde de Odemira

Destinatários: Grávidas/casal que se encontrem com mais de 28 semanas de gestação

Objetivos: Sensibilizar a grávida/casal para a importância do períneo na vida da mulher

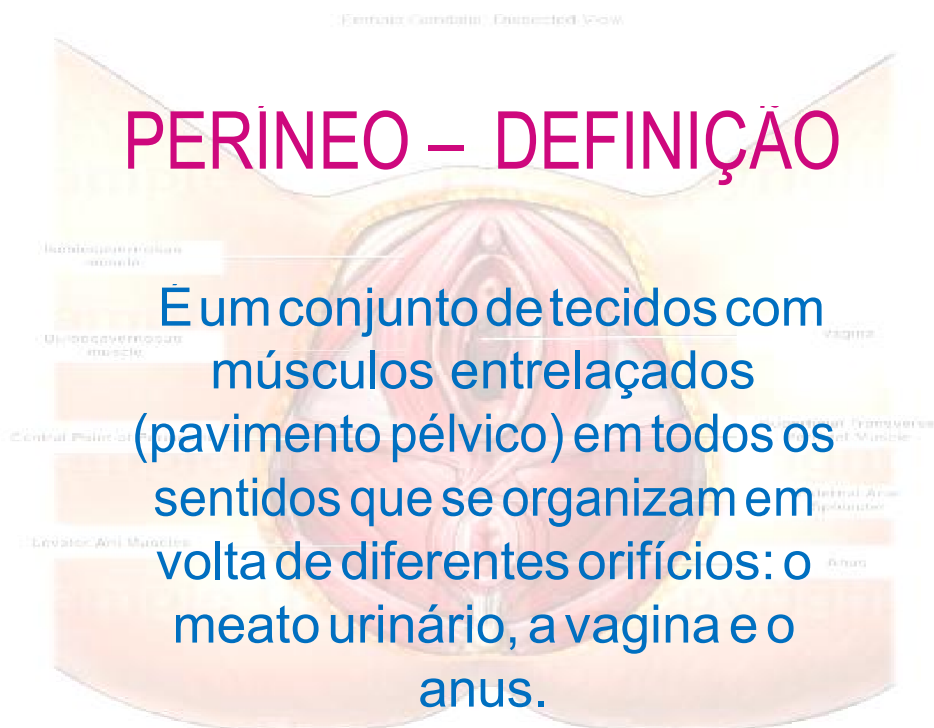
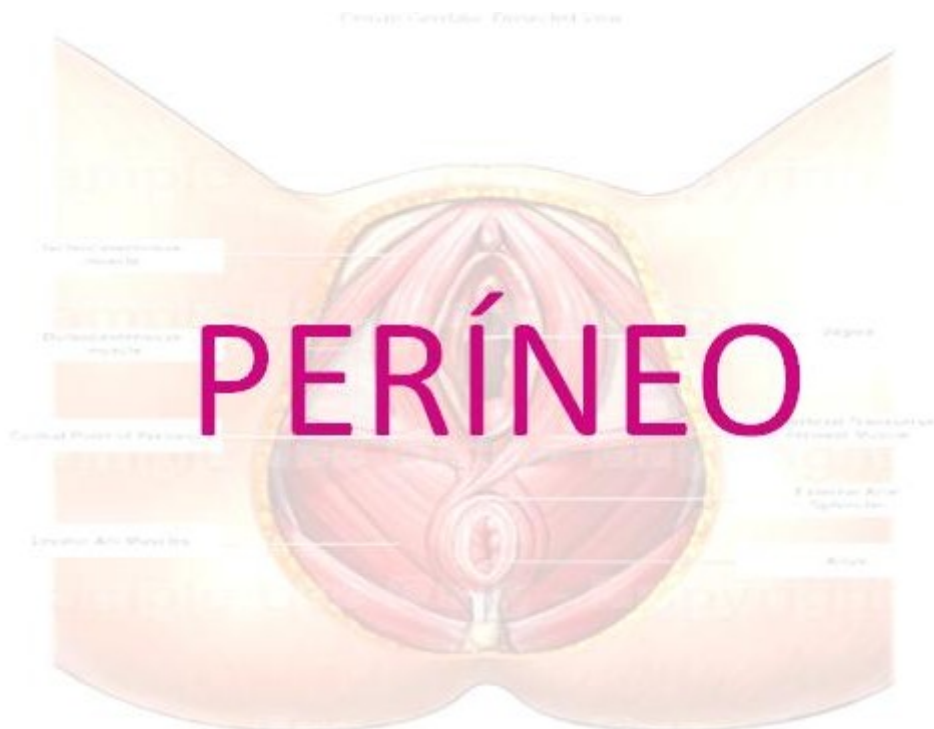
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | METODOLOGIAS | MATERIAL E EQUIPAMENTO | TEMPO PREVISTO |
|---|-----------------------------|--|----------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Esclarecimento sobre: Definição de períneo, e sua função;- Esclarecimento sobre a importância do períneo durante a gravidez;- Esclarecimento sobre a importância do períneo durante o parto;- Esclarecimento sobre Episiotomia- Conhecer exercícios de fortalecimento do períneo (massagem do períneo e Exercícios de Kedgel)-Conhecer as posições do trabalho de parto; | Método Expositivo | <ul style="list-style-type: none">- Computador- Projector- Apresentação em Power Point | 30 min |
| <ul style="list-style-type: none">- Fortalecimento do períneo | Método Demonstrativo /Ativo | <ul style="list-style-type: none">- Colchões- Bola de pilates | 1 h |

