



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

Relatório de Estágio

**Preparação Perineal - um contributo para a  
episiotomia seletiva**

**Telma Filipa de Sousa Macedo Grande**

**Lisboa**

**2018**





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

Relatório de Estágio

**Preparação Perineal - um contributo para a  
episiotomia seletiva**

**Telma Filipa de Sousa Macedo Grande**

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Maria Teresa Félix

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## **Agradecimentos**

À Sra. Professora Teresa Félix por todo o apoio no meu percurso académico e que sempre incentivou a lutar por mais e melhores cuidados.

Ao meu filho, Dinis que viveu toda a sua vida envolvido na minha formação académica.

Ao meu marido, Rui pela paciência e compreensão em alturas que até eu duvidei...

Aos amigos que no olhar percebiam quando precisava de apoio e carinho.

À família que sempre apoiou e incentivou o meu percurso.

Aos EEESMO que durante o meu percurso contribuíram para a prestação de melhores cuidados e práticas.

***“A saudade é o revés de um parto.”***

***Chico Buarque***

## **Lista de Acrónimos/ Siglas**

ACOG: *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APEO: Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APPT: Ameaça de Parto Pré-Termo

CIE: Conselho Internacional dos Enfermeiros

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

CS: Convivente Significativo

CTG: Cardiotocografia

DGS: Direção-Geral de Saúde

EC: Ensino Clínico

EEESMO: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

EEESMOG: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO: Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER: Estágio com relatório

FCF: Frequência Cardíaca Fetal

ICM: International Confederation of Midwives

JBI: Joanna Briggs Institute

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

MEDLINE Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NICE: *National Institute of Health and Clinical Excellence*

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

PBE: Prática Baseada em Evidência

RN: Recém-nascido

RL: Revisão da Literatura

RSL: Revisão Sistemática de Literatura

TP: Trabalho de Parto

TPP: Trabalho de Parto Prematuro

USF: Unidade de Saúde Familiar

WHO: World Health Organization

## Resumo

O presente relatório pretende expor o percurso rumo à aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. O seu objetivo é apresentar as práticas desenvolvidas no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, bem como a reflexão e estratégias que assentaram a integração, particularmente das competências específicas.

Integrada numa metodologia de aprendizagem por projeto, a minha escolha do tema incidiu sobre a *preparação perineal - um contributo para a episiotomia seletiva*. Pretendendo ir ao encontro do proposto, foi conduzida uma Revisão da Literatura, tendo por base a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* para a Revisão Sistemática da Literatura, com o intuito de responder à questão: quais as intervenções do EEESMO para a preparação perineal da grávida/parturiente que previnem a episiotomia?

A teoria de enfermagem que norteou a minha prática de cuidados foi a Teoria Prescritiva de Ernestine Wiedenbach em que, com base em evidência científica (conhecimento factual), pretendi, delinear o propósito central, trabalhando com a grávida e convivente significativo (face às realidades) na identificação das suas necessidades para, seguidamente, poder prescrever cuidados e intervir através do conhecimento prático (técnicas e educação para a saúde), relativamente à preparação perineal e a todos os cuidados promotores da satisfação das suas necessidades.

A análise crítica e reflexão que acompanharam toda a prática de cuidados e a construção do relatório, a par da RL realizada, revelaram que o cuidado do EEESMO para a prevenção do trauma perineal é fundamental.

Palavras-Chave: grávidas, intervenções do EEESMO, preparação perineal, episiotomia seletiva.

## **Abstract**

The current report aims to show the path towards the development and achieved skills acquired over the studies of the Masters degree in Nursing of Maternal Health and Obstetrics. The objective is to show all the developed practices within the intervention scope of Nursing Specialist in Maternal and Obstetrical Health Nursing centered on women, as well as all the insights and strategies that allowed the integration of the specific skills.

Integrated in a learning methodology by project, my selection for the chosen topic, was focused about the thematic perineal preparation - a contribution to a selective episiotomy. As it is intended to meet this proposal, a Literature Review was conducted based on the methodology proposed by Joanna Briggs Institute for the Systematic Review of Literature, with the aim to answer the following question: which are the interventions of the EEESMO for the perineal preparation of the pregnant woman/ parturient that prevent the episiotomy?

The nursing theory that guided my care practice, was the Descriptive Theory of Ernestine Wiedenbach in which, based on the scientific evidence, I firstly intend to conduct the research about the needs of pregnant women and hers significant cohabiting, in order to be able to step in the health education course, taking special attention to the identified needs.

The wariness and critical evaluation that followed me during my caring practice and the making of this report, along with the Literature Revision, revealed that the caring of the EEESMO for perineal prevention is fundamental for the reduction of the incidence of perineal trauma.

.

Key words: pregnant, EEESMO interventions, perineal preparation, selective episiotomy

## Índice

Introdução .....	- 13 -
1. Plano de Trabalho .....	- 17 -
1.1. Metodologia para a Revisão da Literatura.....	- 17 -
1.2. Metodologia para o desenvolvimento de competências em contexto clínico.....	- 23 -
1.2.1. Considerações éticas .....	- 27 -
2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EEESMO .....	- 30 -
2.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal .....	- 31 -
2.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o Trabalho de Parto .....	- 36 -
2.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal .....	- 61 -
3. Limitações.....	- 65 -
4. Conclusão.....	- 66 -
Referências Bibliográficas .....	- 69 -

## Apêndices

APÊNDICE 1 – Fluxograma de seleção de artigos

APÊNDICE 2 – Quadros síntese de extração de resultados e avaliação dos artigos

APÊNDICE 3 – Instrumento de registo de prestação de cuidados

## **Índice de Quadros**

Quadro 1. Definição da questão de investigação PICO .....	- 19 -
Quadro 2. Descritores utilizados por base de dados.....	- 21 -
Quadro 3. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos selecionados.....	- 21 -
Quadro 4. Limitadores de pesquisa.....	-22-
Quadro 5. Resultados de Pesquisa .....	- 22 -

## Introdução

A realização do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrada no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este estágio decorreu em contexto de bloco de partos e urgência obstétrica e ginecológica, num hospital apoio perinatal diferenciado de Lisboa e teve uma duração de 17 semanas com início a 06/03/2017 e término a 09/07/2017.

Com o presente relatório constituo um relato sintético e crítico-reflexivo das vivências durante o meu percurso de aprendizagem, que fundamentam o meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO. As aprendizagens foram desenvolvidas tendo em conta as competências definidas pela OE através do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro) e do Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG (Regulamento n.º 127/2011, de 18 de fevereiro), bem como *International Confederation of Midwives* (ICM, 2013) conforme descrito no *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*.

Através do presente relatório pretendo apresentar, analisar e refletir sobre a minha prática de cuidados, fundamentada com a melhor evidência científica, bem como sobre a aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do meu percurso formativo. As atividades que se apresentam no presente relatório consistem numa recontextualização de saberes teóricos capaz de culminar em práticas emancipatórias dos cuidados.

A escolha da temática teve como ponto de partida o projeto Maternidade com Qualidade desenvolvido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (MCEESMO-OE) (2008), nomeadamente a temática “Episiotomia: realização seletiva ou rotineira”. A MCEESMO-OE (2008), refere que é essencial incentivar para o uso de

técnicas não cirúrgicas baseadas na evidência científica para promover a distensão perineal com o intuito de promover a integridade perineal.

Por episiotomia entende-se o alargamento do orifício vaginal através de um corte no períneo, realizado cirurgicamente através de uma incisão com tesoura ou bisturi no 2º estágio do trabalho de parto. Após a passagem do feto há necessidade de realizar sutura (episiorrafia) (Carvalho, Souza, & Moraes Filho, 2010). Esta incisão é realizada para se conseguir distender o períneo e evitar lacerações graves (Oliveira & Miquilini, 2005).

Conforme refere Geranmayeh, Rezaei Habibabadi, Fallahkish, Farahani, Khakbazan e Mehran (2012), apesar da grande incidência da episiotomia, não existe nenhum estudo que defenda que este ato tem vantagens incontestáveis (ex: prevenção de lacerações graves). A Organização Mundial de Saúde (1996) refere-se ao uso rotineiro da episiotomia como “Práticas Frequentemente Utilizadas de Modo Inadequado”, declarando que não existe evidência científica que permita afirmar que o uso rotineiro da episiotomia tenha vantagens face ao seu uso de forma ponderada, realizando-a apenas quando é estritamente necessário.

Há, ainda, uma banalização da episiotomia, sendo realizada muitas vezes sem uma correta avaliação da sua necessidade. Embora existam critérios norteadores para a execução desta prática, os mesmos não se encontram protocolados nem definidos para que sejam utilizados, de igual forma, por todos os profissionais de saúde.

Acredito que existem formas para preparar o períneo da grávida de forma a evitar a episiotomia, nomeadamente, medidas preventivas instituídas, principalmente, no final da gravidez. Os autores Dame, Neher, Safranek e Huber (2008) recomendam que sejam criados programas de educação para a saúde a grávidas sobre a massagem perineal, posições para o parto, episiotomia e lacerações perineais, que permitam a tomada de decisão consciente.

Indo ao encontro do apresentado, tracei como questão norteadora da Revisão da Literatura: quais as intervenções do EEESMO para a preparação perineal da grávida/parturiente que previnem a episiotomia?

Neste contexto e considerando as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, definidas pela OE (2010), espelhadas nos regulamentos supracitados, os objetivos delineados transversais ao estágio com relatório foram:

- Desenvolver competências que permitem o título de enfermeira especialista em ESMO;
- Contribuir para a melhoria das práticas do EEESMO relativamente à tomada de decisão sobre a realização de episiotomia;
- Obter o grau de mestre.

A teoria que sustenta a minha prática de cuidados é a Teoria Prescritiva de Ernestine Wiedenbach. Esta teoria assenta em três conceitos: o propósito central, ou seja, a qualidade de saúde que o enfermeiro pretende para o seu paciente; a prescrição, após o enfermeiro ter identificado o propósito, autonomia e individualidade, o enfermeiro deve trabalhar com o paciente de forma a elaborar um plano de trabalho; e, por último, as realidades, que são todos os fatores físicos, psicológicos, emocionais e espirituais que envolvem o paciente e devem sempre ser levados em atenção quando se traça uma prescrição. O papel que o EEESMO assume com casais é baseado nestes propósitos, com o intuito de transmitir as informações necessárias para que possam decidir em consciência sobre toda a gravidez, parto e cuidados ao recém-nascido. Assim sendo, indo ao encontro da Teoria Prescritiva de Ernestine Wiedenbach, o meu papel enquanto EEESMO é identificar as necessidades da grávida, identificando os seus conhecimentos sobre o TP e quais as suas expectativas, orientando para o exercício físico e para a massagem perineal e preparando para o momento do nascimento, explicando quais as práticas que se podem aplicar durante o TP que permitem prevenir a episiotomia e lacerações graves. Este processo permite identificar as necessidades da mulher, realizar um plano de trabalho de

enfermagem que vá ao encontro das necessidades identificadas e, também, validar os cuidados prestados. Assim sendo, de forma resumida, o meu papel enquanto EEESMO passa por apoiar e empoderar a mulher, no âmbito do seu ciclo reprodutivo, humanizando os cuidados prestados.

Este documento encontra-se estruturado em quatro capítulos:

1. Plano de Trabalho: contextualização deste estágio, onde é apresentada a metodologia utilizada, os resultados da Revisão da Literatura, as considerações éticas e o modelo teórico de enfermagem de referência que orienta a minha prática de cuidados.
2. Análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento de competências do EEESMO fundamentada na evidência: Apresentação, reflexão e discussão das atividades desenvolvidas ao longo do ER, suportada pelos resultados da Revisão de Literatura
3. Limitações: Exposição das limitações do trabalho desenvolvido.
4. Conclusões: São tecidas as principais ilações deste relatório.

Espera-se ainda, com a elaboração do presente relatório, contribuir para a melhoria dos cuidados na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO), nomeadamente, nas práticas a adotar para prevenir a episiotomia.

## **1. Plano de Trabalho**

Na definição de um plano de trabalho pretende-se alcançar os objetivos propostos e, assim sendo, o presente plano de trabalho insere-se numa metodologia de aprendizagem em que o discente apresenta o papel ativo no seu processo de aprendizagem delineando, desta forma, os objetivos que pretende atingir, bem como as técnicas e estratégias que irá utilizar para alcançar os objetivos definidos.

A metodologia deve consistir numa explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida durante o trabalho realizado. No desenvolvimento de qualquer investigação, a metodologia adquire um papel fundamental visto que, o resultado está condicionado pelo bom funcionamento deste processo, onde o trabalho final é o reflexo dos métodos e do modo como se obtiveram os resultados.

A utilização de vários elementos, ou seja, a aplicação de complementaridade metodológica, para se conseguir atingir os objetivos pretendidos potencia uma melhoria profissional na medida em que se verifica a “incorporação de contributos técnicos e rigorosos, tanto no desenvolvimento do projeto como na execução e avaliação do programa” (Serrano, 2008, p. 48).

### **1.1. Metodologia para a Revisão da Literatura**

O Enfermeiro, no exercício da sua profissão, pretendendo alcançar a qualidade do serviço prestado deve incorporar, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012) no concernente aos critérios de competência, os resultados da investigação válidos e relevantes, bem como outras evidências.

O contínuo desenvolvimento do conhecimento na área da saúde exige, da parte do profissional de saúde, uma permanente atualização do conhecimento científico o que significa que a procura de evidência científica se torna fundamental na prática dos cuidados de enfermagem.

Neste seguimento, o conhecimento adquirido pela investigação consubstancia-se um dos pilares de atuação do Enfermeiro exercendo, desta forma, uma Prática Baseada na Evidência (PBE). Segundo Pearson, Wiechula, Court e Lockwood (2005), os cuidados de saúde baseados na evidência são resultado de um processo contínuo com o intuito de gerar conhecimento e evidência científica de qualidade que, de forma adequada e eficaz, dê resposta às necessidades de saúde identificadas de forma exequível e significativa, tendo em conta as especificidades das populações, as culturas e os contextos em que se inserem.

Conforme nos apresenta o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE, 2012), a melhor evidência possível, as necessidades e preferências das pessoas que utilizam os serviços de saúde e, ainda, a experiência, competências e juízo clínico do enfermeiro são os três pilares para a PBE.

O enfermeiro, sustenta a sua prática na investigação e no conhecimento procurando interpretar, organizar e divulgar informação proveniente da evidência e, ainda, debater as implicações da investigação objetivando, desta forma, contribuir para o conhecimento e desenvolvimento acerca da prestação de serviços na área da saúde.

Assim sendo, conforme constata a OE (2006), a PBE constitui-se um elemento fulcral para a eficácia e segurança dos cuidados a prestar aos utentes bem como, para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Neste seguimento, Sackett (1998, p. 1085) fundador da definição da PBE refere que a mesma requer “Utilização explícita, consciente e sensata da melhor evidência disponível no processo de decisão para o utente, adicionada à experiência do profissional e às preferências do utente”.

Neste contexto, pretendendo responder à questão da investigação Higgins e Green (2011) enfatizam a Revisão Sistemática da Literatura (RSL) referindo, no entanto, que a mesma deve ser acompanhada de um plano definido *a priori*, descrevendo de que forma o investigador pretende atingir o seu fim.

Surge assim a importância da RSL, no contexto no contexto da PBE, tendo em conta que providência uma condensação da evidência científica que relacionam uma estratégia de intervenção específica (Galvão; Sawana & Trevizan, 2004), sendo que a mesma deve: identificar os métodos de pesquisa com o intuito de responder a uma questão inicialmente formulada; selecionar e avaliar criticamente os dados dos artigos selecionados para responder à questão; sintetizar e apresentar os resultados; apresentar os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Tanto melhor são os cuidados de um EEESMO quanto são baseados na evidência científica visto estes orientarem o pensamento crítico e permitirem a previsão de problemas ou soluções e a tomada de decisão (Tomey, 2002). Pretendendo exercer uma prática de enfermagem baseada em evidência científica atual, constatou-se fundamental a implementação de uma Revisão de Literatura. Para proceder ao desenvolvimento da RSL, baseei-me na metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para revisões sistemáticas. O JBI é um Instituto que pretende incentivar pesquisas relacionadas com os cuidados de saúde baseados em evidência científica.

A revisão da literatura teve início com a formulação da questão, segundo a estratégia PICO. Sendo a questão: *Quais as intervenções do EEESMO para a preparação perineal da grávida/parturiente que previnem a episiotomia?*

**Quadro 1.** Definição da questão de investigação PICO

P (População)	Grávida/Parturiente
INTERVENÇÃO	Intervenções do EEESMO para a preparação perineal
C (comparação)	Não se aplica
OUTCOMES	Prevenção da episiotomia

Para Karino e Felli (2012) após a definição do objeto de estudo, é importante selecionar as bases de dados para realizar a pesquisa, tendo sempre em conta a sua credibilidade e reconhecimento pela comunidade científica, bem como a

sua utilização de forma correta. Assim sendo, para proceder à pesquisa de estudos pertinentes para o trabalho que se apresenta foi necessário selecionar as bases de dados mais apropriadas, tendo em conta o objeto da investigação. Neste seguimento, recorri, inicialmente, a três bases de dados que se destacam na área da saúde, sendo elas a CINAHL Complete e a Medline Complete, disponíveis na plataforma EBSCOhost e, também, a Scielo. Quanto à revisão da literatura a primeira foi realizada de maio a setembro de 2015 e dado o interregno na conclusão do CMESMO repeti entre janeiro e fevereiro de 2017.

