



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

1º Curso de Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

Episiotomia na Vida da Mulher

Autora:

Ana Filipa Gomes Lésico

Santarém, Setembro 2014



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

1º Curso de Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

Unidade Curricular Estágio IV e Relatório

A Episiotomia na Vida da Mulher. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de estágio apresentado para obtenção de grau de mestre na Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Orientadora:

Profª Maria Lurdes Torcato

Co-Orientadora:

Profª Teresa Carreira

Autora:

Enfª Ana Filipa Gomes Lésico

Nº 100434004

Santarém, Setembro 2014

SIGLAS

CMESMO – Curso mestrado enfermagem saúde materna e obstetrícia

EESMO – Enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia

OE – Ordem dos enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática baseada na evidência

TP – Trabalho de parto

RESUMO

Este relatório tem como ponto de partida o estágio IV, realizado no âmbito do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, onde pude perceber que a episiotomia era um ato que, realizado por enfermeiros especialistas, poderia intervir de forma traumática para a mulher em trabalho de parto e causar problemas na sua vida e sexualidade. Desta forma, e partindo da pergunta PI(C)O: De que forma, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na Episiotomia (I), interfere na sexualidade (O) da mulher (P)?, recorri a uma revisão sistemática da literatura. Foram analisados 4 estudos em artigos encontrados nas bases de dados. Ao analisá-los pude concluir que a episiotomia interfere diretamente na sexualidade da mulher, tendo o enfermeiro especialista um importante papel na decisão da realização deste ato e no uso de técnicas que minimizem o impacto da mesma.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia; Episiotomia; Mulher; Sexualidade

ABSTRACT

This report takes as its starting point the stage IV, held under the Master's degree in nursing and midwifery maternal health, we can tell that episiotomy was an act carried out by specialist nurses could intervene in a traumatic way to the woman in labor and cause problems in your life and sexuality. Thus, starting from the PI(C)O question: How the intervention of the nurse specialist in obstetrics and maternal health on Episiotomy (I) interferes with woman (P) sexuality (O)?, a systematic review of the literature. Four studies were analyzed in articles found in databases. To analyze them could conclude that episiotomy directly affects the sexuality of women, while the nurse specialist an important role in the realization of this decision and act in the use of techniques that minimize the impact.

Keywords: Midwife; Episiotomy; Woman; Sexuality

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1 – DO DESENVOLVIMENTO FORMATIVO À PRÁTICA ESPECIALIZADA.....	10
2 – EPISIOTOMIA: UMA PRÁTICA COM IMPLICAÇÕES FUTURAS	17
2.1 – AS PERSPETIVAS TEÓRICAS DE ROPER E AS SUAS IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	25
3 – METODOLOGIA	31
4 – ANÁLISE REFLEXIVA.....	36
5 – CONCLUSÃO.....	43
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	
Anexo I - Descritores.....	49
Anexo II - Conjugação Palavras Chave.....	50
Anexo III – Artigos Seleccionados.....	51
Anexo IV – Fichas de Leitura dos Artigos.....	52

ÍNDICE QUADROS

Quadro nº 1. Critérios formulados para a pergunta PI(C)O	31
Quadro nº 2. Limitadores de pesquisa na base de dados	32
Quadro nº 3. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos a estudar.....	33
Quadro nº 4. Resumo fichas leitura dos artigos	35

ÍNDICE FIGURAS

Figura nº 1. Esquema/Resumo de pesquisa.....	33
--	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio final (estágio IV) do 1º curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica, e tendo como base todo o percurso formativo já adquirido realizo este relatório por forma a ser um contributo para a enfermagem no que respeita à prática baseada na evidência.

Este Relatório conceptualiza teoricamente a ação, sendo o seu referencial teórico principal, a teoria de Nancy Roper. Fazendo referência ao desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem, tem como pilar de desenvolvimento a Revisão Sistemática da Literatura (RSL), sustentada pela Prática Baseada na Evidência (PBE) de acordo com uma metodologia PI[C]O, e pretendendo ser uma reflexão sobre a ação. A temática abordada enquadra-se no estágio IV, na medida em que foi através da prática que se verificou a necessidade de encontrar fundamentos teóricos de evidências científicas que me fundamentassem a ação de enfermagem.

Apesar de ter vivenciado múltiplas situações que despoletaram a consecução deste trabalho, foi a episiotomia e o seu impacto na sexualidade da mulher que me inquietou enquanto enfermeira especialista. Isto deve-se não só pelo fato de ser uma prática comumente utilizada no local onde realizei o estágio IV como pelo fato de haver receio, verbalizado e demonstrado, por parte das mulheres grávidas/parturientes. Por outro lado não é possível dissociar o papel que o enfermeiro tem neste ato, pelo que me questioneei acerca da sua importância e das suas competências.

Durante o estágio IV pude perceber que a episiotomia constituía, muitas vezes, um entrave no decorrer do segundo estadio do trabalho parto. As parturientes manifestavam ou verbalizavam que não queriam sofrer este corte cirúrgico, sobrepondo-se o medo/receio contra a necessidade de saída do bebé. Por outro lado, sabe-se que a episiotomia, por vezes usada rotineira e indiscriminadamente, pode acarretar consequências na vida e na saúde das mulheres e dos casais devendo-se recorrer a tecnologias não invasivas de cuidados e práticas alternativas que favorecem a redução da necessidade de realização deste procedimento (Progianti; Araújo e Mouta, 2008).

Foi nesta perspetiva que me fundamentei por forma à consecução deste relatório, tentando perceber o que o enfermeiro poderia fazer para minimizar as consequências do uso da

episiotomia, sabendo que num período pós-parto este ato poderá ter consequências na vida da mulher e na sua sexualidade. Sabendo que todo o processo de enfermagem deve ser realizado de acordo com a individualidade de vida de cada pessoa, e que Nancy Roper, Logan e Tierney (2001), incorpora o enfermeiro com um papel major na adequação dos cuidados à situação e à pessoa, a episiotomia deverá ser um ato individualizado e as suas implicações para a vida da mulher deverão ser avaliadas.

De acordo com as atividades de vida referidas por Nancy Roper, sempre fundamentada pelos estudos atuais acerca desta temática e não esquecendo todas as competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, pude questionar-me **“De que forma, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na Episiotomia pode interferir na sexualidade da mulher”**.

Este relatório reflete o empenho no desenvolvimento de competências no sentido de uma intervenção autónoma e orientada para a excelência, imprescindível na prestação de cuidado, pretendendo responder aos objetivos:

- Compreender a necessidade da realização de episiotomia durante o trabalho de parto;
- Entender o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na realização da episiotomia;
- Analisar as implicações da prática da episiotomia na sexualidade da mulher;
- Enquadrar a prática desenvolvida no estágio IV com a evidência encontrada;

Em seguida irei desenvolver este relatório com recurso a uma fundamentação teórica atual com foco na teoria de Nancy Roper e nas competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia. Está dividido em capítulos onde se integram a fundamentação da temática, o desenvolvimento metodológico da revisão sistemática da literatura e a análise da prática baseada nas evidências encontradas. Por último encontra-se a conclusão do relatório.

1 – DO DESENVOLVIMENTO FORMATIVO À PRÁTICA ESPECIALIZADA

Numa perspetiva de encontrar uma temática para ser a base de construção deste relatório, foi fundamental todos os ensinamentos clínicos constantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ministrado pela escola superior de saúde de Santarém. No entanto, foi na Unidade Curricular Estágio IV e Relatório, que se pretendia o surgimento da inquietude como ponto de partida para a temática aqui abordada.

Este Estágio decorreu de forma linear com enfoque no objetivos gerais delimitados:

- Prestar de cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença.

Teve subjacente as competências comuns de Enfermeiros Especialistas e de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) definidos nos regulamentos nº122/2011 (Diário da República nº35/2011a) e nº 127/2011 (Diário da República nº35/2011b), respetivamente.

Apesar da minha construção enquanto enfermeira especialista, ter partido destes objetivos, esta deveu-se, em grande parte à enfermeira cooperante que acompanhou este percurso formativo e que orientou a construção do meu saber. A sua ampla experiência e a sua disponibilidade permitiu sempre ter a segurança necessária para prosseguir com o meu percurso, sem medos/receios de questionar o que quer que fosse. No entanto, haviam temáticas que nunca foi possível esclarecer totalmente, não só porque a enfermeira cooperante não considerava pertinente, mas também porque iam contra as regras do serviço delimitadas pelo diretor clínico. Alguns exemplos disso são a utilização de técnicas não farmacológicas no alívio da dor (realização de duche quente, massoterapia, utilização de outras posições durante o trabalho de parto), a realização de posicionamentos que facilitassem a descida fetal não restritos ao leito e a utilização da bola de pilates.

O facto de realizar este ensino clínico num hospital Universitário e de apoio perinatal diferenciado constituiu para mim um enorme desafio pelas diferentes situações que se

impuseram e pela presença de médicos internos da especialidade que, tal como eu, queriam colaborar na prestação de cuidados à mulher internada em sala de partos. A cooperação com a equipe médica foi fundamental para perceber que existem situações que estão para além da área de atuação do EESMO mas que este tem um importante papel na sua deteção, tal como é referida na competência específica do EESMO (Diário da República nº35/2011b: 8664): “Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”.

A direção clínica do hospital onde exerci o estágio IV, não queria lacerações em partos vaginais, incitando sempre à prática da episiotomia, o que me levou a refletir e investigar mais acerca dessa temática, tendo sempre como base as competências comuns de enfermeiro especialista: “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Diário República nº35/2011a: 8649).

A competência: “atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (Diário da República nº35/2011b: 8664), ficou condicionada pelas regras impostas pelo serviço, nomeadamente no que respeita ao espaço físico não permitir privacidade para a deambulação durante o trabalho de parto, condicionando a mulher à cama.

Não esquecendo todos os alicerces construídos noutros estágios no curso de mestrado, este foi o mais importante para consolidar competências já adquiridas e formar novas competências que me permitem ser a EESMO que sou hoje.

No que respeita à prestação de cuidados à mulher em trabalho de parto, internada em sala de partos ou no serviço de urgência obstétrica e ginecológica, foi possível promover a saúde da mulher em trabalho de parto garantindo um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto e concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos bem como, diagnosticar precocemente de forma a prevenir complicações para a saúde da mulher identificando e monitorizando o trabalho de parto, avaliando e determinando a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto e aplicando as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica (Diário da República nº35/2011b).

Tendo como base a competência (Diário da República nº35/2011b: 8664) “Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que

estão para além da sua área de atuação”, sobre a qual incide o maior foco de interesse, pode-se referir que, em quase todos os partos que foram realizados no estágio final de mestrado, foi implementada essa competência e desenvolvida da forma que foi pretendido inicialmente. Contrapondo este ato de episiotomia, que é realizada com o intuito de minimizar a lesão nos tecidos moles, quando a musculatura perineal se encontra muito distendida (Lowdermilk in Lowdermilk e Perry, 2008), tão comumente realizado. Também pude ter a perspectiva de partos vaginais sem recurso ao corte perineal, com recurso a algumas técnicas explicadas e exemplificadas por EESMO. Percebi também que as lacerações não significam má atuação de enfermagem e que, por vezes são inevitáveis e podem ocorrer mesmo quando se realiza episiotomia. Ao tentar, conjuntamente com as EESMO, aplicar outras metodologias na realização de partos vaginais, contribuí para o desenvolvimento da competência: “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (Diário da República nº35/2011a: 8651).

Tal como em todos os cuidados de enfermagem, a relação estabelecida com o utente é fundamental. Neste caso, a mulher grávida, o seu acompanhante e a sua família, necessitam sentir-se acolhidos e integrados nas ações a desenvolver aquando o contato com o ambiente hospitalar, tal como corrobora a competência do regulamento de competências dos EESMO: “concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos” (Diário da República nº35/2011b: 8664). Como enfermeira que sou, acrescentando o facto de ser EESMO, considere fundamental desenvolver profundamente esta competência no contacto com a mulher grávida, no acolhimento no serviço, no serviço de urgência e em diferentes situações ocorridas.

