

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E  
OBSTETRÍCIA**

**Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional**

Prevalência da Episiotomia numa Unidade Hospitalar da Região Norte do  
País

**Aluna:** Lic. Luísa Margarida Nunes Macedo

Bragança, dezembro de 2021



## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRICIA**

### **Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional**

Apresentado à Escola de Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia ao abrigo do Despacho N°2823/2020 publicado em Diário da República 2ª Serie, N°43 de 2 de março de 2020.

**Aluna:** Lic. Luísa Margarida Nunes Macedo

**Orientadora:** Prof. Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Bragança, dezembro de 2021

Macedo, LMN. Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional. Prevalência de Episiotomia em Partos eutócicos numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. 2021.

**Descritores:** episiotomia, prevalência, parto normal, parto humanizado.

**A seguinte parte do presente relatório ENP foi publicada (Comunicação):**

Macedo L.M.N., Correia T.I.G. Prevalência da Episiotomia em partos eutócicos numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País. XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor. Vila Nova de Famalicão. Portugal. 2021. (1º. Prémio Comunicação).



*Dedico este trabalho aos meus pais José Carlos e Margarida  
Maria com gratidão e carinho por todo o apoio e amparo ao  
longo de toda a minha vida.*



## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todos que tornaram possível a realização deste trabalho:

- À Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia pela disponibilidade e, ajuda e apoio na orientação e elaboração do relatório de estágio de natureza profissional.

- À minha família, acima de tudo pela paciência e pelo apoio sempre demonstrado e força para alcançar os meus sonhos sem nunca me deixar desistir.

- A toda a Equipa do Serviço de Obstetrícia da ULSNE pela forma como fui recebida e integrada nessa equipa fantástica, todos contribuíram de uma forma ou de outra para o meu crescimento pessoal e profissional.

- À Enfermeira Liliana Pires como minha orientadora cooperante de estágio pelo carinho, paciência e dedicação que sempre me demonstrou, sem ela isto não seria possível.

- Por fim, não menos importante, a todos os docentes do IPB-ESSa com os quais tive o prazer de aprender cada dia um pouco mais.



“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam Resultados”

Florence Nightingale

# Índice

RESUMO .....	15
ABSTRACT .....	16
1.Introdução .....	18
2. Contextualização do Estágio de Natureza Profissional .....	20
2.1. Análise Crítica/Reflexiva das atividades desenvolvidas .....	20
2.2. Análise Crítica/Reflexiva das atividades desenvolvidas e da aquisição e desenvolvimento de competências .....	23
2.2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	23
2.2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica .....	25
3. Estudo de Investigação - Prevalência de Episiotomia em Partos Eutócicos numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País .....	41
3.1. Episiotomia .....	41
3.1.1 Conceito .....	41
3.1.2. Técnica de realização e reparação da Episiotomia .....	42
3.1.3. Complicações da Episiotomia .....	44
3.1.4. Episiotomia generalizada ou uso seletivo .....	45
3.2. Apresentação do Problema.....	47
3.2.1. Questão de Investigação.....	47
3.2.2. Objetivos .....	47
3.2.3. Hipóteses.....	48
3.3. Metodologia .....	48
3.3.1. Tipo de Estudo .....	48
3.3.2. População .....	48
3.3.3. Amostra.....	48
3.3.4. Critérios de inclusão e exclusão .....	48
3.3.5. Variáveis.....	49
3.3.6. Instrumento de Colheita de Dados .....	50
3.3.7. Colheita de Dados .....	50
3.3.8. Tratamento de Dados .....	51
3.3.9. Considerações Éticas.....	51
3.4. Apresentação dos Resultados .....	52

3.5. Discussão dos Resultados.....	55
3.6. Conclusão.....	57
4. Conclusão geral.....	58
Referência Bibliográficas.....	61
Anexos.....	63
Anexo I – <i>CheckList</i> de Colheita de Dados.....	64
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética .....	65
Anexo III – Declaração de Responsabilidade de Colheita de Dados .....	66
Anexo IV – Compromisso de Honra e Declaração de Interesses.....	67

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Competências e Experiências mínimas obrigatórias e obtidas.....	40
<b>Tabela 2</b> - Descrição da População .....	52
<b>Tabela 3</b> - Descrição da amostra de acordo com a episiotomia .....	53
<b>Tabela 4</b> - Relação entre a Episiotomia e a Idade da mulher .....	53
<b>Tabela 5</b> - Relação entre a Episiotomia e a Paridade .....	54
<b>Tabela 6</b> - Relação entre a Episiotomia e a Analgesia Epidural.....	54
<b>Tabela 7</b> - Relação entre a Episiotomia e o Peso do recém-nascido .....	54

## RESUMO

**Introdução:** O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica assume no exercício da sua atividade profissional a competência nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como a aquisição das competências específicas na área da ESMO. O ENP permitiu desenvolvê-las e aprofundar conhecimentos sobre a questão da episiotomia. Este relatório insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional realizado no 2º ano do mestrado em saúde materna e obstétrica do consórcio do IPB.

**Objetivo:** Realização de uma apreciação crítico/reflexiva do estágio em questão tendo por base os objetivos gerais do mesmo com vista à discussão pública. Ainda, os objetivos específicos da realização deste relatório visam: reflexão da aquisição de competências específicas do EESMO; contextualização da aquisição e reflexão de práticas EESMO de acordo com aquilo que é a prestação de cuidados baseados em evidência e demonstração de competências no domínio da investigação em enfermagem, dando resposta ao problema de investigação colocado.

**Metodologia:** Análise crítico/reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do ENP de acordo com as competências comuns e competências específicas do EESMO.

O estudo de investigação elaborado foi um estudo analítico, retrospectivo e longitudinal. A amostra foi constituída por 424 com parto eutócico realizados entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019. Para a recolha de informação, nos processos das utentes, foi usada uma *checklist*. Solicitada autorização ao Conselho de Administração e Parecer à Comissão de Ética que obteve parecer favorável. Procedeu-se à análise descritiva e inferencial dos dados com suporte informáticos do *software* IBM SPSS *Statistics* 24.0.

**Resultados:** Os resultados obtidos consolidaram a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no âmbito do cuidado à mulher em trabalho de parto e parto, relativamente à produção científica a prevalência de episiotomia na amostra em estudo, foi de 207 (48.8%). Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a Episiotomia e idade da mulher (OR = 1.96;  $p < 0.05$ ); a paridade (OR = 7.18;  $p < 0.001$ ); e a analgesia epidural (OR = 2.85;  $p < 0.001$ ).

**Conclusão:** O estágio e a reflexão acerca dele refletido através da produção deste relatório de estágio, permitiram a aquisição e consolidação das competências específicas para a prática da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica e a produção da investigação. O desenvolvimento do estudo de investigação permitiu constatar que a episiotomia parece não ser realizada de forma rotineira nesta unidade hospitalar em estudo.

O papel do enfermeiro deve ser cada vez mais valorizado como primeiro elemento de intervenção para a prevenção, particularmente no âmbito das consequências associadas a episiotomia, na aplicabilidade dos protocolos e nas orientações dos organismos internacionais.

**Descritores:** episiotomia, prevalência, parto normal, parto humanizado.

## ABSTRACT

**Introduction:** The midwives assumes, in the exercise of their professional activity, competence in the areas of professional, ethical and legal responsibility, continuous quality improvement, care management and development of professional learning, as well as the acquisition of specific skills in the EESMO area. The ENP allowed them to be developed and deepened knowledge on the issue of episiotomy. This report is part of the Professional Nature Internship carried out in the 2nd year of the master's degree in maternal and obstetric health of the IPB consortium.

**Objective:** Carrying out a critical/reflective appraisal of the internship in question based on its general objectives with a view to public discussion. Furthermore, the specific objectives of this report are aimed at: reflection on the acquisition of specific competences of EESMO; contextualization of the acquisition and reflection of EESMO practices according to what is the provision of evidence-based care and demonstration of skills in the field of nursing research, responding to the research problem raised.

**Methodology:** Critical/reflective analysis of the activities developed throughout the ENP according to the common competences and specific competences of EESMO. The research study elaborated was an analytical, retrospective and longitudinal study. The sample consisted of 424 with eutocic births carried out between January 2018 and December 2019. A checklist was used to collect information in the users' files. Authorization was requested from the Board of Directors and Opinion of the Ethics Committee, which obtained a favorable opinion. Descriptive and inferential analysis of the data was carried out with computer support from the IBM SPSS Statistics 24.0 software.

**Results:** The results consolidated the acquisition of specific skills of nurses specializing in maternal and obstetric health in the context of care for women in labor and delivery. Regarding scientific production, the prevalence of episiotomy in the study sample was 207 (48.8 %). There was a statistically significant association between episiotomy and women's age (OR = 1.96;  $p < 0.05$ ); the parity (OR = 7.18;  $p < 0.001$ ); and epidural analgesia (OR = 2.85;  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The internship and the reflection about it, reflected in the production of this internship report, allowed the acquisition and consolidation of specific skills for the practice of specialist nurses in maternal and obstetric health and the production of the investigation. The development of the investigation study allowed us to verify that episiotomy does not seem to be routinely performed in this hospital unit under study. The role of the nurse must be increasingly valued as the first element of intervention for prevention, particularly in the context of consequences associated with episiotomy, in the applicability of protocols and in the guidelines of international organizations.

**Descriptors:** episiotomy, prevalence, vaginal delivery, humanized delivery.

## **Lista de siglas e abreviaturas**

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IVG – Interrupção voluntária da gravidez

RN – Recém-nascido

SU – Serviço de Urgência

OBS – Observação

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

MESMO – Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotocografia

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

RPM – Rotura Prematura de Membranas

LA – Líquido amniótico

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

SP – Sala de Parto

OMS – Organização Mundial de Saúde

GSP – Globo de Segurança de *Pinard*

TP – Trabalho de Parto

DPPNI – Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

BO – Bloco Operatório

DGS – Direção Geral de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIG – Pequeno para a idade gestacional

GIG – Grande para a idade gestacional

NIG – Normal para a idade Gestacional

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

CE – Comissão de Ética

DP – Desvio Padrão

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

## 1.Introdução

A mulher sendo a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem da especialidade em saúde materna e obstétrica, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e no ambiente no qual vive e se desenvolve, desta forma o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO) tem a responsabilidade pelo exercício de atividades de intervenção no que se refere ao planeamento familiar, à gravidez, ao parto, ao puerpério, ao climatério e à comunidade em que está inserido. <sup>(1)</sup>

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica assume no exercício na sua atividade profissional as competências para as quais é especializado entre as quais o cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e durante o puerpério bem como a vivenciar processos de saúde e doença ginecológica. <sup>(1)</sup>

A enfermagem como profissão baseia a sua atividade em valores, conhecimentos e competências, que visam a satisfação das necessidades da população no que respeita à saúde. O domínio da enfermagem de saúde materna e obstétrica é cada vez mais abrangente, envolvendo áreas da saúde reprodutiva em geral, e da saúde da mulher em particular, numa perspectiva do ciclo de vida. Ao longo da gravidez, a mulher está sujeita a uma reestruturação e reajustamentos a várias dimensões, especialmente no que se refere à identidade e à definição de papéis, tanto para ela como para o companheiro.

Este relatório insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional realizado no 2º ano do mestrado em saúde materna e obstétrica do consórcio do IPB, realizado no serviço de Obstetrícia da ULSNE, Unidade Hospitalar de Bragança no período de 8 de março a 04 de outubro de 2021, sendo o principal objetivo a realização de uma apreciação crítico/reflexiva do estágio em questão e tendo por base os objetivos gerais do Estágio de Natureza Profissional e os previamente delineados. Assim, os objetivos específicos da realização deste relatório visam: reflexão da aquisição de competências específicas do EESMO; contextualização da aquisição e reflexão de práticas EESMO de acordo com aquilo que é a prestação de cuidados baseados em evidência; e demonstração de competências no domínio da investigação em enfermagem, dando resposta ao problema de investigação colocado.

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde do consórcio do IPB para obtenção do grau de mestre, segundo o Decreto - Lei N°74/2006, Artigo 15° o grau de mestre é conferido aos alunos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde tal como foi possível ao longo deste ENP e permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação, sendo a investigação um dos focos centrais da apresentação deste relatório respondendo à questão de investigação: “Qual a Prevalência de Episiotomia em Mulheres com parto eutócico e fatores associados numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País no período entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019?”.

O grau de mestre implica que a pessoa saiba aplicar os seus conhecimentos e tenha capacidade de resolução de problemas em situações novas e em contextos alargados e multidisciplinares, na sua área como é possível verificar em todas as atividades desenvolvidas no decorrer deste ENP. A reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais são também uma competência do futuro mestre.