Pretendendo dar resposta à pergunta de partida tornou-se necessário selecionar palavras-chave como descritores de pesquisa, bem como termos alternativos, ou sinónimos, para as conceções retiradas da mnemónica PICO para, desta forma, se dar início à pesquisa. Efetuei uma pesquisa, introduzindo os conceitos base que me permitiram observar títulos, resumos e palavras-chave dos artigos. Tornou-se necessário confirmar e verificar os termos utilizados na lista de termos indexados por ambas as bases de dados.

Para realizar a pesquisa na plataforma *EBSCOhost*, nas bases de dados *CINAHL Complete*, *Medline Complete* e também, *Scielo* foram utilizados os operadores booleanos, *OR* (combinação restritiva) e *AND* (combinação aditiva), com o intuito de conjugar os termos de pesquisa encontrados. Os operadores booleanos, são utilizados para combinar vários termos numa determinada pesquisa pretendendo, desta forma, informar ao sistema de pesquisa determinadas combinações dos termos de pesquisa (Karino e Felli, 2012). Segundo os mesmos autores (2012), o operador booleano *OR* é utilizado com o objetivo de combinar os diversos descritores inerentes a população, intervenção e *outcomes* para que cada resultado da pesquisa contenha pelo menos um dos termos, por outro lado, o operador booleano *AND* pretende combinar os diversos termos de pesquisa com o intuito de que cada resultado da pesquisa contenha todos os termos, correspondendo ao tema da pesquisa. Assim sendo, e indo ao encontro do referido por Karino e Felli (2012), na pesquisa conjuguei termos em grupos que considerei lógicos referentes aos critérios utilizando primeiro o operador booleano *OR* na mesma pesquisa entre os descritores inerentes a cada critério e no final *AND*, conjugando o resultado de cada conjunto de descritores.

Foi, também, necessário recorrer ao motor de busca Google académico, para complementar a pesquisa realizada.

**Quadro 2.** Descritores utilizados por base de dados

Base de Dados		Termos Indexados / Descritores
EBSCOhost	CINAHL Complete	Labor Stage, first OR Labor Stage, Second OR Parturition OR Pregnant OR Pregnancy AND Nurse Midwifery OR Midwives OR Obstetric Care OR Prenatal Care OR Perineal Care AND Episiotomy
	MEDLINE Complete	Parturition OR Pregnant OR Pregnancy AND Childbirth OR Midwifery OR Obstetric Nursing OR Perineum OR Perineal Care OR Perineal Trauma OR Laceration AND Episiotomy
SciELO	Episiotomia AND Prevenção	

Outros elementos norteadores da pesquisa foram os critérios de inclusão e de exclusão definidos previamente (quadro 3) e os limitadores de pesquisa (quadro 4), o que norteou a seleção dos estudos.

**Quadro 3.** Critérios de inclusão e exclusão dos artigos selecionados

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População do estudo	Grávidas/ parturientes	
Intervenção	Intervenções do EEESMO para a preparação perineal	
Outcomes	Prevenção de episiotomia	

#### Quadro 4. Limitadores de pesquisa

Data de Publicação	Estudos publicados desde o ano 2010.	Artigos publicados antes de 2010.
Idioma	Inglês, Português e Espanhol.	Artigos escritos noutras línguas que não as citadas nos critérios de inclusão.
Desenho do estudo	Estudos de abordagem quantitativa e RSL.	
Acessibilidade	Artigos disponíveis na Base de Dados que a ESEL dispõe. Artigos disponíveis em texto integral.	Artigos repetidos nas bases de dados. Artigos sem texto integral.

Posteriormente, para seleção dos estudos, foi ainda necessária a leitura do título, do resumo, dos descritores e, também, do texto integral sempre que se verificava essencial para perceção da temática.

Torna-se, então pertinente apresentar os artigos selecionados, que são resultado da pesquisa realizada. No seguimento da seleção de artigos segundo o modelo JBI tornou-se fundamental a realização de um fluxograma (Apêndice 1) que revela o número de artigos que se obteve em cada base de dados, e que se apresenta no quadro 5. Após submetidos aos critérios de INCLUSÃO/seleção obtiveram-se 4 artigos incluídos na revisão que foram analisados de forma criteriosa em relação aos seus objetivos, o que permitiu a análise do conhecimento pré-existente sobre a temática.

#### Quadro 5. Resultados de Pesquisa

Base de Dados	Artigos	Artigos Selecionados
CINAHL Complete	42	1
MEDLINE Complete	183	2
SciELO	3	1
Total	228	4

Para finalizar, através dos instrumentos de apreciação do JBI (2014), foi fundamental aferir a qualidade dos artigos selecionados (Apêndice 2), assim

como proceder à extração de dados e respetiva análise (Apêndice 2), o que constituiu a fundamentação para a prática de cuidados.

## **1.2. Metodologia para o desenvolvimento de competências em contexto clínico**

No seguimento do Plano de Estudos definido pelo CMESMO, tornou-se necessária a realização de projetos de aprendizagem para cada Ensino Clínico (EC), onde se encontravam incluídos os objetivos individuais e profissionais, bem como as tarefas e atividades que pretendia desenvolver para atingir os objetivos definidos. Nos projetos de aprendizagem, enquanto futura EEESMO fui protagonista do meu próprio processo de descoberta e, assim, estes projetos orientaram o trabalho desenvolvido durante os EC.

A PBE, enquanto metodologia que suporta o trabalho de projeto, pretendia conduzir à construção de uma reflexão crítica e construtiva das práticas desenvolvidas, revelando-se fundamental no processo de desenvolvimento de competências. Assim, a PBE constatou-se um dos pilares, em contexto de ensino clínico, não só na prática diária dos cuidados prestados, mas também na criação do instrumento de registo dos mesmos, que permitiu descrever, analisar e refletir sobre as experiências que resultaram dessa mesma prática. Para registar os dados recolhidos suscetíveis de serem interpretados, desenvolvi um instrumento de registo (apêndice 3) que permitisse sistematizar as experiências para posteriormente analisar os resultados, designando-se este por instrumento de registo de prestação de cuidados.

Assim sendo, no trabalho que se apresenta, a prática reflexiva revelou-se importante não só para superar as lacunas existentes entre a teoria e a prática, como também no reconhecimento das minhas forças e fraquezas, uma vez que a prática de cuidados em contexto clínico é marcada pela imprevisibilidade e, constatou-se necessária a reflexão para a tomada de decisão.

No decorrer do ER planeei e apresentei uma formação em serviço sobre a prevenção da episiotomia pretendendo enfatizar a importância da preparação

perineal enquanto contributo para a episiotomia seletiva. A formação em serviço revela-se uma mais-valia para o enfermeiro uma vez que pretende dar respostas aos desafios que enfrentam no seu quotidiano, que são resultado da crescente evolução científica e tecnológica. Conforme decretado no n.º 6 do artigo 64.º do Decreto-Lei 437/91, de 8 de novembro, “a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação dos enfermeiros da unidade, considerado como grupo profissional com objetivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo”. Com o planeamento de uma formação em serviço sobre a preparação perineal dirigida aos meus pares objetivei aperfeiçoar os cuidados de enfermagem especializados no concernente à preparação perineal, contribuir para a otimização dos cuidados prestados neste contexto e ainda, colaborar no processo de mudança de atitudes e comportamentos relativos à episiotomia.

Para nortear a prestação de cuidados considerei a Teoria Prescritiva de Ernestine Wiedenbach. A teoria de enfermagem pretende, através da organização de uma estrutura sólida, contribuir para o processo sobre o fazer, como fazer, delineamento de objetivos e concretização dos cuidados. Atentando Ernestine Wiedenbach citada por George “a enfermagem é o nutrir e o cuidar de alguém de uma maneira maternal” (George, 2000, p. 147).

Esta teoria clínica assenta em quatro premissas:

- a. a filosofia, ou seja, as crenças do enfermeiro e o seu código de conduta, são os impulsionadores da ação que desenvolve, bem como os guias do seu pensamento de como deve atuar.
- b. a arte, que se relaciona com a aplicação do conhecimento e com a capacidade para alcançar os objetivos delineados. A arte, neste contexto, consubstancia-se na relação pessoal entre o enfermeiro e o sujeito da intervenção. Para o desenvolvimento da arte clínica em enfermagem é necessário: conhecer o estado, situação e necessidades do paciente; estimular as capacidades do paciente; promover a melhoria do seu estado de saúde; prevenir a ocorrência de um novo problema. Assim sendo, ao enfermeiro é incumbido atuar em função do estímulo, do prognóstico e da interpretação.

- c. a prática, que corresponde à ação desenvolvida pelos enfermeiros dirigida pelos pensamentos disciplinados e os desejos de colmatar as necessidades dos pacientes, através da definição de objetivos explícitos, que se concretizam de forma deliberada e centrada no paciente. Assim, a valoração, a prestação de cuidados e a validação, são três aspetos que integram a prática de cuidados prestados ao paciente.
- d. o propósito, a qualidade de saúde que o enfermeiro pretende para o seu paciente, ou seja, os objetivos que o enfermeiro pretende alcançar através das suas ações (Wiedenbach citada por Tomey & Alligood, 2005).

A autora defende o valor da vida, o respeito pela dignidade, autonomia e individualidade da pessoa, nunca esquecendo que o paciente é detentor da sua saúde/doença. Ernestine Wiedenbach, acredita no julgamento clínico como forma de individualizar os cuidados prestados pelo enfermeiro (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

Segundo Bennett & Foster, (1993) para Wiedenbach (1963) o conhecimento, o julgamento e as competências são os três elementos fundamentais para a prática efetiva de cuidados prestados ao paciente, sendo que a identificação da situação, a intervenção e a validação são as três componentes da prática que estão diretamente relacionadas com o mesmo. O conhecimento engloba tudo o que é percebido e entendido pelo enfermeiro. Embora este seja essencial para dirigir, ensinar, coordenar e planear os cuidados a prestar ao paciente não é, por si só, suficiente para colmatar as suas necessidades. O conhecimento adquire-se no contacto direto com o paciente em contexto real podendo distinguir-se em conhecimento factual (conhecimentos conhecidos como verdadeiros), especulativo (teorias e conceitos utilizados para explicar determinados fenómenos) e prático (saber aplicar o conhecimento factual ou especulativo à situação que se apresenta) (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

O julgamento, para Wiedenbach, diz respeito à capacidade que o enfermeiro apresenta para tomar decisões. A autora refere que o julgamento é pessoal o que significa que na tomada de decisões o enfermeiro deverá proceder ao julgamento tendo em conta os objetivos a atingir na prestação de cuidados, uma

vez que a tomada de decisão pode envolver emoções e pensamentos, que muitas vezes podem interferir no conhecimento e nos objetivos delineados para a prestação de cuidados, o que significa que o enfermeiro deve possuir um vasto conhecimento e experiência profissional para conseguir contornar estas adversidades (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

As competências são referidas por Wiedenbach como a capacidade para alcançar os objetivos definidos. A harmonia, a expressão, a intenção e o rigor são características que devem estar implícitas nos atos que abrangem as competências do enfermeiro (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

Assim sendo, o EEESMO deve ser capaz de identificar as necessidades da grávida, os seus conhecimentos sobre o trabalho de parto e quais as suas expectativas. O EEESMO deve então, assistir a mulher durante todo o processo de gravidez, orientando para o exercício físico, a massagem perineal e preparar o momento do nascimento explicando como prevenir a episiotomia e lacerações graves. É essencial identificar as necessidades da mulher, elaborar um plano de trabalho de enfermagem e no final avaliar a pertinência e aplicabilidade para a grávida/ parturiente.

Com o intuito de promover o bem-estar da grávida planeei avaliar os seus conhecimentos e expectativas sobre a preparação perineal, permitindo identificar as suas necessidades e melhor adequar os cuidados de saúde. Segundo Wiedenbach (1963) para satisfazer as necessidades de ajuda do paciente é essencial que o enfermeiro, na prática de cuidados, seja detentor de um amplo conhecimento do estado de saúde do paciente, ostente competências técnicas para a elaboração de um plano de cuidados e, ainda, preste cuidados de forma responsável. Nesta fase é fundamental observar os comportamentos que são compatíveis ou incompatíveis com o bem-estar da grávida, definir as causas de desconforto ou incapacidade para conseguir conhecer o seu estado, a sua situação e as suas necessidades. Desta forma, indo ao encontro do preconizado por Wiedenbach, planeei identificar os fatores de risco e evitar as complicações promovendo, desta forma, o bem-estar materno-fetal (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

Acreditando que esta é uma temática muito importante para os profissionais de saúde e para grávidas/casais que muitas vezes desconhecem o processo de parto, nomeadamente a episiotomia/lacerações e o que fazer para preveni-las, projetei educar a grávida para a saúde perineal, com o objetivo de promover a sua saúde e o bem-estar. A monitorização da gravidez e educação para a saúde e, nomeadamente a saúde perineal foi um dos aspetos tidos em conta no planeamento do trabalho desenvolvido, nomeadamente, na realização dos diagnósticos de enfermagem e na execução das intervenções indo ao encontro das suas necessidades, pretendendo garantir a qualidade dos cuidados.

Assim, os EC e o ER foram norteados por estes princípios, tendo em conta que, na aquisição de competências no âmbito da saúde materna e obstetrícia e no trabalho realizado com a grávida/casal, tornou-se fundamental transmitir os aspetos essenciais para que possam decidir em consciência sobre a gravidez e o parto.

### **1.2.1. Considerações éticas**

Conforme o ponto 1 do artigo n.º 8, do capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros “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” (Decreto-Lei n. 161/96, de 4 de setembro) pretendendo sempre defender a justiça e a proteção da saúde do paciente. Desta forma, pretendendo realizar um trabalho de excelência, quer na prestação de cuidados como na investigação realizada, procurei ter como alicerce dos meus atos a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015a), sendo que o mesmo se define enquanto

“vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro. Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção de Enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a para da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país” (OE, 2015a, p.9).

Segundo o Tribunal Internacional de Nuremberg (1947) o consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. No contexto do trabalho que se apresenta, este princípio ético foi fundamental, uma vez que, só foi possível a recolha de informação e apresentação de dados das situações de cuidados com o consentimento dos sujeitos. Neste seguimento, tornou-se necessário informar e dar a conhecer a natureza a duração, os objetivos, os métodos, os efeitos para a saúde, entre outros aspetos para, desta forma, os sujeitos poderem decidir conscientemente.

O respeito pelos direitos humanos requer, neste contexto, por parte do EEESMO, uma análise e interpretação de cada situação específica de cuidados especializados e, também, a responsabilidade de gerir situações que se possam constatar comprometedoras para os pacientes (Diário da República, n.º 35, de 2011<sup>a</sup>). A “...defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” consubstancia-se, segundo o artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, tendo em conta que são valores inerentes aos seres humanos (OE, 2015a).

Na prestação de cuidados à grávida, assumi o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (artigo 84.º, alínea b, da Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro), em que pretendi informar acerca dos objetivos e a natureza da intervenção, bem como os riscos a si associados, tendo em conta que, o esclarecimento livre e esclarecido dos sujeitos estimulou uma melhor adaptação à situação e uma tomada de decisão consciente.

Tornou-se fundamental identificar de que forma, cada mulher e/ou casal queriam viver a gravidez e o trabalho de parto. Neste seguimento, o n.º 35 do Diário da República, de 18 de fevereiro de 2011b:8664, regula que o EEESMO no desenvolvimento da sua atividade “concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos”.

Recorri ao instrumento de registo de cuidados, criado para orientar e registar a interação com a grávida/parturiente/CS (Apêndice 3) garantindo o anonimato dos

participantes e a confidencialidade das fontes, sendo que segundo a alínea d. do artigo 85.º da Lei n.º 180/2009, de 16 de setembro, é dever do enfermeiro “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”. O sigilo profissional, o anonimato e confidencialidade são pilares na relação entre o investigador e o sujeito investigado e foi uma das preocupações no percurso do trabalho que realizei. No seu desenvolvimento informei e expliquei sempre ao casal que estava a realizar um trabalho académico sobre a prevenção da episiotomia e que toda a informação registada, decorrente da prestação de cuidados seria confidencial, sem nunca recorrer a qualquer referência da pessoa. Durante todas as atividades realizadas promovi o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Conforme o artigo 86.º da Lei n.º 180/2009, de 16 de setembro, o EEESMO deve promover o respeito pela intimidade do casal, mais especificamente o respeito pela vida privada. Neste seguimento, no acompanhamento realizado no período pré-natal, durante os contactos realizados com a grávida/casal, tornou-se pertinente educar para a saúde, ou seja, informar e esclarecer a importância da massagem perineal na gravidez. Esta atividade requer, por parte do EEESMO, o respeito pela condição de cada mulher e o seu à-vontade com a manipulação do corpo, bem como o à-vontade com o convivente significativo, tendo em conta que, o mesmo, também poderá realizar a massagem perineal.

Foi também considerado o princípio da integridade académica, na medida que pugnei por uma cultura de integridade académica. Assim sendo, na realização da Revisão da Literatura e na construção do relatório identifiquei os autores nas citações e nas referências bibliográficas.