As competências (Diário da República nº35/2011b: 8664): “Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” e “identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”, pela importância que têm preocupe-me em atuar por forma a aprofundá-las, tendo tido diversas oportunidades para tal. Um fator predisponente foi o fato de se realizar induções do trabalho de parto em sala de partos, bem como, ser um hospital de apoio perinatal diferenciado recebendo grávidas de risco e grávidas com menos de 32 semanas gestação.

Pude perceber que o primeiro contato estabelecido com a mulher/acompanhante, bem como, o constante esclarecimento de dúvidas, era fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança que depois se reflete na passagem pelos diferentes estádios do trabalho de parto e no envolvimento destas nestes. Demonstrei uma prática com respeito nos direitos humanos, analisando e interpretando a situação específica de cuidados especializados e

assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes (Diário República nº35/2011a), tal como se encontra descrito nas competências comuns de enfermeiro especialista.

Numa tentativa de ser uma EESMO cada vez melhor, assentei os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação, tal como é referido no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Diário da República nº35/2011a). Foi uma mais valia, a existência de protocolos para determinadas condutas durante o trabalho de parto: quer seja em relação a atuações em situações de emergência em parturientes ou em outras situações específicas em mulheres grávidas que não estavam em trabalho de parto. De extrema importância também, foi perceber que determinadas situações não se enquadram no nosso campo de atuação e que devemos ter o discernimento de encaminhá-las tendo sempre como foco o bem-estar materno e fetal, tal como é referido na competência: “Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (Diário da República nº35/2011b: 8663).

Num hospital de apoio perinatal diferenciado seria de esperar ter oportunidade de vivenciar diferentes situações de emergência/risco obstétrico. Na realidade pude deparar-me com algumas situações em que necessitei de implementar a competência: “identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (Diário da República nº35/2011b: 8663), bem como a realização de “suporte básico de vida à mulher em situação crítica” (Diário da República nº35/2011b: 8663). No entanto, para conseguir ter um maior domínio de competências necessitava de ter tido um maior número de situações e de diferentes âmbitos ao longo do ensino clínico.

No que respeita à vigilância e realização de partos de fetos mortos ou em processo de interrupção médica da gravidez, tive algumas oportunidades de acompanhamento nestas situações, agindo de acordo com as competências de enfermeiro especialista em saúde materna e obstetria, identificando e monitorizando o trabalho de abortamento e concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto e identificando complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. O processo de expulsão pode ser moroso e extremamente desconfortável para a mulher/acompanhante, quer a nível físico como psicológico. Além de poder realizar apoio à mulher/acompanhante, pude acompanhar todo o processo de expulsão fetal e da placenta, bem como realizar os protocolos de envio do feto e

placenta, tal como descrito na competência “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento” (Diário da República nº35/2011b:8663).

Em relação à aquisição da competência: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos” foi possível proporcionar um ambiente tranquilo propício à receção do recém-nascido e ao estabelecimento da relação da tríade. Em relação à competência “Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina”(Diário da República nº35/2011b: 8664), foi desenvolvida não só pelo número de partos realizados como por ter assistido a diversos outros, de termo e pré-termo, eutócicos e distócicos. Outro fator que contribuiu para o desenvolvimento de capacidades no cuidar do recém-nascido e desenvolver a competência “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Diário da República nº35/2011a: 8649), deveu-se ao fato de ter realizado formação no âmbito da reanimação neonatal. Assim foi possível compreender a importância de ter e conhecer material preparado para a reanimação do RN e saber todos os passos de atuação por forma a colaborar mais ativamente em situações mais complicadas.

A diretiva nº 2005/36/CE (lei nº 9/2009) alterada pela diretiva 2013/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, delimita determinadas diretrizes para a concretização do título de parteira a nível Europeu. Essas diretrizes tiveram implicações práticas na minha aprendizagem: não só pela necessidade de atingir “*numerus clausulus*” no que respeita a determinados cuidados à mulher/parturiente, como pela exigência de realização de uma série de procedimentos importantes para a minha futura posição enquanto EESMO. A realização de determinados cuidados na quantidade pretendida nesta diretiva (“*numerus clausulus*”), aumenta a segurança e a competência na sua realização. Nomeadamente no que respeita ao foco do relatório – episiotomia – está englobado nesta diretiva da formação em parteira, havendo a referência que deve haver prática de episiotomia e iniciação à sutura que inclui um ensino teórico e exercícios clínicos (suturas de episiotomias e lacerações simples do períneo) que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável. Durante o exercício clínico, não só foi possível realizar episiotomias e episiorrafias como foi possível realizar um curso de suturas onde pude realizar prática simulada de vários tipos de suturas.

Por ter presenciado o impacto de uma episiotomia na mulher durante o parto, surgiu uma série de dúvidas quanto ao seu uso e às suas implicações. Foi possível investigar esta temática e as diversas correntes atualmente em voga, bem como, inquirir enfermeiras especialistas acerca da sua experiência na realização da mesma. Durante o decurso do estágio algumas enfermeiras

especialistas puderam transmitir os seus saberes, não só manifestando a sua opinião relativamente ao uso rotineiro da episiotomia mas também exemplificando de forma prática as suas técnicas e ajudando-me a conseguir abdicar do uso da episiotomia. Também durante o estágio pude contactar com enfermeira especialista que já teria participado no trabalho de parto de uma mulher em domicílio e dentro de água, manifestando a sua opinião vincada sobre o assunto. Tal como em relação a outras temáticas, a opinião em relação à realização ou não de episiotomia por parte dos diferentes profissionais de saúde é díspar e, alguns respondiam mesmo que só recorriam a essa técnica quando todas as outras falhavam. Pude então perceber que muito se pode fazer para evitar a realização deste ato mas que a experiência era determinante para a segurança da sua não realização reconhecendo as possíveis consequências disso. Benner corrobora referindo que a enfermeira percebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai diretamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis. O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos. A perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real (Benner, 2001).

A intervenção do Enfermeiro é preponderante no envolvimento do casal em todo o processo de nascimento do filho esperado, o novo elemento do seio familiar. Segundo a organização mundial de saúde (OMS) o acompanhante, durante o parto, pode ser o futuro pai ou outra pessoa que a mulher sinta confiança para assistir no momento do parto. Este tem um papel preponderante no apoio nas diferentes fases do trabalho de parto (World Health Organization, 2013, pg.115). E na realidade? Será que esta participação se verifica? Não é possível globalizar as diversas situações que tive oportunidade de vivenciar aquando a presença companheiro da parturiente. No entanto, em partos em que tive a possibilidade de, não só assistir a parturiente, mas o casal, a realização da episiotomia pode tomar outras proporções, verificando-se, em muitas situações, um olhar de terror nos olhos do companheiro aquando o corte perineal. Traduzirá isso um maior impacto na vida futura da mulher? Que impacto sexual poderá ter? Constituirá maiores alterações na vivência das atividades de vida? De uma forma geral, gostaria de perceber as implicações que a episiotomia poderá ter na vida da mulher e na sua vida sexual com o seu companheiro.

Durante todo o internamento da parturiente/puérpera e acompanhante o Enfermeiro deverá mantê-los informados de todo o processo de forma a tranquilizá-los. A estabilidade emocional e o conhecimento prévio do que irá acontecer são essenciais para que o casal mantenha a calma e viva o parto de uma forma gratificante (Correia, 2013). Também Paiva

ênfatiza que: “a capacidade de se estabelecerem relações interpessoais, baseadas na valorização do saber da pessoa relativamente aos processos de vida e transições, que se constitui para além do conhecimento formal (...) no conhecimento que o enfermeiro usa em cada situação (...) como promotor do potencial de bem-estar da pessoa.” (Paiva, 2003 in Amendoeira, 2006).

Pode-se então deduzir que o EESMO tem um importante papel, não são na relação estabelecida com a mulher/casal/família, explicando e capacitando-os para o que vai realizando, como também, na técnica de realização de episiotomia e nas manobras que tentam evitar o recurso a esta.

2 – EPISIOTOMIA: UMA PRÁTICA COM IMPLICAÇÕES FUTURAS

De acordo com a organização mundial de saúde, a mulher grávida pode considerar o momento do parto bastante assustador, sobretudo se for mãe pela primeira vez. Cabe ao profissional de saúde apoiar, dar conforto e proporcionar cuidados que visem o respeito e a privacidade da mulher e do seu acompanhante. A comunicação e a promoção do seu autocuidado tornam-se fundamentais para o trabalho de parto (World Health Organization, 2013).

Durante a minha prática, foi possível perceber medo/pânico que surge em algumas parturientes/acompanhantes quando o momento da episiotomia. Mesmo estabelecendo relação empática com as parturientes, vivenciei diversas situações desde: o fechar das pernas no momento do corte perineal, a verbalização para que este ato não ocorra e o receio de fazer força para o seu bebé nascer. Muitas verbalizaram: “pare, pare, pare”; “não me corte”; “vai precisar de me cortar?”. Pelo momento intenso, que é o período expulsivo num trabalho de parto, algumas dúvidas não foram totalmente dissolvidas, pela dificuldade em estabelecer uma comunicação nesse momento. Assim surge a dúvida no que respeita ao medo da episiotomia: se por um lado o corte pode perspetivar a rotura de um anterior estado, o de grávida/parturiente, quando encarada esta rotura como um período de crise. Por outro lado, a dor que a episiotomia representa também pode justificar este receio.

Numa perspetiva de constatar que a episiotomia não é um ato simples, nem deve tão pouco ser, um ato regular, realizei uma revisão bibliográfica de forma a constatar o que os autores afirmavam em relação a isso.

O uso rotineiro da episiotomia começou a ser defendido em 1895, por Stahl, que argumentava que a episiotomia permitia uma melhor restauração do períneo em relação às lacerações perineais. Na prática obstétrica dos Estados Unidos, o auge deste procedimento se deu após 1920, com as publicações sobre o assunto dos médicos Pomeroy e De Lee. No Brasil, foi somente a partir dos anos de 1970 que foi incorporada pela prática obstétrica médica e transformou-se num procedimento de rotina nos hospitais (Progianti, Araújo e Mouta, 2008). Também Lima, Silva, Souza e Souza (2013) referem que a episiotomia surgiu para auxiliar os partos vaginais mais complicados, no entanto passou a ser indicada sistematicamente por

importantes ginecologistas desde 1918 e, entre 1915 e 1925, era usada periodicamente sob a justificativa de evitar traumas perineais, prevenir a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos, tais como retocelo, cistocele e relaxamento da musculatura pélvica.

Em 1974, uma enfermeira parteira, também professora na National Childbirth Trust, publicou um artigo questionando os alegados benefícios da episiotomia na prevenção de lacerações e prolapso uterinos (Levett,1974 citado por Beech,2004). Em março de 1979 Juliet Wilmot, enfermeira, também escreveu acerca da prática rotineira da episiotomia, sugerindo que as equipas que realizam os partos raramente voltam a ver as parturientes novamente sendo difícil assim avaliar o impacto da episiotomia na vida futura (Willmott, 1979 citado por Beech,2004). Em 1985 a organização mundial de saúde refere que o uso sistemático da episiotomia não se justifica. (World Health Organization, 1985 citado por Beech, 2004). Atualmente a Organização mundial de Saúde refere que a limitação do uso da episiotomia, apenas para situações estritamente necessárias, condiciona menos traumatismo perineal posterior, menos necessidade de realização de sutura e menos complicações, fundamentando-se em estudos já efetuados (Liljestrand in World Health Organization, 2003).

Lowdermilk e Perry (2009) refere que a episiotomia é uma incisão feita no períneo para aumentar o canal vaginal com o objetivo de evitar outros traumas perineais. No entanto, a episiotomia, por si só, já se considera um trauma perineal pelo corte em estruturas que podem desencadear problemas futuros.

O trauma perineal da região anterior envolve os lábios, região anterior da vagina, uretra e clitóris, não envolvendo grande morbidade posterior. O trauma perineal da região posterior envolve a região posterior da vagina, músculos perineais e esfíncter anal. As lacerações, consideradas como trauma perineal, podem ser classificadas de grau I, II, III e IV. De primeiro grau quando envolve apenas a pele, de segundo grau se envolve pele e músculos perineais, terceiro grau se envolve o esfíncter anal e de quarto grau se envolve, além do esfíncter anal o epitélio anal (Aasheim, *et al.*, 2012). Normalmente as episiotomias podem envolver pele e músculos mas não deverão, de forma licita, afetar o esfíncter ou a mucosa anal.