Aos mestres compete saber comunicar as suas conclusões de forma clara e sem ambiguidades e ter competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo, privilegiando a prática baseada na evidência e garantindo a melhor qualidade dos cuidados prestados, o que foi desenvolvido através, também, da investigação.

Finalmente o grau de mestre é conferido numa especialidade, tal como no presente mestrado que confere a especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica sempre que sejam garantidas as horas de estágio e as competências e experiências mínimas obrigatórias presentes na Lei n°9/2009 de 4 de março.

Desta forma este relatório é composto essencialmente por duas grandes partes, na primeira parte é realizada a apreciação crítico/reflexiva dos objetivos delineados e na segunda parte é apresentado o estudo de investigação realizado ao longo do estágio bem como os resultados obtidos e a sua discussão.

## **2. Contextualização do Estágio de Natureza Profissional**

Para dar início a este estágio e para que o mesmo decorresse da melhor forma foi necessário conhecer a estrutura física, funcional e a dinâmica do Serviço de Obstetrícia.

### **2.1. Análise Crítica/Reflexiva das atividades desenvolvidas**

O serviço de Obstetrícia da ULSNE situa-se no terceiro piso da unidade hospitalar de Bragança, para entender a dinâmica do serviço é necessário conhecer primeiro a sua estrutura e todas as partes que o compõem.

Este serviço é constituído por uma unidade de internamento com 4 enfermarias no total de 12 camas destinadas ao internamento de grávidas, puérperas acompanhadas pelos seus RN e utentes com patologia do foro obstétrico ou ginecológico.

Além destas enfermarias o serviço de obstetrícia dispõe de:

- 1 Sala de Sujos
- 1 Copa
- 1 Sala de Tratamentos/ Gabinete de Urgência
- 2 WC
- 1 Gabinete Médico
- 1 Sala de Enfermagem
- 1 Armazém
- 1 Sala de Medicação
- 1 Berçário
- 1 Sala de Pessoal
- 1 Enfermaria de OBS com 3 camas
- 1 Enfermaria de Isolamento com 2 camas e WC privado
- 1 Quarto médico
- 2 Salas de Partos

Fazendo uma breve caracterização do serviço aponto alguns pontos positivos e outros menos positivos. A copa é uma área em que as funcionárias da cozinha (copeiras) fazem a divisão das refeições para as utentes internadas, estando esta equipada com uma bancada ampla e lavatório, um frigorífico e um elevador de transporte para a cozinha.

Como pontos menos favoráveis desta copa posso frisar que não tem micro-ondas uma vez avariado, não foi substituído sendo que sempre que é necessário aquecer

refeições das utentes que por algum motivo tenham de se alimentar mais tarde é necessário aquecer no micro-ondas dos funcionários que se encontra na sala de pessoal outro aspeto menos favorável é que cada serviço deveria ter a sua Copa e não fazer a distribuição das refeições de utentes internados em outros serviços na copa de Obstetrícia uma vez que pode dar lugar a enganos e trocas de refeições e em plena época pandémica pode levar a infeções cruzadas.

Logo de seguida, o berçário, espaço onde são prestados os cuidados aos RN, quer sejam cuidados de higiene quer sejam colheitas de sangue ou mesmo a visita médica. É um espaço demasiado pequeno para este efeito e condiciona a atividade dos enfermeiros uma vez que só permite a prestação de cuidados a um RN de cada vez. É também neste espaço que se pode fazer a preparação de leites artificiais, estando equipado com termos, aquecedor de biberões, biberões e tetinas esterilizados e dois tipos de leite artificiais, são aqui também efetuados os ensinamentos às puérperas para a preparação e armazenamento do leite artificial sempre que seja pertinente.

A sala de tratamentos funciona como o próprio nome diz como sala de tratamentos sempre que necessário, mas a sua mais comum utilização é como gabinete de urgência e atendimento a consulta especializada de planeamento familiar e IVG. É uma sala equipada com todo o material necessário à realização de tratamentos, ecógrafo, marquesa obstétrica e computador para a realização de registos clínicos. Como acabei de referir apesar de ser uma sala bem equipada é também demasiado pequena para todas as suas utilizações e além disso, encontra-se no meio do corredor do serviço de obstetrícia o que quer dizer que sempre que existe uma urgência de obstetrícia ou de ginecologia a mulher que é enviada do serviço de urgência geral tem de ser encaminhada para o terceiro piso e atravessar metade do serviço para ser observada o que acaba por não ser muito ético e não prevenir o risco de infeção.

O serviço está equipado com 2 WC's, um deles composto por um chuveiro e duas sanitas, mais utilizado para as mulheres que recorrem ao serviço provenientes do serviço de urgência e o outro composto por dois chuveiros e uma sanita. Como nos outros serviços desta Unidade Hospitalar, são WC's já de construção antiga e o espaço é pequeno o que se torna difícil o auxílio da equipa às utentes.

As enfermarias constituídas com 3 camas articuladas e com espaço para colocarem os berços dos RN junto das mães, com amplas janelas o que permite maior exposição à luz natural. Existe ainda uma enfermaria de observações equipada com cardiocógrafos para monitorizar as grávidas provenientes do SU ou que sejam encaminhadas por consulta. É

também nesta enfermaria que as utentes ficam em OBS até indicação médica ou de internamento ou de alta clínica e ficam também aqui a aguardar o resultado do teste Covid-19 realizado à entrada quando têm critérios para internamento.

A sala de medicação como o próprio nome indica é o local onde está armazenada a medicação de uso diário, equipada com frigorífico para a medicação que necessita de refrigeração. Ao lado desta sala existe um pequeno armazém onde se encontra material clínico para reposição bem como fardamento, lençóis, toalhas e batas.

As salas de Partos são duas, devidamente equipadas com todo o material necessário para dar assistência à mulher em trabalho de parto no que se refere a medicação, material de punção e analgesia epidural, algaliação, trouxas de Parto e material de sutura, monitorização cardiotocográfica, monitor de sinais vitais, bomba e seringa infusora e reanimador do RN. É aqui também que está o carro de emergência.

Ora fazendo uma breve apreciação de todo o serviço tem alguns aspetos positivos entre os quais a proximidade do serviço de Neonatologia o que permite que as mães possam deslocar-se sempre que é necessário amamentar os seus RN com necessidade de internamento nesse serviço. No que se refere ao material este está bem organizado e identificado o que permite uma fácil orientação e localização nunca senti necessidade ao longo do estágio de nenhum material que não estivesse disponível. No que se refere aos equipamentos, estes têm uma manutenção adequada, mas e sempre que existe uma falha a Enf. Chefe ou restante equipa procura a manutenção ou substituição o mais rápido possível.

Quanto à equipa de enfermagem é formada por enfermeiros todos Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e são distribuídos por turnos estando escalados 4 enfermeiros para o turno da Manhã, 2 para o turno da tarde e 2 para o turno da Noite. Nos dias em que há consulta de obstetrícia na consulta externa existe mais um enfermeiro escalado para dar apoio à consulta que cumpre o horário das 8:00 às 18h. É uma equipa altamente especializada e além de tudo uma equipa coesa em que impera o espírito de equipa, apesar do método de trabalho adotado ser o método individual de trabalho uma vez que perante a classificação de cuidados cada enfermeiro têm os seus utentes distribuídos e cada um presta todos os cuidados a esses utentes o que permite uma maior relação de confiança entre enfermeiro e utente e também um conhecimento mais aprofundado desses mesmos utentes.

No que se refere à minha integração nesta equipa fui recebida de forma harmoniosa pela direção do serviço quer de enfermagem quer de medicina e de toda a equipa que sempre se mostrarem disponíveis para me ajudar e ensinar.

Ao longo deste estágio procurei mostrar-me sempre disponível por colaborar com toda a equipa nas atividades realizadas pois todas elas se revelaram enriquecedoras para o meu crescimento pessoal e profissional. Mantive-me atenta a todas as intervenções pondo em prática os meus conhecimentos teóricos previamente adquiridos e esclarecendo dúvidas com toda a equipa o que me permitiu evoluir ao longo deste estágio ganhando autonomia como aluna do MESMO adaptando-me às condições e métodos de trabalho.

Adaptar-me à dinâmica do serviço de obstétrica foi desta forma um objetivo atingido com auxílio de toda a equipa tanto a nível da equipa de enfermagem como a equipa médica e não esquecendo da equipa de assistentes operacionais que são uma base fundamental dos cuidados prestados, todos eles permitiram-me expandir conhecimentos nesta área de obstetrícia.

Exercer funções neste serviço tão abrangente que engloba a urgência de ginecologia e obstetrícia, bloco de partos, puerpério e consulta de obstetrícia, permitiu-me ao longo deste estágio ganhar competências em todas as áreas de atuação e aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem.

Para tal optei por fazer uma análise crítica e reflexiva de todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio de acordo com as competências comuns e específicas dos enfermeiros ESMO. <sup>(1)</sup>

## **2.2. Análise Crítica/Reflexiva das atividades desenvolvidas e da aquisição e desenvolvimento de competências**

### **2.2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

As *competências comuns* <sup>(1)</sup> dos enfermeiros especialistas são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessoria. <sup>(1)</sup>

Dos domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas fazem parte:

1. Responsabilidade profissional, ética e legal;
2. Melhoria contínua da qualidade;
3. Gestão de cuidados;
4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que se refere ao primeiro domínio, ao longo deste estágio procurei sempre demonstrar o exercício profissional seguro tanto a nível ético como deontológico respeitando e orientado a tomada de decisão das utentes bem como da equipa profissional em que estive inserida.

Outro aspeto muito importante neste domínio é a privacidade da utente, ao longo deste estágio respeitei sempre a privacidade quer a nível de intervenções de enfermagem quer a nível de informação clínica a qual as utentes devem ter acesso exclusivo.

No segundo domínio que se refere à melhoria contínua da qualidade participei na definição de metas para a melhoria da qualidade de cuidados como pode ser visível no estudo de investigação que me propôs executar ao longo deste estágio que pretende avaliar a prevalência da prática da episiotomia tendo como base as mais recentes recomendações científicas.

No que se refere ao domínio da gestão de cuidados colaborei com as decisões da equipa multidisciplinar, fomentando sempre um ambiente favorável à prática clínica, mas sinto que ainda falta algum trabalho nesta área principalmente no que se refere à aplicação de estratégias de motivação da equipa multidisciplinar para um desempenho diferenciado.

Por fim no que se refere ao quarto domínio, este do desenvolvimento das aprendizagens profissionais baseei sempre a minha prática na evidência científica e nos conhecimentos adquiridos e sempre que identifiquei alguma lacuna no conhecimento procurei responder à mesma com auxílio da equipa profissional. Sinto que ainda existem algumas necessidades formativas no serviço nomeadamente em gestão de conflitos e recursos humanos e em comunicação entre profissionais e utentes pois existem situações em que é necessário um ajuste na comunicação quer seja para que haja entendimento de parte a parte quer para a gestão de emoções subjacente a cada intervenção.

### 2.2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Já no que se refere às *competências específicas* <sup>(1)</sup> irei fazer uma análise detalhada enquadrando as atividades desenvolvidas ao longo deste estágio com o objetivo de adquirir as mesmas.

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

Ao longo do tempo foi possível demonstrar que os acessos aos cuidados especializados na gravidez, no parto e no pós-parto, diminuem a mortalidade materna, fetal e infantil. <sup>(3)</sup>

O programa Nacional de Vigilância de Gravidez de baixo risco <sup>(3)</sup> veio uniformizar os cuidados prestados às grávidas bem como garantir a articulação no trabalho realizado nos Cuidados de saúde Primários e nos Cuidados de Saúde Diferenciados.

Em contexto normal e sem patologia associada todas as grávidas são acompanhadas nos cuidados de saúde primários pela equipa de saúde familiar bem como pelo enfermeiro ESMO no que se refere à preparação para o parto e parentalidade. Sempre que necessário a grávida é encaminhada para a consulta de Obstetrícia nos cuidados de saúde diferenciados sendo que todas as grávidas a partir das 35 semanas de gestação devem ser acompanhadas em consulta de obstetrícia semanal ou quinzenalmente de acordo com a situação clínica.

Durante este estágio tive oportunidade de participar na consulta de obstetrícia e tive oportunidade de realizar:

- Monitorização cardiotocográfica sendo capaz de detetar precocemente padrões desviantes da normalidade;
- Educação para a saúde no âmbito de uma gravidez saudável e no que se refere aos sinais e sintomas de início de trabalho de parto;
- Educação para a saúde no âmbito das técnicas de alívio da dor e opção de analgesia epidural;
- Esclarecimento sobre o material necessário para levar para a maternidade bem como desmistificar algumas dúvidas das grávidas fazendo sempre por as tranquilizar e vivenciar a gravidez como um momento único revestido de emoções.