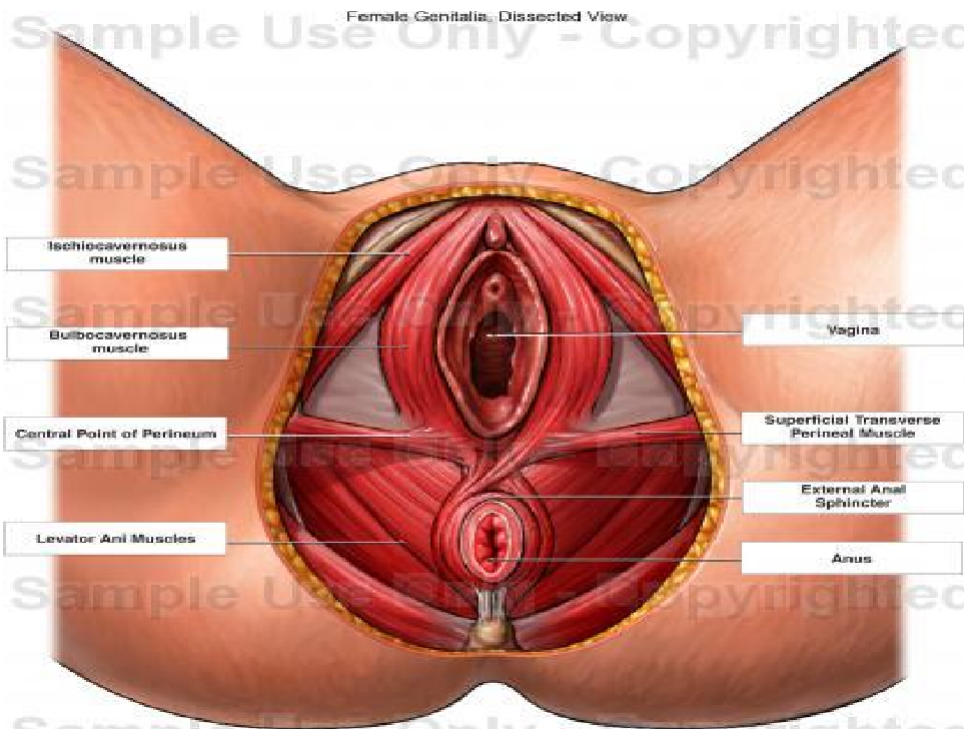
Formadora: Aluna ESMOG Nádía Bértolo

APÊNDICE V

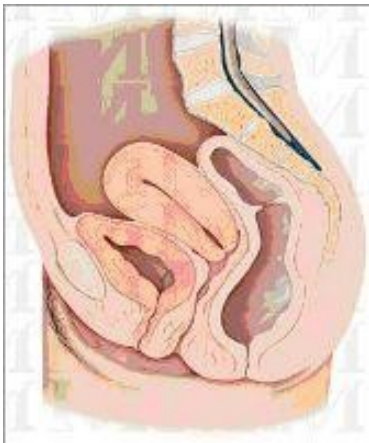
SESSÃO: PREPARAÇÃO PARA O PARTO/PARENTELIIDADE –

PERINEO





PERÍNEO - FUNÇÃO



- Suporte dos órgãos: útero, bexiga vagina e reto
- Retenção dos gases, das fezes e da urina
- Anula as pressões geradas quando os músculos abdominais se contraem ao tossir, espirrar, fazer força ou a levantar objetos pesados.
- Papel importante na Sexualidade

PERÍNEO E GRAVIDEZ



PERINEO E GRAVIDEZ

Durante a gravidez o períneo sofre um prolongado teste de resistência, para além dos órgãos pélvicos, sustenta:

- Novo útero
- Feto
- Anexos embrionários (placenta, cordão umbilical,...)



→ poderá ir dos **11** e chegar a ultrapassar os **20 kg**

PERINEO E GRAVIDEZ

Períneos fortes...

- oferecem um apoio maior ao útero
- reduz a pressão sobre a bexiga
- diminui as dores lombares
- evitam a sobrecarga nas fâscias e ligamentos, reduzindo o risco de prolapso genital
- garantem uma recuperação mais rápida e tranquila após o parto.

PERÍNEO E PARTO



PERÍNEO E PARTO

(FILME)

PERÍNEO E PARTO

As contrações uterinas mais fortes fazem com que a cabeça do bebê seja projetada repetidamente contra o períneo



PERÍNEO E PARTO

Os órgãos pélvicos são sustentados por ligamentos e fâscias (“**elásticos biológicos**”) que prendem os órgãos aos ossos.

Como qualquer “elástico” os ligamentos e fâscias não podem ser submetidos a tensão constante.

Caso contrário eles vão sofrendo microlesões com risco de ruptura.