## **2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EEESMO**

Pretende-se, no presente capítulo, analisar e sintetizar o percurso de aprendizagem, apresentar e interpretar os resultados obtidos e, ainda, refletir sobre a prática clínica e o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais para a prática de cuidados especializados em ESMO para, desta forma, demonstrar que os objetivos definidos pelo CMESMO foram atingidos. A prática reflexiva sobre as vivências em contexto ER, teve como fundamento a pesquisa bibliográfica realizada e a evidência científica resultante da Revisão de Literatura efetuada.

Este ER teve como finalidade o desenvolvimento de competências que permitem o título de EEESMO, bem como a mobilização de conhecimentos, como o intuito de promover uma prática de excelência durante a assistência à mulher no seu processo de maternidade, conforme o preconizado no Plano de Estudos do CMESMO, o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO da OE e, ainda, de acordo com os princípios definidos pela ICM respeitando, sempre, os princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermeiro.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (2011, p.1), o EEESMO

... assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e independentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo de vida da mulher.

Considerando os objetivos enunciados, serão expostas seguidamente as atividades desenvolvidas ao longo do ER, relativas a cada competência que privilegiei desenvolver durante o ER, onde se concretiza uma recontextualização de saberes assentes na prática baseada na evidência. Assim sendo, o presente

capítulo encontra-se dividido em três partes: 2.1. cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; 2.2. cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; 2.3. cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

### **2.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**

O EEESMO, no exercício da sua atividade profissional durante o período pré-natal, é incumbido de cuidar da mulher inserida na família e comunidade de forma a potenciar a sua saúde, preparar a mulher/casal para o parto e para a parentalidade, detetar e tratar precocemente as complicações pretendendo promover, sempre, o bem-estar materno-fetal.

Tendo em conta a alínea c, do artigo 88.º da Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, que refere que o EEESMO deve “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”, o que vai ao encontro do preconizado por Wiedenbach (1970) que afirma ser o conhecimento um dos aspetos fundamentais para a prática efetiva. Nesta linha de pensamento, senti necessidade de, ao longo do ER e dos EC, recorrer à revisão da literatura para aprofundar e consolidar conhecimentos teóricos para melhor ajuizar e adequar os cuidados prestados (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

No contexto pré-natal, realizei um EC em Unidade de Saúde Familiar (USF), onde participei na assistência pré-natal através da realização de consultas de enfermagem com recurso a componentes da prática direta e indireta relacionadas com a grávida. Estas consultas basearam-se nos três conceitos defendidos pela teórica; o propósito central, a prescrição do enfermeiro e as realidades de cada grávida tal como defendido por Wiedenbach (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

Com a realização de consultas de enfermagem tive oportunidade de desenvolver competências inerentes à vigilância da gravidez de baixo risco em que, indo ao

encontro às unidades de competência do EEESMO, diagnostiquei precocemente e preveni complicações à saúde da grávida avaliando a condição materna (desconfortos na gravidez, sinais e sintomas de complicações e de inadaptação à gravidez) e o estado fetal (auscultação da FCF). Na assistência prestada à mulher no período pré-natal, identifiquei e monitorizei desvios à gravidez fisiológica, nomeadamente hiperémese gravídica, alterações ecográficas fetais, diabetes gestacional e hipertensão na gravidez, através dos meios clínicos e técnicos adequados com o intuito de identificar, precocemente, as necessidades das grávidas, desenvolver o juízo crítico e prescrever intervenções de enfermagem promotoras da saúde. Com o intuito de promover o bem-estar materno fetal, conforme referido por Wiedenbach (1970), dotei a mulher de conhecimentos sobre a sua saúde perineal, onde informei, aconselhei e esclareci a importância, da massagem perineal pré-natal e do exercício físico na gravidez. No âmbito do desenvolvimento das consultas de enfermagem explicitiei de que forma a massagem perineal pré-natal pode ser feita e por quem pode ser realizada. Neste seguimento, e como supracitado, tornou-se essencial trabalhar o respeito pela condição de cada mulher e o seu à vontade com a manipulação do corpo (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

Ao longo do EC em contexto de USF e segundo Wiedenbach (1963) identifiquei que muitas grávidas apresentavam um défice de conhecimento sobre a preparação perineal, nomeadamente, massagem perineal pré-natal. Objetivando a educação sobre a massagem perineal pré-natal e a implementação desta técnica durante a gravidez, pretendi dar a conhecer à grávida os benefícios da massagem perineal pré-natal, incentivar o uso desta técnica, bem como demonstrar de que forma esta se concretiza, a partir das 30 semanas de idade gestacional (Beckmann & Stock, 2013).

Indo ao encontro do referido por Eugenia, Enterría, & Valladolid (2009) apresentei como principais vantagens da massagem perineal: o aumento da elasticidade dos músculos do períneo e promoção da circulação sanguínea na região, ajudando assim a reduzir a incidência de episiotomia; relaxamento do períneo aquando do TP; promoção do autoconhecimento do corpo; técnica que pode ser aplicada pela mulher ou CS, promovendo a interação entre o casal;

ausência de utilização de instrumentos no parto; ser de fácil realização; e, por último, não apresentar efeitos prejudiciais

Acredita-se que a massagem pode aumentar a flexibilidade dos músculos do períneo, logo diminui a resistência muscular que vai permitir maior distensão do períneo e atentando King e Pinger (2014), a massagem perineal pré-natal previne as lacerações perineais e a necessidade de episiotomia.

Tentei também capacitar as grávidas para a adoção de hábitos de vida saudáveis. Sabe-se que o exercício físico durante a gravidez não está contraindicado (salvo indicação clínica para tal) e deve ser praticado por todas as mulheres mesmo aquelas que previamente à gravidez não praticavam atividade física.

Na ótica de Rodríguez, Peláez, & Barakat (2012) o fortalecimento da musculatura do assoalhado pélvico durante a gravidez reduz a incidência de lacerações e complicações durante o TP. Afirmam também que o exercício físico aumenta a força muscular e a resistência e, também, coordena a musculatura pélvica.

Sendo que:

a gravidez é um período durante o qual ocorrem grandes alterações fisiológicas no corpo da mulher. Estas alterações são, principalmente, o resultado da interação de quatro fatores: as mudanças mediadas por hormonas no colagénio e no músculo involuntário; o aumento do volume total de sangue com fluxo aumentado de sangue para o útero e rins; o crescimento do feto que leva a ampliação e deslocamento do útero; e por último o aumento do peso corporal e mudanças adaptáveis no centro de gravidade e postura (Marques dos Santos, 2014, p. 7).

A prestação de cuidados à mulher no período pré-natal foi essencial para o desenvolvimento de competências necessárias para a implementação de cuidados à mulher grávida com patologia associada à gravidez. Para o desenvolvimento de competências nesta área de intervenção deve realçar-se não só o ER, mas também o EC IV, que se realizou num Serviço de Medicina Materno-Fetal.

Durante o EC IV realizei um estudo de caso sobre ameaça de parto pré-termo de uma grávida que se encontrava internada no Serviço de Medicina Materno-Fetal. Este estudo de caso foi deveras importante porque permitiu compreender a necessidade de conhecer toda a história de vida e gravidez da mulher, elaborando assim uma correta anamnese para assim conseguir desenvolver a relação terapêutica conforme preconizado ao EEESMO.

Nos cuidados à grávida com complicações na gravidez, pretendendo satisfazer as necessidades da mulher e sua família e atentando ao pilar “realidades” preconizado por Wiedenbach, identifiquei os fatores físicos, psicológicos, emocionais e espirituais da mulher e convivente significativo, para melhor delinear e adequar o plano de cuidados de enfermagem (prescrição). Assim, conforme a Teoria Prescritiva de Wiedenbach, tive em consideração que a mulher é conhecedora das suas necessidades, integrando-a sempre no seu projeto de saúde bem como, estimulando a sua autoestima (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

Neste seguimento e segundo a OE (2012, p.5), “..., a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o paciente, no respeito pelas suas capacidades” objetivando, sempre:

prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2001, p.11).

Durante o internamento das mulheres com patologia/ complicações na gravidez, tornou-se fundamental implementar diagnósticos e intervenções de promoção da saúde pré-natal revelando-se fulcral, na minha perspetiva, enfatizar e influenciar positivamente a saúde da mulher grávida e da família, para promover o bem-estar materno-fetal.

As complicações associadas à gravidez implicaram o delineamento do plano de cuidados de enfermagem individualizado quer no EC IV, quer no ER, explicitando

as intervenções a realizar, indo ao encontro do diagnóstico, pretendendo atrasar o trabalho de parto prematuro (TPP) e as situações de maior gravidade que advêm, por exemplo, da pré-eclâmpsia. Neste seguimento, e conforme definido pelo Regulamento n.º 127/2011, de 18 de fevereiro no concernente às competências do EEESMO, tive oportunidade de conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à grávida em situação de APPT.

Entende-se o trabalho de parto pré-termo (PPT) segundo Graça (2010) como o trabalho de parto que ocorre antes da 37ª semana de gestação e após se ter atingido as 22 a 28 semanas (consideradas como, dependendo do protocolo de cada instituição quanto ao limiar mínimo de viabilidade fetal).

A pré-eclâmpsia é uma patologia associada à gravidez que se pode resultar da hipertensão gestacional que surge após as 20 semanas de gestação, associada a proteinúria (critério revisto pelo colégio da especialidade americano e canadiano e deixou de ser critério obrigatório para o diagnóstico). Sendo possível o diagnóstico apenas pelos valores tensionais e um critério de gravidade (podendo este ser do quadro do sistema nervoso central, cardiorrespiratório, fetoplacentar, hematológico, renal, hepático). Considera-se hipertensão na grávida quando TAd  $\geq$  90mmHg e TAs  $\geq$  140mmHg em duas medições com pelo menos 4 horas de intervalo. Se TAd  $\geq$  110mmHg e TAs  $\geq$  160mmHg a confirmação deve ser feita em minutos e administrada terapêutica, considerando-se uma emergência hipertensiva (George, 2013). Segundo a Direção-Geral de Saúde (2004), perante o diagnóstico de HTA gestacional, deve proceder-se a uma vigilância cuidada, devido aos riscos que acarreta para a mãe e para o feto. Quando se constata a presença de HTA gestacional deve, a mulher grávida ser referenciada para Consulta de Alto Risco Obstétrico (Direção-Geral de Saúde, 2004).

Um dos focos de atenção durante o EC IV e o ER foi identificar fatores de risco e subsequentemente informar e orientar sobre comportamentos saudáveis a adotar na gravidez no concernente à alimentação e à ingestão de líquidos, tendo em conta a sua importância na manutenção da saúde materna e desenvolvimento fetal, conforme nos é referido pela Direção-Geral de Saúde

(DGS, 2015). A prevenção e redução das complicações materno-fetais, perante situações de risco que foram experienciadas no decorrer dos estágios, nomeadamente, APPT e doença hipertensiva materna, levou à identificação, planeamento de cuidados e validação da situação clínica materno-fetal tendo-se mobilizado meios técnicos e clínicos adequados para identificar algum desvio e prevenir complicações incentivando o repouso e a ingestão adequada de líquidos (Lowdermilk e Perry, 2008) e, ainda, informar e ensinar a grávida sobre as doenças e os sinais indicativos de agravamento, com o intuito de as grávidas conseguirem identificar e relatar ao profissional de saúde atempadamente. Os resultados esperados foram estabelecidos a curto e a longo prazo, pretendendo-se que uns fossem atingidos durante o internamento e outros após a alta (no caso do EC IV) (Doenges e Moorhouse, 2010). Tal como defende Graça (2010), desde o início do internamento esclareci as grávidas sobre a sua condição de saúde/doença e ajudei a delinear estratégias para se adaptarem ao problema e, também, minimizar os efeitos da condição de risco.

Procurei prestar cuidados recorrendo a componentes diretos e indiretos relacionados com os cuidados à grávida baseados numa relação de ajuda (Wiedenbach, 1963), nomeadamente, a identificação de sinais relacionados com cada patologia através da monitorização do bem-estar materno-fetal, avaliação dos sinais vitais, pele e mucosas, interpretação de exames complementares de diagnóstico, observação do comportamento da grávida, entre outros.

## **2.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o Trabalho de Parto**

O EEESMO durante o TP, é incumbido de cuidar da mulher inserida na família e comunidade efetuando o parto em ambiente seguro, com o intuito de otimizar a saúde da grávida e do recém-nascido na adaptação à vida extrauterina, conforme as competências definidas e aprovadas pela OE (2011).

Assim, com a formação no domínio ESMO, o ER em bloco de partos proporcionou-me o desenvolvimento e a aquisição de aprendizagens,

competências técnico-científicas, clínicas e relacionais, necessárias à implementação de cuidados especializados durante o TP.

A diversidade de tipologias e dinâmicas familiares com que me deparei ao longo do ensino clínico exigiram que, enquanto estudante EEESMO, concebesse, planeasse e implementasse intervenções que se adequassem às especificidades de cada família. Assim sendo, no decorrer dos cuidados prestados expostos seguidamente, respeitei as opções e expectativas da cada mulher e do CS.

No ER, os cuidados que prestei à grávida e sua família também se alicerçaram na Teoria Prescritiva de Ernestine Wiedenbach, com o intuito de identificar as necessidades da grávida, planear e atuar em função dessas necessidades. Pretendi durante o ER, observar a presença de sinais e sintomas, explorar o significado dos mesmos com a grávida, determinar as causas de desconforto e determinar a capacidade de a grávida resolver a problemática identificada, de modo a ajuizar e adequar os cuidados a prestar (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

Na relação que desenvolvi com a parturiente e convivente significativo, a comunicação e a educação, foram intervenções indispensáveis para atingir os objetivos delineados primando, sempre, pelo bem-estar da parturiente e feto/RN. Assim, na prestação de cuidados a minha intervenção teve por base a necessidade de elaborar um plano de cuidados respeitando a grávida e sua família, incluindo-os sempre nos cuidados (Wiedenbach 1963).

Atentando Wiedenbach, para que os cuidados prestados com o intuito de colmatar as necessidades identificadas, sejam eficazes será necessário a complementação do conhecimento com a atuação responsável, na relação que se desenvolve com o paciente, o que irá permitir ao EEESMO aplicar critérios e técnicas que resultarão num maior benefício para a grávida (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000).

No primeiro contacto com a grávida e CS, realizei o acolhimento em ambiente privado e calmo, para facilitar o desenvolvimento da relação de ajuda terapêutica, tendo como pilares dessa relação a disponibilidade e a assertividade promovendo, desta forma, o conforto e o bem-estar da grávida e CS.

Pude constatar durante o ER que os cuidados prestados pelo EEESMO têm de ser adaptados consoante o propósito, a individualidade e autonomia da grávida e a sua situação clínica. Na minha prática de cuidados dei primazia às suas necessidades, sendo sempre adotada uma postura profissional e empática, tentando sempre responder com competência às dúvidas existentes e facultando a informação antecipada e as explicações necessárias promovendo, desta forma, a confiança.

No 1º estágio do TP, prestei cuidados compreendendo as necessidades da parturiente/CS, trabalhando com os mesmos para que o TP progredisse de acordo com o expectável, respeitando sempre a sua individualidade e autonomia.

Durante o 1º e 2º estágio do TP competia-me avaliar a dor da parturiente e articular este aspeto com as queixas que a mulher apresentava e, desta forma, centrei a prestação de cuidados no apoio necessário à parturiente para superar este desconforto existente mobilizando o conhecimento factual e especulativo, potenciando o autocontrolo, através de medidas não-farmacológicas de alívio da dor. Assim, para uma evolução correta do TP e prevenção da episiotomia/trauma perineal foram implementadas medidas com o intuito de otimizar as condições de saúde da mãe e do feto, informando, sempre, os benefícios das medidas não farmacológicas, em que se destacaram: a promoção da massagem perineal (Geranmayeh, et al., 2012; King e Pinger, 2014); o incentivo para utilização da bola de pilates (OE, 2015b); a liberdade de movimentos e a promoção da deambulação, sempre que a mulher apresentava condições para deambular (King e Pinger, 2014; Lowdermilk & Perry, 2008); a utilização da técnica de compressas mornas no períneo (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2016; Foroughipour, A . Firuzeh, F.; Ghahiri, A.; Norbakhsh, V.; &

Heidan, T, 2011); o incentivo à adoção de posições facilitadoras da descida da apresentação fetal (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2016).

Aquando da admissão da parturiente na sala de partos, era incentivada a deambulação. A deambulação e a posição vertical têm sido comprovadas como benéficas para a progressão do 1º estágio do trabalho de parto uma vez que são apontadas como promotoras da redução significativa da dor, da utilização de analgesia, da duração do 1º estágio do TP, do consumo de ocitocina e da taxa de cesariana e partos instrumentalizados apresentando, ainda, os RN, melhores valores no índice de Apgar ao 1º e 5º minuto (King e Pinger, 2014). Segundo a Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras (APEO, 2009) esta estratégia de diminuição da sensação dolorosa, que resulta da posição vertical que a mulher assume, leva à diminuição de recurso à analgesia epidural.