- Avaliação de sinais vitais e colheita de urina para realização da tira de combur e despiste de alterações urinárias.
- Colaboração na realização exame vaginal e na colheita de espécimes para análise e deteção de estreptococos do grupo B.
- Observei atentamente as ecografias e absorvi todos os conselhos e educação para saúde que o obstetra faz na consulta por forma a adquirir mais conhecimentos e pondo em prática todos os conhecimentos previamente adquiridos.

E também nesta consulta muito importante prestar apoio emocional e psicológico às mulheres pois é uma oportunidade única para detetar precocemente a predisposição para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto, sendo então possível realizar um acompanhamento diferenciado destas mulheres.

Nesta competência sinto estar capacitada, com auxílio também de estágios anteriores, para conceber, planear e implementar todas as intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável.

➤ **Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde e doença ginecológica.**

De acordo com o já referido anteriormente, o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia da ULSNE funciona no internamento de obstetrícia num gabinete próprio. Todas as mulheres encaminhadas pelo SU geral são acolhidas no serviço de obstetrícia pelo enfermeiro ESMO destacado para a urgência e Sala de Partos, sendo este o enfermeiro que avalia o grau de urgência da situação clínica e transmite essa informação ao Médico Obstetra de serviço.

Durante o meu estágio tive inúmeras oportunidades para fazer esse acolhimento recolhendo as informações necessárias de acordo com cada situação clínica, procurei que esse acolhimento fosse realizado em um ambiente calmo, tranquilo e garantido sempre a privacidade da utente, tendo por base as competências comuns e específicas do Enfermeiro ESMO.<sup>(1)</sup>

Após o acolhimento da mulher é realizada uma breve entrevista à utente por forma a ficar a conhecer o que motivou a ida à urgência e aproveitando sempre esta oportunidade para criar uma relação de confiança e empatia com a utente o que facilita a sua interação com a equipa e avaliação do estado emocional da mesma.

Colaborei sempre com a equipa na realização do exame ginecológico e na colheita de informação pertinente.

Procurei sempre informar e orientar a mulher sobre a saúde ginecológica promovendo a decisão esclarecida da mesma cooperando com os outros profissionais no diagnóstico das afeções de aparelho genito-urinário e/ou da mama, providenciando os cuidados necessários à mulher.

Após esta observação na Urgência a mulher com patologia do foro ginecológico é encaminhada ou para o internamento que funciona no serviço de cirurgia mulheres ou então tem alta clínica.

Desta forma e de acordo com o meu estágio posso referir que as urgências ginecológicas mais frequentes que eu presenciei foram:

- Infecções vaginais;
- Metrorragias;
- Doença inflamatória pélvica (DIP);
- Dor vaginal.

A urgência de ginecologia que mais me marcou uma jovem com himen imperfurável e hematocolpos abundante com indicação para tratamento cirúrgico.

No que se refere aos cuidados às mulheres que recorrem ao serviço de urgência de ginecologia sinto-me capacitada para conceber, planear e implementar as intervenções necessárias.

➤ **Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.**

Tal como referido no ponto anterior a Urgência de Ginecologia e Obstétrica funcionam no mesmo sítio, no internamento de Obstetrícia da ULSNE para onde são encaminhadas todas as grávidas admitidas no SU geral.

- ✓ A admissão das grávidas é realizada na mesma pelo enfermeiro ESMO destacado para o serviço de urgência e sala de partos e é este que realiza: A colheita de informação de uma forma pormenorizada por forma a obter dados concretos sobre a história obstétrica da mulher, confirmando sempre que possível com o boletim de grávida;
- ✓ Auscultação de ruídos cardio-fetais e sempre que necessário monitorização caridotocográfica;

✓ Colheita de urina para realização da tira de Combur.

É ainda importante referir que uma correta monitorização cardiotocográfica é de extrema importância para a avaliação de trabalho de parto, tanto na contratilidade uterina como o bem-estar fetal avaliado pela frequência cardíaca fetal, a interpretação do CTG exige muito treino para isso a Enf. Orientadora ajudou-me a fazer esta interpretação de forma rigorosa.

Desta forma aproveitei todas as oportunidades para fazer esta monitorização e para pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos sentindo-me capacitada para identificar situações de compromisso do bem-estar fetal.

No que se refere aos cuidados às mulheres que recorrem ao serviço de urgência de ginecologia sinto-me capacitada para conceber, planear e implementar as intervenções necessárias.

No que se refere às urgências obstétricas, estas acontecem por variadíssimos motivos, nomeadamente:

- Ansiedade na gravidez;
- Incertezas sobre o bem-estar fetal;
- Hiperémese gravídica;
- Início de trabalho ou falso início de trabalho de parto;
- Ameaça de Parto Pré-termo (APPT);
- RPM;
- Metrorragias no 1º, 2º ou 3 trimestre.

Todas estas situações causam imenso stress às grávidas e por esse motivo devem ser muito bem geridas as emoções e manter sempre um ambiente acolhedor.

- ✓ Ao longo do estágio colaborei na urgência de obstetrícia realizando sempre que possível o exame ginecológico com a finalidade de: Observar a integridade ou não das membranas;
- ✓ As características do LA;
- ✓ A consistência, extinção e posição do colo;
- ✓ A dilatação;
- ✓ O plano de apresentação e a progressão fetal.

Sem dúvida que está foi a minha maior dificuldade, interpretar o toque vaginal identificar a variedade da posição fetal bem como a progressão fetal, mas ao longo do estágio consegui ir ultrapassando esta dificuldade com auxílio de toda a equipa de enfermagem do serviço.

Após está primeira observação realizei a educação para a saúde pertinente quer em casos de urgências ginecológicas quer em casos de urgências obstétricas. Considerando a situação clínica encaminhei as utentes tendo em conta o grau de urgência ou a necessidade de cuidados ou alta clínica.

A transmissão de más notícias à mulher tanto a nível de gravidezes não evolutivas ou abortamento espontâneo entendo que poderia ser um aspeto a melhorar neste serviço. Falo por exemplo de gravidezes desejadas e inúmeras expectativas tanto da mulher como da família. A existência de um espaço individualizado e acolhedor bem como de uma equipa bem preparada são aspetos essenciais para que seja feito um acompanhamento adequado destas situações

Sabendo da importância da vivência do parto e da maternidade no ciclo de vida da mulher e da sua família, o enfermeiro especialista deve consciencializar-se desse facto e ajudar a mulher a vivenciar essa experiência, de modo particularmente positivo. A mulher em trabalho de parto é uma pessoa única, com uma história pessoal, com uma cultura, com crenças e valores próprios. Tem necessidades, expectativas, medos e ansiedade, precisando por isso de ser ajudada.

A vivência do trabalho de parto não pode ser entendida apenas como o mecanismo físico de passagem do feto da vida intra-uterina para a vida extra-uterina, mas também como uma vivência de nascimento, carregado de enorme simbolismo.

É uma das competências específicas do enfermeiro ESMO cuidar da mulher inserida na comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, concebendo, planeando e implementando as intervenções necessárias bem como diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para saúde da mulher do RN.

A admissão, etapa inicial do atendimento da parturiente, é efetuada em concordância com o protocolo instituído na ULSNE e realizada a colheita de dados necessária para a realização dos registos de enfermagem e conhecimento da história obstétrica da utente. Considero, dentro deste âmbito, que a atitude da Enfermeira Especialista é muito importante, na medida em que permite estabelecer uma relação de proximidade com a utente possibilitando que esta possa verbalizar as suas dúvidas, medos, receios e angústias. Tudo isto é determinante no desenvolvimento de uma verdadeira relação de ajuda.

A apresentação do serviço e sala de partos assume aqui uma grande importância, esclarecer as dúvidas e angústias da parturiente no que se refere às instalações, ao acompanhamento da pessoa significativa bem como todas as opções e profissionais que tem à sua disposição para ajudar. Em plena época pandémica em que decorreu este estágio a parturiente é admitida com bastante ansiedade no que se refere à realização do teste Covid, ao medo de contrair a doença e quanto às visitas e acompanhamento, este é um facto que deve ser muito bem gerido as emoções devem ser valorizadas e o conforto da mulher uma prioridade pois só assim a mulher irá colaborar com a equipa e terá uma experiência de parto positiva.

O planeamento dos cuidados de enfermagem é muito importante e deve ser realizado de acordo com o estadio de trabalho de parto.

O 1º estadio de trabalho de parto é dividido em duas partes, a primeira, a fase passiva e a segunda a fase ativa.

Na fase passiva de trabalho de parto aproveitamos para recolher as informações necessárias, realizar o teste covid, cateterizar uma veia periférica para a posterior realização de fluidoterapia, verificar os meios auxiliares de diagnóstico realizados ao longo da gravidez entre os quais as ecografias e as análises que nos dá algumas informações uteis tais como o grupo de sangue da mãe e a comprovação da análise relativa à pesquisa de *estreptococo* do grupo B. A informação sobre o grupo de sangue é importante para saber se é necessário a colheita de sangue do cordão umbilical do bebe para determinar o grupo de sangue do RN e desta forma avaliar a necessidade de administração da *imunoglobulina anti-D*, por outro lado a informação sobre a pesquisa de *estreptococo* do grupo B se for positiva indica-nos a necessidade da realização de antibioterapia profilática.

E também esta fase do trabalho de parto que se aproveita para realizar alguma educação para saúde às puérperas no que se refere ao controlo da dor e colaboração no trabalho de parto e questiona-se a puérpera acerca da opção de analgesia epidural bem como da vontade da mesma de acompanhamento de uma pessoa significativa na SP. É importante também nesta fase avaliar o bem-estar fetal e contratilidade uterina através do CTG, avaliar a progressão do trabalho de parto através do toque vaginal e avaliar a dor da parturiente.

Na fase ativa de trabalho de parto a parturiente e se esta pretender analgesia epidural, é transferida para a SP e chamado o anestesista que está de apoio à obstetrícia, tive ao longo deste estágio muitas oportunidades para colaborar na colocação do cateter epidural,

posicionando a puérpera de acordo com a preferência do anestesista e assistindo o mesmo com a preparação do material necessário. Neste momento a parturiente já deve estar com soroterapia em curso e deve ter uma avaliação de Sinais Vitais previa à colocação do cateter epidural.

Após a analgesia epidural a parturiente é monitorizada com CTG e avaliados de novo os sinais vitais pelo risco de hipotensão. O uso de analgesia epidural requer uma vigilância mais rigorosa no que se refere ao bem-estar fetal pois a parturiente deixa de sentir dor, é comum ainda a parturiente sentir náuseas e prurido ou mesmo cefaleias intensas quando por equívoco ocorre punção da dura-mater para isso o ESMO deve estar atento a atuar prontamente.

Quando o enfermeiro ESMO percebe que a dor da parturiente diminui e que está se encontra confortável pode colocar em curso o soro com oxitocina por bomba infusora favorecendo a contração uterina. Esta perfusão deve ser gradual e começar com 15mL/h e aumentar de acordo com a tolerância e necessidade da utente. O que pude verificar durante este estágio é que todos os enfermeiros da equipa fazem estra progressão de forma muito criteriosa para prevenir possíveis complicações tais como o edema do colo e evidência no CTG de sofrimento fetal.

Nesta fase é explicada à utente a importância da monitorização continua com CTG apesar do desconforto que muitas parturientes referem, entendem que é a única forma de avaliar o bem-estar fetal.

É efetuada uma avaliação sistemática do TP incluindo modificações cervicais e progressão da apresentação o que permite a deteção de anomalias de progressão nomeadamente distócias e assinclitismos.

Prestar os cuidados de higiene à parturiente e fornecer meios para uso de sanitário são nesta fase muito importantes sendo que se a parturiente não conseguir efetuar esvaziamento vesical devido à progressão do polo fetal, deve ser realizado pelo ESMO de acordo com a ingestão hídrica prevenindo o aparecimento de bexigomas que impedem a progressão fetal.

Outro aspeto importante é a rotura de membranas e as características do LA, geralmente a rotura de membranas ocorre de forma espontânea, mas sempre que não ocorre de forma espontânea deve proceder-se à amniotomia. Ao longo deste estágio tive inúmeras oportunidades para a realização da amniotomia, de acordo com a explicação cuidada da Enf. Orientadora e os conhecimentos prévios adquiridos procurei sempre efetuar esta técnica de acordo com os princípios que lhe estão subjacentes tendo sempre

atenção a contenção do polo fetal após a realização da amniotomia prevenindo o prolapso do cordão umbilical. A observação das características do LA é muito importante pois um LA tingido de mecónio pode sugerir sofrimento fetal.