PERÍNEO E PARTO

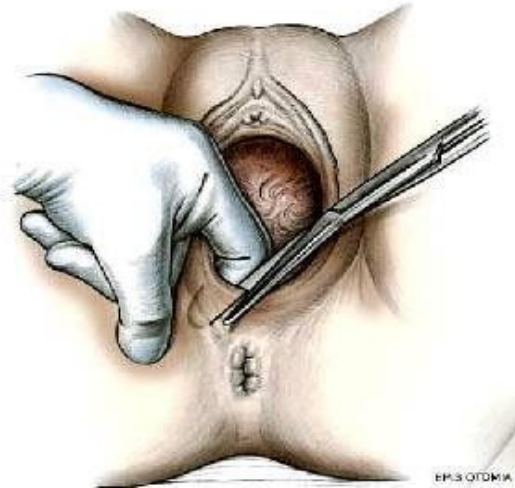
Se o períneo estiver fraco...

Os ligamentos são lesionados e falham a sua função de sustentação



Os órgãos saem da sua posição natural (descem), ocasionando problemas como os prolapsos genitais e a incontinência urinária,

PERÍNEO E EPISIOTOMIA



PERÍNEO E EPISIOTOMIA



Deve ser praticada em função da realidade anatômica e fisiológica do parto e não na esperança de evitar uma eventual complicação.

OPERÍNEO...

PREPARA-SE,
PRESERVA-SE E
REPARA-SE

MASSAGEM DO PERÍNEO

- Diminui a necessidade da episiotomia
- Diminui as lacerações

MASSAGEM DO PERÍNEO

- Ajuda no alongamento/flexibilidade e prepara a pele do períneo para o parto.
- Permite conhecer e aprender a controlar esses músculos.



Ajuda a manter-se relaxada e a relaxar o períneo no parto e também nos outros exames vaginais.

MASSAGEM DO PERÍNEO

Quando começar?

Pode iniciar por volta das 34 semanas de gestação

Com que frequência?

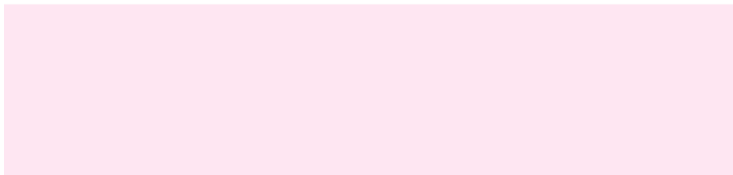
Massage todos os dias por 5 a 10 minutos

MASSAGEM DO PERÍNEO-INSTRUÇÕES

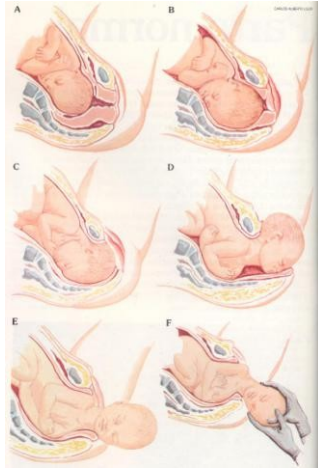
- Após um banho morno é altura ideal.
- Lubrifique seus dedos e o períneo.
- Coloque-os à entrada da sua vagina, empurre-os para baixo e pressione para os lados. Deve sentir um leve estiramento, formiguelo, ou uma leve queimadura, mas nada que seja doloroso.

MASSAGEM DO PERÍNEO INSTRUÇÕES

- Mantenha esse movimento por 2 minutos ou até que região fique levemente adormecida.
- Massageie em volta e por dentro da região mais externa da vagina e seus tecidos.

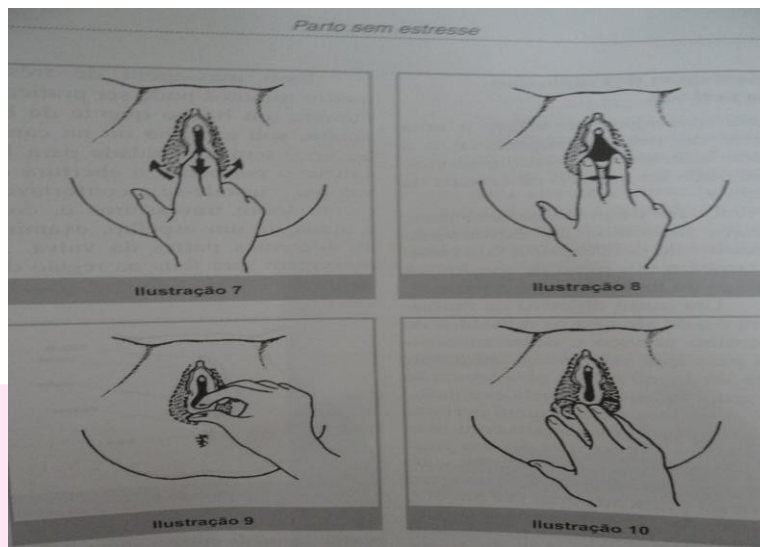


MASSAGEM DO PERÍNEO - INSTRUÇÕES



- Use os seus dedos para puxar um pouco os tecidos, forçando-os a abrirem-se, imagine como seria se a cabeça do seu bebé estivesse a fazer esse movimento na hora do parto.