Estes traumas no trato genital podem constituir problemas para as mulheres, a curto e/ou longo prazo. As lacerações de III e IV grau são as mais graves e podem ser causadas espontaneamente ou por realização de episiotomia (Aasheim, *et al.*, 2012). Por isso, nem sempre a episiotomia é fator impeditivo para a não existência de outros traumas perineais, sendo, por si só, um trauma perineal – laceração de II grau.

Poder-se-ia então supor que a episiotomia fosse pouco usada de forma rotineira, no entanto, ainda existem fiéis defensores deste ato, alegando as vantagens deste em detrimento

das desvantagens. Segundo Lima, *et al.* (2013) com a realização da episiotomia preserva-se a resistência do assoalho pélvico, reduzindo-se a incidência dos prolapso uterinos, dos cistocelos e dos retocelos além da proteção das estruturas vaginais anteriores e posteriores, diminuindo o segundo período do parto. Há grandes benefícios para o lado fetal pela diminuição da compressão da cabeça sobre o períneo, evitando lesões cerebrais e lesões perinatais (sofrimento fetal e distocia de ombros). Além de todos estes benefícios, referem ainda, que previne a asfixia neonatal, as lacerações perineais brandas ou severas, a necessidade de sutura para as lacerações perineais e a prevenção de incontinência urinária e distócias pélvicas. De todas estas vantagens apontadas por autores, durante a minha prática especializada algumas enfermeiras especialistas alegavam que, com a realização de episiotomia, o parto está mais facilitado e há menor risco de lesões meato urinário e anais, que podem implicar com diversas atividades de vida com especial enfoque para a eliminação. Também Lima, *et al.* (2013) refere que os defensores da episiotomia costumam sublinhar a ação protetora desta intervenção, alegando razões tais como: a prevenção de lacerações no períneo; melhor cicatrização; redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto; ampliação do canal vaginal nos casos em que há necessidade de manipulação, para facilitar o nascimento, e facilidade na extração assistida por ventosa ou na utilização de fórceps.

Por outro lado, os opositores de seu uso apontam que as lacerações podem ocorrer mesmo com a realização da episiotomia. Referem que a dor e o desconforto resultante desta conduta trazem consequências negativas maiores que as associadas às lacerações, maior perda sanguínea, dor, edema e disfunção sexual. Assim, Lowdermilk e Perry, citando Emkin, *et al.* (2000) e Hofmeyer (2005), menciona que a realização rotineira de episiotomias durante o parto consiste num cuidado provavelmente prejudicial ou ineficaz. Carroli e Mignini (2012), no seu estudo, concluíram que a realização de episiotomia de forma rotineira pode implicar maior trauma perineal. Por outro lado, referem que a realização de episiotomia pode ser mais fácil de reparar e cicatrizar que uma laceração. No entanto não é possível dissociar os efeitos adversos da realização de episiotomias: lesões ano-retais por episiotomias extensas, assimetria introito vaginal, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal, fístula anal, perdas hemáticas aumentadas, hematoma, dor e edema no local, infecção, deiscência e disfunção sexual (Lowdermilk e Perry, 2008).

Este tipo de ideologias corroboram com as atuais correntes a favor de um parto natural. Segundo a ordem dos enfermeiros (OE) (2012) citando a OMS, considera-se parto natural:

“Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do Parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição.” (OE,2012: 18)

Pode ser incluída nesta definição os partos sujeitos a intervenções, não implementadas por rotina, mas suportadas pela evidência científica, com o fim de facilitar a progressão do trabalho de parto e parto vaginal, tais como:

- Rutura artificial de membranas (com intuito de induzir o TP);
- Monitorização fetal continua;
- Controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos;
- Correção de distócias dinâmicas;
- Episiotomia justificada;
- Conduta ativa do 3º período do TP;
- Parto com complicações minor;
- Administração de antibiótico para profilaxia de infecção neonatal.

No entanto, apesar de esta ser a descrição de parto natural, nos meios de comunicação social este tem vindo a ser associado a outro tipo de ideologias de parto, como o parto em casa e parto na água. Pelo contrário, o parto natural, enfatiza o momento do parto como algo natural e espontâneo mas com segurança, podendo ocorrer em meio hospitalar com todos os meios necessários caso haja necessidade de intervenção especializada. A ordem dos enfermeiros (2013b) também defende que é importante oferecer à parturiente um apoio contínuo durante o trabalho de parto maximizando o uso das suas próprias potencialidades, sendo fundamental informar as mulheres sobre o parto e o seu plano de nascimento, para que assim possam tomar decisões sobre práticas clínicas que se realizam no seu próprio corpo (empowerment).

Numa perspetiva do parto natural, é possível recorrer à episiotomia, desde que, devidamente justificada. Assim, cabe ao EESMO ou ao profissional de saúde que realiza o parto a decisão desse ato. Consoante a orientação do corte em relação à fúrcula, a episiotomia pode ser lateral, médio-lateral e mediana. Pode ser realizada com tesoura, devendo ser executada antes que o polo fetal esteja a distender acentuadamente o períneo, e sem que a pele esteja com lesões. A forma como é realizado pode ter implicações no pós-parto da puérpera. A episiotomia lateral está abandonada por seus inconvenientes, pois essa região, além de muito vascularizada, ainda pode lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus. A episiotomia médio-lateral, por sua vez, é a mais usada e é realizada segundo um ângulo de 45 relativamente à linha mediana, sendo envolvidas as seguintes estruturas: pele, mucosa e submucosa vaginal, fibras dos músculos

pubo-coccígeos, fibras dos músculos transversos (superficial e profundo) do períneo e algumas vezes, fibras dos músculos bulbo-cavernoso. Este tipo de episiotomia tem como principal vantagem a incidência quase nula de lesões no esfíncter anal e do reto mas, em contrapartida, é habitualmente mais hemorrágica, mais difícil de reparar e provoca maior dor no pós-parto. A episiotomia mediana consiste numa incisão de 3/4cm na rafe mediana a partir da fúrcula, apresenta como vantagens menor perda sanguínea, é fácil de reparar, maior respeito à integridade anatômica do assoalho muscular, menor desconforto doloroso e raramente é acompanhada de dispareunia. Envolve normalmente a mucosa e submucosa da vagina e a aponevrose do núcleo perineal. No entanto, pelo risco de facilmente se prolongar por lacerações do esfíncter anal e do reto, tem sido progressivamente abandonada (Graça, 2010).

A reparação da episiotomia e das lacerações do períneo, tal como a orientação da episiotomia em relação à fúrcula, também pode ter algumas implicações futuras para a mulher. Esta episiorrafia deve ser sempre feita por planos. O primeiro plano a ser suturado é a mucosa vaginal, o segundo plano as fibras musculares que foram seccionadas e o terceiro plano os bordos cutâneos. No segundo plano tem de se ter algum cuidado para não “estrangular” os músculos pois suturas demasiadamente cerradas podem vir a resultar em dispareunia (Graça, 2010).

A perfeita hemostase e a realização de uma correta reconstrução, empregando o mínimo possível de material de sutura, são os pontos fundamentais para uma boa cicatrização, com ausência de sequelas. Está demonstrado que as suturas derivadas do ácido poliglicólico (por exemplo: Vycril®) provocam uma diminuição da dor e da necessidade de analgésicos no pós-parto, apresentando como desvantagem a necessidade de remoção das suturas em alguns casos. Este problema pode ser minorado usando modificações desses materiais de absorção mais rápida (por exemplo: vicryl® rapid). Se se proceder à aproximação dos bordos da pele com uma sutura contínua subcuticular em lugar dos pontos separados transcutâneos, o desconforto pós-parto será muito diminuído (Graça, 2010).

Prevenir lacerações não é tarefa fácil porque não depende apenas de técnicas de manipulação perineal como também de uma série de fatores como a posição em que se encontra o RN no nascimento, os tecidos da mulher e a rapidez do nascimento. A nuliparidade, a posição da mãe, a desadequação pélvica, a apresentação e a variedade do feto, o uso de instrumentos para facilitar o nascimento, segundo estadio trabalho de parto prolongado e sofrimento fetal, são fatores de risco associados ao trauma perineal. Por outro lado existem novos posicionamentos para adoção durante o trabalho de parto, bem como técnicas de proteção perineal (manipulação perineal) que podem ser usadas e que minimizam o trauma perineal. Aasheim, *et al.* (2012) complementa esta ideia mencionando que, no que se refere ao uso de instrumentos para facilitar

o nascimento, os partos distócicos por ventosa estão associados a menor trauma perineal quando comparado com o uso de fórceps. A inatividade física antes da gravidez também pode ser um fator de risco para lacerações do 3º e 4º grau. Há também uma diminuição de prevalência de episiotomias em métodos alternativos de nascimentos (como parto de cócoras, sentado e na água) e partos em casa (Aasheim, *et al.*, 2012).

De acordo com o regulamento de competências do ESMO, o enfermeiro especialista avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto, aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica (Diário da República nº35/2011b). Nesta medida, o enfermeiro é responsável pelo parto eutócico cefálico e tudo o que o envolve, logo a realização, ou não, de episiotomia é uma decisão sua. Neste âmbito, o ESMO também avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (Diário da República nº35/2011b), ou seja, em caso de realização de episiotomia, a episiorrafia deve ser realizada por si, bem como, a sutura de lacerações de I e II grau.

Também de acordo com a diretiva nº 2005/36/CE (Lei 9/2009), relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais de parteira, menciona que a parteira deve “assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados (...) Fazer o parto normal em caso de apresentação de cabeça, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica, em situação de urgência”. Corroborando com esta diretiva, os cursos de pós-licenciatura em especialização em saúde materna e obstetrícia incluem a realização de episiotomia no seu plano de estudos e, em alguns, técnicas de proteção perineal, massagem perineal e parto em posições não litotómicas.

Atualmente há diferentes técnicas para abrandar o nascimento e ajudar o períneo a distender. Está demonstrado que a utilização de medidas alternativas para o cuidado do períneo, tais como a aplicação de compressas mornas, suporte manual e massagem (pré-natal e intra-parto), reduz a incidência de episiotomias/lacerações (Lowdermilk e Perry, 2008). A realização de massagem perineal a partir das 35 semanas de gestação, bem como, o uso de gel obstétrico durante o primeiro estadio de trabalho de parto reduz a probabilidade de trauma perineal e manutenção de um períneo intacto. Também os exercícios de Kegel no período pré-natal e pós-parto melhora e restabelece a tonicidade e a força dos músculos do períneo, tanto quanto outras práticas saudáveis, como uma boa alimentação e medidas de higiene apropriadas, ajudam a manter a integridade e a elasticidade do tecido perineal (Lowdermilk e Perry, 2008). Assim, e de acordo com Nancy Roper, *et al.*(2001), a forma como cada pessoa vivencia as diferentes

atividades de vida, como o “comer e beber” e “higiene pessoal e vestir-se” e “mobilizar-se” pode condicionar a necessidade de recorrer-se ao uso da episiotomia no trabalho de parto.

Tendo conhecimento que pode haver necessidade de recorrer à episiotomia e que a decisão da sua realização, por parte da enfermeira especialista, e a forma como é executada, pode ser preponderante para os efeitos adversos obtidos, que alterações podem implicar na vida da mulher no pós-parto?

A episiotomia pode ser um ato inevitável para a expulsão fetal no segundo estadió do trabalho de parto, pelo que pode ter várias consequências para a mulher e para a vivência das suas atividades de vida. A dor é considerada um dos maiores desconfortos sentidos no pós-parto que limita quer em termos de mobilidade, quer em relação à sua disponibilidade psicológica para realizar outro tipo de atividades. Além desta, outros problemas podem surgir no período pós-natal derivado de episiotomia: a dispareunia, incontinência fecal e problemas psicológicos que podem afetar a forma como as mulheres cuidam de si, do seu bebé e das suas tarefas de mãe. O tipo de sutura utilizada, a competência do profissional de saúde e a técnica utilizada influenciam a morbidade experienciada pela mulher após o parto (Aasheim, *et al.*, 2012).