Todos os registos devem ser realizados atempadamente no processo físico da utente, mais propriamente no partograma e transcritos para o Sistema de Informação utilizado Sclinico, refiro-me aqui aos toques vaginais, ao traçado de CTG, realização da amniotomia e características do LA.

Todo o trabalho realizado até ao 2º período de trabalho de parto é fundamental. Ter uma parturiente instruída e colaborante é meio caminho para que a coordenação entre os esforços expulsivos e as instruções dadas e o enfermeiro ESMO levem a uma experiência de parto mais positiva.

É neste estadió de trabalho de parto que a parturiente é posicionada em posição ginecológica, na ULSNE ainda é a posição utilizada em período expulsivo pois é uma posição mais confortável para o profissional de saúde no que se refere à execução de procedimentos, como o toque vaginal, realização da episiotomia quando necessário, a proteção do períneo e a extração do RN no auxílio dos movimentos de rotação externa.

Apesar de não ser esta a posição reconhecida pela OMS como sendo a posição mais fisiológica ainda é a que é utilizada uma vez que também não existem equipamentos nem as instalações estão preparadas para outras posições de trabalho de parto.

A decisão da realização da episiotomia é aqui tomada de acordo com cada parturiente e não é realizada de forma rotineira, sendo esta tomada de acordo com a vontade da mulher e com a perceção do EESMO sobre as características do períneo e as dimensões do feto. Quanto a este aspeto posso referir que ao longo do meu estágio de em todos os partos realizados foram poucas as episiotomias realizadas, mas importa referir que a equipa de enfermagem do serviço é de acordo quanto a realização da episiotomia em detrimento da laceração não controlada do períneo. A técnica de episiotomia bem como episiorrafia e correção de lacerações foi para mim uma grande dificuldade, primeiro em identificar as estruturas e pontos de referência de alinhamento da sutura e depois em controlar a hemorragia durante a técnica de sutura, foi aqui fundamental a ajuda de toda a equipa com quem tive oportunidade de estar na sala de partos mas sem duvida foi fundamental a ajuda da Enf. Orientadora que com muita paciência me ajudou sempre que necessário e desta foi fui ultrapassando a maioria das dificuldades neste aspeto tão importante.

Tendo em conta o elevado risco de laceração independentemente da realização de episiotomia ou não procurei sempre proteger o períneo adequadamente, técnica esta que fui adquirindo na continuidade da realização e assistência de partos.

Quando ocorre a exteriorização da cabeça do feto tive sempre o cuidado de efetuar uma correta observação verificando ou não a existência de circulares do cordão ou mesmo de precedência da mão. Em casos de existência de circulares do cordão verifiquei se estas eram passíveis de remoção manual e em caso de não ser possível a reversão da circular executei a laqueação prévia do cordão à vulva.

Quando o 2º estadio de trabalho de parto é muito prolongado e os esforços expulsivos das parturientes não são suficientes, ou por exaustão das mesmas ou por falta de percepção da contração e dos membros inferiores devido à analgesia epidural a parturiente é questionada sobre a necessidade de auxílio, auxílio este realizado através da manobra de Kristeller sabendo de antemão que é uma técnica não reconhecida pela OMS no parto humanizado por se considerar por violência obstétrica pela dor que pode causar à parturiente.<sup>(2)</sup> Se a parturiente consentir verbalmente este auxílio esta técnica é executada por o outro enfermeiro presente na SP.

Sempre que estas manobras não são suficientes é chamado o obstetra de serviço e este verifica a necessidade ou não de parto distócico. Ao longo do estágio tive bastantes oportunidades para assistir a partos distócicos por fórceps e ventosa.

Sempre que possível após a exteriorização do RN é colocado em contacto em contacto corpo a corpo com a mãe, sempre estimulando o RN para que seja mais facilmente expelidas as secreções e incentivei o pai ou pessoa significativa que estava a assistir ao parto a cortar o cordão umbilical, tornando-os assim membros mais ativos e colaboradores do trabalho de parto e favorecendo a vinculação da tríade mãe/pai e RN.

Depois deste momento o RN é levado pela enfermeira que está de auxílio à SP para ser observado pelo pediatra que é chamado quando é iniciado o período expulsivo.

A perfusão de oxitocina é desligada depois da expulsão do feto até ao final do 3º estadio de trabalho de parto, a dequitação.

Nos partos que realizei a dequitação ocorreu sem intercorrências, cerca de 10 a 15min após a expulsão do feto. Procurei ter sempre atenção à vigilância da perda hemática vaginal e sinais de descolamento da placenta realizando para isso as manobras de Krustner e de Ferb e confirmação da formação do globo de segurança de Pinard realizando uma massagem para que este não tivesse tendência a descontrair.

A exteriorização da placenta com auxílio da manobra de Dublin permite a expulsão completa da placenta e das suas membranas. Na maioria dos partos que realizei a dequitação foi natural e completa pelo mecanismo de Shultze sendo que os, poucos casos que tive pelo mecanismo de Duncan verifiquei que a dequitação é mais demorada.

No final deste período realizei um exame cuidado à placenta no que se refere a aos cotilendons, às membranas e ao cordão umbilical.

Após a saída da placenta é retomada então a perfusão de oxitocina e realizada massagem no fundo do útero diminuindo o risco de atonia uterina e perna hemática vaginal abundante verificando então a presença do GSP.

Por fim o 4º estadio de TP, conhecido por hemóstase, ainda decorre na SP. Fui aqui bastante rigorosa no que se refere à revisão do canal de parto com o intuito de verificar ou não a existência de possíveis lacerações para proceder à sua correção.

Como referi anteriormente a técnica de episiorrafia e correção de lacerações foi uma das minhas grandes dificuldades, mas com a continuidade do estágio sinto-me mais autónoma no meu desempenho referindo desde já que não é apenas que este estágio que ficarei completamente independente e só com a continuidade da prática é que irei ganhar o traquejo necessário.

No final da episiorrafia é de novo avaliado o GSP bem como realizada a revisão uterina com o objetivo de verificar a presença de coágulos ou estos placentários que posteriormente possam levar a uma atonia uterina.

São nesta fase, prestados os cuidados vulvoperineais e colocação de gelo no períneo sempre que necessário para ajudar na diminuição do edema local e facilitar a hemóstase e são explicados à mãe quais os cuidados vulvoperineais que a própria deve realizar à posteriori.

A promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida é ainda realizada na SP sempre que possível promovendo um vínculo precoce aproveitando esta oportunidade para realizar educação para saúde à mãe sobre a amamentação e os seus benefícios tanto para a mãe como para o bebé.

Ao longo deste estágio em que tive a oportunidade de exercer funções na sala de partos tive a oportunidade de assistir a dois partos com distócia de ombros e observei atentamente a atuação do enfermeiro ESMO colaborando sempre que possível por forma a saber como atuar em uma situação posterior semelhante.

Ao longo deste estágio tive ainda a oportunidade de admitir parturiente para cesariana eletiva por partos anteriores por cesariana ou por apresentação pélvica, sendo

que neste caso realizámos os cuidados pré-operatórios às parturientes e acompanhei as mesmas ao Bloco. Em casos de cesariana emergente também tive a oportunidade de participar mais concretamente em situações de suspeita de DPPNI, agindo de rápida e encaminhando a puérpera o mais precocemente possível para o bloco.

Importa ainda aqui referir que toda a equipa deste serviço é uma equipa especializada e com capacidade de atuar em situações de risco demonstrando confiança e conhecimento em todas as atitudes e detetando precocemente possíveis complicações este facto é de extrema importância na relação de confiança tão importante entre a parturiente e a equipa.

Penso ter atingido este objetivo sendo capaz de conceber, implementar e planear intervenções com base na promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto, no que se refere ao bem-estar da mulher e conviventes significativos, à vinculação precoce da tríade mãe/pai e RN, ao controlo da dor, à identificação e monitorização do trabalho de parto bem como avaliação do risco materno-fetal e evolução do trabalho de parto. Procurei sempre aplicar as técnicas adequadas à execução do parto eutócico e assistência de parto distócico bem como cooperei com outros profissionais no tratamento de complicações da gravidez e no parto.

Outro aspeto muito importante nesta competência específica é otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina bem como prevenir complicações do recém-nascido atuando de forma adequada na sala de partos.

Existe um enfermeiro ESMO destacado em cada turno para a sala de partos e outro para o internamento sendo que é este segundo elemento que no momento do parto fica responsável pela receção do RN e auxilia o Médico pediatra na prestação de cuidados imediatos ao RN.

Durante o trabalho de parto é preocupação do enfermeiro ESMO destacado para a SP preparar o material necessário para a prestação dos cuidados ao RN quer em situação fisiológica quer em situação de risco, falo de verificar todo o material necessário para a reanimação do RN em caso de necessidade, laringoscópio, ambu e tubos endotraqueais bem como a verificação do reanimador no que se refere ao O<sub>2</sub>, à aspiração e aquecimento. Além deste material é função deste reunir outro material como é a notícia de nascimento que deve ser pré-preenchida com os dados da mãe, a identificação da pulseira de identificação que será colocada ao RN, a pulseira do sistema de alarme “Hugs”, a ampola de vitamina K para prevenção de hemorragia neonatal e a pomada de oxitetraciclina para

profilaxia da úlcera da córnea e conjuntivite neonatal. Este material é preparado na sala de partos ou então no berçário em casos de partos distócicos por cesariana.

Em partos eutócicos ou distócicos por ventosa ou fórceps, após o nascimento é colocado sempre que possível de imediato junto da mãe promovendo o contacto corpo a corpo e vínculo precoce e depois passa para o reanimador para ser observado pelo pediatra este faz o exame físico rigoroso e auscultação cardíaca e pulmonar. Em casos de necessidade de reanimação do RN o enfermeiro ESMO colabora com o pediatra desde a estimulação precoce do RN, a aspiração de secreções ou mesmo em insuflações e compressões se necessário procurando seguir o algoritmo de reanimação de RN.

Nos RN's por cesariana é a enfermeira do internamento que acompanha a mãe ao bloco que fica responsável por receber o RN no bloco e colabora com o pediatra na prestação de cuidados imediatos e posteriormente é também responsável pelo transporte do RN até ao internamento. Chegado ao internamento o RN é levado para o berçário e aqui é aplicado o protocolo de vit. K e pomada oftálmica e é vestido o RN que fica no berço a aguardar a chegada da mãe o recobro.

Este é um aspeto que para mim deveria ser repensado tanto no que se refere ao transporte do RN desde o Bloco Operatório até ao Serviço de internamento que é da responsabilidade do enfermeiro ESMO.

O RN é transportado ao colo pelo elevador de uso comum até ao piso do Serviço de internamento sendo que por vezes o tempo gasto e os inadequados contactos são excessivos à condição de RN. Perante esta situação sugiro que este transporte seja repensado por forma a garantir que o RN tenha menos contactos possíveis para isso o ideal seria que o RN fosse transportado em uma incubadora de transporte aquecida e em circuito próprio.

Outro aspeto que é de referir é o RN aguardar no berçário até à chegada da mãe do recobro, o RN fica sozinho num berço normal quando no meu ponto de vista deveria estar em uma incubadora aquecida e quem sabe aguardar junto da mãe no recobro ou junto de uma pessoa significativa como o pai por exemplo.

Já junto da mãe, promovi o vínculo entre a tríade mãe/pai e bebé e incentivar o aleitamento materno.

No que se refere ao cuidados ao RN durante o internamento o mais importante é tornar a mãe o mais autónoma possível para que no momento da alta esteja capacitada para tomar conta do RN, para isso é fundamental fazer os educação para saúde a mãe no que se refere ao cuidados de higiene, aos cuidados ao coto umbilical, à amamentação

inclusive sinais de fome e saciedade sendo muito importante demonstrar disponibilidade e interesse e tentar dar respostas as dúvidas colocadas pela mãe, foi neste aspeto muito importante o planeamento de intervenções específicas no que se refere à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

➤ **Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.**

O puerpério implica inúmeras alterações a nível de diversos órgãos e é importante conhecê-las para verificar o decurso normal deste período, é aqui que reside a importância da atuação do enfermeiro ESMO prestando apoio à mulher na manutenção do seu equilíbrio emocional pois este período implica rearranjos emocionais, a nível físico e a nível familiar.

Ao longo de todo este estágio tive a oportunidade de prestar cuidados diretos a puérperas de partos eutócicos e partos distócicos sejam eles por cesariana, fórceps e ventosa.