MASSAGEM DO PERÍNEO

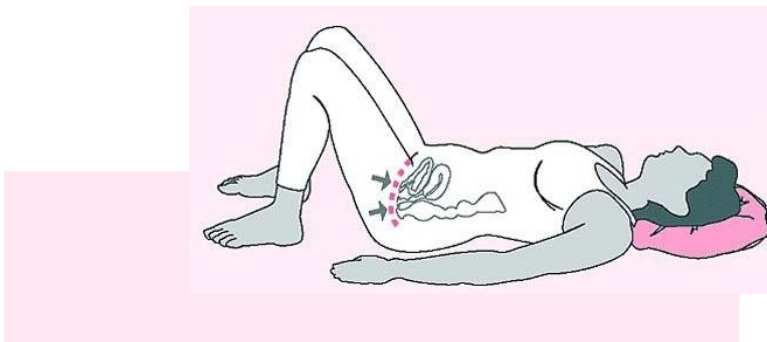


MASSAGEM DO PERÍNEO CUIDADOS

- Se sofreu uma **episiotomia** ou **lacerações prévias**, preste especial atenção ao tecido de cicatrização que, geralmente, não é tão elástico e é onde a massagem deve ser feita mais intensamente, com cuidado.
- Evite mexer no orifício da **uretra** (logo acima da vagina) para evitar infecções urinárias.
- Não faça massagens no períneo se você tiver lesões ativas de **herpes** (pode causar o aumento da área das lesões).

EXERCÍCIOS DE KEDGEL

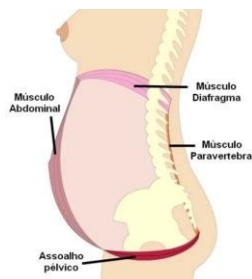
Podem ser feitos a qualquer hora do dia, de pé, sentada ou deitada



EXERCICIOS DE KEGEL

No inicio pode sentir dificuldade em identificar os músculos do períneo

O que pode fazer???



Imagine estar, simultaneamente, tentando impedir o fluxo de urina depois de já ter começado.

EXERCICIOS DE KEGEL

Se estiver na dúvida!!!

Durante a relação sexual contraia os músculos do períneo e pergunte ao seu parceiro se ele sentiu alguma coisa

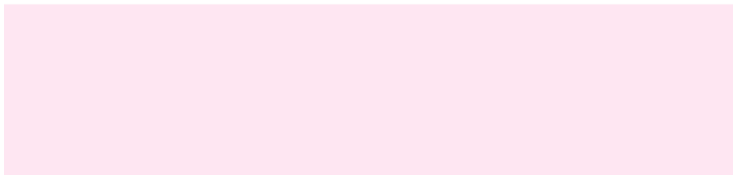
o exercício estará correto se ele sentir, como se você tivesse "abraçado" o pênis dele

EXERCÍCIOS DE KEGEL

- **Exercícios lentos:** Vagarosamente, contraia e puxe para cima os músculos do assoalho pélvico o mais forte que conseguir. Mantenha-os assim pelo maior tempo possível e depois relaxe aos poucos.
- **Exercícios rápidos:** Contraia e relaxe os músculos imediatamente.

EXERCÍCIOS DE KEGEL

Estes exercícios podem ser feitos durante a gestação e depois do parto e no resto da sua vida...



Os exercicios por si só não vão
proteger seu períneo.



Fazem parte de um grande
esquema:

PERÍNEO - PARTO

- Deambulação e liberdade de movimentos durante o TP
- Posições para realizar o TP
- Vivencia do parto partilhado com o companheiro/pessoa significativa
- Realização de episiotomia apenas em situações devidamente justificadas

POSIÇÕES DO TRABALHO DE PARTO



POSIÇÃO HORIZONTAL



POSIÇÃO VERTICAL



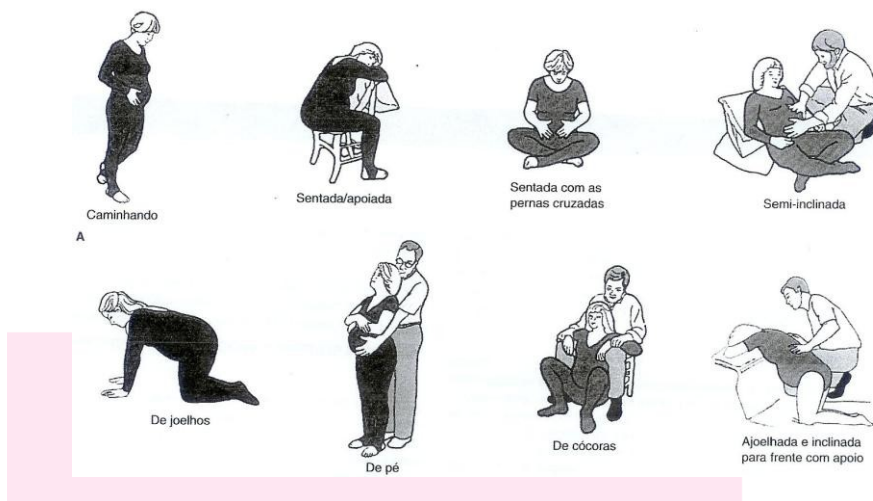
POSIÇÕES DO TRABALHO DE PARTO

AS POSIÇÕES VERTICAIS (andar de pé, sentada ou de cócoras):