Segundo Moura Ramos e Canavarro (2004), o nascimento de um filho é um acontecimento promotor de grandes mudanças em todos os membros da família, mas nem todos os indivíduos interpretam e dão um significado negativo a essas mudanças. Pais e mães tendem a adaptar-se de forma distinta, em função de vários fatores, nomeadamente das suas características pessoais, das características do bebé e também das características do seu contexto social mais alargado (Belsky, 1984 citado em Canavarro, *et al.*). Essas mudanças também parecem ser mais intensas nas mães que nos pais, os estudos têm sugerido que são aquelas quem apresenta maiores dificuldades de adaptação. As mudanças sentidas pelos pais, com o nascimento de um filho, podem tornar-se ainda mais prementes quando a tudo isto se junta a dor e o desconforto sentido pelo corte perineal executado no momento no parto.

Após o nascimento de um filho, ocorrem inúmeras mudanças na vida da mulher, da família e do casal, incluindo alterações hormonais, anatómicas, psicológicas e sociais e várias são as queixas com relação à saúde feminina. Em geral, ocorre uma reestruturação familiar que inclui perda e/ou diminuição da intimidade nas inter-relações do casal, a fim de possibilitar a receção ao recém-nascido. As mudanças na imagem corporal também interferem de forma significativa na sexualidade ao longo da gestação e no pós-parto, uma vez que o corpo feminino passa por várias transformações. Para os casais sem filhos, significa a intromissão de um terceiro (a criança) na relação (Vettorazzi, *et al.*, 2012). A forma como a mulher/casal é preparado antes do parto, o desejo da gravidez e a forma como o parto ocorre pode influenciar de forma positiva ou negativa

a expressão da sua sexualidade. Por outro lado, a dor sofrida durante e após o parto, pode ser uma quebra a qualquer envolvimento sexual no período pós-parto, mais ainda quando as estruturas perineais foram, de alguma forma, afetadas pela saída do bebé (com ou sem recurso à episiotomia).

A Organização Mundial de Saúde lança o conceito sobre sexualidade: “É uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a saúde física e mental” (OMS, 2001 in Pontes,2011: 23). Esta integra o conhecimento, as atitudes, os valores ou os comportamentos sexuais dos indivíduos. Abarca tanto as relações sexuais (o coito) como o erotismo, a intimidade e o prazer. O conceito de saúde sexual e reprodutiva assume especial relevância no contexto das intervenções na área da sexualidade, já que implica uma abordagem positiva da sexualidade humana com objetivo de promover uma vivência saudável e satisfatória da sexualidade, não se restringindo às questões relativas à reprodução ou às doenças sexualmente transmissíveis (Pontes, 2011). Com a introdução deste conceito é possível questionar-me como a sexualidade da mulher ficará afetada com a realização de uma episiotomia?

Sabendo que sexualidade é mais que a atividade sexual em si mesmo, e que a realização da episiotomia pode afetar a mulher a diferentes níveis, conduz-me para a percepção de que sexualidade da mulher fica alterada em diferentes aspetos. Tal como corrobora Progianti, Araújo e Mouta (2008) referindo que a episiotomia é “a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento”. Por esta razão, é um procedimento que viola os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e desrespeita os princípios éticos profissionais; evita que as mulheres vivenciem o parto como evento sexual, além de representar um ritual de mutilação genital que impede a vivência da sexualidade durante o parto e nascimento (Progianti, Araújo e Mouta, 2008). Este mesmo autor chama atenção para o fato de que o parto não foi vivido pela mulher como uma das expressões da sexualidade, e sim como um corte, que inclusive interfere negativamente sobre sua “sexualidade”. Segundo uma das entrevistas realizadas pelo mesmo autor: “Foi o meu parto, foi um corte. [...] O meu grande receio era esse. Por mais que eu tentasse explicar, na minha cabeça eu achava que ele não ia entender. Ia achar que era uma coisa nojenta, sei lá, ou ia ter receio de se envolver sexualmente comigo” (Progianti, Araújo e Mouta, 2008: 47). Também Mouta (2008) ressalva que o trauma causado pela episiotomia é reforçado pelas representações e simbolismos que a mulher, em idade adulta, dá aos seus genitais. Assim

esta pode ter a sensação de violação à sua integridade corporal quando lhe é realizada a episiotomia.

Vettorazzi, *et al.* (2012) menciona que a possibilidade de problemas sexuais no pós-parto é maior com o aumento da idade, com a presença de problemas sexuais na gestação e com o aumento do tempo para a retomada da atividade sexual. As dificuldades sexuais geralmente envolvem múltiplos fatores, sendo eles psicológicos, físicos, culturais, inter-relacionais e religiosos, além de medos, mitos e crenças sobre a sexualidade feminina no ciclo gravídico-puerperal. Muitas mulheres vivenciam algum grau de depressão pós-parto que pode vir acompanhada pelo desinteresse na atividade sexual, ou ainda, o uso de antidepressivos pode interferir no ciclo da resposta sexual feminina. Também a vida sexual prévia e o tipo de relacionamento ou intimidade do casal podem interferir de modo significativo na forma como o mesmo vai conseguir retomar a atividade sexual.

Numa perspectiva de melhor fundamentar a temática abordada neste relatório, foi tomado como referência o modelo teórico de Nancy Roper. Segundo Tomey e Alligood (2004) os modelos teóricos não são a teoria contudo, podem contribuir para organizar e estruturar estratégias de atuação que assentem nos seus sistemas abstratos dos conceitos globais que apresentam. Seguidamente falarei mais concretamente do modelo de Nancy Roper e a sua relação com a temática abordada.

2.1 – AS PERSPETIVAS TEÓRICAS DE ROPER E AS SUAS IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

O Modelo inicial de Nancy Roper foi reformulado pela respetiva autora conjuntamente com duas outras colegas, também enfermeiras, Winifred Logan e Alison Tierney e em 1980 é apresentado como o Modelo de Enfermagem de Atividades de Vida. A sua reformulação tornou-o num modelo mais completo e melhor adaptado às necessidades da prática de enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

Este é um Modelo de Vida cuja essência está na ideia de que todos os indivíduos estão envolvidos em atividades que lhes permitem viver e crescer. Está intimamente ligado aos contextos da vida atual e aos fatores que a influenciam porque considera o Homem como um indivíduo ocupado em viver toda a sua vida, desde que nasce até morrer, desenvolvendo os seus projetos de vida. O Homem é caracterizado pelas atividades que desempenha (Tomey e Alligood, 2004). Na base da conceção deste modelo, são definidos cinco componentes (Roper, *et al.*, 2001):

- Atividades de Vida;
- Duração de Vida;

- Continuum de dependência/independência;
- Fatores que influenciam as Atividades de Vida (como por exemplo: socioculturais, político-económicos e ambientais);
- Individualidade de vida.

Foi nesta perspetiva que este modelo foi selecionado, porque durante as diferentes fases da vida e no surgimento de diversos acontecimentos a pessoa tende-se a adaptar por forma a adequar as suas atividades de vida. Durante a fase de trabalho de parto e no período pós-parto, algumas atividades estão alteradas o que condiciona toda a vida do indivíduo. Percebendo estas atividades como fundamentais à vivência diária, percebe-se toda a problemática interposta quando a pessoa tem de se adaptar a vivê-las de forma diferente quando uma episiotomia é efetuada durante o parto. Várias são as atividades de vida que podem estar alteradas aquando este ato como manter um ambiente seguro, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, mobilizar-se, exprimir a sexualidade e dormir.

Muitas são as especificidades da Atividade de Vida Manter um ambiente seguro, no entanto pode-se referir, resumidamente, que nela podem ser incluídas todas as ações pessoais, laborais, sociais e políticas que permitam prevenir riscos potenciais, diminuir a influência de fatores externos ou promover a adaptação das pessoas ao meio em que vivem. A importância desta atividade de vida deve-se ao facto de a segurança física ser uma preocupação do homem desde os primórdios da história, nomeadamente a sua sobrevivência e a proteção da família (Roper, *et al.*, 2001).

Apesar de estar delimitado em estudos os riscos da realização das diferentes episiotomias, o ambiente pode ser perturbado por vários fatores que constituem uma ameaça ou perigo para o indivíduo, para os quais devem ser tomadas precauções. Mesmo em circunstâncias normais, todas as pessoas permanecem expostas a uma diversidade de perigos ambientais que põem em causa a sua segurança, saúde e sobrevivência. Uma diversidade de agentes externos do ambiente pode causar ferimentos, doença ou infeção, podendo esmagar as defesas do corpo e ter por consequência uma doença mais grave ou a morte. O stress excessivo é cada vez mais reconhecido como uma das formas do perigo ambiental. À semelhança dos stressores biológicos, há stressores psicológicos e socioculturais mais subtis, associados por vezes a acontecimentos de vida como o parto (Roper, *et al.*, 2001). Além das implicações psicológicas, sociais e económicas que o parto acarreta, pode também constituir um risco de infeção para a mulher e recém-nascido, com foco em várias causas. Uma delas é a realização da episiotomia que pode ter diversos riscos para a mulher, nem sempre linearmente controláveis.

Embora a dor, segundo Roper, esteja inserida na atividade de vida comunicar, a autora também refere que esta se poderá incluir noutras atividades de vida consoante seja mais marcada as suas manifestações. Assim, no que respeita à dor resultante da realização de uma episiotomia, bem como à dor causada pela passagem do feto pelo canal de parto, manifesta-se mais na atividade de vida mobilizar-se. No entanto, também pode influenciar, de uma forma menos premente, qualquer uma das outras atividades aqui mencionadas.

A eliminação está afetada após a realização da episiotomia. Roper, *et al.* (2001), menciona que o que quer que seja o que as pessoas estão a fazer, onde quer que o façam, e independentemente do momento do dia, têm que responder à necessidade de eliminar. A atividade de vida eliminar implica mais do que os atos físicos de micção ou defecação, a pessoa tem de ser capaz de chegar à sanita, manipular a roupa, sentar-se e levantar-se, utilizar o papel higiénico e lavar as mãos. Após o parto, a mulher pode sentir alguns receios no que respeita à vivência desta atividade de vida. Os receios relativamente à primeira micção e à realização de esforço para evacuem. No estudo de Beleza, *et al.* (2012), as mulheres referiram ter medo de “romper os pontos” ao tentar evacuar. A dor na primeira micção é, na grande maioria das vezes, sentida, tal como corrobora Scaraboto e Riesco (2006) quando refere que o ardor da vulva ao urinar é um sintoma no pós-parto citado por algumas mulheres. Em relação à eliminação intestinal podem sentir medo de deiscência de sutura ao evacuar, em situações de mulheres submetidas a episiotomia ou com lacerações que foram suturadas. Assim, por vezes, a puérpera, pode mesmo não conseguir realizar micções e dejeções de forma espontânea. Por outro lado, a falta de controlo emocional e psicológico pode provocar urgência urinária e evacuatória, em situações de maior stress.

Mais de metade das mulheres do estudo de Beleza, *et al.* (2012) queixaram-se de dor quando em repouso, após o parto. Tal fato reforça que este sintoma pode limitar a realização de diversas funções como sentar, deitar e deambular. A capacidade de mobilizar-se é uma das características de todos os seres vivos e a capacidade de mover livremente o corpo é uma atividade humana necessária e muito valorizada. Tem implicações em todas as outras atividades, quer consciente, quer inconscientemente. A atividade física constitui um impulso humano básico, com importância durante toda a vida. A falta ou perda de mobilidade pode ter um elevado impacto (Roper, *et al.*,2001).