É uma das competências específicas do enfermeiro ESMO o cuidar da mulher inserida na família e comunidade no período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. <sup>(1)</sup>

As puérperas de partos eutócicos e distócicos por fórceps ou ventosa passam para as enfermarias pouco tempo depois de serem presados os cuidados imediatos na SP e as puérperas de parto distócico por cesariana só regressam ao serviço após terem alta no recobro do Bloco Operatório.

É nesta fase muito importante criar um ambiente acolhedor e de confiança com as puérperas e pessoa significativa para que se sintam à vontade para colocar todas as dúvidas que surgirem e recebam este novo elemento e paz e harmonia.

Quanto aos cuidados a prestar às puérperas eles passam essencialmente pela observação direta da pele e mucosa, a involução uterina, perda hemática vaginal, monitorização de sinais vitais para despiste de possíveis hipotensões, vigilância do penso da ferida cirúrgica e características da episiorrafia, monitorização do débito urinário em casos de necessidade de algaliação, realização e acompanhamento no primeiro levante e vigilância da primeira micção espontânea.

Além de todas estas intervenções o incentivo e apoio na amamentação é muito importante pois as mulheres não nascem ensinadas para amamentar e nem todos os RN's

têm a mesma facilidade em iniciar a amamentação por isso é um processo de calma e paciência em que o enfermeiro ESMO se devem mostrar atento e disponível.

A monitorização da dor é também muito importante por isso é considerada como o 5º sinal vital, pois é um dos aspetos mais impeditivos de bem-estar no puerpério sendo que o enfermeiro ESMO deve estar desperto para isso e aliviar a dor para que a puérpera se sinta o mais confortável possível.

Como enfermeira em formação, ao longo deste estágio senti-me autónoma na prestação de cuidados à puérpera, tendo especial atenção a toda a educação para saúde de enfermagem para que a transição e adaptação à parentalidade ocorra sem interferências capacitando as puérperas para a prestação de cuidados ao RN, bem como a adaptação no período pós-parto, no que se refere à sexualidade e contraceção, sendo este um tema ainda pouco abordado na maternidade deve ter-se especial atenção pois é um dos temas que desperta mais dúvidas nas puérperas e as quais devem ser esclarecidas o mais precocemente possível.

Outro dos aspetos que o enfermeiro ESMO deve ter em atenção é a promoção da saúde mental na vivência do puerpério e o desgaste físico e emocional que este período acarreta, para tal o profissional deve implementar intervenções de enfermagem para promover a saúde mental da mulher, garantindo o apoio necessário bem como os períodos de descanso necessários, potenciando assim a parentalidade responsável.

A necessidade da transferência do RN para o serviço de neonatologia por situação de patologia do RN é um dos aspetos que influencia negativamente a saúde da mulher no período pós-natal, aqui o enfermeiro ESMO deve assumir uma atitude de proteção e apoio da puérpera demonstrando-se sempre disponível para o esclarecimento de todas as dúvidas explicando a necessidade de cuidados do RN e que ela própria é livre de estar com o RN sempre que sentir essa necessidade bem como é necessário promover o aleitamento materno sempre que possível e que a situação clínica assim o permita a mãe deve sentir-se confortável para se deslocar ao serviço de Neonatologia, para isso o Enfermeiro do serviço de obstetrícia deve acompanhar a mãe numa primeira visita ao serviço de Neonatologia, fazendo uma breve apresentação da mulher aos profissionais do serviço por forma a garantir a continuidade de cuidados e desmontar o apoio necessário à mulher. Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar tanto o RN como a puérpera ao serviço de Neonatologia e constatei a necessidade do apoio emocional que estas puérperas necessitam, o sentimento de impotência da mulher é referido como o mais comum, desta forma deve o profissional explicar o porquê da necessidade de cuidados

especializados do RN e referir que é uma situação transitória da maioria dos casos sendo a mãe a pessoa mais competente para a prestação de cuidados quando a situação clínica assim o permitir.

➤ **Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Tal como já referi anteriormente a Lei nº9/2009 de 4 de março define as experiências mínimas que respondem à exigência da diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho. Assim, a validação do título de EESMO, poderá ser reconhecida em países da União Europeia (UE) que se tenham orientado pela mesma diretiva, permitindo, deste modo, a mobilidade de profissionais especializados.

O EESMO terá de completar durante a sua formação académica as seguintes experiências mínimas para que lhe seja reconhecido o título de especialista pela ordem que o regulamenta, no caso de Portugal, a Ordem dos Enfermeiros, sendo elas:

1. Consulta de grávidas incluindo pelos menos 100 exames pré-natais;
2. Vigilância/assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
3. Realização pelo aluno de pelo menos, 40 partos; quando este nº não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
4. Participação ativa em partos de apresentação pélvica;
5. Em caso de impossibilidade, devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deve ser realizada uma formação por simulação;
6. Prática de episiotomia e iniciação à sutura:
  - a iniciação incluirá em ensino teórico e exercícios clínicos;
  - a prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada, se tal for indispensável;
7. Vigilância/assistência e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
8. Vigilância/assistência e cuidados, incluindo exame, de pelo menos, 100 parturientes e R/N normais;

9. Observação e cuidados a R/N que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes e depois do tempo, bem como R/N de peso inferior ao normal e R/N doentes;
10. Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia;
11. Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia, a iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos.

Perante as competências e experiências mínimas obrigatórias supra-referidas, apresento um quadro resumo de todas as experiências por mim realizadas no decorrer deste estágio.

**Tabela 1** - Competências e Experiências mínimas obrigatórias e obtidas

<b>Competências e Experiências mínimas obrigatórias (Lei mº9/2009)</b>	<b>Experiências obtidas</b>
<b>1</b>	142
<b>2</b>	98
<b>3</b>	41 Realizados + 31 Assistências
<b>4</b>	0
<b>5</b>	1
<b>6</b>	49
<b>7</b>	40
<b>8</b>	246
<b>9</b>	9
<b>10</b>	31
<b>11</b>	4

Sendo a episiotomia uma das atividades da competência do EESMO, serviu de suporte para a reflexão e início da formulação da questão de investigação usada para o estudo a seguir desenvolvido.

### **3. Estudo de Investigação - Prevalência de Episiotomia em Partos Eutócicos numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País**

#### **3.1. Episiotomia**

##### **3.1.1 Conceito**

A episiotomia é definida como uma intervenção cirúrgica que consiste na realização de uma incisão no períneo para aumentar o espaço na saída do canal de Parto.<sup>(4)</sup>

Esta intervenção foi introduzida, por um Obstetra Irlandês Sir Fielding Ould em 1742, tal como o próprio descreve no seu livro escrito em 1742 e intitulado “*A Treatise of Midwifry in Three Parts.*”, com o objetivo de ser realizada de modo excepcional, para ajudar o nascimento em partos complicados e prevenir lacerações graves do períneo.<sup>(5)</sup>

Ao longo do tempo, em especial no século XX a episiotomia foi adquirindo mais defensores, ganhando assim mais popularidade e sendo realizada de uma forma mais generalista em grande parte graças aos Obstetras Pomeroy e DeLee, sendo que estes defenderam que a episiotomia sistemática e a utilização de fórceps eram recomendadas como medidas de alívio para todas as primíparas. A finalidade da realização da episiotomia seria reduzir a probabilidade de lacerações perineais graves e a sua associação com fórceps tinha como objetivo diminuir o trauma fetal prevenindo a hipoxia.<sup>(6)</sup>

Este procedimento começou a ser utilizado de forma sistematizada devido a fatores como a hospitalização do parto, a posição horizontal adotada para o nascimento, o uso de fórceps e o incentivo de inúmeros obstetras com a justificação que diminuía a morbi-mortalidade materna e neonatal.<sup>(7)</sup>

Outros autores defendem que a episiotomia surgiu para auxiliar os partos vaginais mais complicados sendo usada periodicamente sob a justificação de evitar traumas perineais e problemas do foro ginecológico tais como o retocelo e o cistocelo bem como o relaxamento da musculatura pélvica e prevenir a mortalidade infantil.<sup>(6)</sup>

### 3.1.2. Técnica de realização e reparação da Episiotomia

A Episiotomia deve ser realizada quando a musculatura perineal se encontra distendida, mais propriamente no momento da coroação, por forma a minimizar a lesão dos tecidos moles, sendo que se esta for realizada muito tardiamente não são prevenidas possíveis lacerações e quando realizada precocemente pode levar a hemorragia significativa. <sup>(8)</sup>

É uma das intervenções mais realizadas na assistência ao parto <sup>(9)</sup>, é sempre realizada no períneo posterior entre o introito vaginal e o ânus continuamente com recurso a analgesia local por infiltração dos planos, anestesia dos pudendos ou com recurso a anestesia epidural de forma a evitar a dor provocada pela incisão.

Em apresentações cefálicas, quando o polo cefálico do feto distende o períneo o Enfermeiro ESMO deve introduzir o indicador e o dedo médico entre a apresentação e a parede vaginal procedendo à incisão com uma tesoura sendo que os dedos servem e proteção do escalpe. Em casos de apresentação pélvica, partos gemelares ou aplicação de fórceps, a episiotomia deve ser realizada antes que a apresentação distenda o períneo. De acordo com a orientação da episiotomia esta pode ser mediada ou médio-lateral sendo que a incisão deve ser iniciada ao nível da fúrcula.

A episiotomia médio-lateral é realizada num ângulo de cerca de 45° relativamente à linha mediana afetando a fúrcula, a mucosa e submucosa vaginal, fibras musculares do músculo transverso e do períneo, músculo pubo-coccígeo e pode ainda atingir o músculo bulbo-cavernoso.

Quanto à episiotomia mediana envolve a fúrcula, mucosa e sub-mucosa vaginal e a aponevrose do núcleo perineal. Este tipo de episiotomia envolve mais risco quando comparada com a episiotomia medio-lateral uma vez que pode provocar mais facilmente laceração do esfíncter anal e do reto, o que faz com que este tipo de episiotomia tenha sido abandonado ao longo do tempo. <sup>(9)</sup>

Existem algumas indicações para a realização da episiotomia, entre elas, casos de sofrimento fetal, parto distócico/instrumental, partos complicados como distocia de ombros, apresentações pélvicas, macrossomia fetal, lesões iminentes de laceração perineal grave por rigidez perineal ou altura do períneo inferior a 3cm. <sup>(10)</sup>

Importa referir que a ocorrência de lacerações perineais depende de inúmeros fatores que podem estar relacionados com fatores maternos, fatores fetais, ao parto e à prática inadequada da episiotomia. <sup>(11)</sup>

As lacerações perineais espontâneas ou associadas à episiotomia podem ser classificadas em quatro graus de acordo com as estruturas envolvidas:

1º grau – envolvem a fúrcula, pele do períneo e a mucosa vaginal;

2º grau – envolvem a fúrcula, pele do períneo, mucosa vaginal, fáscia e músculos do diafragma urogenital;

3º grau – envolvem as estruturas anteriores e a mucosa retal;

4º grau – além das estruturas anteriores envolvem ainda o esfíncter retal. <sup>(9)</sup>

A Episiotomia propriamente dita pode ser caracterizada como sendo uma laceração de 2º grau pelas próprias estruturas que envolve.

No que se refere à reparação da episiotomia, mais propriamente à episiorrafia, esta deve ser realizada logo após a dequitação. Em primeiro lugar é de extrema importância manter a técnica asséptica, explicar à utente o procedimento e garantir que esta recebe a analgesia adequada de forma a evitar a dor decorrente da sutura.

Logo se seguida o profissional deve inspecionar a mucosa vaginal cuidadosamente para verificar a extensão da lesão, bem como a mucosa retal se esta for atingida deve proceder-se à exploração através do toque retal e comunicar ao médico. Caso se verifiquem vasos com hemorragia ativa estes devem ser laqueados antes da episiorrafia para evitar formação de hematomas.

A episiorrafia deve ser sempre realizada por planos tendo em atenção a anatomia sendo que devem ser utilizados absorvíveis com o objetivo de minimizar o desconforto pós-parto.

A sutura do 1º plano refere-se à mucosa vaginal, esta deve ser iniciada cerca de 1cm acima do vértice da incisão e terminando junto ao anel himenial, garantindo desta forma a hemóstase, deve ser utilizada a técnica de sutura contínua.

O 2º plano corresponde à sutura das fibras musculares seccionadas, deve ser realizada com duas suturas, uma sutura das fibras musculares mais profundas e uma sutura das fibras musculares mais superficiais, ambas as suturas ficam superpostas e é importante ter em conta que quer se utilize técnica contínua de sutura ou pontos separados estes não devem estar demasiados tracionados, por forma a não “estrangular” os músculos uma vez que isso pode levar a possíveis complicações como a dispareunia.