Sempre que possível, foi promovida a deambulação da parturiente e a alternância de decúbito para a posição vertical, tendo em conta que se observou na prestação de cuidados que algumas parturientes, mesmo quando estimuladas e incentivadas a deambular durante o TP permaneciam deitadas na cama durante longos períodos, por vontade própria. Como referem King e Pinger (2014) a posição horizontal no 2º estágio do TP acarreta malefícios como: redução do fluxo sanguíneo para o útero; hipotensão da parturiente; variações na frequência cardíaca do feto; e, ainda, diminuição da eficiência das contrações uterinas.

Nesta fase é fundamental a presença do CS para proporcionar apoio físico e emocional e encorajar a parturiente na liberdade de movimentos e deambulação, assim sendo, estimei o seu CS a apoiar continuamente durante o TP. Neste seguimento, na prestação de cuidados, no concernente ao diagnóstico de enfermagem mobilidade diminuída, pretendi junto da parturiente e seu CS, estabelecer como meta a progressão do TP, objetivando o reconhecimento da vantagem das posições verticais e da liberdade de movimentos ao longo do TP, bem como incentivar a parturiente a mudar frequentemente de posição e deambular.

Enquanto EEESMO é fundamental conseguir motivar as parturientes a adotar comportamentos vantajosos e facilitadores do TP, baseando as sugestões em evidência científica. Assim, informei as parturientes sobre as vantagens das posições verticais e da liberdade de movimentos, incentivei a deambulação e a mudança frequente de posição, apresentei diversas posições de TP, explicitiei de que forma pode ser utilizada a bola de pilates e a cama e, ainda, apoiei psicologicamente e orientei a parturiente de forma a encontrar as posições em que se sentia mais confortável (Mamede, Almeida, Souza, & Mamede, 2007).

Na prestação de cuidados pude observar e validar que após a intervenção, as parturientes adotaram diferentes posicionamentos, constatando que as parturientes permaneciam menos tempos na cama, recorriam aos materiais disponíveis com o intuito de promover a mobilidade e, mudaram de posição frequentemente.

Objetivando sempre, na prestação de cuidados, o alívio da dor, em todas as situações foi avaliada a dor, assim foi possível conhecer as necessidades da parturiente durante os 1º e 2º estádios do TP. Neste contexto pretendi respeitar, sempre, as escolhas da parturiente; informar sobre a progressão durante os estádios do trabalho de parto; promover a escuta ativa; e, ainda, observar e assistir a parturiente na gestão da sua dor e desconforto empregando diversificados métodos, em função do plano de trabalho estabelecido.

No concernente à intervenção de prevenção e controlo da dor, a minha intervenção passou por promover, não só as técnicas não farmacológicas possíveis de implementar na sala de partos, mas também as técnicas farmacológicas prescritas que passam pela administração de analgesia epidural, visto ser esta uma técnica preferencial para a maior parte das mulheres, sendo a mais eficaz para o alívio da dor no TP. Para Graça (2010), a analgesia por via epidural produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materna e fetal.

A administração de analgésicos no TP tem vindo a aumentar no contexto português, o que significa que enquanto EEESMO devemos adquirir um maior conhecimento farmacológico para conseguirmos colaborar com o anestesista de

forma consciente e informada e, assim, intervir adequadamente na promoção, prevenção e controlo da dor. No ER colaborei nas técnicas de analgesia epidural e sequencial o que me permitiu compreender e prestar todos os cuidados inerentes a esta técnica, tendo executado diversas repicagens do cateter epidural para alívio da dor, sempre que identificava necessidade e assegurava ser um procedimento correto. Todo o procedimento era explicado à parturiente e após a técnica prestava os cuidados necessários tais como: repouso no leito durante um período de tempo sendo necessária avaliação da mobilidade da parturiente antes de reiniciar levante, avaliação dos sinais vitais, incentivar a mulher a manter uma posição mais centrada possível para que o analgésico percorresse as terminações nervosas simetricamente em ambos os hemisférios.

Quando havia indicação clínica, administrei perfusões de ocitocina e avaliei a resposta da parturiente/feto. O uso de ocitocina está protocolado pelo serviço sendo que, a mesma só deverá ser administrada após prescrição médica e depois de uma análise pormenorizada da história clínica e da resposta uterina e fetal, realizada pelo EEESMO. A administração de ocitocina permite: que a fase ativa do trabalho de parto ocorra dentro dos parâmetros fisiológicos, acelerar o 1º estágio do TP, a estimulação e ritmização das contrações uterinas, a indução do TP e, ainda, a prevenção da atonia uterina (Clark, Simpson, Knox & Garite, 2009).

No entanto, a estimulação com ocitocina acarreta, igualmente, contraindicações, em que se destaca a FCF não tranquilizadora, as lacerações do colo, a redução do fluxo uteroplacentário, a rutura uterina e, ainda, a placenta prévia (Filho, 2011). A administração correta e segura de ocitocina é da responsabilidade do EEESMO sendo que o mesmo mantém o contacto direto com a mulher ao longo do TP e monitoriza a perfusão de ocitocina e resposta cardíaca fetal através de CTG.

Durante o ER, tive também oportunidade de realizar exame vaginal com o intuito de avaliar o início e a evolução do TP, no entanto, antes de se efetuar o exame, a parturiente foi sempre informada sobre o procedimento, a sua necessidade e os sintomas/sensações que iria causar e respetivo consentimento, com o intuito

de criar um ambiente de confiança e diminuindo, desta forma, o *stress* e o desconforto da parturiente. Este exame caracteriza-se pelo carácter individualizado, dependendo da situação da mulher. Atentando Lowdermilk e Perry (2008), o exame vaginal deve apenas realizar-se em casos específicos (admissão da mulher, alterações significativas da atividade uterina, quando a parturiente sente pressão na região perineal, quando ocorre rutura de membranas, quando a mulher sente vontade de fazer esforços expulsivos, quando se observam alterações da FCF) devido ao desconforto que causa na mulher, acarretando muitas vezes outras complicações. Com a execução deste exame pretendia-se avaliar o apagamento e dilatação do colo uterino, a integridade das membranas, a variedade fetal e a descida da apresentação no canal de parto.

No ER realizei a avaliação e monitorização materno-fetal, através da avaliação dos sinais vitais da parturiente e da monitorização cardiotocográfica com o intuito de avaliar continuamente o bem-estar do feto e as contrações uterinas. NICE (2016) recomenda que a monitorização cardiotocográfica seja realizada intermitentemente nas grávidas de baixo risco e desencoraja a utilização de cardiotocografia contínua aquando da admissão da grávida em TP. Contrapondo, Alfirevic, Devane e Gyte (2013) na análise que realizaram a três estudos numa revisão de literatura, demonstraram que a utilização da cardiotocografia contínua pode reduzir o número de casos de convulsões neonatais, no entanto não revela alterações no número de casos de paralisia cerebral nem de mortalidade ou morbidade infantil. Sousa e Amorim (2008) apresentam como principal vantagem da monitorização cardiotocográfica contínua, o registo contínuo e concomitante da FCF e das contrações uterinas, podendo os mesmos ser analisados em qualquer altura por ficarem gravados. Graça (2010) corrobora que a cardiotocografia contínua permite avaliar adequadamente a variabilidade da FCF, detetar a identificação de padrões periódicos, bem como a vigilância materno-fetal de várias grávidas por apenas uma EEESMO, encontrando-se decretado pelo Regulamento n.º 533/2014: “o Bloco de Partos deverá dispor, em permanência, de 2 parteiras (EEESMO) por cada 1000 partos/ano ...”. Pode afirmar-se que na evidência científica não existe

um consenso sobre a realização da cardiocografia contínua ou auscultação intermitente durante o TP.

Embora a OMS (1996) defenda que em situação de bem-estar fetal a monitorização cardiocográfica deve ser substituída pela auscultação cardíaca fetal intermitente, este é o procedimento protocolado pela Instituição onde decorreu o ER. Com o intuito de manter a monitorização intraparto o método adotado foi o registo cardiocográfico que é frequentemente utilizado de forma contínua no bloco de partos.

Os partos vaginais são normalmente associados a algum tipo de trauma perineal que podem causar lacerações de 1.º, 2.º, 3.º ou 4.º grau ou resultar de episiotomia.

Num passado recente, podia constatar-se que a episiotomia era uma prática rotineira utilizada com o objetivo de facilitar a expulsão da cabeça do feto e foi, neste sentido, que me desafiei a aprofundar o tema no ER, avaliando e aplicando medidas preventivas para evitar a episiotomia e lacerações de 3.º e 4.º grau.

Atentando ACOG (2016), a episiotomia não se deve atestar enquanto procedimento rotineiro, mas sim por necessidade materna ou fetal com o intuito de prevenir o trauma perineal severo ou facilitar partos difíceis, devendo cada situação ser analisada individualmente. A prática rotineira da episiotomia acarreta malefícios para a mulher e, muitas vezes, é uma técnica que se constata ineficaz pois aumenta a frequência de trauma e dor perineal no pós-parto, devendo ser realizada de forma seletiva (Santos & Riesco, 2016).

Uma análise descrita por Borges, Serrano, & Pereira (2003) de seis estudos randomizados que tiveram por objetivo avaliar os efeitos da episiotomia seletiva versus rotineira clarificou que esta era usada em 72,7% das vezes contra o uso seletivo - 27,6%. Quando usada seletivamente houve uma redução das lacerações perineais posteriores, da necessidade de episiorrafia e também menos complicações na cicatrização. Os autores concluem que o uso seletivo tem vantagens quando comparado com o uso generalizado.

A OMS (1996) refere-se ao uso rotineiro da episiotomia como: “Práticas Frequentemente Utilizadas de Modo Inadequado.” Afirma ainda que não existe evidência científica que permita afirmar que o uso rotineiro da episiotomia tenha vantagens face ao seu uso de forma ponderada, realizando-a apenas quando estritamente necessário.

No decorrer do ER, considere necessário e pertinente informar e educar a parturiente no concernente à prevenção da episiotomia e promoção da saúde perineal, durante o TP; apoiar através de métodos e técnicas específicos, apoiados em evidência científica, com o intuito de otimizar o processo fisiológico do TP e do parto; implementar medidas não-farmacológicas, objetivando a prevenção da necessidade de episiotomia; realizar a episiotomia, apenas, quando necessário; informar e esclarecer a parturiente no que diz respeito aos aspetos relacionados com a episiotomia; desenvolver competências que permitam a tomada de decisão fundamentada na realização da episiotomia; e, ainda, realizar esta técnica de forma segura e eficaz.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (s.d., p. 1) “É importante apostar no uso de técnicas não cirúrgicas baseadas na evidência científica (ex: massagem pré-natal, calor no períneo, posição materna durante o parto, manobra de Ritgen modificada) que permitam a distensão perineal promovendo integridade perineal”.

Existem medidas não-farmacológicas que, quando aplicadas durante o 1º e 2º estágio do TP, podem ajudar a prevenir a episiotomia e/ ou lacerações de 3º e 4º grau, bem como promover a diminuição da dor durante o TP, nomeadamente, a aplicação de compressas mornas no períneo, constatando-se que o calor aumenta o fluxo sanguíneo do qual resulta o alívio da isquemia muscular.

Torna-se fundamental, nesta fase do relatório, apresentar os cuidados que prestei, durante o ER e o EC, que contribuíram para a episiotomia seletiva. Na apresentação dos dados sobre a minha prática de cuidados em contexto ER,

apresenta-se, também, uma validação dos mesmos, tendo por base os resultados da RL que efetuei.

Numa primeira fase do ER pretendi conhecer as necessidades, as expectativas, os desejos e as experiências anteriores no concernente à gravidez e ao parto quer da parturiente, quer do CS, através da realização de uma anamnese. Nesta fase recolhi a identificação da parturiente, o índice obstétrico, a idade gestacional, validei se tinham realizado curso de preparação para a parentalidade e, ainda, se tinham elaborado um plano de parto. Este último para identificar as práticas e procedimentos que gostariam de incluir ou excluir no parto (Lowdermilk & Perry, 2008). A colheita de dados facilitou o processo de identificação das expectativas das grávidas obtendo, por este meio, informações sobre a preparação perineal e sobre o plano de parto (quando existia) no concernente à episiotomia, pretendendo identificar os conhecimentos da grávida, sobre os fundamentos e implicações desta técnica e, também, informar quando se constatava a ausência de conhecimentos sobre a mesma.

Constatando, no decorrer do ER, o défice de conhecimento sobre o plano de parto e as técnicas de prevenção de episiotomia, pretendi promover a consciencialização da grávida em relação às suas escolhas no que concerne ao TP, informar sobre o objetivo, as indicações, os riscos e possíveis problemas associados à episiotomia e, ainda, avaliar a sua capacidade, para que num próximo parto fosse mais preparada e informada.

Neste contexto, e numa perspetiva de educação para a saúde, aconselhamento, informação e esclarecimento de dúvidas na prestação de cuidados à parturiente sobre a episiotomia seletiva, senti algum receio aquando da explicitação dos riscos associados a esta técnica, tendo em conta que, desta forma, poderia aumentar os medos e ansiedade da parturiente e daí poder advir a negação da realização da episiotomia. Então durante o decurso do ER fui modificando a forma e a linguagem utilizada, minimizando os receios de cada parturiente. Um dos pilares da minha prática clínica foi o consentimento informado, não podendo omitir informações consideradas essenciais para o processo. Este receio foi-se dissipando ao longo do ER, uma vez que as parturientes embora demonstrassem

o seu desejo de evitar a episiotomia, referiam que deixavam ao “critério do profissional” a necessidade ou não de aplicar a técnica.

Assim, no contacto com as parturientes foi possível constatar que muitas não tinham plano de parto e as que o levavam maioritariamente tinham sido incentivadas no curso de preparação para a parentalidade. Entre todas as grávidas apenas duas realizam plano de parto de forma autónoma. A importância do plano de parto prende-se pelo respeito ao Princípio Bioético de autonomia, promovendo assim a integração das escolhas informadas que a grávida deve ter sobre o seu parto, permitindo às mulheres que passem por um parto mais facilitado e consciente permitindo assim aumentar o seu grau de satisfação e diminuindo os receios inerentes a esta etapa de vida (Suárez-Cortés, Armero-Barranco, Canteras-Jordana, & Martínez-Roche, 2015).

Com o intuito de conhecer e ir ao encontro das expectativas e desejos da parturiente CS, na admissão e durante o TP, realizei a identificação de quais as suas pretensões, valorizando-as e obtive o consentimento de todas as parturientes, para a realização da episiotomia seletiva.

Quase todas as parturientes, embora não tivessem definido um plano de parto, revelaram, após esclarecimento, os seus desejos/expectativas de evitar esta técnica, mencionando que: embora não tenham pensado no assunto desejam evitar a episiotomia; que desejam evitar devido às dores que tiveram no pós-parto anterior; ou por risco de infeção da sutura, ou, ainda, após explicação da técnica desejavam evitar a episiotomia porque agora sabiam o que era. De destacar que duas parturientes referiram que não fizeram plano de parto por ser a segunda gravidez e visto que, para ambas, na primeira gravidez foi necessário recorrer à episiotomia acreditavam que neste parto seria novamente necessário, no entanto, demonstraram o seu desejo de evitar esta técnica embora referindo, como supracitado, que se o profissional considerar necessário não se oporiam.

O que se observa, muitas vezes, é que as mulheres não assumem nem pretendem discutir os aspetos a ter em consideração no parto e no pós-parto, optando por uma atitude passiva. A minha atitude, nesta fase, enquanto

EEESMO passou por apoiar as parturientes no processo de decisão permitindo, desta forma, o seu envolvimento no parto.

Foi possível constatar que grande parte das grávidas não realizaram curso de preparação para a parentalidade e preparação perineal por não considerarem necessário ou por ser a segunda gravidez, o que significa que um elevado número de grávidas, foco da minha intervenção, não realizou massagem perineal pré-natal e exercício físico, por não pensarem no assunto ou porque a episiotomia não se apresentava como problema. Por outro lado, constatou-se que das grávidas que realizaram o curso de preparação para a parentalidade e que possuíam conhecimento sobre a massagem perineal pré-natal não a realizaram por inibição da manipulação do períneo, vergonha de pedir ao convivente significativo, medo de desencadear trabalho de parto, o que corrobora o referido pelos autores Seehusen e Raleigh (2014) uma vez que, embora a massagem perineal pré-natal seja segura não é bem aceite por parte das mulheres.

Após análise dos dados pude constatar, no que diz respeito à preparação perineal, que apenas três mulheres realizaram a massagem durante a gravidez e oito praticaram exercício físico ou fizeram caminhadas, concluindo que nas três mulheres que realizaram massagem perineal pré-natal não houve necessidade de episiotomia, indo ao encontro do referido por King e Pinger (2014). Também Seehusen e Raleigh (2014) corroboram que as nulíparas que realizam a massagem perineal na gravidez têm menor probabilidade de sofrer um trauma perineal durante o parto e principalmente, menor probabilidade de necessidade de episiotomia. É importante salientar tal como afirma o estudo, as três parturientes eram nulíparas.

Conforme referido por Rodríguez, Paláez e Barakat (2012), o fortalecimento da musculatura do assoalhado pélvico durante a gravidez reduz a incidência de lacerações e complicações durante o TP. Barakat, Pelaez, Lopez Montejo e Coteron (2012) certificam que a prática de exercício físico durante a gravidez influencia o tipo de parto, possibilitando e facilitando um parto mais natural e menos instrumentalizado. Sobre as oito parturientes que praticaram exercício

físico ou fizeram caminhadas podemos afirmar que 4 foram submetidas a episiotomia e para as restantes não houve necessidade de recorrer a esta técnica. No entanto, os critérios para realização da episiotomia nas 4 parturientes que praticaram exercício foram a macrossomia fetal, eminência de lesão perineal grave e má distensão perineal.