A dor perineal é reportada como o problema mais severo que pode ocorrer no período pós-natal, podendo ser sentido 3 meses pós-parto (Aasheim; Nilsen; Lukasse; Reinar, 2012). A manifestação dolorosa na região perineal pode ocorrer por trauma, especialmente no período expulsivo do parto vaginal. O trauma perineal é definido como a perda da integridade dos tecidos

da região genital durante o parto, ocasionado por lesão cirúrgica (episiotomia) ou espontânea. A sensação dolorosa no local da episiotomia pode prejudicar o autocuidado materno e a prestação de cuidados ao recém-nascido. Além disso, pode atrasar a recuperação da mulher, abalar sua autoestima e dificultar o processo de adaptação da mesma ao novo contexto familiar (Beleza; Ferreira; Sousa; Nakano, 2012). Também Lowdermilk e Perry (2008) corroboram a opinião que a dor e o desconforto provocados pela episiotomia podem interferir nas relações mãe-filho, na amamentação, no restabelecimento das relações sexuais dos pais e na recuperação emocional após o parto.

Segundo Roper, *et al.* (2001) a vida/processo de vida é constituído por um conjunto de atividades que estão interligadas e influenciam-se mutuamente pelo que, quando uma situação de lesão física, como a episiotomia, diversas atividades de vida podem estar alteradas devendo ser a parturiente/puérpera a encontrar forma de se adaptar. Fazer higiene e vestir-se pode ser uma atividade alterada pelos diferentes deveres adquiridos após o nascimento do bebé e pela dor sentida à mobilização.

Segundo Nancy Roper, *et al.* (2001) em todas as culturas a higiene pessoal e vestir-se é uma preocupação pessoal, transversal a todas elas. Normalmente é realizada em privado ou em presença de pessoas íntimas. Os hábitos de higiene iniciam-se em criança através da educação que é transmitida pelos vários membros da família. Atualmente é bastante encorajada a lavagem das mãos havendo afixado em diversos locais cartazes para promover a lavagem das mãos e oferecendo desinfetantes para tal. As mãos podem ser transporte de microrganismos que podem causar doenças. No período pós-parto a lavagem correta das mãos antes e depois de cada micção pode reduzir a quantidade de microrganismos na região perineal.

A mulher, em trabalho de parto, pode sentir a atividade de vida higiene pessoal e vestir-se um pouco prejudicada, quer pela quantidade de sangue e suor que o parto envolve, quer pela exposição de suas zonas corporais íntimas. No pós-parto, mediante a sua cultura e os seus hábitos, a mulher poderá viver uma grande necessidade de realizar esta atividade de vida, o que nem sempre é possível, pelas diversas circunstâncias impostas. Por outro lado, a dor sentida no pós-parto e a dificuldade que poderá ter ao mobilizar-se podem não ajudar a vivenciar esta atividade como habitualmente. Existe também o receio ao realizar higiene na zona onde saiu o seu bebé e onde, em grande parte das vezes foi submetida a uma episiotomia. Por outro lado, a água fria nesse local reduz a dor, associado ao processo inflamatório local. A higiene das mãos também não pode ser descurada, podendo implicar infeções urinárias ou vaginais pela sua não realização.

Se a atividade de vida higiene pessoal e vestir-se pode estar comprometida antes e após o nascimento de uma bebê, a atividade de vida dormir também se encontra intimamente comprometida. O sono é uma atividade fundamental para regenerar energias e forças para a realização de todas as atividades de vida diárias. Os adultos variam mais na quantidade do sono do que necessitam, mas em média, passam cerca de 1/4 a 1/3 das suas vidas a dormir. Segundo Nancy Roper (2001), não é um paradoxo incluir o sono nas atividades, pois embora proporcione o mais alto grau de descanso, o corpo continua a funcionar, ainda que a nível mais reduzido. A mulher, no período pós parto, pode ter algumas alterações nesta atividade de vida, não só relacionada com os ciclos circadianos do seu recém-nascido, como pelos desconfortos ainda sentidos devido ao pós-parto. Desses desconfortos inclui-se a involução uterina, o períneo, com ou sem episiorrafia, região anal (com ou sem hemorroidal), mamas e mamilos doloridos e, não menos importante, os fatores psicológicos, pela adaptação a esta nova fase pós-gravídica e adaptação ao RN. Terá o EESMO um papel preponderante nesta adaptação, evitando o recurso à episiotomia ou realizando uma reconstrução perineal adequada? Em que medida a atuação no EESMO na realização da episiotomia pode influenciar a vivência do parto e as adaptações às alterações no pós-parto da mulher?

Como já referi anteriormente, destas adaptações no pós-parto, a que mais me suscitou interesse foi a vivência da sexualidade da mulher no pós-parto por perceber as inúmeras incapacidades que surgem após a realização de uma episiotomia. Por querer abordar esta temática, pensei na atividade de vida exprimir sexualidade que tão bem a fundamenta. Roper, *et al.* (2001) menciona que, na atividade de vida exprimir a sexualidade, a relação sexual é uma componente importante das relações adultas e fundamental para a continuação da espécie. Assim, as relações sexuais, a gravidez e o parto têm um enorme significado para o casal envolvido não só em termos pessoais como também sociais e económicos. Os fatores socio-económicos influenciam, positiva ou negativamente a atividade de vida exprimir a sexualidade, na medida em que a sociedade tem uma ideia da valorização do prazer como um direito do indivíduo e do casal, sendo o sexo um componente de importância crescente na determinação do bem-estar físico-social.

Do ponto de vista da fisiologia, o trabalho de parto, o parto e a fase inicial da amamentação são partes integrais da vida sexual da mulher, pois nestes momentos dois grupos de hormonas estão sempre presentes, ocitocina e as endorfinas. A ocitocina, entre suas outras funções, estimula as contrações uterinas durante o orgasmo, o trabalho de parto e parto, e as endorfinas são responsáveis pelas sensações de recompensa, gratificação e prazer. Acrescenta-se ainda que o meio cultural, ao interferir rotineiramente na fisiologia do parto, o faz também com a

sexualidade (Proganti, Araújo e Mouta, 2008). Nas culturas tradicionais, há uma dessexualização da mãe, de tal forma que a atividade sexual não combina com as funções desta nova mulher (Vettorazzi, *et al.*, 2012). Nancy Roper, *et al.* (2001) afirma que a sexualidade exprime-se consoante a cultura mas, em qualquer sociedade, homens e mulheres tendem a apresentar uma diferenciação numa diversidade de formas para além das determinadas simplesmente pelas diferenças biológicas.

Transpondo para o modelo de enfermagem o modelo de vida elaborado por Roper, *et al.*, para conceptualizar a vida de acordo com os 4 conceitos (atividade de vida, continuum dependência/independência e fatores que influenciam atividades de vida), deve identificar-se o padrão individual de vida (a vida tal como é experienciada por cada indivíduo) para que o enfermeiro possa individualizar os cuidados enfermagem àquela pessoa, tomando em consideração o seu estilo de vida. A realização deste tipo de enfermagem individualizada implica a realização de quatro fases do processo de enfermagem: apreciar, planejar, implementar e avaliar. No regulamento de competências comuns dos enfermeiros especialistas também é descrita a competência de enfermagem individualizada, mencionando que o enfermeiro “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético - deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Regulamento nº 122, 2011: 8649).

Foi, tendo em consideração uma enfermagem individualizada, respeitando que o parto pode ser um momento na duração de vida da pessoa que pode causar algumas dificuldades na realização das suas atividades de vida, quer pelos fatores influenciadores, quer pela alteração na dependência/independência que a episiotomia pode provocar, que se levantou a questão da sexualidade da mulher no pós parto. Assim, numa perspetiva de fundamentar na evidência todas as perspetivas práticas já encontradas no que se refere à realização de episiotomia e, tendo como base o papel do enfermeiro na realização deste ato, delimito a questão: **De que forma, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na Episiotomia (I), interfere na sexualidade (O) da mulher (P)?**

3 – METODOLOGIA

A prática baseada na evidência (PBE) prevê metodologias e processos para a identificação de evidências de que um certo tratamento, ou meio diagnóstico, é efetivo, estratégias para avaliação da qualidade dos estudos e mecanismos para a implementação na assistência. A PBE visa a melhoria do cuidado, por meio da identificação e promoção de práticas que funcionem e eliminação das ineficientes ou prejudiciais e minimização da lacuna entre a geração da evidência e sua aplicação no cuidado ao paciente. A PBE propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e a seguir organizados utilizando-se a estratégia PICO. Pico representa um acrônimo para Participante, Intervenção, Comparação e “Outcomes”, sendo estes os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências (Santos, Pimenta e Nobre, 2007).

Tendo por base os objetivos definidos para a elaboração deste trabalho, foi formulada uma questão de partida em formato PI[C]O: **De que forma, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na Episiotomia (I), interfere na sexualidade (O) da mulher (P)?**, a qual funcionou como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática de literatura .

Como se pode verificar pelo quadro nº1, foram consideradas as seguintes palavras-chave: Midwif*; Episiotomy; Woman; Sexual*. No âmbito do protocolo de pesquisa, verificámos que as palavras-chave são descritores na MeSH Browser (Anexo I), segundo a consulta da URL: <https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> em 6 Junho 2014.

Quadro nº 1. Critérios formulados para a pergunta PI(C)O

	CONCEITOS	PALAVRAS-CHAVE
P PARTICIPANTES Quem foi estudado?	Mulher	Midwif* Episiotomy Woman Sexual*
I INTERVENÇÕES O que foi feito?	Intervenção do EESMO na realização Episiotomia	
(C) Comparações	—	
O OUTCOMES Resultados/ Efeitos/ Consequências	Sexualidade	

De acordo com a conceptualização, definiu-se a seguinte hierarquização das palavras-chave:

1. Midwif *;
2. Episiotomy;
3. Woman;
4. Sexual*;

Recorri à plataforma EBSCO e pesquisei nas seguintes revistas online no dia 6 Junho 2014: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing and Allied Health Collection: Basic, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina.

Os limitadores adotados na pesquisa foram: a publicação em texto completo; prática baseada em evidências; relativo ao humano; qualquer autor é enfermeiro; com friso cronológico de Junho de 2004 a Junho 2014 (Quadro nº 2).

Quadro nº 2. Limitadores de pesquisa na base de dados

BASES DE DADOS	LIMITADORES DE PESQUISA
CINAHL Plus with Full Text	Texto completo; Data de publicação de: 2004.06.01-2014.06.31; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF
MEDLINE with Full Text	Texto completo; Data de publicação de: 2004.06.01-2014.06.31; Resumo disponível; Humano
Nursing & Allied Health Collection: Basic	Texto completo em PDF. Data de publicação de: 2004.06.01-2014.06.31;
Cochrane Database of Systematic Reviews	Ano de publicação de: 2004 a 2014;
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo; Data de publicação de: 2004.06.01-2014.06.31; Texto completo em PDF
MedicLatina	Texto completo; Data de publicação de: 2004.06.01-2014.06.31; Texto completo em PDF

A pesquisa iniciou-se com cada palavra-chave individualmente, depois conjugando duas a duas e pela sequência da hierarquização (1 e 2; 1,2 e 3; 1,2,3 e 4), que produziu sempre

resultados (Anexo II). Na conjugação das primeiras três palavras-chave, resultaram 4 artigos científicos. A última combinação permitiu a seleção de 4 artigos aos quais foram aplicados os critérios de seleção: inclusão e exclusão (Quadro nº3).

Quadro nº 3. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos a estudar

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Artigos em língua inglesa, francesa, espanhola ou portuguesa	Artigos que não apresentem metodologia científica
Artigos com co-relação com o objecto de estudo	
Artigos com evidência científica	

A estrutura de pesquisa dos artigos nas bases de dados encontram-se esquematizados na Figura nº 1, podendo-se perspetivar que todos os artigos encontrados se encontravam dentro dos critérios de inclusão. Procedeu-se à leitura do título e do resumo dos artigos, pelo que todos os artigos encontrados se incluíam nos critérios de inclusão.