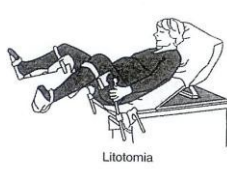
- Favorecem as mudanças frequentes de posição – promovem o conforto
- Favorecem a descida do feto – ação da força da gravidade
- Encurtam o TP – contrações uterinas mais eficazes
- Reduzem a incidência de compressão do cordão
- Favorecem o débito cardíaco – retorno venoso condicionado pelas contrações
- Favorecem a irrigação útero-placentar



POSIÇÃO DA MÃE - 1º ESTÁDIO DO TP (CONTRAÇÕES UTERINAS REGULARES ATÉ À DILATAÇÃO CERVICAL COMPLETA)



POSIÇÃO DA MÃE – PERÍODO EXPULSIVO



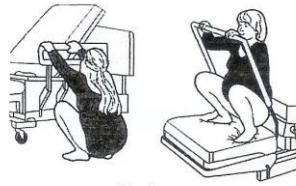
Litotomia



Semi-inclinada

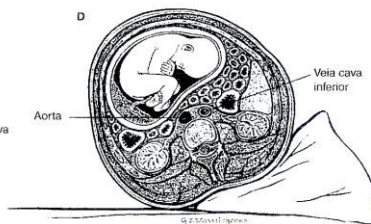
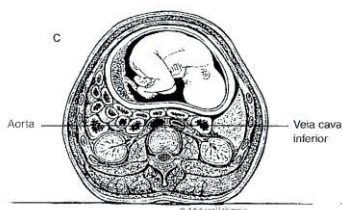
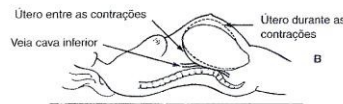


Decúbito lateral



De cócoras

ATENÇÃO AO DECUBITO DORSAL



PARTO PARTILHADO



- Fonte de energia positiva que desenvolve a autoconfiança da futura mãe.
- Companheiro ou pessoa significativa



APÊNDICE VI

TABELA – INTEGRIDADE PERINEAL

TABELA 1 – INTEGRIDADE PERINEAL

| NºDE PARTOS | FATORES QUE INFLUENCIAM NA INTEGRIDADE PERINEAL | TÉCNICA DE PROTEÇÃO PERINEAL | PERINEO INTATO | EPISIORRAFIA | LACERAÇÃO GRAU I | LACERAÇÃO GRAU II | INTERCORRÊNCIA |
|-------------|--|---|----------------|---------------------------|------------------|-------------------|---|
| 1 | Idade materna: 23 IO: 1001 Peso ao nascer: 3270gr | Massagem com lubrificante + Metodo “hand on” | X | | | | Circular cervical larga + procedência da mão direita |
| 2 | Idade materna: 28 IO:0000 Peso ao nascer: 3790gr | Metodo “hand off” | | X (+laceração grau II) | | | Procedência das duas mãos+ligeira distocia de ombros |
| 3 | Idade materna: 28 IO:0000 Peso ao nascer: 3120gr | Massagem com lubrificante + Metodo “hand on” | X | | | | Circular cervical apertada |
| 4 | Idade materna: 29 IO:0000 Peso ao nascer: 3180gr | Massagem com lubrificante + Metodo “hand on” | | X | | | |
| 5 | Idade materna: 35 IO:1001 Peso ao nascer: 2170gr | Massagem com lubrificante + Metodo “hand on” | | | X | | |
| 6 | Idade materna:31 IO:1001 Episiorrafia anterior Peso ao nascer: 3180gr | Massagem com lubrificante + Metodo “hand on” | | | | X | |
| 7 | Idadematerna:35 IO:0000 Peso ao nascer: 2500gr | Massagem com lubrificante + Metodo “hand on” | X | | | | |
| 8 | Idade materna:27 IO:0000 Peso ao nascer: 3000gr | Massagem com lubrificante + Metodo “hand on” | | X (+ laceração grauI) | | | Circular cervical larga |
| | Idade materna:32 | Massagem com | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|---|-------------------------|---|---|----------------------------------|
| 9 | IO:0000 Peso ao nascer: 3190gr | lubrificante + Metodo "hand on" | | | X | | |
| 10 | Idade materna:33 IO:1001 Episiorrafia anterior Peso ao nascer: 3430gr | Massagem com lubrificante + Metodo "hand on" | | X + laceração grau I | | | 2 circulares cervicais largas |
| 11 | Idade materna:22 IO:0000 Peso ao nascer: 3810gr | Metodo "hand off | X | | | | |
| 12 | Idade materna:27 IO:1001 Peso ao nascer:3090gr | Metodo "hand off | | | X | | |
| 13 | Idade materna:27 IO:1001 Peso ao nascer: 3430gr | Massagem com lubrificante | X | | | | |
| 14 | Idade materna: 23 IO:1001 Peso ao nascer: 2410gr | Metodo "hand off | X | | | | |
| 15 | Idade materna: 23 IO:1001 Peso ao nascer: 3540gr | Metodo "hand off | X | | | | Procedência da mão direita |
| 16 | Idade materna: 25 IO:0000 Peso ao nascer: 2910gr | Massagem com lubrificante | | | | X | |
| 17 | Idade materna: 23 IO:1001 Peso ao nascer: 2410gr | Massagem com lubrificante + Metodo "hand on" | X | | | | Circular cervical larga |
| 18 | Idade materna: 27 IO:0000 Peso ao nascer: 3000gr | Massagem com lubrificante + Metodo "hand on" | X | | | | |
| 19 | Idade materna: 42 IO:0000 Peso ao nascer: 3160gr | Massagem com lubrificante + Metodo "hand on" | | | | X | Circular cervical apertada |
| 20 | Idade materna: 35 IO:1011 Peso ao nascer: 3280gr | Massagem com lubrificante + Metodo "hand on" | | | X | | |
| 21 | Idade materna: 19 IO:0000 | Massagem com lubrificante + | | X | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|---|--------------------------|---|---|--|
| | Peso ao nascer: 3100gr | Metodo "hand on" | | | | | |
| 22 | Idade materna: 20 IO:0000 Peso ao nascer: 3310gr | Massagem com lubrificante + Metodo "hand on" | | | X | | |
| 23 | Idade materna: 35 IO:0102 (gemeos) Episiorrafia anterior Peso ao nascer: 2890gr | Metodo "hand off | | | | X | 2 circulares apertadas |
| 24 | Idade materna: 35 IO:1011 Peso ao nascer: 3240gr | Massagem com lubrificante | X | | | | |
| 25 | Idade materna: 24 IO:0000 Peso ao nascer: 3282gr | Massagem com lubrificante + Metodo "hand on" | | X (sofrimento fetal) | | | |
| 26 | Idade materna: 32 IO:1011 Peso ao nascer: 3390gr | Metodo "hand off | X | | | | |
| 27 | Idade materna: 40 IO:1001 Episiorrafia anterior Peso ao nascer: 3530gr | Metodo "hand on" | | | | X | 2 circulares largas |
| 28 | Idade materna: 33 IO:1001 Peso ao nascer: 3110gr | Massagem com lubrificante | | | | X | Procedencia da mão direita + circular cervical larga |
| 29 | Idade materna: 25 IO:0000 Peso ao nascer: 3120gr | Metodo "hand off | X | | | | |
| 30 | Idade materna: 27 IO:0000 Peso ao nascer: 3070gr | Metodo "hand off | | | X | | |
| 31 | Idade materna:39 IO:0000 Peso ao nascer: 720gr | Massagem com lubrificante | X | | | | Feto morto |
| 32 | Idade materna: 27 IO:0000 Peso ao nascer: 3500gr | Metodo "hand on" | | | | X | Circular cervical larga |
| 33 | Idade materna: 26 IO:4004 | Metodo "hand on" | | | | X | Circular cervical apertada |