Os critérios de indicação da episiotomia são controversos, existindo diferentes pontos de vistas apresentados por diversos autores sendo que, não há unanimidade quanto aos critérios para a sua realização. Mattar, Aquino e Mesquita (2007) tal como preconizado pela OMS, com base em evidência científica, consideram a utilização seletiva da episiotomia, defendendo que a episiotomia só deve ser indicada em casos específicos, nomeadamente, sofrimento fetal, eminência de lesão perineal grave e parto distócico ou complicado.

Para Crepaldi e Magalhães (2007) a episiotomia é uma técnica profilática que pretende conservar o assoalho pélvico íntegro quando existe rigidez perineal, períneo já com cicatriz ou em grandes lacerações. O autor defende, ainda, que são indicadores para a episiotomia a macrossomia fetal, os fetos prematuros e o sofrimento fetal.

De acordo com defendido por Crepaldi e Magalhães (2007) alguns dos critérios para indicar episiotomia na prática de cuidados no estágio com relatório foram a má distensão perineal (3), períneo rígido e pouco elástico (4), períneo curto (altura do períneo inferior a 3 centímetros) já com cicatriz (1) e macrossomia fetal (2). Segundo Oliveira e Miquilini (2005, p.91), “elasticidade do períneo, distensão perineal, condições do períneo, musculatura rígida, má distensibilidade e resistência perineal” são características que estão interligadas com a rigidez perineal.

Outro desvio que justificou esta intervenção foi altura do períneo igual ou inferior a 3 centímetros, que de acordo com o estudo exploratório de Oliveira e Miquilini (2005) é aconselhado o uso da episiotomia em caso de lesão iminente de laceração perineal grave.

Atentando as recomendações de NICE (2014) e considerando na minha prescrição o conhecimento factual e especulativo (Wiedenbach, 1963) na prática de cuidados, executei a episiotomia medio-lateral. A incisão médio-lateral é a mais utilizada, e incide na pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo, fibras dos músculos bulbocavernoso e do transverso superficial do períneo e por vezes, nas fibras internas do elevador do ânus. A episiotomia médio-lateral apresenta como principal vantagem, comparativamente com a episiotomia mediana, a diminuta incidência de lesões do esfíncter anal e do reto e a baixa taxa de lacerações perineais de 3º e 4º grau, no entanto é, frequentemente, mais hemorrágica e mais difícil de reparar (Borges, et al. 2013).

Inserida numa lógica de conhecer, estimular, prevenir e atuar com o intuito de colmatar as necessidades da parturiente, recorrendo a componentes diretas e indiretas relacionadas com os cuidados tal como defende Wiedenbach (Bennett & Foster, 1993 in George, 2000), considerei prioritário: prescrever medidas não-farmacológicas durante o TP para alívio da dor e do desconforto, objetivando a prevenção da realização de episiotomia; orientar para o parto; instruir e orientar sobre como realizar os esforços expulsivos espontâneos (ACMN, 2014) informando, previamente, que o assoalhado pélvico deverá estar relaxado e norteando para as posições que facilitam a realização dos esforços expulsivos (Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Willson, 2014); orientar a parturiente para encontrar a posição mais confortável durante o TP; trabalhar com a parturiente o aumento da elasticidade perineal com o intuito de evitar a episiotomia; informar e esclarecer a parturiente no que diz respeito aos aspetos relacionados com a episiotomia. Tendo mais uma vez orientado o meu plano de cuidados sob a teoria de Wiedenbach, em que trabalhei com e não por, sempre com a perspetiva de ensinar e dotar a parturiente de conhecimentos.

Santos & Riesco, 2016 afirmam que a *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda a utilização de compressas mornas, para redução de lacerações de 3º e 4º graus. A aplicação de compressas aquando do trabalho de parto é uma prática que ajuda a reduzir a incidência de lacerações perineais sendo, esta técnica aplicada pelo EEESMO no início do período expulsivo.

Na implementação destes cuidados informei, aconselhei e apliquei compressas mornas no períneo para o alívio do desconforto e prevenção das lacerações em dez parturientes, tendo as mesmas confirmado que esta técnica ajudou no alívio da dor e do desconforto, o que transmitiu tranquilidade, no entanto, nesta fase questioneei a minha prática, tendo em conta, que os resultados obtidos não foram os esperados, sendo que com a aplicação de compressas mornas no períneo pude constatar que apenas numa situação não foi necessária a realização de episiotomia, embora não tenham ocorrido lacerações graves. Dahlen, Homer, Cooke, Upton, Nunn e Brodrick (2007) referem, no seu estudo, que a aplicação de compressas mornas não diminui a necessidade de uma possível sutura perineal, mas são eficientes na redução de lacerações de 3º e 4º grau, o que realmente aconteceu. Esta prática de ajuda pareceu eficaz uma vez que as parturientes referiram alívio significativo da dor e sensação de conforto.

Indo ao encontro do referido por Santoro, Wiecsnek e Bartram (2010) não existe diferença significativa entre o grupo de parturientes onde foi aplicada esta técnica quando comparados os números de lacerações de 1º e 2º grau, no entanto, houve uma diferença expressiva no concernente às lacerações de 3º e 4º grau, sendo que o número de lesões foi significativamente inferior no grupo a quem foram aplicadas as compressas.

Atualmente é aceite que adotar diversas posições durante o TP ajuda a mulher durante o período expulsivo assim como facilita a descida e encaixe da apresentação fetal na bacia materna (Difranco, 2009). A necessidade da alternância de posições prende-se, principalmente, com o conforto materno. Mas é sabido que algumas posições facilitam e ajudam na prevenção de episiotomia e lacerações graves do períneo (Difranco, 2009).

O mesmo autor Difranco (2009) refere que as posições verticais (de pé, joelhos ou 4 apoios) utilizam a gravidade e impulsionam a descida do feto através do canal de parto e defende que as posições que não utilizam a gravidade, tal como a posição de litotomia, são confortáveis aquando a necessidade de relaxamento e descanso da mãe, mas como não utiliza a gravidade remete para a

necessidade de maior esforço expulsivo, sendo potenciador de lacerações. Contrapondo esta ideia, Suto, Takehara, Misago e Matsui (2015) mencionam que a adoção da posição vertical no 2º estágio do TP é um fator de risco para as lacerações perineais de 2º grau, referindo ainda que as posições de parto e a idade da mãe são os fatores de risco que mais potenciam as lacerações perineais.

É defendido por Scarabotto e Riesco (2006) que a posição adotada pelas parturientes está associada à diminuição do trauma perineal, afirmando que a posição lateral esquerda reduz a necessidade de episiotomia bem como o risco de lacerações graves visto diminuírem a tensão do assoalhado pélvico.

Devido à resistência dos profissionais em orientar as parturientes para partos em posições, lateral esquerda e/ou vertical, por não visualizarem da mesma forma o canal do parto como na posição de litotomia modificada, não foi possível, na minha prestação de cuidados utilizar estas posições e assim experienciar a prática de acordo com a evidência científica. Desta forma vi-me impossibilitada de concretizar e poder analisar o que Santos & Riesco (2016) referem quanto às posições no período expulsivo: uma redução na prática da episiotomia com a adoção da posição vertical.

A falta de conhecimento da parturiente sobre as vantagens da posição vertical e lateral em detrimento da posição de litotomia modificada, revelou que estas não demonstravam interesse na aplicação desta técnica verificando-se que, em todas as situações de cuidados (excluindo uma múltipara em período expulsivo, cujo parto foi no banco de partos, no qual pude colaborar com uma EEESMO com prática da técnica, não foi realizada episiotomia), foi adotada a posição de litotomia modificada. Este tema não foi abordado aprofundadamente com as parturientes devido à resistência que os profissionais apresentam face à utilização desta prática para prevenção da episiotomia. Constatou-se que era importante o investimento dos hospitais na formação dos seus profissionais, permitindo que estes desenvolvessem competências que lhes permitisse “trabalhar o parto” de forma alternativa/diferente do que tem sido estipulado como o “mais correto”, mas que presentemente é considerado menos adequado.

Com a mudança do parto para os hospitais e com isso o aumento da medicalização do parto, como refere Brüggemann, Knobel, Siebert, Boing e Andrezzo (2009, p. 190):

a posição deitada e com as pernas colocadas em perneiras (litotomia) passou a ser considerada mais adequada, pelas restrições impostas pelos próprios procedimentos hospitalares, como a monitorização fetal, a terapia endovenosa e a analgesia, entre outros. Também por facilitar o controlo da progressão fetal e a realização de um parto distócico, por parte do profissional, em caso de necessidade.

Assim é importante mudarmos mentalidades, promovendo um parto o mais natural possível, mas com todas as condições que só uma maternidade pode oferecer; apostando na prevenção de complicações e não na medicalização banalizada do parto.

Considero que foi extremamente importante, neste contexto, a inclusão destas posições alternativas nas aulas de prática simulada, educando e incentivando os futuros profissionais para a utilização destas posições. A pouca aplicabilidade na prática no ER deve-se ao facto de enquanto aluna não possuir as competências necessárias para “assumir” um parto nestas posições sem antes o praticar algumas vezes com um EEESMO conhecedor e experiente. Como refere Wiedenbach (1963), um profissional com um propósito central que passa pela ajuda terapêutica a um paciente, em que a sua prescrição assenta em trabalhar com a parturiente/CS para desenvolver o plano de trabalho com individualidade. A prática de apoio no parto (conhecimento prático) suportada pelo conhecimento factual e/ou especulativo e validando os objetivos definidos conjuntamente.

No que diz respeito aos esforços expulsivos maternos, podemos referir que os mesmos, podem ou não ser orientados, iniciarem-se precocemente (imediatamente após a dilatação completa) ou tardios (quando a mulher sente “vontade de fazer força”). Outro cuidado que tive no decorrer do ER relacionou-se com a orientação dos esforços expulsivos, sendo competência do EEESMO informar, esclarecer e orientar a parturiente sobre os esforços expulsivos (Lowdermilk & Perry, 2008) devendo a escolha ser individualizada e ditada pela

parturiente indo ao encontro das suas expectativas. Assim sendo, a parturiente era orientada a iniciar os esforços expulsivos e assistida na técnica respiratória. No que diz respeito à técnica respiratória encorajava-se a não suspender a respiração por um período superior a cinco/ sete segundos, incentivando as inspirações profundas e os esforços expulsivos no decorrer da expiração (Lowdermilk & Perry, 2008).

O esforço dirigido e o esforço espontâneo são duas abordagens distintas aplicadas no TP, estando o primeiro associado à manobra de valsava que consiste em sustar a respiração prolongadamente e fazer esforço conduzido que, segundo Osborne (2010) aumenta a pressão intratorácica e cardiovascular o que diminui a perfusão de sangue através da placenta. O esforço espontâneo corresponde à necessidade de fazer força, em que a parturiente irá, espontaneamente, exercer força para baixo (Lowdermilk e Perry, 2008).

Atentando King e Pinger (2014) a prática do esforço espontâneo aumenta a incidência de partos vaginais, diminuindo os partos instrumentalizados e a taxa de cesarianas. A utilização desta técnica apresenta vantagens para o feto, apresentando o RN melhores índices de Apgar, assim como previne as lacerações do períneo ou episiotomias.

Para Robert (2002), a probabilidade de sofrerem lacerações do períneo ou episiotomias diminui quando as parturientes utilizam o esforço espontâneo.

Ainda citando King e Pinger (2014) a utilização da Manobra de Valsalva (glote fechada) acarreta adversos efeitos fisiológicos, nomeadamente, a diminuição da frequência cardíaca da mãe e, conseqüentemente, do feto, fadiga materna, lacerações perineais, incontinência e, ainda, alterações dos valores do pH do cordão umbilical. Os esforços expulsivos espontâneos (glote aberta) começam após as contrações, empurrando duas ou três vezes durante cada contração, o que leva a um 2º estágio de TP mais curto. Assim, os autores afirmam que a Manobra de Valsalva deve ser excluída do 2º estágio, por acarretar um risco acrescido de hipoxia fetal.

Apoiando King e Pinger (2014), foram incentivadas as parturientes a não utilizar a Manobra de Valsava. O reflexo de Ferguson (necessidade de fazer força) e o facto de os profissionais considerarem a Manobra de Valsava pouco eficiente foram dois aspetos fundamentais para a não utilização desta prática.

No entanto, tendo por base as competências específicas do EEESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros, durante o ER, foram prestados cuidados de enfermagem à parturiente no sentido de realizarem o esforço espontâneo dando liberdade para “fazer força” quando sentia necessidade, ou seja, aquando da contração ou dor. Na adoção desta prática senti-me mais confortável, por intervir de forma a prevenir o trauma perineal. Aqui foi-me possível trabalhar com a parturiente de forma a ajudá-la. Em alguns casos não foi fácil, devido ao pouco controlo que algumas mulheres apresentavam; mas na maioria das situações foi uma técnica muito compensatória visto ter grande atenção e adesão por parte das parturientes e CS.

Iniciei as orientações ainda numa fase inicial do 2º estágio de TP, quando a parturiente ainda estava concentrada e focada na minha voz, aproveitei cada contração para ensinar como respirar e como exercer a força adequada. Algumas parturientes por nervosismo, ansiedade e medo do desconhecido não conseguiram realizar os esforços expulsivos tão eficazmente, o que em alguns casos remeteu para um parto distóxico.

A execução da massagem perineal no 2º estágio é, segundo Santos e Riesco (2016) uma das práticas utilizadas para prevenção do trauma perineal, referindo os autores que existe pouca evidência disponível na literatura para apoiá-las.

Após leitura e análise de diversos estudos conclui-se que não há consenso quanto à existência de evidência que sustente que a massagem perineal no 2º estágio de TP é eficaz na prevenção da episiotomia e/ou lacerações graves. No entanto, um estudo publicado por Geranmayeh, et al. (2012) refere que há evidência científica de que a massagem perineal no 2º estágio de TP é eficaz não só para prevenir a episiotomia, como lacerações graves. Outro estudo publicado por Kalichman (2008) afirma que a massagem perineal no 2º estágio

de TP não é eficaz na prevenção da episiotomia ou de lacerações mas é eficaz para promover o conforto e relaxamento da parturiente.

Em contexto no ER a massagem perineal ligeira é uma prática habitual realizada pelos EEESMO no 2º estágio do TP. Das parturientes em que participei no trabalho de parto, só em cinco delas não foi realizada massagem perineal por partos precipitados ou ansiedade acentuada da parturiente, constando-se que esta prática promovia o conforto e relaxamento das parturientes e também foi aplicada nos partos onde não foi realizada episiotomia.

São vários os estudos consensuais relativos às técnicas de colocação das mãos durante o 2º estágio de trabalho de parto para prevenir o trauma perineal – *hands on e hands poised*. Assim sendo, as definições que tive em consideração no ER foram apresentadas por Foroughipour, et al (2011), no estudo clínico randomizado controlado. Segundo os autores quando a cabeça fetal distende a vulva e o períneo, o EEESMO, na utilização técnica *hands on*, utiliza uma mão para suportar o períneo, exercendo pressão na região coccígea e, com a outra mão aplica uma pressão superiormente no polo fetal diminuindo, desta forma, a velocidade do nascimento da cabeça do feto e protegendo o períneo desde o momento que a cabeça fetal distende a vulva e o períneo. A manobra de *Ritgen* ou manobra de *Ritgen* modificada assemelha-se a esta prática de cuidados, no entanto, facilita a extensão da cabeça fetal passando pelo períneo com menores dimensões (Foroughipour, et al., 2011). Suto, et al. (2015) referem que para prevenir as lacerações perineais é essencial controlar a velocidade da expulsão do RN. Importa, também, referir que deve dar-se preferência ao apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de Ritgen, em prol da sua versão modificada, mais interventiva.

Por outro lado, na utilização da técnica *hands poised*, o EEESMO assume o papel de guia, aplicando apenas uma ligeira pressão na apresentação fetal, não suportando o períneo durante a expulsão.

O estudo realizado por Foroughipour, et al. (2011) revela que a realização de episiotomia é significativamente menor com a aplicação do método *hands poised*

(40%) comparativamente com o método *hands on* (84%) considerando-se que, o *hands poised* está associado a um menor risco de trauma perineal.

Também Santos e Riesco (2016) referem que a utilização da técnica *hands off* é uma alternativa para prevenir o trauma perineal. No entanto, afirmam que as evidências sobre a eficácia da proteção perineal durante o período expulsivo com o intuito de reduzir o risco de trauma são limitadas, sendo necessária a realização de novos estudos.

As técnicas utilizadas na minha prática de cuidados no período expulsivo, foram maioritariamente a manobra de *Ritgen* e em menor número a técnica *hands poised*. NICE (2014) sugere que estas duas técnicas podem ser empregues para facilitar o parto espontâneo.

Aquando da utilização da manobra de *Ritgen* modificada, na fase do coroamento, foi utilizado um gel lubrificante no períneo (Santos e Riesco, 2016) para facilitar a distensão dos tecidos com o intuito de evitar lacerações.