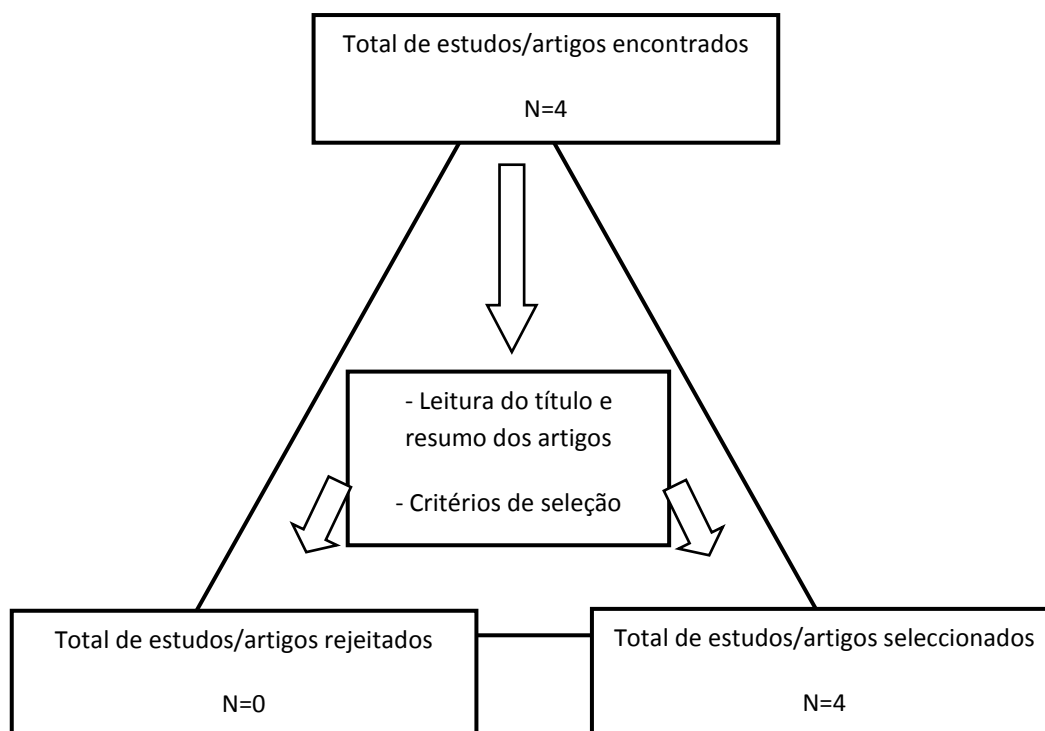


Figura nº 1. Esquema/Resumo de pesquisa

Em 1998, estudiosos da enfermagem elaboraram uma classificação hierárquica das evidências para a avaliação de pesquisas ou outras fontes de informação, baseadas na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América. A qualidade das evidências é classificada em seis níveis, a saber: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas (Galvão, 2006).

No quadro nº 4 encontram-se algumas características dos artigos selecionados. Na análise reflexiva irei expor as principais conclusões de cada artigo.

Quadro nº 4. Resumo fichas leitura dos artigos

Título	Episiotomia selectiva e a episiotomia rotineira. Estudo de 3 anos (2007-2008)	Efeitos do Trauma Perineal na função sexual pós-parto	Lacerações na vagina, no períneo, no esfíncter anal e no reto e a primeira relação sexual após o parto	Factores relacionados com trauma do tracto genital em partos Eutócicos Espontâneos
Método	Prospectivo experimental	Estudo descritivo prospectivo	Estudo prospetivo	Ensaio clinico randomizado utilizando técnicas de manipulação vaginal.
Objetivo	Identificar, nos 3 anos após o parto, os resultados do uso da episiotomia de acordo com um protocolo restritivo (grupo experimental) ou um protocolo sistemático (grupo control)	Identificar a extensão das disfunções sexuais no pós-parto, associadas ao trauma perineal	Investigar se as lacerações na vagina, no períneo, no esfíncter anal e no reto podem prejudicar a relação sexual no primeiro ano após o parto.	Identificar fatores maternos e clínicos relacionados com trauma do tracto genital em partos vaginais normais e espontaneos.
Participantes	Mulheres nulíparas, de nacionalidade espanhola, com partos eutócicos de termo, assistidos pela enfermeira parteira.	Mulheres com gravidez de baixo risco, com expectativa de parto vaginal, gestação de mais de 38 semanas, feto único em posição de vértice.	Mulheres grávidas em clinicas da Suécia durante 3 meses (não compreender Sueco o único critério de exclusão). Participaram 2490 mulheres das 3353 convidadas.	Mulheres saudáveis com partos espontaneos certificados por uma enfermeira parteira num centro médico.
Intervenções	Na primeira fase, entre 2004-2005, encontrar as mulheres com as características delimitadas e, na segunda fase, 3 anos pós-parto (2007 - 2009) entrevistas telefónicas onde se considerava os fatores: Idade, peso atual, gestações posteriores (tipo de parto e realização ou não de episiotomia), incontinência urinária anterior ao parto, dor perineal residual, disúria, dispareunia, incontinencia urinária (tipo e frequência), incontinência fecal ou de gases (frequência), existência de prolapso uterino, satisfação com as relações sexuais, realização de exercício físico, realização de exercícios do assoalho pélvico e a amamentação.	Entre 2005 e 2006, foi observado o parto de 165 mulheres, registando-se o uso de técnicas no 2º estadio (pressão do fundo uterino e uso de ventosa), recurso à episiotomia e lacerações ocorridas. 55 regressaram ao hospital para realização de exames 3 meses pós-parto, bem como, realização de questionário de 20 min de forma presencial.	Realizados 3 questionários: o primeiro enquanto gestante e obtendo-se informação sociodemográfica da mulher; o segundo 2 meses após o parto e as perguntas direccionavam-se para saber o tipo de parto e a amamentação; o terceiro questionário era realizado 1 ano após o parto e pretendia saber quando teria sido a primeira relação sexual após o parto. A estes dados eram associados os dados do parto colhidos através da base de dados de Registos de nascimentos Suecos (Swedish Medical Birth Register).	Participaram no estudo 1211 mulheres onde lhes foi realizado uma das 3 técnicas de manipulação perineal: compressas quentes no períneo, massagem com lubrificante ou mãos fora do períneo até a cabeça do feto coroar. Simultaneamente ao trauma perineal, foram também colhidos dados clínicos como a apresentação, bradicárdica fetal, variedade fetal, se a cabeça fetal nasce nas ou entre as contrações e o uso ou não da manobra de Valsalva durante a força expulsiva.
Conclusão	A episiotomia usada de forma rotineira não protege as disfunções do assoalho pélvico, nem as alterações nas relações sexuais nem na incontinência urinária nos 3 anos após o parto. Assim, deduz-se que, no parto normal, deve atuar-se de acordo com um protocolo seletivo: episiotomia apenas quando indicação fetal ou materna.	Mulheres com episiotomia e lacerações de 2º grau têm menores níveis de libido, orgasmo e satisfação sexual e mais dor durante o ato sexual, quando comparadas com as mulheres de períneo intacto. Reduzir o trauma perineal durante o parto é importante para o recomeço da atividade sexual após o parto. O uso da episiotomia de forma rotineira e o uso de pressão no fundo uterino devem ser evitadas para prevenir o trauma perineal.	603 mulheres não tiveram a primeira relação sexual até aos 3 meses pós parto: os fatores de risco são as mulheres com mais de 35 anos, com grau escolaridade universitário, que amamentaram os seus bebés até aos dois meses e que tiveram lacerações na vagina, no períneo, no esfíncter anal e no recto ou com episiotomias. As lacerações na vagina, no períneo, no esfíncter anal e no reto estão associadas com um atraso no retomar da atividade sexual 6 meses depois do parto na Suécia.	Nas mulheres que tiveram o seu primeiro parto vaginal, os fatores de risco para o trauma perineal são o nível de escolaridade, manobra de Valsalva durante a expulsão fetal e o peso do bebé. Para todas as mulheres a saída da cabeça do bebé entre as contrações está associada a um reduzido trauma perineal. A utilização de técnicas de parto calmas e controladas podem ajudar a reduzir o trauma perineal em partos vaginais normais e espontâneos.
Nível	Nível Evidência 3	Nível Evidência 3	Nível Evidência 3	Nível Evidência 2

4 – ANÁLISE REFLEXIVA

Considerando os artigos selecionados (Anexo III) procedi à sua análise construindo fichas de leitura (Anexo IV) que permitiram um enfoque nas principais ideias relacionadas com a problemática em estudo. Mencionarei os artigos pela ordem que coloquei no quadro nº 4.

Procuo em seguida realizar uma reflexão acerca destes artigos, mobilizando a evidência encontrada nos mesmos e a evidência empírica dos contextos da prática, com a conjugação destas duas dimensões. Destes, emerge **a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na Episiotomia e o que esse ato pode interferir na sexualidade da mulher**, vindo ao encontro da pergunta PI[C]O formulada.

Todos os artigos selecionados enfocam a temática pretendida, uns de uma forma mais direcionada para a totalidade do tema, referindo o impacto sexual que os traumas perineais podem provocar, outros focando técnicas de manipulação perineal a utilizar no 2º estadio do trabalho de parto por forma a evitar trauma perineal/episiotomia e outros ainda valorizando a utilização da episiotomia de forma seletiva de forma a evitar consequências futuras. O EESMO foi abordado em todos os artigos como colaborador nos estudos, tendo o poder de decisão de atuação e tendo o conhecimento necessário para tal, assim como é mencionado no regulamento de competências comuns de enfermeiro especialista (Diário da República nº35/2011a: 8649): “Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada”. No entanto os artigos não representam estudos direcionados ao papel do enfermeiro mas sim às implicações que as suas atuações podem ter, tal como pretendia inicialmente. A sexualidade da mulher no pós-parto foi abordada direta e indiretamente em todos os artigos, constituindo resultados no que respeita à dor nas relações sexuais, à libido, ao orgasmo, satisfação sexual e ao recomeço da atividade sexual.

Segundo Luque-Carro, *et al.* (2011) apesar da evidência científica disponível recomendar desde há vários anos fazer um uso seletivo da episiotomia, existem muitas resistências e barreiras de mudanças por parte dos profissionais de saúde. Para promover essa mudança de comportamentos é importante não só mostrar evidência científica, como transpô-la para a prática capacitando os profissionais na sua atuação. Assim no estudo de Luque-carro, *et al.* (2011), a

enfermeira parteira (EESMO) tinha o poder de decisão em qual das mulheres realizariam de forma rotineira episiotomia e quais a de forma seletiva. Estas realizavam a técnica sempre da mesma forma predefinida e mediolateral quanto à sua localização. Pode-se verificar que não se encontraram diferenças entre o grupo de mulheres submetido a episiotomia de forma rotineira e o grupo de mulheres submetido a episiotomia de forma seletiva em relação às variáveis: dor perineal residual, disúria, dispareunia, dor ao defecar, incontinência urinária, satisfação nas relações sexuais e mudanças produzidas nas relações sexuais. Assim sendo, e segundo este estudo de Luque-Carro não se justifica um uso rotineiro da episiotomia por não ser esse ato que protege o assoalho pélvico, nem que impele a uma menor alteração nas relações sexuais nem a existência de infeções urinárias.

Também Borges, Serrano e Pereira (2003) citados pela Ordem dos Enfermeiros no projeto Maternidade com qualidade (2013a) referem que a episiotomia deve realizar-se somente de forma seletiva e não se justifica taxas maiores que 30% na prática obstétrica. A OMS (1996) também citada pela Ordem dos Enfermeiros (2013a) indica que a episiotomia só deveria ocorrer em cerca de 10% dos partos vaginais e classifica o uso rotineiro como uma prática inadequada e prejudicial à saúde da mulher. No entanto, o jornal “O Público” vem no ano de 2013 citar um estudo estatístico realizado em que, em Portugal, existe a segunda mais elevada taxa de episiotomias da Europa (logo a seguir à do Chipre), avaliando em 72.9% dos partos vaginais. Corroborando com esta temática, durante a minha prática clínica em estágio, também pude perceber o medo, por parte dos EESMO, da não realização do corte perineal por estar bastante institucionalizado e protocolizado na instituição de saúde. Assim é possível referir que não existe uma delimitação concreta para o uso da episiotomia, por depender essencialmente da avaliação da enfermeira que realiza o parto, no 2º estágio do trabalho de parto. Segundo Luque-Carro (2011) as enfermeiras especialistas que colaboraram no estudo tinham um importante papel de decisão relativamente ao recorrer a esta técnica cirúrgica durante o parto – episiotomia. No entanto, estava delimitada a técnica a utilizar quando recorressem a esse ato. Também Carroli e Mignini (2011), em estudo realizado referem que o uso restrito da episiotomia confere mais benefícios, como menor risco de traumas no períneo posterior, menos necessidade de sutura e menos complicações no processo de cicatrização.