Por fim, terminar com a sutura dos bordos cutâneas, idealmente com seda 2/0 absorvível, sem sobrepor os bordos e sem demasiada contenção, pode ser utilizada sutura intradérmica, pontos simples ou pontos tipo donatis. <sup>(12)</sup>

### 3.1.3. Complicações da Episiotomia

As complicações da episiotomia são bastante frequentes e afetam grande parte das mulheres, falamos essencialmente da dor, da hemorragia associada, de uma possível infecção, da deiscência da episiorrafia e não menos importante da reconstrução anatômica não satisfatória. Posso também referir algumas complicações do foro ginecológico como por exemplo o retocelo e cistocelo e a incontinência urinária decorrentes do relaxamento da musculatura pélvica.

A Dor foi reconhecida pela DGS em 2003 como sendo o 5º Sinal Vital sendo que merece a nossa atenta observação e registo. A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre, associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial. <sup>(10)</sup>

Quando se refere à dor no pós-parto a mulher reconhece a episiorrafia ou a sutura das lacerações perineias como sendo a maior causa de dor, sendo que esta dor geralmente é tratada com acesso a analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides e estão são em regra suficientes para aliviar as queixas álgicas. Importa referir que sempre que está dor for contínua e não ceder à analgesia deve ser estudada a sua causa, pois poderá estar associada a hematoma ou infecção.

Relativamente à hemorragia, na grande maioria dos casos, a hemorragia associada à incisão da episiotomia provoca perdas sanguíneas ligeiras ou moderadas, mas tal como referi anteriormente é importante laquear os vasos visíveis em sangramento ativo antes de realizar a episiorrafia por forma a diminuir o hematoma perineal associado. Os hematomas perineias geralmente ocorrem nas primeiras horas pós-parto e podem ser de grande volume provocando dor, sempre que estes hematomas forem identificados podem ter a necessidade de ser drenados sendo para isso necessário reabrir a episiorrafia e proceder a hemóstase.

O risco de infecção do local da episiotomia é baixo sempre que são cumpridas todas as normas de antissepsia, mas poderá acontecer e haver a necessidade de administração de antibióticos, para isso é muito importante a inspeção cuidada da episiorrafia e os cuidados vulvoperineias bem como educação para saúde à puérpera relativa à higiene local.

A deiscência, outra possível complicação da episiotomia, é a abertura de uma sutura ou de um tecido de cicatrização, ocorre em uma pequena percentagem de pacientes

submetidas à episiorrafia sendo mais comum em lacerações de 3º ou 4º grau. Está é uma complicação que aumenta significativamente o risco de infeção. Em situações em que a deiscência é apenas de 1 a 2 cm e envolve apenas a pele, a desinfeção local com Iodopovidona e a administração de antibiótico de largo espectro habitualmente é suficiente. Por outro lado, se a deiscência for maior poderá ter de ser resolvida cirurgicamente não esquecendo nunca a profilaxia da infeção. <sup>(9)</sup>

No que se refere à reconstrução anatómica não satisfatória, refiro-me essencialmente a zonas de fibrose, assimetrias perineais, a fístulas recto-vaginais ou mesmo a rutura do períneo, sendo que estas complicações são em grande parte provocadas por lacerações. <sup>(9)</sup>

### **3.1.4. Episiotomia generalizada ou uso seletivo**

Segundo a OMS em 1996 no “Guia Prático para assistência ao Parto Normal” onde são classificadas as práticas relacionadas com o parto normal estas são classificadas em quatro categorias de A a D sendo que na categoria A estão compiladas as práticas úteis ao parto e com evidência para serem encorajadas e na categoria D aparecem as práticas sem evidência da utilidade no parto. <sup>(13)</sup>

A Episiotomia foi classificada com a categoria D recomendando o uso limitado desta intervenção sendo que a OMS apenas admite uma taxa de utilização de cerca de 10%, uma vez que o uso generalizado desta prática poderá ser prejudicial à saúde da Mulher. <sup>(13)</sup>

O *European Perinatal Health Report* é o relatório mais detalhado sobre a saúde e os cuidados de mulheres grávidas e de crianças na Europa, reúne dados de 29 países, publicado no âmbito do Euro-Peristat, dá-nos a informação que em Portugal a taxa de Episiotomia é praticada de forma rotineira em partos vaginais ultrapassando a fasquia dos 70% no período entre 2004 e 2010 mais precisamente uma taxa de 72.9% variando as prevalências de Episiotomia nos países europeus entre 5% na Dinamarca e 75% no Chipre. <sup>(8)</sup>

A OE em 2012 no documento “Pelo direito ao Parto Normal” também recomenda evitar a utilização Episiotomia por rotina em parturientes de baixo risco pois o seu benefício não está demonstrado. <sup>(14)</sup>

De acordo com as recomendações da OMS, a OE através da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, apresenta, em 2013, o projeto denominado Maternidade com Qualidade com o objetivo de garantir a segurança

e qualidade dos cuidados através da efetiva regulamentação do exercício profissional com a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde, com o aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade de cuidados, a satisfação dos EESMO envolvidos na prática clínica, a melhoria da eficiência dos cuidados e a dotação de recursos adequada. Este projeto recorreu a indicadores de evidência, entre os quais surge a Episiotomia, a utilização da prática clínica com o objetivo de reduzir a frequência da utilização da Episiotomia para menos de 10%. Esse projeto decorreu no ano de 2014 onde participaram 10 Hospitais de Norte a Sul do País sendo que se pode verificar pelos resultados obtidos que a taxa de Episiotomia tanto em primíparas como em múltiparas diminuiu na grande maioria das instituições participantes do primeiro para o segundo semestre. <sup>(15)</sup>

Em 2018 a OMS emitiu novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, de entre as 56 recomendações presentes no documento a OMS não recomenda o uso rotineiro da Episiotomia desencorajando os profissionais da utilização da mesma. <sup>(2)</sup>

Ainda em 2018, no Relatório Primavera da OPSS, são abordadas duas práticas obstétricas recorrentes em Portugal, a cesariana e a Episiotomia pois são mais frequentes que nos restantes países da Europa o que demonstra que é controverso o uso rotineiro da Episiotomia. Este relatório dá-nos a informação que dos 90 7211 partos vaginais ocorridos em Portugal entre 2000 e 2015, 696510 (76.7%) mulheres foram submetidas a episiotomia sendo que a prevalência da Episiotomia diminuiu de 81.5% em 2000 para 54.1% em 2015, referindo ainda que este decréscimo foi mais acentuado entre 2013 e 2015 com uma descida de cerca de 7.2% por ano. <sup>(16)</sup>

Recentemente a Assembleia da República Portuguesa, em 28 de junho de 2021 emite uma resolução em Diário da República em que recomenda a eliminação de práticas de violência obstétrica e a realização de um estudo sobre as mesmas, ou seja, recomenda ao Governo que diligencie pela eliminação de práticas de violência obstétricas, como a manobra de *Kristeller* e a episiotomia de rotina e a realização de um estudo nacional anónimo sobre essas práticas incluindo o “ponto do marido”. <sup>(17)</sup>

Desta forma e de acordo com as mais recentes recomendações a Episiotomia deve ser realizada de forma seletiva e não por rotina, sendo aqui que reside a importância deste estudo de investigação.

## **3.2. Apresentação do Problema**

### **3.2.1. Questão de Investigação**

Qual a Prevalência de Episiotomia em Mulheres com parto eutócico e fatores associados numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País no período entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019?

### **3.2.2. Objetivos**

#### Objetivo Geral

- Identificar a Prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico e fatores associados numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País.

#### Objetivos Específicos

1. Relacionar a prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico com a idade no período entre janeiro de 2018 a dezembro de 2019 numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País.
2. Relacionar a prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico com a paridade no período entre janeiro de 2018 a dezembro de 2019 numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País.
3. Relacionar a prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico com a analgesia epidural no período entre janeiro de 2018 a dezembro de 2019 numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País.
4. Relacionar a prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico com o peso do recém-nascido no período entre janeiro de 2018 a dezembro de 2019 numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País.
5. Interpretar a relação entre a prática clínica da episiotomia e os fatores associados em mulheres com parto eutócico.
6. Planear estratégias que possam contribuir para reduzir a prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico.

### **3.2.3. Hipóteses**

H1: Existe relação entre a prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico e a idade.

H2: Existe relação entre a prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico e a paridade.

H3: Existe relação entre a prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico e a analgesia epidural.

H4: Existe relação entre a prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico e o peso do recém-nascido.

## **3.3. Metodologia**

### **3.3.1. Tipo de Estudo**

Estudo analítico uma vez que pretende verificar as hipóteses, retrospectivo pois baseia-se em registos efetuados num período passado e longitudinal uma vez que pretendo estudar uma exposição/doença (episiotomia) ao longo do tempo pré-definido. <sup>(18)</sup>

### **3.3.2. População**

Constituída por 924 mulheres que pariram entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019 numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País.

### **3.3.3. Amostra**

Amostra probabilística uma vez que todos os elementos pertencentes à população têm a mesma hipótese de ser incluídos na investigação sendo o investigador imparcial. <sup>(18)</sup> Nesta investigação a amostra é composta por 424 mulheres com parto eutócico que pariram entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019 numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País.

### **3.3.4. Critérios de inclusão e exclusão**

Critérios de inclusão

- Parto eutócico – nascimento em apresentação cefálica de vértice, por via vaginal, sem recurso a instrumentos. <sup>(14)</sup>

Critérios de exclusão

- Partos distócicos – Nascimentos com necessidade de recurso a instrumentos. <sup>(14)</sup>

### 3.3.5. Variáveis

Variável dependente: Episiotomia - é definida como uma intervenção cirúrgica que consiste na realização de uma incisão no períneo para aumentar o espaço na saída do canal de Parto. <sup>(1)</sup>

Esta variável foi operacionalizada em:

- ✓ **Sim** - caso exista episiotomia;
- ✓ **Não** - nos casos em que não existe episiotomia;
- ✓ **Não aplicável** - quando se trata de um parto distócico por cesariana.

Variáveis independentes:

- **Idade da Mulher** – período que decorre a partir do nascimento até à data da colheita de dados. Esta variável será operacionalizada em duas categorias de acordo com a idade: <sup>(9)</sup>
  - ✓ Até 35 anos;
  - ✓ > 35 anos.
- **Paridade** – Número de gestações para além das 22 semanas. Variável independente operacionalizada de acordo com o número de gestações prévias de cada mulher inserida na investigação. <sup>(11)</sup>
  - ✓ **Primípara** – mulher que completou uma gestação até ao estado de viabilidade fetal. <sup>(11)</sup>
  - ✓ **Múltipara**- mulher que completou 2 ou mais gestações até ao estado de viabilidade fetal. <sup>(11)</sup>
- **Analgesia epidural** – trata-se de uma anestesia regional que bloqueia a dor numa determinada região do corpo através da inserção de um cateter no espaço epidural. <sup>(9)</sup>

Esta variável será operacionalizada em três categorias:

- ✓ **Sim** - caso a grávida recorreu analgesia epidural durante o trabalho de Parto.
- ✓ **Não** – se a grávida não recorreu a analgesia epidural durante o trabalho de Parto.

- ✓ **Não aplicável** - em caso de ser um parto distócico por cesariana a analgesia epidural pode ser considerada.
- **Peso do recém-nascido** – O peso do recém-nascido foi operacionalizado em três categorias de acordo com o seu peso e Idade Gestacional em percentis. <sup>(26)</sup>
  - ✓ < 2500gr, a baixo do percentil 10;
  - ✓ 2500 – 3500gr, entre o percentil 10 e o percentil 50;
  - ✓ >3500gr, acima do percentil 90.

### **3.3.6. Instrumento de Colheita de Dados**

Para facilitar e orientar a colheita de informação nos processos clínicos físicos das utentes, foi elaborada uma *Cheklis*t (Anexo II). Os dados recolhidos dizem respeito às variáveis episiotomia, idade, data e o tipo de parto, paridade, o peso do RN e analgesia epidural.

### **3.3.7. Colheita de Dados**

Previamente ao início da colheita de dados foi realizada uma reunião com a equipa multidisciplinar do serviço de Obstetrícia da Unidade Hospitalar em estudo com o objetivo de todos conhecerem a investigação e garantir a mínima interferência nas atividades diárias do serviço e o bem-estar das utentes, solicitando a colaboração de toda a equipa.