| | | | | | | | |
|-------|---|------------------------------|----|-------------------------|---|----|---|
| | Peso ao nascer: 3000gr | | | | | | |
| 34 | Idade materna: 26 IO:1001 Peso ao nascer: 3244gr | Massagem com lubrificante | X | | | | |
| 35 | Idade materna: 36 IO:1001 Episiorrafia anterior Peso ao nascer: 3600gr | Metodo "hans on" | | | | X | Circular cervical larga com necessidade de laqueação prévia |
| 36 | Idade materna: 31 IO:0000 Peso ao nascer: 3000gr | Metodo "hand off" | X | | | | |
| 37 | Idade materna: 17 IO:0000 Peso ao nascer: 3320gr | Metodo "hand on" | | X (sofrimento fetal) | | | |
| 38 | Idade materna: 39 IO:1000 Peso ao nascer: 3422gr | Massagem com lubrificante | | | X | | |
| 39 | Idade materna: 31 IO:0000 Peso ao nascer: 3120gr | Metodo "hand on" | | | | X | |
| 40 | Idade materna: 38 IO:4004 Peso ao nascer: 3430gr | Massagem com lubrificante | X | | | | |
| Total | | | 16 | 7 | 7 | 10 | |

APÊNDICE VII

TABELAS

Tabelas:

Tabela 1. Fatores que influenciam a integridade perineal

| Idade da parturiente | Número |
|-------------------------------|---------------|
| ≤ 17 anos | 1 |
| Entre 18 e os 34 | 28 |
| ≥ 35 anos | 11 |
| Paridade | Número |
| Primiparidade | 16 |
| Multiparidade | 24 |
| Episiotomia anterior | Número |
| Sim | 9 |
| Não | 15 |
| Peso do bebê ao nascer | Número |
| ≤ 3999gr | 40 |
| ≥ 4000gr | 0 |

Tabela 2 – Resultados perineais

| Integridade perineal | Número | Porcentagem |
|-----------------------------|---------------|--------------------|
| Perineo íntegro | 16 | 40% |

| | | |
|-------------------|---|--|
| Laceração grau I | 7 | 17,5% |
| Laceração grau II | 10 | 25% |
| Episiotomia | 7 (3 sofreram simultaneamente laceração de grau I e II) | 17,5% (7,5% sofreram simultaneamente laceração de grau I e II) |

Tabela 3 – Resultados perineais relativamente ao método “Hands off”

| Nº DE MULHERES | PERINEO INTEGRO | LACERAÇÃO GRAU I | LACERAÇÃO GRAU II | EPISIORRAFIA |
|----------------|-----------------|------------------|-------------------|--------------|
| 10 | 6 | 2 | 1 | 1 |