Segundo regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (Diário da República nº35/2011b) o enfermeiro tem o papel de avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto, bem como, aplicar as técnicas adequadas na execução do parto por apresentação cefálica. Em suma, o EESMO deve atuar de forma conscienciosa, promovendo o

conforto e bem-estar da mulher, realizando atos mais intervencionistas como a episiotomia apenas quando seja estritamente necessário segundo a sua avaliação criteriosa. Também Nancy Roper, *et al.* (2001) refere que deve ser prestada uma enfermagem individualizada, desenvolvendo o processo de enfermagem de acordo com a individualidade de vida da mulher.

Luque-Carro, *et al.* (2011), apesar de não constituir resultados no que respeita à implicação que a episiotomia pode ter na sexualidade da mulher no pós-parto (como dispareunia, insatisfação sexual,...), consegue afirmar que as mulheres que apresentaram dor durante o coito encontram-se na faixa etária de 36-48 anos de idade. A grande maioria das mulheres entrevistadas referiram que a sua satisfação sexual era igual que antes do parto. No entanto, segundo Santos e Shimo (2007) o uso rotineiro de episiotomia está relacionado com o aumento de incidência de infeção perineal, de hemorragia puerperal, da dor durante a cicatrização, do aumento de problemas no esfíncter anal, aumento do índice de laceração de terceiro e quarto graus e dor durante a relação sexual, além de afetar negativamente a imagem corporal da mulher e também na função sexual.

Santos e Shimo (2007: 437) referem ainda que:

Os saberes científicos influenciam fortemente na construção do pensamento feminino. Esses saberes, acrescidos pelo desconhecimento das mulheres sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos, conduzem à aceitação da assistência obstétrica impessoal e intervencionista fazendo parte da rotina “normal” do atendimento ao processo de nascimento e conceituação da episiotomia como um procedimento essencial ao parto via vaginal.

Rathfisch, *et al.* (2010), descreve um estudo que chega à conclusão que deve encontrar-se estratégias para minimizar o trauma perineal durante o trabalho de parto para que o recomeço da atividade sexual seja mais cedo após o nascimento do bebé. Esses dados obtidos corroboram com o que foi mencionado no enquadramento teórico inicial do trabalho em que, Lima, *et al.* refere que “quando no parto vaginal, é utilizada a episiotomia, as queixas de dispareunia são ainda mais frequentes”, referindo ainda que a episiotomia causa um trauma na mulher e que esta demonstra uma maior preocupação em relação à aparência dos seus genitais.

Rathfish, *et al.* (2010), refere ainda que a dispareunia sucede mais frequentemente em grupos onde se recorreu à episiotomia (com ou sem lacerações associadas) e que esta também se associa de alguma forma à utilização de pressão no fundo uterino (parto mais precipitado). Também estas mulheres com trauma perineal (lacerações segundo grau e episiotomia) têm menores níveis de libido, orgasmo, satisfação sexual e maior dor durante o ato sexual quando comparadas com mulheres com períneo intacto. O trauma perineal ocorrido durante o parto tem um efeito negativo em todos os domínios da função sexual após o parto devido essencialmente à

dispareunia. No seguimento deste estudo, também Vettorazzi, *et al.* (2012), como referido no enquadramento teórico deste trabalho, refere que ao longo do período puerperal, até 86% das mulheres apresentam queixas sexuais, sendo mais frequentes a dispareunia (22 a 41%) e diminuição do desejo sexual (83 a 86%). No terceiro mês após o parto, cerca de 45 a 55% referem dispareunia e, no sexto mês, 18 a 30% ainda persistem com problemas sexuais.

Rathfish, *et al.* (2010) refere que durante as diferentes fases da vida é normal haver flutuações da sexualidade. Parir e tornarem-se pais é fonte de muita emoção e de expectativas. Durante a gravidez e no pós-parto, o casal pode beneficiar de discutir as suas preocupações e necessidades sobre a sexualidade com a enfermeira especialista. Assim como é referido no regulamento de competências do EESMO (Diário da República nº35/2011b) em que este deve conceber, planear, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente, bem como, informar e orientar a mulher sobre a sexualidade e contraceção no período pós-parto. No entanto, em termos de conclusões deste estudo de Rathfish (2010), não é mencionado o papel do enfermeiro quer antes, quer depois da realização da episiotomia e/ou laceração perineal. Também Santos e Shimo (2007) referem que “o profissional que atende o parto se transforma no agente ativo desse processo e numa figura de apoio que se fortalece enquanto dono e protagonista da situação, representando a relação desigual de poder existente entre estes e seus pacientes”.

Os fatores anatômicos, o trauma perineal e a amamentação contribuem de forma significativa para a ocorrência de dispareunia. O casal, especialmente a mulher, refere cansaço, esgotamento físico e privação de sono, levando à diminuição de tempo para privacidade e, conseqüentemente, à diminuição da intimidade e do interesse sexual (Vettorazzi, *et al.*, 2012).

Radestad, *et al.* (2008) desenvolve um estudo preocupado, não só com a experiência de gravidez e parto, mas também com as implicações do parto vaginal, com e sem lacerações no períneo, no recomeço da vida sexual do casal. A conclusão do estudo associa as lacerações na vagina, no períneo, no esfíncter anal e no reto com um atraso no retomar da atividade sexual, até 6 meses depois do parto, na Suécia. No entanto os resultados não foram conclusivos no que respeita à relação entre a extensão do trauma perineal como fator de decisão para o retomar da atividade sexual após o parto. Apesar disso, o autor salienta que quanto maior o trauma perineal maior dor poderão provocar no pós-parto que direta ou indiretamente condiciona o desejo de início da atividade sexual. Concluiu ainda que as mulheres com maior grau de escolaridade, com mais de 35 anos idade, que amamentaram até aos 2 meses e que tiveram episiotomia ou qualquer outro tipo de laceração foram as que ainda não tinham iniciado atividade sexual aos 3 meses pós-parto.

Lima, *et al.* (2013) corrobora com este estudo referindo que “o retorno às atividades sexuais varia em tempo que é singular para cada mulher. É facto que o desejo e a disposição para o retorno das relações sexuais variam muito entre as mulheres na dependência de sua libido, da cicatrização das incisões e/ou lacerações perineais e do grau de atrofia vaginal secundária a amamentação”. Segundo Radestad, *et al.* (2008) amamentar até aos dois meses diminui os estrogénios e progesterona, provocando secura vaginal e diminuição do desejo sexual.

Este estudo de Radestad, *et al.* (2008) foi realizado na Suécia, local onde o “check-up” da mulher pós-parto é realizado pela EESMO doze semanas depois do nascimento do recém-nascido. Esse fato pode ter condicionado o recomeço da atividade sexual pós-parto destas mulheres para posterior aos 3 meses, pelo receio de deiscência da sutura perineal, quando existe trauma perineal associado ao parto. Também Vettorazzi, *et al.* (2012), no seu artigo, menciona que cerca de 52% das puérperas reiniciam a atividade sexual entre 5 e 6 semanas após o parto. No terceiro mês, 90% das mulheres já reiniciaram à atividade sexual, mas faltam estudos sobre a qualidade dessas relações, assim como neste estudo de Radestad, *et al.* (2008).

Conforme estudo australiano, a possibilidade de problemas sexuais no pós-parto é maior com o aumento da idade, com a presença de problemas sexuais na gestação e com o aumento do tempo para a retomada da atividade sexual. As dificuldades sexuais geralmente envolvem múltiplos fatores, sendo eles psicológicos, físicos, culturais, inter-relacionais e religiosos, além de medos, mitos e crenças sobre a sexualidade feminina no ciclo gravídico-puerperal (Vettorazzi, *et al.*, 2012).

Radestad, *et al.* (2008) afirma que a enfermeira especialista teve um papel fundamental na transmissão de informação à grávida acerca do estudo e na execução dos partos eutócicos, na respetiva inspeção do canal de parto, bem como, realização das respetivas suturas de lacerações de I e II grau e episiorrafias. Esses dados colhidos, foram transpostos para a base de dados de registos de nascimentos Suecos. Tal como regulamento de competências do EESMO (Diário da República nº35/2011b), o EESMO tem o papel de avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. No estudo, as lacerações de III e IV grau envolvem estruturas que necessitam de competências mais diferenciadas sendo remetidas para um Médico.

Albers, *et al.* (2006) relata que existem fatores que podem conduzir a um menor trauma perineal nos partos vaginais sem recorrer à episiotomia ou administração de fármacos, bem como, perceber se a utilização de manobras de manipulação perineal durante o segundo estadio, tais como utilização de compressas mornas no períneo, massagem com lubrificante e mãos mantidas fora do períneo até a cabeça fetal coroar, levam a menores lacerações. Por outro lado,

Albers, *et al.* (2006) também refere a influência da utilização da manobra de valsalva para os esforços expulsivos, da saída da cabeça fetal entre contrações, da apresentação, da variedade fetal e da bradicardia durante a expulsão fetal. De uma forma geral, Albers, *et al.* (2006) conseguiu delimitar que um trabalho de parto realizado com técnica calma e controlada pode ajudar a reduzir o trauma perineal no parto vaginal espontâneo. Conseguiu também traduzir evidências que, para uma primípara, os fatores de risco para trauma perineal são a baixa escolaridade materna, a utilização de manobra de valsalva e o peso do recém-nascido. Para uma múltipara, a saída da cabeça fetal entre contrações é associado a um menor trauma do trato genital.

Relacionando com o foco deste trabalho, Vettorazzi, *et al.* (2012), também partilha da opinião de Albers, *et al.* (2006), salientando que alguns fatores intraparto são importantes para função sexual no puerpério, como a laceração perineal, a duração do segundo período do parto, tempo de esforços expulsivos e técnica utilizada, tipo de fio utilizado e a recorrência a fórceps. A utilização de fios sintéticos de longa absorção (poliglicólico) nas suturas pode minimizar a dor, especialmente no pós-parto imediato.

A enfermeira especialista, no artigo de Albers, *et al.* (2006), teve um papel preponderante pelo conhecimento e experiência que deveria ter para utilizar as diferentes técnicas durante o trabalho de parto, bem como, ter usado, na maior parte dos partos registrados, posição não litotômica para o período expulsivo por forma a evitar o trauma perineal. Mouta, *et al.* (2008) refere que a enfermeira obstétrica prioriza o princípio de integridade corporal/autonomia e que poderá evitar o trauma. Refere ainda que estas enfermeiras enfatizam aspetos educacionais e psicológicos, encorajando essas mulheres no exercício de novas práticas. Também Albers, *et al.* (2006) refere que para realizar a expulsão da cabeça fetal entre as contrações maternas, por forma a reduzir o trauma perineal, deve haver um estabelecimento relacional entre a enfermeira e a parturiente, com uma comunicação efetiva.

Albers, *et al.* (2006), nos resultados do seu estudo, não menciona qualquer influencia do trauma genital na vida sexual da mulher no pós-parto, no entanto, no enquadramento teórico do estudo argumenta que o trauma perineal pode provocar problemas a curto e longo prazo, nomeadamente dor, perda de sangue, necessidade de ser suturada, dificuldades funcionais intestinais e vesicais e problemas sexuais. Também Lima, *et al.* (2013), de acordo com a fundamentação teórica do estudo de Albers *et al.* (2006), refere que uma repercussão da episiotomia na sexualidade das mulheres diz respeito ao constrangimento causado na sua relação com o parceiro. Esse constrangimento (aparência física da vagina) alterou a intimidade na relação

do casal, chegando a ponto de a mulher evitar as relações genitais, causando, inevitavelmente a separação do casal (Lima, *et al.*, 2013).