Indo ao encontro do supracitado e através da utilização da manobra de *Ritgen* modificada, a exteriorização da cabeça fetal era assistida com procedimentos suaves precavendo, desta forma, a descompressão brusca com a proteção do períneo, com o intuito de reduzir as lacerações (King & Pinger, 2014). Colocando em prática esta manobra foi-me possível observar de forma nítida a extensão gradual da cabeça fetal.

Assim, em forma de conclusão critérios para a tomada de decisão de realizar a episiotomia, nas situações da prática de cuidados em que colaborei foram: períneo curto (inferior a 3 centímetros); pouca distensão perineal; macrossomia fetal; eminência de laceração grave do períneo e má variedade fetal, o que vai ao encontro do referido por Oxorn (1989), Rezende (1998) e Neme (2000).

No concernente à reparação das lacerações, Santos e Riesco (2016) referem que a evidência científica é insuficiente, devendo realizar-se com base na avaliação clínica do profissional de saúde (conhecimento especulativo) e na

preferência da mulher (realidades). Um aspeto fundamental a ter em consideração (conhecimento factual) nas suturas de episiotomias e lacerações é o tipo de fio utilizado, sendo que o material de eleição é o fio de sutura de reabsorção rápida que pretende diminuir o desconforto e dor pós-parto (Graça, 2010).

Ao longo do ER, enquanto EEESMO e mais uma vez seguindo a teoria de Wiedenbach, assumi a responsabilidade com a puérpera de lhe prestar cuidados no puerpério imediato indo sempre de encontro aos seus desejos e incluindo-a sempre nos cuidados. Estando sempre atenta aos desvios da normalidade, avaliar a integridade do canal de parto e aplicar as técnicas de reparação perineal e também ao RN, sendo os cuidados prestados suportados pelo conhecimento factual e/ou especulativo. Nestes cuidados procurei sempre respeitar as expectativas dos pais e preservar a máxima que estes devem ser os principais prestadores de cuidados ao seu filho como defende Wiedenbach (Tomey & Alligood, 2002).

Na intervenção de assistir a parturiente durante os 4 estádios pretendi conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções junto das parturientes com patologia associada com o intuito de implementar medidas preventivas, de tratamento, de reabilitação e de readaptação, recorrendo a elementos diretos e indiretos relacionados com os cuidados como valorizado na teoria de Wiedenbach (Tomey & Alligood, 2002).

Durante o ER assisti a nove parturientes em que ocorreram alterações na evolução do TP, tendo culminado em dois partos por cesariana de urgência e sete partos instrumentalizados com o apoio de ventosa, por paragem de progressão da apresentação, devido ao padrão de dilatação cervical, por esforços expulsivos maternos voluntários inadequados e ainda, pela existência de um traçado cardiotocográfico não tranquilizador suspeitando-se de sofrimento fetal, constituindo-se, desta forma segundo indicação médica e protocolo de serviço, motivo para parto distócico. Neste seguimento foram implementados cuidados que minimizassem as situações de desconforto. Foram, também, realizadas ações interdependentes e autónomas numa lógica de cuidados

prescritivos para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, de acordo com a situação clínica e a patologia. Sendo que no total participei em 37 partos eutócicos e 9 distócicos, onde colaborei nos cuidados principalmente ao RN.

No concernente aos cuidados imediatos ao recém-nascido, no bloco de partos, pretendi, na minha prática clínica, assegurar a avaliação do RN prestando cuidados de suporte na adaptação à vida extrauterina com a determinação do índice de Apgar e prestando os primeiros cuidados junto da mãe, nomeadamente, secagem, termorregulação, identificação e avaliação física geral (Lowdermilk & Perry, 2008).

Importa, ainda, referir, que a identificação e o reconhecimento de alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido são parte integrante das competências a desenvolver pelo EEESMO o que torna essencial, a vigilância minuciosa durante o contacto pele a pele com a mãe. Procedendo à contextualização da intervenção desenvolvida junto da parturiente/CS/RN, procurei conceber, planear e implementar intervenções de promoção da vinculação mãe/RN/CS sendo que, o meu primeiro foco de atenção recaiu sobre a vinculação mãe-recém-nascido, corroborando o referido por Lowdermilk & Perry (2008). Segundo os autores Lowdermilk & Perry (2008, p.522) “o processo de vinculação desenvolve-se e é mantido pela proximidade e interação com o bebé, na qual os pais se familiarizam com o filho, identificam-no como um indivíduo e reconhecem-no como um membro da família”.

Na observação que realizei durante o primeiro período de contacto entre RN/mãe/CS, pude constatar que a mãe e CS tocam no RN com as pontas dos dedos, o que segundo Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006), é um comportamento implícito ao processo de vinculação.

Nos cuidados imediatos ao RN logo após o nascimento, coloquei o RN sobre o tórax da mãe, SECO. tapado com um lençol, tendo questionado, anteriormente, quando possível, a oportunidade do CS cortar o cordão umbilical do RN na hora do nascimento, valorizando desta forma, a participação do CS nos cuidados,

promovendo o envolvimento emocional CS-bebé, tornando-se pai participante e ativo do processo (Nogueira & Ferreira, 2012).

Importa, ainda, salientar que diversos estudos evidenciam os benefícios da laqueação tardia do cordão umbilical, ao qual se encontra associado, por exemplo, a menor necessidade de transfusão fetal, a melhor estabilidade circulatória, o menor risco de hemorragia, o aumento dos níveis de ferro do recém-nascido, entre outros (Rabe, Diaz-Rossello, Duley & Dowewell, 2012). A duração ideal da clampagem tardia do cordão umbilical é aproximadamente três minutos. No estudo de Andersson, Hellstrom-Westas, Andersson, Clausen e Domellof (2013), os autores referem, que a clampagem tardia do cordão umbilical, comparativamente com a laqueação precoce, não teve efeito significativo sobre a hemorragia materna pós-parto, concluindo que a laqueação tardia é um método viável do ponto de vista científico.

A laqueação do cordão umbilical pode variar segundo a política institucional e as práticas dos profissionais que acompanham o parto. Tendo por base a evidência científica e as recomendações da OMS (2007) que refere que a prática de laqueação tardia do cordão umbilical promove a saúde materna, a saúde do RN, e nutrição, uma vez que se consideram seus benefícios as reservas de ferro aumentadas, a redução de hemorragia intraventricular, a redução de enterocolite necrosante, de sepsis infantil e, também, de transfusões de sangue. Na minha prestação de cuidados realizei a laqueação tardia do cordão umbilical, no entanto, segundo McDonald e Middleton (2007) esta prática pode também acarretar riscos, nomeadamente, o aumento do risco icterícia.

A amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido é uma das recomendações da OMS. Durante o ER esta constatou-se uma estratégia prioritária e, desta forma, promoveu-se, protegeu-se e apoiou-se o aleitamento materno (OMS,1990) uma vez que a evidência científica refere benefícios como o aumento da duração do aleitamento materno, a redução da mortalidade neonatal, a nutrição adequada e o estabelecimento do vínculo mãe-bebé (Toma & Rea, 2008; OMS, 1990).

A OMS, conjuntamente com a UNICEF, tem pretendido, desde 1991, proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, definindo dez passos para o sucesso da amamentação que incluem: informar as parturientes sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno; ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora após o parto; mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos filhos; não dar a recém-nascidos nenhum alimento além do leite materno, excetuando se for por indicação clínica; incentivar o alojamento conjunto, onde a mãe e o RN permanecem juntos 24h por dia; estimular o aleitamento materno em horário livre; não dar tetinas nem chuchas a RN amamentados; e, ainda, encorajar a formação de grupos de aleitamento materno (Mannel, Martens & Walker, 2011). Foi com base nos dez passos definidos pela OMS e pela UNICEF, que promovi a amamentação na 1ª hora de vida constituindo-se, os mesmos, como alicerce no processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Neste contexto, e numa lógica de educação, aconselhamento e informação pretendi, sempre, no decorrer do ER, identificar a escolha e esclarecer a mãe sobre os benefícios do leite materno.

Pretendendo promover a amamentação na 1ª hora de vida, possibilitando, desta forma, o contacto pele a pele, na minha prática clínica acompanhei, supervisionei e assisti a amamentação nos momentos que seguiram o parto, quando possível, tendo sido necessário apoiar a mãe no posicionamento do RN e informar sobre a pega correta. Segundo Fraser e Cooper (2009), as mulheres nas primeiras horas após o parto podem amamentar deitadas. A frequência e a duração das mamadas foram dúvidas apresentadas frequentemente pelas mães e, neste seguimento, informei que o RN é quem decide quando mamar, no entanto, a frequência das mamadas pode ser inferior ao intervalo de tempo de 3 horas (como especulado pela maioria das mães) sendo que, também pode ser necessário estimular e acordar o RN para mamar (Fraser & Cooper, 2009). A duração da mamada é, de igual forma, relativa sendo que em média o RN mama cerca de 30 a 40 min, revelando-se fundamental a alternância da mama para estimular a produção de leite (Pereira, 2006).

No período pós-parto, a presença do EEESMO nas primeiras experiências de amamentação revelou-se necessária para reavaliar a existência de conhecimentos inerentes a esta prática, nomeadamente, o posicionamento ideal da mãe e do RN, os sinais de prontidão, os critérios para escolher a mama e, ainda, o intervalo e a duração das mamadas, envolvendo sempre o CS neste processo.

Com o início do 4º estágio do TP, o EEESMO, no exercício da sua atividade, verifica a estabilidade da puérpera durante duas horas após o nascimento, para avaliar a possibilidade de a mesma ser transferida para o internamento, assumindo a responsabilidade da decisão de transferir e assegurando a transferência, bem como o bem-estar da puérpera e RN neste período.

É também de salientar que na minha prática de cuidados, durante o ER, foi possível apresentar à grávida e convivente significativo o bloco de partos. Esta atividade era desenvolvida nas últimas semanas da gravidez, pretendendo dar a conhecer o bloco de partos, explicando o seu funcionamento e mostrando todo o material que teriam ao seu dispor, nomeadamente, CTG por *Wireless*, bolas de pilates e, ainda, computador onde poderiam colocar música a seu gosto. A realização de visitas guiadas ao bloco de partos é importante para, num primeiro contacto com a grávida, criar laços promovendo, desta forma, o à-vontade da grávida/casal com o ambiente físico onde mais tarde se irá desenvolver o trabalho de parto.

### **2.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

No decorrer do ER e do EC II tornou-se possível o desenvolvimento de competências técnico-científicas necessárias para a prestação de cuidados especializados no cuidar da mulher/RN/família durante o período pós-natal e no processo de transição e adaptação à parentalidade. Neste seguimento, as competências que desenvolvi vão ao encontro do recomendado pela OE (2010) o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal (H.4), em que se pretende que o EEESMO, no exercício da sua atividade

profissional promova a saúde da mulher e RN no período pós-natal (H4.1), diagnostique precocemente e previna complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal (H4.2) e, ainda, providencie cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal (H4.3).

Atentando Lowdermilk e Perry (2008), por puerpério entende-se o intervalo de tempo entre o nascimento do RN e o regresso dos órgãos reprodutivos da mulher ao seu estado não grávido, tendo uma duração aproximada de seis a oito semanas.

O puerpério é, como afirma Correia e Pereira (2015, p. 22), “um período de risco para alterações fisiológicas e psicológicas, tornando-se essenciais os cuidados de enfermagem especializados de saúde materna e obstétrica, que tenham como base a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e a educação em saúde, conduzindo a puérpera para um estado de autonomia esclarecida que lhe permita atingir o equilíbrio necessário em todo o processo da maternidade.” A puérpera necessita de cuidados holísticos centrados na própria, promovendo a transição para a maternidade plena e calma.

Para além de todas as alterações que ocorrem com a mulher, surge também a necessidade de acompanhar estes casais na transição para a parentalidade e, tal como defende Barradas, *et. al* (2015, p. 49), é no puerpério que: “o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica cuida a mulher durante o período pós-natal no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.” Segundo Vieira, Martins, Macedo e Guerra (2008) a transição para a parentalidade requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de novas habilidades com o intuito de adaptação ao novo papel.

Enquanto competência do EEESMO, no decorrer dos EC pretendi acompanhar todas as fases do ciclo reprodutivo, promover os cuidados, disponibilizar apoio e, ainda, definir estratégias com a puérpera e família de forma a facilitar o processo de adaptação à parentalidade.

Em relação à preparação para a parentalidade foi necessário desenvolver algumas atividades diagnósticas centradas nas competências parentais para promover a confiança e segurança dos pais na execução de cuidados, nomeadamente: avaliar a mudança da fralda, técnicas de alívio das cólicas, o banho ao RN, limpeza do coto umbilical, diferentes tipos de choro, eliminação intestinal e urinária. De acordo com a teórica de enfermagem, mais uma vez defendemos a avaliação, a prescrição e inclusão da família nos cuidados, respeitando sempre as suas convicções e desejos (George, 2000).

Pretendi, também, na minha prática de cuidados informar, orientar e apoiar para os cuidados de higiene (região perineal para evitar infeções), o alívio do desconforto nos casos de episiórrafia, repouso, deambulação, eliminação vesical e, ainda, eliminação intestinal.

No decorrer do ER realizado no bloco de partos visitei/telefonei a todas as puérperas em que colaborei no parto, com o intuito de avaliar a sua experiência no concernente aos processos de cuidar adotados, bem como avaliar os cuidados prestados e reforçar a educação para a saúde. A continuidade de cuidados assumiu-se uma preocupação constante ao longo desta etapa. Assim, pretendeu-se avaliar a realidade do puerpério das grávidas a quem assisti no parto (através de contacto telefónico) sendo que, maioritariamente as mulheres referiram que a cicatriz estava com boa evolução e referiram algumas dores nos primeiros dias, duas referiram desconforto durante mais tempo, no entanto, com boa evolução cicatricial e quatro puérperas não houve possibilidade para dar continuidade aos cuidados por não atenderem o telefone.

Ao longo dos contactos foi minha preocupação identificar melhorias, validando e avaliando o processo de cicatrização das lacerações ou a qualidade das técnicas cirúrgicas de correção perineal, identificando que a educação para a saúde realizada aquando do parto para os cuidados com a região perineal e prevenção de complicações/infeções foi primordial e, como recomendado por Lowdermilk e Perry (2008), aconselhei e assisti a puérpera a aplicar gelo no períneo para diminuir o edema e aumentar o conforto.

Pude ainda constatar, que a amamentação é a temática sobre a qual incidem mais dúvidas. Como supracitado, a OMS (1996) preconiza o aleitamento materno a todas as crianças até aos seis meses e complementado com alimentação sólida até aos dois anos ou mais. Tendo em conta, os dez passos para o aleitamento materno supracitados, concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Neste seguimento, no decorrer do ER, expliquei os benefícios do aleitamento materno, esclareci e treinei com a mulher a técnica da amamentação no concernente à posição confortável da puérpera e do RN, a pega eficaz e o reflexo de sucção e deglutição presentes e, ainda, informei e esclareci sobre dificuldades na amamentação, incentivando para que a puérpera não desistisse de amamentar e procurar sempre ajuda profissional quando surgissem dúvidas ou receios.

No EC V tive oportunidade, numa lógica de observação participante, de absorver todos os cuidados prestados a RN prematuros ou de termo com patologia e que necessitavam de cuidados especiais, participando nos mesmos, sempre que possível.

Tal como defende Marson (2008, p. 165):

a prematuridade traz consigo significativas repercussões emocionais, que são agravadas por uma sobreposição de perdas: a perda do filho idealizado, o berço vazio, a cobrança familiar e social, etc. A edificação do papel de mãe e a identidade materna, que se vinham desenvolvendo lentamente são, de forma abrupta, interrompidas. Sentimentos de intenso fracasso, de incapacidade e de inferioridade interior são mobilizados pela impossibilidade de gerar o próprio filho.

Enquanto EEESMO é-me incumbido o desenvolvimento de competências que me permitam cuidar de um RN prematuro, compreender todo o seu processo de nascimento e, ainda, cuidar da família que fica destruturada.

### 3. Limitações

Os ensinamentos clínicos contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional permitindo, desta forma, a progressão académica, potenciando as minhas capacidades e o meu desenvolvimento profissional enquanto futura EEESMO. Ao debruçar-me sobre o caminho percorrido é de salientar para além dos objetivos alcançados e das vitórias conquistadas, as dificuldades sentidas sendo que fazem, igualmente, parte da consolidação de conhecimentos e competências.

Primeiramente, quero destacar a limitação imposta pela necessidade de trabalhar e estudar em simultâneo, tornando-se difícil superar o cansaço acumulado devido à sobreposição das exigências académicas e profissionais, enquanto prestadora de cuidados, não havendo redução do horário nos ensinamentos clínicos, o que interferia no meu bem-estar e disponibilidade mental. Assim sendo, senti dificuldade, em alguns momentos, de disponibilizar a atenção necessária inerentes ao desenvolvimento de competências.

No concernente à RSL, principalmente na análise da evidência, deparei-me com diversas limitações que poderão ter condicionado os resultados obtidos. De destacar que na RSL encontrei nas bases de dados diversos artigos que eram pertinentes para a temática que se apresenta, no entanto, não estava disponível o texto integral. Assim sendo, foi realizada a pesquisa dos mesmos no motor de busca *ScienceDirect*. Ainda no que diz respeito à RSL, devo enfatizar que a seleção dos idiomas dos artigos em inglês, português e espanhol, pode levar à perda de informação pertinente para a temática apresentada que esteja publicada noutras línguas.