Tabela 4 – Resultados perineais relativamente ao método “Hands on”

| Nº DE MULHERES | PERINEO INTEGRO | LACERAÇÃO GRAU I | LACERAÇÃO GRAU II | EPISIORRAFIA |
|----------------|-----------------|------------------|-------------------|--------------|
| 6 | 0 | 1 | 5 | 1 |

Tabela 5 – Resultados perineais relativamente à massagem perineal com lubrificante

| Nº DE MULHERES | PERINEO INTEGRO | LACERAÇÃO GRAU I | LACERAÇÃO GRAU II | EPISIORRAFIA |
|----------------|-----------------|------------------|-------------------|--------------|
| 8 | 5 | 1 | 2 | 0 |

Tabela 6 – Resultados perineais relativamente à massagem perineal com lubrificante conjuntamente com o método “hands on”

| N° DE MULHERES | PERINEO INTEGRO | LACERAÇÃO GRAU I | LACERAÇÃO GRAU II | EPISIORRAFIA |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|
| 16 | 5 | 3 | 2 | 5 |

APÊNDICE VIII

ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

| AUTOR; ANO; TÍTULO DO ESTUDO; PUBLICAÇÃO. | PARTICIPANTES | INTERVENÇÕES | RESULTADOS |
|--|--|---|---|
| <p>Aasheim, V. et al; 2011; Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma; Banco de Dados Cochrane Syst Rev. 2011 07 de dezembro, (12): CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.</p> | <p>Trata-se de uma revisão sistemática da literatura realizada em Bergen (Noruega) onde foram incluídos 8 estudos, envolvendo 11, 651 mulheres, realizados em ambientes hospitalares de seis países;</p> | <p>Este estudo pretendeu avaliar o efeito de técnicas de proteção perineal utilizadas durante o segundo estágio de trabalho de parto, face à incidência e morbidade associada ao trauma perineal</p> | <p>Como resultados obtiveram que compressas quentes foram eficazes na redução de lacerações de terceiro e quarto grau. A massagem perineal foi eficaz na redução de laceração de terceiro e quarto grau. Nenhuma intervenção (conduta esperante) foi eficaz na redução de episiotomia.</p> |
| <p>Araujo, N. et al; 2008; Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto; Rev latino-am enfermagem 2008 maio-junho; 16(3)</p> | <p>Estudo randomizado, realizado no Centro de Parto Normal do Amparo Maternal, em São Paulo, Brasil em 2003; Amostra composta por 76 mulheres nulíparas (38 no grupo experimental e 38 no grupo controle).</p> | <p>Este estudo pretendeu avaliar a eficácia da vaselina líquida em reduzir o trauma perineal.</p> <p>No grupo experimental foi aplicado 30 ml de vaselina líquida na região perineal durante o período expulsivo (sem distensão e sem massagem do perineo).</p> | <p>A frequência de laceração perineal foi semelhante em ambos os grupos (experimental 63,2% versus controle 60,5%). Do total de casos de traumatismos perineais, 72,3% foram de lacerações de primeiro-grau. Os resultados indicam que o uso da vaselina líquida não protege o perineo do trauma.</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Baracho S.M. et al; 2009; A influencia da posição do parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primiparas; Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 9 (4) 409-414 out. /dez. 2009</p> | <p>Estudo realizado no Centro de Parto Normal Doutor David Capistrano Filho em Belo Horizonte – Brasil. Amostra composta por 176 mulheres primiparas que realizaram parto vaginal entre Julho de 2006 a Fevereiro de 2007.</p> | <p>Este estudo investigou a correlação entre a posição do parto (*horizontal e vertical) e as seguintes variáveis obstétricas: ocorrência e grau de laceração perineal espontânea, episiotomia, sutura perineal, uso de ocitocina e instrumentos cirurgicos.</p> <p>*Posição Horizontal: decubito dorsal e decubito lateral esquerdo; Posição Vertical: sentada, semi-sentada, cocoras e de joelhos;</p> | <p>Os resultados indicam que posição vertical minimiza a ocorrência de episiotomia. Indicam ainda que as posições de parto (horizontal e vertical) não interferem com o bem estar fetal.</p> |
| <p>De Jonge, A. et al; 2010; Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis; International Journal of Clinical Practice April 2010, 64, 5, 611–618 doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02316.</p> | <p>- Estudo realizado na Holanda no periodo de Maio a Setembro de 1995; Através dos cuidados obstétricos realizados por 70 parteiras independentes (só cuidam de mulheres que tem um parto vaginal espontâneo de termo, de um único feto em apresentação cefálica , quer em casa ou num hospital) - Amostra composta por 1646 mulheres que tiveram parto vaginal.</p> | <p>Este estudo pretendeu determinar a associação entre a posição de decúbito (dorsal e lateral), semi-sentada (através da elevação da cabeceira ou apoiada em almofadas) e sentada (na cama com o apoio de uma pessoa ou num banco de parto) durante o parto e o trauma perineal.</p> | <p>Os resultados indicam que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não houve diferença encontrada nas taxas de perineo integro entre as diferentes posições. - As mulheres em posição sentada foram menos propensas a ter uma episiotomia e mais propensas a ter uma laceração perineal do que as mulheres em posição de decúbito. - As mulheres em posição semi-sentada foram mais propensas a ter uma laceração labial do que as mulheres em posição de decúbito. |