Numa perspectiva reflexiva, qualquer um dos artigos coloca nas mãos do EESMO um importante papel, quer pela sua colaboração nos estudos, como pelas evidências que esta sua colaboração pode traduzir para a prática. O conhecimento, as competências e as atitudes do EESMO para com a mulher, no segundo estadio do trabalho de parto, pode ter implicações importantes na vida desta. A tomada de decisão correta no momento correto pode limitar a recorrência ao ato cirúrgico de episiotomia ou evitar o trauma perineal. Por outro lado, o seu conhecimento acerca deste ato, bem como, dos materiais existentes para a técnica de episiorrafia são fatores preponderantes para que esta cumpra os menos efeitos adversos possíveis. Em resumo, o EESMO pode influenciar ativamente a sexualidade da mulher pelo seu papel na realização ou não de episiotomia.

5 – CONCLUSÃO

O percurso definido durante a realização deste trabalho foi gratificante e constituiu um grande desafio, tendo em conta a minha inexperiência no que concerne à utilização do processo de revisão sistemática da literatura.

Este desafio exigiu empenho e dedicação os quais constituíram uma mais-valia para a concretização desta etapa, bem como um contributo essencial para a melhoria dos cuidados prestados nos contextos da prática.

Face à questão PI[C]O levantada, pude encontrar nos artigos pesquisados, dados que a fundamentam. Além de corroborar com a informação recolhida na fundamentação teórica da temática, os estudos encontrados nas bases de dados, puderam mostrar-me a real importância do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia, não só porque tem conhecimento e competências para a realização, ou não de episiotomia, como pelo seu poder de decisão mediante a situação que se apresenta. Verificou-se que a episiotomia interfere diretamente na sexualidade da mulher e que o enfermeiro especialista tem um importante papel na tomada de decisão na realização deste ato, devendo recorrer a todas as outras técnicas por forma a evitar realizá-lo.

Analisando a temática da episiotomia desenvolvida e deparando-me com todas as questões que me foram surgindo ao longo do relatório, pude perceber que a episiotomia realizada de forma seletiva tem vantagens, contrapondo o que constatei na prática (estágio IV). Para tal deve perceber-se as indicações para a realização da mesma, tais como: sofrimento fetal, parto instrumental ou complicado e lesão iminente de laceração perineal grave (Ordem dos enfermeiros, 2013a citando a OMS,1996 e outros autores: Carrol e Belizan,2007; Mattar, Aquino e Mesquita,2007). O enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia é detentor de capacidades que lhe permitem, saber quando é estritamente necessário realizar uma episiotomia e tomar a decisão para a realização deste ato. No entanto, não é uma decisão facilitada, mesmo conhecendo as evidências científicas acerca do mesmo.

Aquando o ato, o enfermeiro especialista tem competências para a realização de episiotomia e para a reconstrução perineal por forma a que as estruturas perineais da mulher se reabilitem da melhor forma. Tanto na evidência da prática como pela revisão sistemática

efetuada o enfermeiro pode recorrer a diferentes manobras de manipulação perineal durante o segundo estadio do trabalho de parto, utilização de posições não litotómicas para o período expulsivo, realização de esforços expulsivos sem manobra de valsalva e auxiliar na saída da cabeça fetal entre as contrações uterinas. Estas técnicas poderão facilitar a saída do bebé minimizando o trauma perineal, podendo evitar o recurso à realização de episiotomia, diminuir o tamanho da mesma ou evitar lacerações III e IV grau.

A sexualidade da mulher no pós-parto é muito influenciada pela episiotomia efetuada no parto, quer seja de forma direta pela dor local que provoca, quer seja pela alteração que provoca na sua integridade corporal e autoimagem. Foi possível verificar que, a episiotomia, pode ter implicações quanto à libido, ao orgasmo, à satisfação sexual e ao recomeço da atividade sexual. No entanto, a dor foi enumerada como principal efeito negativo no domínio sexual.

O enfermeiro Especialista em saúde materna e obstetrícia tem um importante papel no desenvolvimento das suas competências técnico-científicas por forma a utilizar a técnica da realização de episiotomia correta, no momento correto e de forma correta, bem como, decidir se deve ou não recorrer a esta intervenção tendo como base as implicações que vai ter na sexualidade da mulher. Tal como refere no regulamento de competências comuns dos enfermeiros especialistas (Diário República nº35/2011a: 8650): “Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão; Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões”. Para que seja possível atuar desta forma, é fundamental uma abordagem individualizada da mulher em trabalho de parto para que seja possível apreciar, planejar, implementar e avaliar os seus atos.

Esta temática ainda pode ser explorada por outras vertentes, realizando novas revisões sistemáticas da literatura. Será que a desmistificação da episiotomia, por parte do enfermeiro, levarão a uma visão diferente do ato? De que forma o enfermeiro poderá ajudar a mulher, submetida a uma episiotomia? Que papel tem o enfermeiro na recuperação física perineal pós-parto, após trauma perineal? Que técnicas de reconstrução perineal poderão ser utilizadas por forma a reduzir o desconforto provocado pela episiotomia?

Apraz-me dizer que esta etapa curricular me motivou para a uma melhor prática baseada na evidência aliada à importância de utilizar esta metodologia em situações futuras. Este relatório foi um importante contributo para a minha prática enquanto enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia, não só pelo conhecimento que me trouxe, pela importância de usar todas as minhas competências, assim como desenvolver novas. É também plausível de se referir que o poder decisivo, colocado no enfermeiro especialista, deve ser a base de uma melhoria contínua de cuidados, tendo como base uma enfermagem individualizada.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A., Lukasse, M.; Reinar, LM. (2012). Perineal Techniques During the Second Stage of Labour for Reducing Perineal Trauma. *Wiley Publishers*. Acedido em 19/2/2014 em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/pdf>.
- Albers, L., Sedler, K., Bedrick, E., Teaf, D., Peralta, P.(2006). Factors Related to Genital Tract Trauma in Normal Spontaneous Vaginal Births. *Birth*, 33(2), pp.94-100. Acedido em 6/6/2014 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9334a049-9689-485f-b9e7-7a7f687e389d%40sessionmgr4005&vid=15&hid=4114>
- Amendoeira, J. P. (2006). Enfermagem, Disciplina do conhecimento. *Sinais Vitais*. 67, Lisboa, pp. 19-27.
- Beech, B. (2004). The History Of Episiotomy In The United Kingdom. *Association for Improvements in The Maternity Services*. Acedido em 19/2/2014 em <http://www.aims.org.uk/OccasionalPapers/historyEpisiotomyInTheUK.pdf>.
- Beleza, A., Ferreira, C.H.J., Sousa, L., Nakano, A.M. (2012). Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Revista Brasileira Enfermagem*, 65 (2), Brasilia, pp.264-268. Acedido em 19/2/2014 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a10.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Campos, A. (2013). Em 73% dos partos “normais” as mulheres são cortadas na vagina. *O Público*. Acedido em 7/7/2014 em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/em-73-dos-partos-normais-as-mulheres-sao-cortadas-na-vagina-1595608>.
- Carroli, G.; Mignini, L.(2012). Episiotomy for vaginal birth, *the Cochrane library*, 11, Acedido em 12-07-2014 em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>.
- Correia, C. (2013). Acolhimento do Casal Grávido. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 3/3/2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Acolhimento%20do%20Casal%20Gr%C3%A1vido%20Enf%C2%AAClaudia%20Correia.pdf>

- Diário da República nº 35/2011a – 2.ª série, parte E — Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 122/2011 das Competências comuns do Enfermeiro Especialista*
- Diário da República nº 35/2011b – 2.ª série — Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 127/2011 das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia*
- Galvão, M. (2006). Evidências. *Acta Paulista de Enfermagem*; 2 (19),pp. 5. Acedido em 7/6/2014 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>.
- Graça, Luis (2010). *Medicina Materno-fetal*. 4ª Edição, Porto: Lidel.
- Lei 9/2009 - capítulo III, secção III, Artigo 37.º - Formação de parteira. Ministério Saúde.
- Liljestrand, J. (2003). Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR (última revisión: 20 de octubre de 2003). *Biblioteca de saúde reprodutiva da Organização Mundial de Saúde*. Genebra. Acedido em 1/5/2014 em http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/.
- Lima, M. G., Silva, M.B., Souza, T.A., Souza, L.P. (2013). A Episiotomia e o Retorno à Vida Sexual Pós-Parto. *Revista UNINGÁ Review*, 2(16), pp.33-37. Acedido em 19/2/2014 em http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131101_112358.pdf.
- Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição, Loures: Lusodidacta.
- Luque-Carro, R, Subirón-Valera, AB, Sabater-Adán, B, Sanz-de Miguel, E., Juste-Pina, A., Cruz-Guerreiro, E. (2011). Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Matronas Profesion*. 12(2), pp. 41-48 acedido em 6/6/2014 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0153a500-8086-434c-b893-602a09b0d131%40sessionmgr4003&vid=6&hid=4114>.
- Moura-Ramos, M., Canavarro, M.C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*. 3(25), pp. 399-413. Acedido em 1/5/2014 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312007000300007&script=sci_arttext
- Mouta, R.J., Pilotto, D.T., Vargens, O.M., Progianti, J.M. (2008). Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 16(4), pp.472-476. Acedido em 8/7/2014 em <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a03.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2013a). Projeto Maternidade com qualidade - Episiotomia: realização seletiva ou rotineira.. Acedido em 7/6/2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (2013b). Projeto Maternidade com qualidade – Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido. Acedido em 7/6/2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf.
- Pontes, Â. (2011). *Sexualidade: Vamos Conversar Sobre Isso?* Dissertação de Candidatura ao grau de Doutoramento em Ciências de Saúde Mental, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Acedido em 3/5/2014. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24432/2/Sexualidade%20vamos%20conversar%20sobre%20isso.pdf>.
- Progianti, J.M., Araújo, Lm. M., Mouta, R. O. (2008). Repercussões da episiotomia Sobre a sexualidade. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 12 (1). pp.45 – 49. Acedido em 19/2/2014 em <http://www.scielo.br/pdf/eann/v12n1/v12n1a07.pdf>.
- Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E., Rubertsson, C. (2008). Tears In The Vagina, Perineum, Sphincter Ani, And Rectum And First Sexual Intercourse After Childbirth: A Nationwide Follow-Up. *Birth*, 35 (2), pp. 98-106. Acedido em 6/6/2014 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0153a500-8086-434c-b893-602a09b0d131%40sessionmgr4003&vid=20&hid=4114>
- Rathfisch, G., Dikencik, B.K., Kizilkaya Beji N., Comert, N., Tekirdag A.I., Dikencik B.K., Kadioglu, A. (2010). Effects Of Perineal Trauma on Postpartum Sexual Function. *Journal of Advanced Nursing*. 66(12), pp. 2640–2649. Acedido em 6/6/2014 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0153a500-8086-434c-b893-602a09b0d131%40sessionmgr4003&vid=9&hid=4114>.
- Roper, N., Logan, W. W., Tierney, A. J. (2001). *Modelo de Enfermagem*. 3.ª Edição, Alfragide: Mc Graw Hill.
- Santos, C. M., Pimenta, C. A., Nobre, M. R. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana Enfermagem*; 15 (3); Acedido em 3/5/2014 em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421874023>.
- Santos, J. O., Shimo, A.K. (2007). Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia. *Revista mineira enfermagem*; 11(4). pp. 432-438. Acedido em 8/7/2014 <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/369>
- Scarabotto, L. B., Riesco, M. L. (2006). Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas, *Revista Escola Enfermagem USP*, 40(3), pp.389-395. Acedido em 1/5/2014 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a10.pdf>.

- Sousa, H.L.(2012). *Pratica baseada na evidencia: uma metodologia fundamental para os alunos de enfermagem*. Projeto de investigação, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Acedido em 1/5/2014 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2790/3/T_18151.pdf
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Vettorazzi, J., Marques, F., Hentschel, H., Ramos, J. , Martins-Costa, S. H., Badalotti, M. (2012). Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Revista HCPA*, 32(4), pp.473-479. Acedido em 19/2/2014 em <http://seer.dev.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewFile/32388/23916>.
- World Health Organization (2013). *A Handbook For Building Skills Counseling For Maternal And Newborn Health Care*. Acedido em 30/05/2014 em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44016/1/9789241547628_eng.pdf.

Anexo I - Descriptores

Anexo II - Conjugação Palavras Chave

Anexo III – Artigos Seleccionados

Anexo IV – Fichas de Leitura dos Artigos