Relativamente aos pares percebi que nem sempre existe abertura e disponibilidade relativamente à aplicação de técnicas de prevenção da episiotomia e à mudança devido, muitas vezes, ao desconforto, à insegurança, ao medo ou à pouca experiência da equipa no concernente à temática.

## 4. Conclusão

A construção deste relatório permite uma exposição do percurso percorrido e representa o culminar de dois anos de aprendizagem e crescimento como futuro EEESMO o que, à luz da Teoria Prescritiva de Ernestine Wiedenbach, poderá traduzir-se na individualização e humanização dos cuidados prestados pelo enfermeiro através da identificação da situação, a intervenção personalizada e a validação das práticas desenvolvidas com o intuito de promover o bem-estar materno-fetal.

Assim, neste trabalho são apresentadas as atividades e intervenções realizadas, não apenas com conhecimentos previamente adquiridos, mas também com a recontextualização dos saberes baseados em evidências científicas, as experiências, a prática e a motivação.

Constatando-se importante a componente de investigação para atingir e garantir a excelência dos cuidados prestados, as intervenções delineadas basearam-se em evidência pelo que o processo de investigação foi apresentado sob a forma de RSL e esteve, subjacente à tomada de decisão e à intervenção enquanto futura EEESMO na preparação perineal - um contributo para a episiotomia seletiva, numa tentativa de identificar/compreender o contributo das práticas desenvolvidas na prevenção da episiotomia. Concluindo, a prática baseada na evidência facilita a melhoria da qualidade dos serviços prestados, a aquisição de competências e a reflexão sobre as mesmas.

Indo ao encontro do objetivo do relatório e fundamentando a PBE, através da RL cuja questão central baseou-se na preparação perineal - um contributo para a episiotomia seletiva, foi possível constatar que informar, educar e incentivar a grávida a adotar práticas de prevenção para a episiotomia, deve ser uma atitude assumida por parte de toda a equipa que presta cuidados durante a gravidez e trabalho de parto, tendo em conta que influencia favoravelmente o progresso do TP. Considerando o percurso percorrido e após uma análise crítica e reflexiva sobre os resultados obtidos durante a minha prática de cuidados fundamentada

no conhecimento factual dos resultados da RSL, assimilei que a humanização de cuidados; o atendimento individualizado e o apoio efetivo e contínuo; a aplicação da massagem perineal pré-natal; o início ou manutenção do exercício físico moderado; a deambulação e a liberdade de movimentos durante 1º estágio; a aplicação de compressas mornas no períneo, durante o 2º estágio do TP; a escolha de uma posição de parto confortável; os esforços expulsivos espontâneos; a técnica *hands poised* e a manobra de *Ritgen* são práticas que parecem reduzir a incidência de episiotomia/ trauma perineal.

Relembrando a questão que orientou a RSL considero que o EEESMO na sua prática de cuidados para a preparação perineal da grávida deve apoiar e educar a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo envolvendo o CS, tendo em conta, que a massagem perineal se tem mostrado eficaz na prevenção da episiotomia, quando realizada no final da gravidez. Ao longo dos EC e do ER constatei a falta de informação das grávidas relativamente aos resultados materno/fetais positivos associados a esta medida e, neste seguimento, ao longo da minha prática de cuidados apoiei a grávida e CS na aplicação desta técnica e incentivei para a prática da mesma, constatando-se uma mais-valia para promover o conforto e alívio da dor, a satisfação materna com a experiência do TP e do nascimento.

Embora as práticas supracitadas sejam mencionadas pela evidência como intervenções que contribuem para a prevenção da episiotomia, considero ser necessário continuar a problematizar esta temática com a criação de mais evidência científica com apresentação dos ganhos em saúde maternos, neonatais e para a humanização dos cuidados. A elaboração de mais estudos randomizados de alta qualidade poderá influenciar diretamente a prática de cuidados do EEESMO, ao concluir-se que a adoção de práticas de preparação perineal irá aumentar a possibilidade de manter o períneo intacto. No entanto, indo ao encontro da evidência que existe atualmente, é essencial que o EEESMO prescreva educação para a saúde à grávida sobre a preparação perineal, fundamental para a diminuição da taxa de episiotomia.

Considero que outro fator que poderá contribuir para a diminuição de episiotomias será o reajuste da conduta profissional, o que significa adotar o princípio de que o parto eutócico é um processo fisiológico devendo, sempre, existir uma justificativa para interferir no TP. Assim, deve insistir-se na prática baseada em evidência que comprove a efetividade da episiotomia seletiva e condutas individualizadas, devendo o profissional de saúde rever as práticas de atendimento à grávida, para uma assistência mais humanizada e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, evitando a utilização de medidas interventivas. Neste seguimento, a MCEESMO-OE (2008, p.2) afirma “a importância de mudar comportamentos e de capacitar os profissionais de saúde para a realização de partos sem episiotomia. A resistência destes é devido a antigos hábitos baseados na formação académica e por medo de que a sua não execução seja entendida como um mau cuidar obstétrico.”

O presente relatório reflete o cumprimento de um objetivo e a descrição de um considerável percurso, que permitiu a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas em cada área de atuação. Durante o percurso percorrido fui capaz de efetuar a análise crítica, a argumentação e a sistematização das intervenções nos cuidados à mulher e família nas diferentes etapas da gravidez, TP, parto, puerpério e ao RN. É importante referir que existe uma discrepância entre as orientações da OMS e de diversos autores para a promoção do períneo saudável e a prevenção de episiotomia. Existe todo um trabalho a realizar a partir da gravidez até ao parto que como ainda não é universalmente prescrito dificultando os resultados esperados.

## Referências Bibliográficas

- ACOG. (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 128(1). JOUR. Retrieved from [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/07000/Practice\\_Bulletin\\_No\\_\\_165\\_\\_\\_Prevention\\_and.46.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/07000/Practice_Bulletin_No__165___Prevention_and.46.aspx)
- Alfirevic, Z.; Devane, D.; & Gyte, G. (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Databases Syst Ver*, 5.
- American College of Nurse-Midwives - ACMN (2014). Evidence-Based Practice: Pearls of midwifery. [s.l]: American College of Nurse-Midwives Inc., slide share.
- Amorim, M.; Porto, A.; & Souza, A. (2010). Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Feminina*, 38 (11).
- Andersson, O.; Hellstrom-Westas, L.; Andersson, D.; Clausen, J.; & Domellof, M. (2013). Effects of delayed compared with early umbilical cord clamping on maternal postpartum hemorrhage and cord blood gas sampling: a randomized trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92 (5), 567-574.
- Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa Parto Normal: Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Barakat, R.; Pelaez, M.; Lopez, C.; Montejo, R.; & Coteron, J. (2012). Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(11), 2372–2376.
- Barradas, A.; Torgal, A.; Gaudêncio, A.; Prates, A.; Madruga, C.; Clara, E.; ... & Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. [s.l]. Ordem dos Enfermeiros.

- Beckmann, M. M., & Stock, O. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 4.
- Bennett, A.; & Foster, P. (1993). Ernestine Wiedenbach. In: George, J., et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 151-163.
- Bobak, I.; Lowdermilk, D.; & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade*. 4ªed. Loures: Lusociência.
- Borges, B.; Serrano, F.; & Pereira, F. (2003). Episiotomia: Uso generalizado versus selectivo. *Acta Medica Portuguesa*, 16(6), 447–454.
- Botelho, L.; Cunha, C.; & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5 (11), 121-136.
- Brüggmann, O.; Knobel, R.; Siebert E.; Boing, A.; & Andrezzo, H. (2009). Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9 (2), 189-196.
- Carvalho, C.; Souza, A.; & Moraes Filho, O. (2010). Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista Da Associação Médica Brasileira*. JOUR, scielo.
- Cepêda, T.; Brito, I.; & Heitor, M. (2006). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais. Lisboa: DGS.
- Clark, S.; Simpson, K.; Knox, G.; & Garite, T. (2009). Oxytocin: new perspectives on an old drug. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 200 (35), 1-6.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). Combater a Desigualdade: Da evidência à ação. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em URL:[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs\\_VFinal\\_correto.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf). ISBN 978-989-8444-09- 7. Acedido a 09/09/2017

- Cooke, A. (2010). When will we change practice and stop directing pushing in labour? *British Journal of Midwifery*, 18 (2).
- Correia, T.; & Pereira, M<sup>a</sup>. (2015). Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17 (1), 21-9.
- Crepaldi, A.; & Magalhães, J. (2007). Episiotomia – A caminho de uma assistência de parto. *Campinas*, 1 (1).
- Dahlen, H.; Homer, C.; Cooke, M.; Upton, A.; Nunn, R.; & Brodrick, B. (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*, 34(4), 282–290.
- Dame, J., Neher, J., Safranek, S., & Huber, T. E. (2008). Clinical inquiries. Does antepartum perineal massage reduce intrapartum lacerations? *The Journal Of Family Practice*, 57(7), 480–481.
- Decreto-Lei 437/91, de 8 de novembro. Disponível em <https://dre.tretas.org/dre/35157/decreto-lei-437-91-de-8-de-novembro>, Acedido a 10/08/2017.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>, acedido a 08/08/2017.
- DiFranco, J. (2009). 5: Evite dar à luz de costas e siga a necessidade, do corpo, de fazer força. *Lamaze International*. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=214>. Acedido a colocar data
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Alimentação e Nutrição na Gravidez*. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde.

- Doenges, M.; Moorhouse, M. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem – Um texto Interactivo para o Raciocínio Diagnóstico*. 5ª Ed. Loures: Lusociência.
- Doria, J. (1997). *Hipertensão na gravidez: conceitos actuais. Clínica e Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: Lidel.
- E Roberts, J. (2002). The “push” for evidence: Management of the second stage. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 47, 2–15. article
- Eugenia, M.; Enterría, G.; & Valladolid, M. (2009). Masaje perineal durante el embarazo. *Revista Enfermería Castilla Y León*, 1(2), 40–43.
- Ferreira-Couto, C.; & Fernandes-Carneiro, M. (2016). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 47, 552-563.
- Filho, J. (2011). *Rezende. Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Foroughipour, A.; Firuzeh, F.; Ghahiri, A.; Norbakhsh, V.; & Heidan, T. (2011). The effect of perineal control with hands-on and hands-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 16 (8), 1040-1046.
- Fortin, M. (1999). *O projecto de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M (2003). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Galvão, C.; Sawada, N.; & Trevizan, M. (2004). Revisão Sistemática: Recurso que Proporciona a Incorporação das Evidencias na Pratica da Enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*.
- Gayeski, M.; & Bruggemann, O. (2009). Percepções De Puérperas Sobre A Vivência De Parir Na Posição Vertical E Horizontal. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(2).

- George, F. (2013). *Norma de Direção-Geral de Saúde - Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: DGS.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem*. (4ª edição). Porto Alegre: Artemed.
- Geranmayeh, M.; Rezaei Habibabadi, Z.; Fallahkish, B.; Farahani, M. A.; Khakbazan, Z.; & Mehran, A. (2012). Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 285 (1), 77–81.
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno-fetal*. (4. ed.) Lisboa: Lidel.
- Harvey, B. (2004). Use of CTG monitoring: are recommendations suitable? *RCM Midwives*, 7 (12), 518-520.
- Higgins, J.; & Green S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration. Disponível em [www:URL:http://handbook.cochrane.org/](http://handbook.cochrane.org/). Acedido a 08/08/2017
- Hockenberry, M.; Wilson, D.; & Winkelstein, M. (2006). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hofmeyr, G.; & Belfort, M. (2009). Proteinuria as a predictor of complications of pre-eclampsia. *BMC Medicine*, 7 (11).
- Kalichman, L. (2008). Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *Israel Medical Association Journal*, 10 (7), 531–533.
- Karino, M.; & Felli, V. (2012). Enfermagem Baseada em Evidências: Avanços e Inovações em Revisões Sistemáticas. *Cienc Cuid Saude*, 11 (Suplem.), 11-15.
- King, T.; & Pinger, W. (2014). Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The Pearls of Midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 (6), 572-585.
- Lowdermilk, D.; & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta.

- Mamede, F.; Almeida, A.; Souza, L.; & Mamede, M. (2007). A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (6), 1157-1162.
- Mannel, R.; Martens, P.; & Walker, M. (2011). *Manual prático para consultores de lactação*. Loures; Lusociência.
- Marques dos Santos, J. (2014). *Exercício Físico na Gravidez*. Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina: Universidade do Porto.
- Marson, A. (2008). Narcisismo materno: quando o meu bebê não vai para casa... *Revista da SBPH*, 11(1).
- Mattar, R.; Aquino, M.; & Mesquita (2007). A prática da episiotomia no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 29 (1).
- Mcdonald, S.; & Middleton, P. (2007). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review). *The Cochrane Library*, 3.
- MCEESMO-OE. (2008). Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com Qualidade. Episiotomia: realização seletiva ou rotineira. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Episiotomia\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf). Acedido a 10/08/2017
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*.
- Neme, B. (2000). Parto: assistência. In: *Obstetrícia básica*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier.
- NICE. (2016). Addendum to intrapartum care :, (October). Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/interpretation-of-cardiotocograph-traces-pdf-248732173>. Acedido em 12/07/2018

- Nogueira, J.; & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai a gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem de Referência*. 3 (8).
- Oliveira, S.; Miquilini, E. (2005). Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista Escola Enfermagem, USP*, 39 (3), 288-295.
- Ordem dos Enfermeiros [s.d]. *Projeto de MCEESMO-OE: Maternidade com Qualidade*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>. Acedido a 05/09/2017.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem, Tomada de posição*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf) Acedido 12/11/2017.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Parecer n.º 19/2011. Competência para Vigilância da gravidez e Prescrição de Exames Complementares de Diagnóstico*. MCEESMO, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro\\_parto\\_normal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf). Acedido a 07/08/2017
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. (s.i.): Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa, Portugal.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1990). *Declaração de Innocenti*.

- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 24 (2), 121-123. Disponível em [http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf). Acedido a 08/08/2017
- Osborne, K. (2010). *Pushing Techniques Used by Midwives When Providing Second Stage Labor Care*. Wisconsin: Marquette University Milwaukee.
- Oxorn, H. (1989). Episiotomia, lacerações, ruptura uterina e inversão. In: *Trabalho de Parto*. 5ª ed. São Paulo: Roca.
- Pearson, A.; Wiechula, R.; Court, A.; & Lockwood, C. (2005). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista de Enfermagem*, 2 (12), 123- 33. Disponível em [http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id\\_artigo=2162&pesquisa=](http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2162&pesquisa=). ISSN 0874-0283. Acedido a 15/11/2017
- Pereira, Mª (2006). *Aleitamento Materno*. Loures: Lusociência.
- Perry, S.; Hockenberry, M.; Lowdermilk, D.; & Willson, D. (2014). *Maternal Child Nursing Care*. (5ª ed.) Canadá: Elsevier.
- Rabe, H.; Diaz-Rossello, J.; Duley, L.; & Dowewell, T. (2012). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *US National Library of Medicine*, 15(8).
- Regulamento n.º 127/2011, de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2.ª série, n.º 35.
- Rezende, J. (1998). O parto. Estudo Clínico e Assistência. In: *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koigan.
- Sackett, D. (1998). Evidence-Based Medicine. *Spine: Lippincott-Raven Publishers*, 23(10), 1085-1086.

- Santoro, G.; Wiecsnek, A.; Bartram, C. (2010). *Pelvic Floor Disorders – Imaging and Multidisciplinary Approach to Management*. Italia: Springer-Verlag.
- Santos, R.; & Riesco, M.<sup>a</sup> (2016). Implementação de Práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37 (esp), e68304.
- Scarabotto, L.; & Riesco, M. (2006). Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 40 (3), 389–395.
- Seehusen, D.; & Raleigh, M. (2014). Antenatal perineal massage to prevent birth trauma. *American Family Physician*, 89 (5), 335–336.
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais: Casos Práticos*, Porto: Porto Editora, Coleção Educação e Trabalho Social.
- Suto, M.; Takehara, K.; Misago, C.; & Matsui, M. (2015). Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60 (4). 419-427.
- Toma, T.; & Rea, M. (2008). Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (2).
- Tomey, A. (2002). Virginia Henderson – Definição de enfermagem. In A. M. Tomey; & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5<sup>a</sup> ed., pp. 111-126). Loures: Lusociência.
- Tomey, A.; & Alligood, M. (2005). *Modelos y teorías de enfermería*. 5<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier Espana, S.A.
- Tribunal Internacional de Nuremberg (1947). Código de Nuremberg. Disponível em <http://www.cobioetica.unlu.edu.ar/sites/www.cobioetica.unlu.edu.ar/files/s>

ite/C%C3%B3digo%20de%20N%C3%BCremberg%20%281%29.pdf,  
acedido a 08/09/2017.

Vieira, A.; Martins, C.; Macedo, L.; Guerra, M<sup>a</sup>. (2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão de literatura. *Servir*, 56 (3-4), 146-154.

Waldenström, U. (1999). Effects of birth on fathers 'satisfaction with care, experience of the birth and adaptation to fatherhood. *Journal of reproductive and infant psychology*, 17 (4), 357-368.

Wiedenbach, E. (1963). The Helping Art of Nursing. *The American Journal of Nursing*, 54–57.