| <p>Geranmayeh, M. et al;</p> | <p>Este estudo foi</p> | <p>Este estudo pretendeu avaliar a</p> | <p>Os resultados mostram que o grupo que realizou</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>2012; Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor; Arch Gynecol Obstet (2012) 285:77–81 DOI 10.1007/s00404-011-1919-5</p> | <p>realizado no Imam Sajjad Hospital in Shahryar, Tehran no Irão em 2009. Amostra composta por 90 mulheres primíparas (com idades entre os 18 e 30 anos, com idade gestacional entre as 38 e as 42 semanas) .</p> | <p>eficácia da vaselina líquida na redução do trauma perineal.</p> <p>No grupo experimental foi realizada massagem na região perineal com vaselina (40gr no máximo) durante o segundo estadio de trabalho de parto; no grupo controle foram realizados cuidados de rotina.</p> | <p>massagem com vaselina apresenta o segundo estadio do trabalho de parto com menor duração, maior percentagem de períneo intato, menos incidência de episiotomia do que o grupo controle. No entanto apresenta maior percentagem de laceração perineal de 1º e 2º grau. Nenhum dos grupos sofreu de laceração de terceiro e quarto grau.</p> |
| <p>Gupta, J. et al, 2012; Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review); <i>The Cochrane Library</i> 2012, Issue 5</p> | <p>Revisão sistemática da literatura realizada em Fevereiro de 2012, onde foram incluídos 22 estudos (7.280 mulheres) de ensaios clínicos randomizados ou quase randomizados. Critérios de inclusão: Parturientes que adotam diferentes posições durante o 2º estadio do trabalho de parto.</p> | <p>Este estudo pretendeu determinar os possíveis riscos e benefícios do uso de diferentes posições durante o segundo estadio do trabalho de parto na saúde materna e fetal.</p> | <p>Os resultados indicam que as mulheres que pariram em posição vertical tiveram: uma redução não-significativa na duração do segundo estadio do trabalho de parto; uma redução significativa nos partos distócicos; uma redução de episiotomias; um aumento nas lacerações perineais grau II, aumento da perda de sangue estimada superior a 500 ml; um menor número de padrões anormais de frequência cardíaca fetal.</p> |
| <p>La Rosa-Várez, Z.; 2013; Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo; Matronas Prof.</p> | <p>Revisão sistemática da literatura onde foram incluídos 4 estudos.</p> | <p>Este estudo pretendeu comparar a proteção perineal ativa relativamente à proteção perineal expectante.</p> <p>Entende-se como “<i>Hands on</i>”, ou proteção perineal ativa quando a</p> | <p>Concluiu que não existe evidências científicas suficientes disponíveis para o apoio ou rejeição do uso de cada uma das manobras de proteção perineal durante o parto. Alguns estudos sugerem que a política de "hands off" ou de proteção perineal expectante é mais conveniente para proteger o</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 2013; 14(1): 19-23. | | <p>parteira coloca a mão sobre a cabeça fetal e aplica pressão na uma tentativa para aumentar a flexão. Ao mesmo tempo, a outra mão contem o períneo, a fim de reduzir o trauma e de seguida aplica flexão lateral para facilitar desprendimento dos ombros. Esta intervenção baseia-se na ideia de que a pressão exercida sobre a cabeça fetal evita a capacidade de extensão e de empurrar o arco púbico em direção ao períneo, o que pode aumentar o risco de laceração perineal; “<i>Hands off</i>”, ou proteção perineal expectante, a parteira não toca no períneo ou na cabeça do feto, mas mantém a sua mão preparada para aplicar uma ligeira pressão se necessário, e assim, reduzir a deflexão muito rápida da cabeça fetal. O desprendimento dos ombros é espontâneo. Esta técnica baseia-se na ideia de que muita tensão no períneo durante o parto, o torna mais fino e vulnerável, e a pressão adicional da mão pode causar isquemia e facilitar o trauma.</p> | <p>períneo durante o parto e é uma alternativa segura e eficaz para mulheres. Outros estudos consideram que não é recomendado a sua utilização e que as mulheres e os profissionais individualmente devem decidir que tipo de cuidados perineais preferem.</p> |
| <p>Meyvis, I. et al ; 2012; Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557;</p> | <p>Estudo realizado no Hospital de Antuérpia na Bélgica, entre Novembro de 1998 e Novembro de 1999,</p> | <p>Este estudo pretendeu identificar os efeitos da posição materna (decúbito lateral e litotomia) e outras variáveis sobre a ocorrência de trauma perineal.</p> | <p>Os resultados indicaram um aumento de 47% de períneo intacto nas mulheres que pariram em posição lateral, relativamente às que pariram em posição de litotomia. A posição de litotomia foi significativamente associada a mais episiotomias do</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Births BIRTH 39:2 June 2012</p> | <p>através de registos hospitalares de 557 mulheres, com gestação entre as 37 e 42 semanas, submetidas a parto vaginal.</p> | | <p>que a posição lateral. Mulheres com parto em posição lateral tiveram significativamente mais lacerações de primeiro e segundo grau, relativamente às mulheres com parto em posição de litotomia. Multiparidade foi associada a uma redução de 44% de trauma perineal, relativamente à nuliparidade. Aumento do trauma perineal em partos realizados por médicos.</p> |
|--|---|--|---|