Após deferimento do Conselho de Administração e do Parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Saúde (Anexo III), dei início à colheita dos dados.

Uma vez que eu não faço parte desta equipa multidisciplinar não poderia aceder aos processos das utentes, foi por isso necessário que alguém colaborasse diretamente com a investigação e assim assumisse a responsabilidade pela colheita de dados. A pessoa que foi designada para assumir esta responsabilidade foi a diretora do serviço de Obstetrícia (Anexo IV) sendo que apenas ela acedeu aos processos clínicos das utentes na minha presença.

Deste modo foi garantida a legalidade no acesso aos processos pois trata-se de um estudo retrospectivo relativo aos anos de 2018 e 2019 e seria impossível obter o consentimento das utentes.

Para que este processo se iniciasse foi necessário contactar o arquivo da Unidade Hospitalar por forma a localizar os processos dos anos de 2018 e 2019. Após este contacto fui informada que o pedido dos processos se deveria fazer por mês dos anos em estudo e com antecedência de cerca de dois dias. Desta forma foram pedidos os processos e os mesmos foram entregues no serviço de obstetrícia e colocados em uma sala previamente cedida pela direção do serviço para esse efeito.

Todos os dados foram colhidos nos processos físicos das utentes, mais propriamente no registo do trabalho de parto onde consta a informação relativa à utilização da Episiotomia, à analgesia epidural e ao peso do RN, na notícia de nascimento podemos verificar também o peso do RN e na história clínica das utentes os dados relativos à história obstétrica e a idade da mulher. Estes dados foram então colhidos com auxílio da *checklist* de colheita de dados previamente elaborada sendo que, a cada processo foi atribuído um número para garantir a confidencialidade dos dados. (Anexo II)

Todo este processo de colheita de dados foi realizado durante o mês de junho de 2021 durante o turno da tarde, obtendo a informação sobre as variáveis em estudo necessárias para o decorrer desta investigação, foram consultados no total 924 processos clínicos referentes a todas as parturientes admitidas no serviço de obstétrica no ano 2018 e 2019.

### **3.3.8. Tratamento de Dados**

Procedeu-se à análise descritiva da amostra através de tabelas de frequência no caso das variáveis de natureza qualitativa, e da análise da média, máximo, mínimo e desvio padrão no caso das variáveis de natureza quantitativa.

Para detetar relações estatisticamente significativas entre a prevalência de episiotomia e a idade da mãe, paridade, peso do recém-nascido e aplicação de analgesia epidural utilizaram-se testes de independência do Qui-Quadrado apresentando também os valores do *Odds Ratio* (OR) no sentido de quantificar riscos e indicar a relação entre hipótese de determinado evento acontecer em diferentes situações. <sup>(27)</sup>

Todas as análises estatísticas foram realizadas com IBM SPSS *Statistics* 24.0.

De forma a melhorar a compreensão e interpretação dos resultados e não duplicar a informação a apresentação dos resultados irá ser realizada através de tabelas.

### **3.3.9. Considerações Éticas**

Ao longo deste estudo de investigação foram respeitados todos os preceitos éticos de acordo com a Declaração de Helsínquia, a Convenção de Oviedo e a legislação

nacional em vigor de acordo com o Compromisso de Honra e a Declaração de Interesses em anexo. <sup>(19,20,21)</sup>

O projeto foi então submetido à apreciação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde sendo que inicialmente foi solicitada a reformulação do trabalho para que este se considerasse legal no acesso aos processos clínicos das utentes, sem o consentimento das mesmas, para tal foi necessário que alguém pertencente à equipa multidisciplinar do serviço de Obstetrícia se responsabilizasse pela colheita dos dados (Anexo IV). Após as alterações solicitadas o projeto foi submetido novamente à CE da ULSNE e obteve parecer favorável na reunião de 19/05/2021 (Anexo III). Só após o parecer favorável é que se deu início à colheita da informação com auxílio da *checklist*. (Anexo II)

Ao longo de toda a investigação foi garantida a confidencialidade dos dados colhidos, tal como referi anteriormente, foi atribuído a cada processo consultado um número pelo qual o mesmo será identificado e os dados colhidos foram utilizados unicamente para a presente investigação. (Anexo VI)

### 3.4. Apresentação dos Resultados

Para melhor contextualizar os resultados, relativos à amostra selecionada, apresenta-se primeiro uma breve caracterização da população considerada.

**Tabela 2** - Descrição da População

	Total (n=924)		Parto Eutócico (n=424; 45,9%)		Parto Distócico (n=500; 54,1%)	
	N	%	n	%	N	%
<b>Grupo Etário (anos)</b>						
Até 35	746	80,7	361	85,1	385	77,0
Mais de 36	178	19,3	63	14,9	115	23,0
	Média 30,04 anos (DP± 5,98); Mín: 16; Max: 46		Média 29,24 anos (DP±5,95); Mín: 16; Max: 44		Média 30,71 anos (DP±5,93); Mín: 17; Max: 46	
<b>Idade (anos)</b>						

Nota: DP - Desvio padrão

A população foi constituída por 924 mulheres que pariram entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019 na unidade de saúde em estudo, tendo a maioria destas mulheres tido parto distócico 500 (54,1%), representando os partos eutócicos 424 (45,9%).

A maior parte desta população tinha até 35 anos de idade, com uma média de idade de aproximadamente 30 anos, mantendo-se praticamente a mesma (29,4 anos) que nas mulheres com parto eutócico que constituíram a amostra (Tabela 2).

**Tabela 3** - Descrição da amostra de acordo com a episiotomia

	<b>Parto Eutócico</b> (n=424; 45,9%)	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Episiotomia</b>		
Não Aplicável	0	0
Sim	207	48,8
Não	217	51,2

Média de idade 29,24 anos (DP±5,95); Mín: 16; Max: 44

Nota: DP - Desvio padrão

Para este estudo foram apenas selecionadas as mulheres que tiveram parto eutócico uma vez que é neste tipo de parto que o EESMO atua de forma mais autónoma.

A amostra final do estudo ficou, então, constituída por 424 mulheres com parto eutócico

A percentagem de episiotomia na amostra foi de 48,8%. Estas mulheres têm uma média de idade cerca de 29 anos (Tabela 3).

**Tabela 4** - Relação entre a Episiotomia e a Idade da mulher

	<b>Episiotomia</b>				<b>p</b>	<b>Odds Ratio</b>
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>			
<b>Grupo etário (anos)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Até 35	185	89,4	176	81,1	<0,05*	1,96
Mais de 36	22	10,6	41	18,9		

Nota: Utilizado Teste Exato de Fisher; \*p<0,05.

De acordo com os resultados expressos na Tabela 4 verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre a episiotomia e a idade da mulher (p<0,05), sendo que as mulheres até aos 35 anos têm uma probabilidade, de 1,96 vezes superior de ter um parto eutócico com episiotomia comparadas com as mulheres com mais de 36 anos.

**Tabela 5** - Relação entre a Episiotomia e a Paridade

	Episiotomia				p	Odds Ratio
	Sim		Não			
Paridade	n	%	n	%		
Primíparas	125	60,4	38	17,5	<0,001*	7,18
Múltiparas	82	39,6	179	82,5		

Nota: Utilizado Teste Exato de Fisher; \*p<0,05.

A Tabela 5 apresenta os dados obtidos da relação entre a episiotomia e a paridade verificando-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre a episiotomia e a paridade (p<0,001) tendo as primíparas uma probabilidade de 7,18 vezes superior de ter um parto eutócico com episiotomia que as múltiparas.

**Tabela 6** - Relação entre a Episiotomia e a Analgesia Epidural

	Episiotomia				p	Odds Ratio
	Sim		Não			
Analgesia epidural	n	%	n	%		
Sim	179	54,2	151	69,3	<0,001*	2,85
Não	27	29,3	67	30,7		

Nota: Utilizado Teste Exato de Fisher; \*p<0,05.

Na Tabela 6, pode observar-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a episiotomia e a analgesia epidural (p<0,001), sendo que as mulheres que recorrem à analgesia epidural têm uma probabilidade 2,85 vezes superior de ter um parto eutócico com episiotomia comparadas com as mulheres que não recorrem à analgesia epidural.

**Tabela 7** - Relação entre a Episiotomia e o Peso do recém-nascido

	Episiotomia				p**
	Sim		Não		
Peso do recém-nascido (gr)	n	%	n	%	
<2500	48	23,1	53	24,5	0,692
2500 – 3500	158	76,0	159	73,6	
>3500	2	0,9	4	1,6	

Nota: Utilizado Teste de qui-quadrado de Pearson; \*\*p>0,05

A Tabela 7 fornece os dados da relação entre a episiotomia e o peso do recém-nascido não se verificando qualquer associação ( $p=0,692$ ).

Para contextualizar teoricamente os dados obtidos na investigação empírica, descreve-se de seguida a discussão dos resultados.

### 3.5. Discussão dos Resultados

Respondendo à grande questão de investigação deste estudo, que pretendia saber qual a prevalência da episiotomia em partos eutócicos na Unidade Hospitalar em estudo no período entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019, a prevalência da episiotomia é de 207 (48,8%).

Este valor distancia-se bastante do valor apresentado pelo Peristat 2010 que indicava uma taxa de 73% de episiotomias em partos Eutócicos em Portugal, variando a sua proporção entre 5% na Dinamarca e 75% no Chipre, colocando Portugal entre os países Europeus que mais recorre à episiotomia. <sup>(8)</sup>

O facto da percentagem apresentada pelo Peristat em 2010<sup>(8)</sup> ser tão elevada é essencialmente porque as recomendações para evitar o uso da episiotomia ainda não serem evidentes, pois em 1996 a OMS <sup>(13)</sup> apenas incluía a Episiotomia entre as práticas usadas de forma inadequada e só em 2012 a OE <sup>(14)</sup> e em 2018 a OMS <sup>(2)</sup> lançaram recomendações evidentes que indicam que a episiotomia deveria ser realizada de forma seletiva pois o seu benefício não está demonstrado.

Em 2014 o relatório apresentado pela OE relativo ao projeto maternidade com qualidade também nos apresenta dados em que é visível o decréscimo do uso da episiotomia nas instituições em estudo. <sup>(15)</sup> Este decréscimo pode dever-se ao facto de os profissionais agirem de forma diferente sempre que sintam que estão a ser avaliados e que estão a produzir dados que serão replicados para o resto da população portuguesa.

Ainda relativamente à prevalência da episiotomia o Relatório Primavera 2018 da OPSS vem confirmar o decréscimo do uso rotineiro da episiotomia uma vez que fornece dados que em 2000 a episiotomia tinha uma prevalência de 81,5% em Portugal em detrimento de 54,1% no ano de 2015, frisando que esse decréscimo ocorre essencialmente no período entre 2013 e 2015 com uma descida de cerca de 7,2% por ano. <sup>(15)</sup>

Todos estes valores ainda se distanciam muito do recomendado pela OMS que preconiza que a prevalência da episiotomia não deveria ultrapassar os 10% <sup>(11)</sup> o que significa que ainda existe um longo caminho a percorrer no que se refere ao uso seletivo

da episiotomia, sendo que os resultados deste estudo já são passíveis de um uso não rotineiro da episiotomia e isso poderá indicar uma mudança de atitude a longo prazo e trazer ganhos em saúde para a população. <sup>(2,7,8,14)</sup>

Os resultados permitem observar que existe relação entre a idade da mulher e a prevalência de episiotomia (OR=1.96;  $p<0,05$ ), sendo que as mulheres mais jovens, até aos 35 anos, têm maior probabilidade de ter um parto eutócico com episiotomia quando comparadas com as mulheres com mais de 36 anos.

Importa referir que na população em estudo de 924 partos, a grande maioria é de mulheres até aos 35 anos como referi anteriormente, mas é notório que nos partos eutócicos a média de idade é de 29,4 anos, este é um fator de grande interesse pois a idade da mulher ao nascimento do primeiro filho tem vindo a aumentar sendo que em Portugal no ano de 2020 encontrava-se nos 30,7 anos <sup>(22)</sup> e comparada com outros países da União europeia a média é de precisamente 29,4 anos <sup>(23)</sup> tal como a média de idades em partos eutócicos neste estudo. Como neste estudo não se trata exclusivamente do nascimento do primeiro filho importando também ter em conta a média de idade da mulher ao nascimento de um filho, em Portugal, em 2020 é de 32,2 anos <sup>(24)</sup>.

Este facto pode deve-se essencialmente à emancipação da mulher e da busca de melhor qualidade de vida e estabilidade tanto a nível pessoal como profissional o que faz com que o projeto da maternidade seja adiado.