Wei, C.; Gualda, D.; & Junior, H. (2011). Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: A perceção de um grupo de puérperas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20 (4), 717-725.

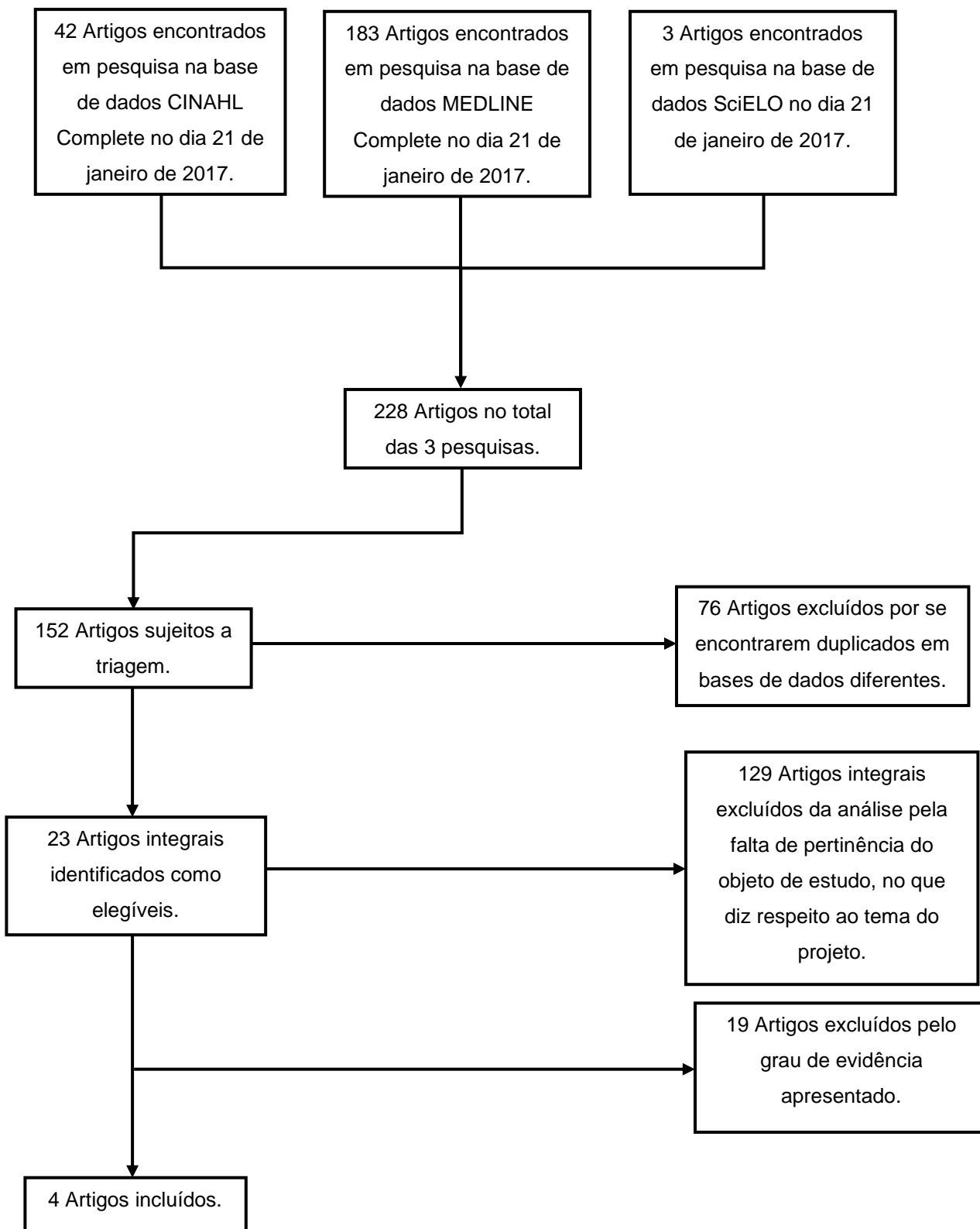
WHO (2007). *Recommendations for the Prevention of Postpartum haemorrhage*. Geneva: WHO Document Production Services.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

Fluxograma de seleção de artigos

### Fluxograma de seleção de artigos segundo o modelo JBI



## **APÊNDICE 2**

Quadros síntese de extração de resultados e avaliação dos artigos

**Artigo n.º 1**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	<b>TÍTULO</b>	Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto
	<b>AUTOR</b>	Santos, R. & Riesco, M <sup>a</sup>
	<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	2016
<b>OBJECTIVOS DO ESTUDO</b>		Implementar práticas assistenciais para a prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal
<b>TIPO DE ESTUDO</b>		Estudo quase-experimental
<b>METODOLOGIA</b>		Foram realizadas 74 entrevistas à equipa de enfermagem e medicina e 70 entrevistas a grávidas atendidas no Hospital da Mulher Mãe-Luzia em Macapá e foram analisados os dados de prontuários (n=555). A pesquisa consistiu no desenvolvimento de três fases, nomeadamente, pré-auditoria e auditoria de base (1 <sup>a</sup> fase); intervenção educativa e implementação de boas práticas assistenciais (2 <sup>a</sup> fase); e, por último, auditoria pós-implementação (3 <sup>a</sup> fase). A análise efetuou-se pela comparação entre a 1 <sup>a</sup> e a 3 <sup>a</sup> fase.
<b>ANÁLISE DE DADOS</b>		A análise dos dados realizou-se através da comparação entre os resultados obtidos na fase 1 com os da fase 3, em que foi utilizado o modelo de Equações de Estimação Generalizadas (GEE) para a amostra de profissionais e para as variáveis recolhidas em mais do que um momento pós-parto, na amostra de puérperas. O teste de Fischer foi aplicado para as variáveis recolhidas uma única vez no pós-parto e para a amostra de prontuários.

## RESULTADOS

Após a intervenção educativa, verificou-se o aumento de profissionais que raramente ou nunca incentivavam os esforços expulsivos dirigidos, para prevenção do trauma perineal no parto.

A proteção manual do períneo e a massagem perineal com lubrificante, são outras práticas de prevenção do trauma perineal adotada pelos profissionais durante o período expulsivo.

Constatou-se a diminuição da realização de episiotomia e os profissionais, ainda, deixam de suturar as lacerações de 1º grau.

Verificou-se que a maioria adotou a posição de litotomia, o que significa que a intervenção educativa foi ineficaz.

Através dos dados recolhidos pode verificar-se a sensação de conforto, das parturientes, no pós-parto.

Com a posição vertical verifica-se a redução da prática da episiotomia.

A técnica *hands poised* é uma alternativa para prevenir o trauma perineal.

## IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Proteger manualmente o períneo e promover a massagem perineal com lubrificante, durante o período expulsivo, utilizar compressas mornas sobre o períneo, adotar a posição vertical no período expulsivo.

Para diminuir o trauma perineal, o EEESMO deve adotar o método *hands poised*.

**ARTIGO N.º 1:** Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto

**JBI Critical Appraisal Checklist for Descriptive/Case Series**

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Was study based on a random or pseudo-random sample?		X		
2) Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X			
3) Was confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X			
4) Were outcomes assessed using objective criteria?	X			
5) If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	X			
6) Was follow up carried out over a enough time period?	X			
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
8) Were outcomes measured in a reliable way?			X	
9) Was appropriate statistical analysis used?	X			
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

**Artigo n.º 2**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	<b>TÍTULO</b>	Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centres in Japan: a Retrospective Descriptive Study
	<b>AUTOR</b>	Suto, M.; Takehara, K.; Misago, C; Matsui, M.
	<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	2015
<b>OBJECTIVOS DO ESTUDO</b>	Recolher dados sobre a prevalência de lacerações perineais e definir os fatores associados a lacerações perineais em mulheres japonesas que têm partos espontâneos de baixo risco, relacionando com as características maternas e neonatais pré-definidas.	
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Descritivo, Retrospetivo	
<b>METODOLOGIA</b>	Estudo desenvolvido entre 1 de janeiro de 2008 e 30 de junho de 2011, implementado num dos três centros de nascimento em Tóquio, no Japão. Constatou-se que eram acompanhadas neste centro 1881 mulheres grávidas para o atendimento pré-natal sendo que, após aplicação de alguns critérios de exclusão, o estudo inclui 1521 mulheres grávidas de feto único, de apresentação cefálica, sem risco médico, obstétrico e neonatal, que tiveram um parto vaginal espontâneo normal. Foi implementado um questionário estruturado para obter dados acerca das características maternas, do curso intraparto e os seus resultados sobre as mulheres grávidas em estudo.	
<b>ANÁLISE DE DADOS</b>	Neste estudo, as lacerações perineais foram classificadas por grau (1º, 2º, 3º, 4º). As lacerações que não exigiam sutura foram incluídas no estudo. Foi utilizada a	

estatística descritiva com o intuito de descrever as características das mulheres e a prevalência de lacerações perineais. Os resultados foram analisados separadamente para nulíparas e múltiparas. Com o intuito de determinar a relação entre a prevalência de lacerações perineais e as complicações maternas e neonatais foi utilizada a análise bivariada. A análise de regressão linear múltipla foi utilizada para controlar diversos fatores potenciais de confusão para ocorrência de laceração perineal.

## **RESULTADOS**

Pode constatar-se que os fatores de risco estatisticamente significativos para as lacerações perineais em nulíparas são: a idade igual ou superior a 35 anos, os partos em posição de 4 apoios e, ainda, quando os partos acontecem no banco de parto. Nas múltiparas, além dos fatores anteriormente mencionados, acrescenta-se os partos na água.

O presente estudo revela ainda que os períneos intactos e as lacerações de 1º grau são predominantes sem intervenções médicas ou farmacológicas.

## **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Com o adequado apoio prestado pela EEESMO, mais de 99% das mulheres de baixo-risco não necessitam de episiotomia.

É importante não alterar forçosamente o processo natural do TP, bem como esperar até que o períneo se distenda naturalmente. O controlo da fase de impulso do nascimento e a proteção do períneo através das mãos, ajudam a controlar a direção e a pressão provocadas no períneo.

A humanização nos cuidados maternos é um dos princípios presentes no exercício da profissão da EEESMO durante a gravidez e o parto.

**ARTIGO N.º 2:** Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-led Birth Centres in Japan: A Retrospective Descriptive Study

**JBI Critical Appraisal Checklist for Descriptive / Case Series**

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Was study based on a random or pseudo-random sample?	X			
2) Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X			
3) Was confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X			
4) Were outcomes assessed using objective criteria?	X			
5) If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	X			
6) Was follow up carried out over a enough time period?	X			
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
8) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9) Was appropriate statistical analysis used?			X	
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

**Artigo n.º 3**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	<b>TÍTULO</b>	The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome
	<b>AUTOR</b>	Foroughipour A.; Firuzeh, F.; Ghahiri A.; Norbakhsh, V.; & Heidari T.
	<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	2011
<b>OBJECTIVOS DO ESTUDO</b>	O presente estudo pretendeu avaliar e comparar a implementação de dois métodos no trauma perineal, <i>hands on</i> e <i>hands poised</i> , através da avaliação da necessidade de recorrer à episiotomia, hemorragias, dor perineal, hematoma, a duração de cada estágio do TP, hemorragia que ocorre durante os quatro estádios do TP e de Índice APGAR.	
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Estudo Clínico Randomizado Controlado	
<b>METODOLOGIA</b>	Estudo realizado na sala de partos do Hospital Shariati em Isfahan, com duração de um ano, entre 23 de outubro de 2008 a 23 de outubro de 2009. A amostra é constituída por 100 mulheres primíparas, escolhidas aleatoriamente, com idades compreendidas entre os 15 e os 35 anos, parto eutócico de termo e apresentação cefálica. Este grupo de 100 mulheres foi dividido em dois grupos, com 50 participantes cada grupo sendo que, num grupo o método utilizado foi o <i>hands on</i> e no outro grupo foi o <i>hands poised</i> , durante o nascimento da cabeça fetal. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário.	
<b>ANÁLISE DE DADOS</b>	Para realizar a análise dos dados foi utilizado o <i>software</i> SPSS.	
<b>RESULTADOS</b>		

O presente estudo revela que a necessidade de episiotomia é significativamente menor com a aplicação do método *hands poised* (40%) comparativamente com o método *hands on* (84%) sendo que, o *hands poised* está associado a um menor risco de trauma perineal. Pode constatar-se que a dor no pós-parto não tem uma diferença significativa após a aplicação do método *hands on* ou *hands poised*, bem como a taxa de hemorragia nos 3 primeiros estádios do parto. No entanto, a taxa de hemorragia apresenta-se maior no grupo *hands on* no pós-parto, que pode ser consequência, da episiotomia.

### **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

A aplicação da técnica *hands poised* está associada à menor ocorrência do trauma perineal. Desta forma, este método, comparativamente com o *hands on*, é o mais adequado no cuidar da mulher durante o TP.

**ARTIGO N. 03:** The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome

**JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control / Pseudo-randomised Trial**

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Was the assignment to treatment groups truly random?			X	
2) Were participants blinded to treatment allocation?		X		
3) Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?	X			
4) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
5) were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?	X			
6) Were the control and treatment groups comparable at entry?	X			
7) Were groups treated identically other than for the named interventions?	X			
8) Were outcomes measured in the same way for all groups?	X			
9)Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10) Was appropriate statistical analysis used?	X			
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

**Artigo n.º 4**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	<b>TÍTULO</b>	Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The pearls of Midwifery
	<b>AUTOR</b>	King, T.; Pinger, W.
	<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	2014
<b>OBJECTIVOS DO ESTUDO</b>	Analisar 13 estratégias de práticas de cuidados intraparto consideradas também, práticas associadas aos cuidados de obstetrícia, que promovem o nascimento normal e diminuem a taxa de cesarianas.	
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Revisão de Literatura Integrativa	

**RESULTADOS**

A prática baseada na evidência nos cuidados de enfermagem apoia e facilita o nascimento normal.

A deambulação, a liberdade de movimentos e a posição vertical durante o TP estão associadas a diversas vantagens, nomeadamente, à satisfação materna, tendo em conta que, diminui o nível de dor, a duração do 1º estágio do TP e a intervenção instrumental, e aumenta a força e a eficácia das contrações uterinas.

A posição de quatro apoios, no 1º estágio do TP, facilita a rotação de occipício-posterior para occipício-anterior.

A capacidade e habilidade para escolher a posição mais confortável desenvolve sentimentos de controlo e diminui a dor.

A hidroterapia e os banhos de imersão são considerados métodos não-farmacológicos que promovem o alívio da dor.

O suporte contínuo, não técnico, durante o TP tem efeitos positivos na mulher, diminuindo o número de cesarianas e a utilização de analgesia.

A auscultação intermitente quando comparada com a monitorização contínua da FCF, diminui o número de partos por cesariana, sendo que a auscultação

intermitente requer cuidados contínuos individualizados, o que detém um efeito positivo nos partos.

A utilização da manobra de Valsalva (glote fechada) acarreta efeitos fisiológicos adversos, nomeadamente, a diminuição da FC da mãe e, conseqüentemente, do feto, fadiga materna, lacerações perineais, incontinência e, ainda, alterações dos valores do pH do cordão umbilical. Os esforços expulsivos espontâneos (glote aberta) levam a um 2º estágio de TP mais curto. Assim, a manobra de Valsalva deve ser excluída do 2º estágio.

Diferenciando a episiotomia seletiva da episiotomia rotineira pode verificar-se que a episiotomia rotineira acarreta efeitos adversos para a mulher. Da massagem perineal agressiva pode resultar o trauma perineal e, a mesma, não previne nem diminui o número de lacerações perineais.

A massagem perineal pré-natal, a aplicação de calor no períneo (aplicação de compressas mornas), o controlo da extensão da cabeça lentamente e entre as contrações e o parir na posição lateral pode diminuir a necessidade de episiotomia.

Cada uma das “Pearls of Midwifery” pretende prevenir as cesarianas e facilitar o parto espontâneo.

### **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Deve incentivar-se a liberdade de movimentos e a mudança de posição durante o TP com o intuito de promover o bem-estar/conforto da mulher.

A auscultação intermitente é o método adequado para medição da FCF, durante o TP de baixo risco.

Incentivar e apoiar os esforços expulsivos espontâneos em detrimento dos esforços expulsivos com glote fechada. Aguardar e apoiar os esforços expulsivos espontâneos.

Incentivar a massagem perineal pré-natal para prevenir as lacerações, a aplicação de compressas mornas antes do parto e a posição lateral na altura da expulsão, devem ser prioridades no apoio prestado pela ESSMO.

Executar episiotomias quando estritamente necessário.

**ARTIGO N.º 4:** Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The pearls of Midwifery

**JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses**

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1) Is the review question clearly and explicitly stated?			X	
2) Were the inclusion criteria appropriate for the review question?			X	
3) Was the search strategy appropriate?			X	
4) Were the sources and resources used to search for studies adequate?	X			
5) Were the criteria for appraising studies appropriate?			X	
6) Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	X			
7) Were there methods to minimize errors in data extraction?	X			
8) Were the methods used to combine studies appropriate?	X			
9) Was the likelihood of publication bias assessed?	X			
10) Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	X			

11)Were the specific directives for new research appropriate?	X			
TOTAL	7	0	4	0

## **APÊDICE 3**

Instrumento de registo de prestação de cuidados