Todos estes aspetos podem ser influenciadores no que se refere à prática da episiotomia pois as características das mulheres vão alterando com a idade nomeadamente a elasticidade de tecidos e recuperação muscular, bem como aumentam as potenciais complicações decorrentes do uso da episiotomia. <sup>(7)</sup>

A paridade também apresenta uma associação estatisticamente significativa com a episiotomia ( $p<0,001$ ), Tabela 5, sendo que as primíparas uma probabilidade 7,18 vezes superior de ter um parto eutócico com episiotomia quando comparadas com as múltíparas.

Estes dados são corroborados no projeto maternidade com qualidade realizado pela OE em 2014 em várias maternidades do país em que o número de episiotomia em primíparas é muito superior ao número de episiotomia em múltíparas. <sup>(15)</sup>

Em 2017 num estudo realizado numa maternidade do centro de Portugal, estes dados também são corroborados sendo que a paridade também apresenta uma relação estatisticamente significativa com a episiotomia ( $p<0,001$ ). <sup>(28)</sup>

No que se refere à relação entre a episiotomia e a analgesia epidural, também se verificou uma relação estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ), Tabela 6, sendo que as

mulheres que recorrem a analgesia epidural têm uma probabilidade 2,85 vezes superior de ter um parto eutócico com episiotomia quando comparadas com as mulheres que não recorrem à analgesia epidural.

No estudo referido anteriormente realizado em 2017 em Portugal, esta associação também me verificou ( $p < 0,001$ ).<sup>(28)</sup>

De acordo com os resultados apresentados posso afirmar que se confirmam a maior parte das hipóteses formuladas no início do estudo, essencialmente no que se refere à existência de uma relação estatisticamente significativa entre a prevalência da episiotomia e a idade da mulher, a paridade e a analgesia epidural.

Quanto à relação entre a prevalência da episiotomia e o peso do recém-nascido, Tabela 7, não se verificou uma qualquer associação na amostra em estudo ( $p > 0,05$ ).

### **3.6. Conclusão**

A questão de investigação “Qual a Prevalência de Episiotomia em Mulheres com parto eutócico e fatores associados numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País no período entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019?” foi claramente respondida, concluindo-se que a amostra apresenta uma prevalência de episiotomia de 48,8% em mulheres com parto eutócico.

De acordo com os resultados conclui-se que a episiotomia em partos eutócicos não é realizada de forma generalizada na Unidade Hospitalar em estudo em consonância com as orientações internacionais.<sup>(2,13)</sup>

As hipóteses formuladas no início desta investigação nomeadamente as que se referem a uma relação entre a prevalência da episiotomia e a idade da mulher, paridade e analgesia epidural confirmam-se na amostra em estudo.

Ainda existe um longo caminho a percorrer por forma a dar respostas às recomendações mais recentes em relação à prática da episiotomia, mas perante estes resultados pode-se admitir que a meta poderá não estar tão distante e que com esforço e empenho das equipas de saúde poderemos alcançar os resultados.

Os resultados desta investigação, pretendem contribuir para a evidência científica útil na melhoria dos cuidados de saúde prestados às utentes para que o parto seja uma experiência positiva. Como contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de

saúde prestados e pela evidência e relevância da temática da presente investigação, pretende-se apresentar os dados no contexto futuro de formação em serviço.

Com base nos resultados desta amostra, sugere-se a possibilidade de estabelecimento de protocolos com a instituição no sentido da continuação da investigação nesta área dos cuidados de saúde com vista a melhoria desses cuidados.

A promoção da implementação de projetos nas instituições de saúde resultantes da efetiva articulação entre o projeto formativo do estudante e os projetos das instituições, com particular abordagem na área da prestação de cuidados de qualidade poderá constituir uma mais-valia.

Neste contexto, o papel do enfermeiro deve ser cada vez mais valorizado como primeiro elemento de intervenção para a prevenção, particularmente no âmbito das consequências associadas a episiotomia, na aplicabilidade dos protocolos e nas orientações dos organismos internacionais que defendem a diminuição da episiotomia.

Pela pertinência que a intervenção no âmbito prático dos cuidados de enfermagem apresenta, a formação especializada no contexto das boas práticas de cuidados especializados, garante a qualidade dos cuidados envolvendo diretamente os profissionais de saúde e permitindo mudanças comportamentais.

#### **4. Conclusão geral**

Durante o Estágio de Natureza Profissional procurei aproveitar todas as oportunidades de ensino mostrando-me sempre disponível e aceitando todas as críticas construtivas por forma a melhorar os cuidados prestados a mulher e RN.

Analisei e comparei todos os momentos vivenciados com os conhecimentos teóricos previamente adquiridos por forma a fazer uma análise das minhas intervenções, concluindo que este estágio foi sem dúvida uma mais-valia para o meu enriquecimento pessoal e profissional como futura Enfermeira ESMO.

Adquiri as competências comuns e específicas do enfermeiro ESMO consolidando e pondo em prática todos os conhecimentos técnico/científicos, bem como a arte da profissão de enfermagem e descodificando algumas práticas utilizadas pelo senso comum por forma a alcançar todos objetivos aos quais me propôs ao longo do estágio.

É sem dúvida uma grande dificuldade transmitir todas as atividades e todas as vivências durante o estágio neste relatório pois nem sempre é fácil transcrever para o papel todas as emoções e aprendizagens vividas.

Por outro lado, o desenvolvimento de um estudo de investigação elaborado ao longo deste estágio foi sem dúvida uma experiência muito enriquecedora fomentando o meu interesse em investigação e angariando competência nesta área da enfermagem que a cada dia que passa se torna mais fundamental para a prática baseada na evidência.

O estudo em causa refere-se à prevalência de um procedimento cirúrgico implementado inicialmente realizado de modo excepcional para auxílio em partos complicados e prevenção de lacerações graves do períneo, foi ao longo do tempo ganhando mais seguidores e passou a ser realizado de forma rotineira o que pode trazer graves consequências a longo prazo na saúde da mulher. Desta forma a realização deste estudo de investigação pretende produzir evidência científica para que este procedimento não seja realizado de forma rotineira e assim garantir ganhos em saúde para a população.

Constatei acima de tudo que a episiotomia parece não ser realizada de forma rotineira nesta unidade hospitalar o que me deixa bastante satisfeita por ser sinal de uma mudança de paradigma o que irá trazer ganhos em saúde para a mulher apesar de ainda termos um grande percurso pela frente para dar resposta às mais recomendações da OMS, da OE e da Assembleia da República tal como fui frisando ao longo deste trabalho.

Deixo também algumas sugestões que no meu ponto de vista podem ser muito importantes no que refere à diminuição da prevalência da episiotomia em mulheres com parto eutócico:

- ✓ Apresentar os resultados da investigação na Unidade Hospitalar em estudo;
- ✓ Sensibilizar para a necessidade de protocolar o uso seletivo da episiotomia;
- ✓ Realizar novos estudos que identifiquem as complicações da episiotomia;
- ✓ Criar programas de monitorização/recuperação/ reabilitação das puérperas com episiotomia nos Cuidados de Saúde Primários pelo enfermeiro ESMO.

Todas estas atitudes devem partir de uma atitude recetiva da equipa e de uma boa interligação de cuidados multidisciplinar que visem garantir os melhores cuidados à mulher e assim obter ganhos em saúde a médio e longo prazo.

Gostaria ainda de concluir que todo este estágio apesar de conturbado por ser realizado em plena época de pandemia em que todos os profissionais necessitaram de adicionar um esforço extra para se adaptar a cada situação, foi sem dúvida muito gratificante ver que esse esforço de todos serviu para que o milagre da vida continuasse

com a magia de sempre mesmo que a mulher se mostrasse com mais receio do futuro todos juntos conseguimos mostrar que estávamos lá para elas, sendo isto fundamental para as tranquilizar e para que acreditassem no trabalho do profissionais de saúde.

## Referência Bibliográficas

1. Dário da República. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica. Em: DR; 2ª série – Nº85- 3 de Maio de 2019.
2. WHO. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO. 2018. Acedido em: [www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/)
3. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Direção Geral da Saúde. 2015.
4. Posner GD, Dy J, Black AY, Jones GD. Oxorn – Foote: Trabalho de Parto e Parto. 6. Ed. Porto Alegre: ARTmed Editora Ltda. 2014.
5. Ould F. A treatise of midwifry. In three parts. Londres. 1742.
6. Amorim MM, & Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*. 36 (1), 47-54. 2008.
7. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. Implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health*. 2017.
8. European Perinatal Health Report. Euro-Peristat perinatal health indicators 2010. Peristat; 2010. Acedido em: <http://www.europeristat.com/our-indicators/euro-peristat-perinatal-health-indicators-2010>.
9. Graça LM. Medicina materno-fetal. (4.ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda; 2010.
10. Direção Geral de Saúde. A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa nº09/DGCG. DGS; 2003.
11. Nené M, Batista M, Marques R. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa. Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda. 2016.
12. Steven B, et al. Manual de Obstetrícia de Williams. (23º ed.). McGraw Hill. 2014.
13. Organização Mundial de Saúde. Care in normal birth: a practical guide. Genebra, Suíça: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit; Guia Prático para assistência ao Parto Normal”. 1996.
14. Ordem dos Enfermeiros. Pelo Direito ao Parto Normal, Uma visão partilhada. 2012.

15. Ordem dos Enfermeiros. Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. 2013.
16. OPSS. Relatório Primavera. capítulo 2 pág.37-39. 2018.
17. Diário da República. Resolução da Assembleia da República nº181/2021 de 28 de junho. 2021.
18. Fortin M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. 2009.
19. Tribunal Internacional de Nurembega. Código de Nurembega. 1947.
20. AMM. Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial; Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos. 1964; Revisão 2013.
21. Diário da República. Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. Diário da República; Nº2 – 3 de janeiro. 2021.
22. Pordata. Idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho.  
Acedido em:  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
23. Eurostat. Idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho na União Europeia. 2019. Acedido em: <https://ec.europa.eu/eurostat>
24. Pordata. Idade média da mulher ao nascimento de um filho.  
Acedido em:  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+de+um+filho-417>
25. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Library. 2017.
26. Fenton T, Kim J. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart growth chart for preterm infants. BMC Pediatr; 2013; 13:59.
27. Maroco, J. Análise Estatística com utilização do SPSS. Lisboa, Edições Sílabo. 2007.
28. Rodrigues S, Silva P, Agius A, et al. Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth?. Mater Sociomed. 2019 Mar; 31(1):25-30.

## **Anexos**



## Anexo II – Parecer da Comissão de Ética



IdeN.º14/2021

### Parecer da Comissão de Ética

#### Identificação do estudo:

Prevalência de Episiotomia em Partos Eutócitos numa Unidade hospitalar da Região Norte do País

#### Parecer da Comissão de Ética:

Em Reunião de 19-05-2021, a CE, deliberou dar **parecer favorável** ao presente trabalho, por reunir os formalismos legais

#### Fundamentos do Parecer:

O trabalho tem interesse científico para a ULSNE.

Reunião 27.05.2021

*Carvalho*

Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente do  
Conselho de Administração

*Carvalho*  
19.05.2021

Despacho do P.C.A.:

## Anexo III – Declaração de Responsabilidade de Colheita de Dados



### Declaração

Maria Joaquina Baltazar Branco, Diretora do Serviço de Obstetrícia da Unidade Hospitalar de Bragança, declaro que me responsabilizo pela colheita de dados nos processos clínicos das utentes no âmbito da investigação intitulada “Prevalência da Episiotomia numa unidade Hospitalar do Norte do País” nos processos físicos das utentes que tenham dado entrada no serviço de Obstetrícia desta Unidade Hospitalar entre Janeiro de 2018 e Dezembro de 2019, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados.

As informações recolhidas referem-se a variáveis gerais que serão tratadas apenas em termos quantitativos relativamente ao tipo e data de parto, idade da mulher, peso do recém-nascido, paridade e analgesia de trabalho de parto.

Considero que este tema se reveste de grande importância e irá trazer ganhos em saúde para a população.

Bragança, 28 de Abril de 2021

## Anexo IV – Compromisso de Honra e Declaração de Interesses



### COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que todas as informações prestadas sobre o estudo são verdadeiras. Declaro que o estudo respeita as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas) e da Organização Mundial de Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH).

Comprometo-me a respeitar todas as recomendações da CE e prestar todos os esclarecimentos adicionais necessários.

Comprometo-me ainda a entregar à C.E. o relatório final do estudo e a participar em eventuais atividades de divulgação dos resultados/aplicações do estudo que venham a ser desenvolvidas pela ULSNE.

Bragança, 27 de Março de 2021

Luisa Faveiro  
(assinatura do investigador)