

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

**AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA
E OBSTÉTRICA NA PREVENÇÃO DA EPISIOTOMIA NAS NULÍPARAS
DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Paula Cristina Rendeiro Assunção

Orientação:

Professora Mestre Maria Olímpia Laurentino Cruz Carvalho Fonseca

dezembro,2022

“Por vezes ajudo as pessoas a viver,

Por vezes ajudo-as a morrer...

Porem ajudo as sempre,

Sou Enfermeira.”

Peggy Anderson (1938 -2016)

AGRADECIMENTOS

A elaboração do relatório de estágio, contou com importantes contributos e orientações, pelo que expresso os mais sinceros agradecimentos, nas breves linhas que se seguem, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização.

Assim, começo por agradecer à Senhora Professora orientadora Maria Olímpia Laurentino Cruz Carvalho Fonseca, pelo rigor e competência científica que conferiu à orientação deste relatório, pela permanente disponibilidade e por todas as sugestões e reflexões que me proporcionou durante toda esta longa caminhada.

À equipa de EEESMO do bloco de partos que integrei, pela sua disponibilidade, simpatia e conhecimentos partilhados, em especial à Enfermeira cooperante, pelo carinho e competência com que me recebeu e orientou o meu crescimento pessoal e profissional, através da aquisição de competências e partilha de experiências significativas.

A todos os Enfermeiros Cooperantes que me receberam de braços abertos e me enriqueceram através da partilha de conhecimentos e experiências adjacentes à prática clínica da Enfermagem Especializada.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pela sua amizade e pela facilidade das trocas de horário que me proporcionaram, conscientes da dificuldade de conjugar a atividade laboral com a vida Académica.

À minha família e ao meu namorado pela confiança e apoio incondicional, manifestados de forma incessante, durante todo o curso de mestrado.

Ao Instituto Politécnico de Santarém e, em particular, à Escola Superior de Saúde de Santarém por todo o esforço e dedicação em assegurar uma formação académica de qualidade a todos os seus alunos.

Por último, agradeço a todos cujos nomes não se encontram aqui presentes, mas que, de uma forma ou de outra acabaram por dar o seu contributo para a realização deste relatório.

A todos vós, o meu sincero agradecimento!

Paula Cristina Rendeiro Assunção

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

A

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

B

BP - Bloco de Partos

C

cm - centímetros

CMESMO - Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

CTG - Cardiotocografia

D

DGS -Direção Geral da Saúde

E

EC- Ensino Clínico

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enf^a - Enfermeira

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSS - Escola Superior de Saúde de Santarém

F

f- folha

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF- Frequência Cardíaca Fetal

H

HAP- Hospital de Apoio Perinatal

HAPD- Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

J

JBI - *Joanna Briggs Institute*

JCI - *Joint Commission International*

N

N^o/ n^o - Número

O

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

P

p- Página

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCC - População, Conceito, Contexto

PROF^a - Professora

R

RCCEE - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEESMO - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde

Materna e Obstétrica

REBA - Rotura Espontânea da Bolsa de Águas

RN - Recém-Nascido

RPM - Rotura Prematura de Membranas

RRMI- Rede de Referência Materno Infantil

S

SNS -Serviço Nacional de Saúde

Sr^a- Senhora

T

TP - Trabalho de parto

U

UC - Unidade Curricular

V

VNI - Ventilação não Invasiva

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, OMS (2018), uma das intervenções a ser utilizada criteriosamente é a episiotomia, recomendando uma taxa de episiotomia de, no máximo, 10%. Em Portugal, a taxa de episiotomias ultrapassa os 70% constatando-se que assume o caráter de prática rotineira nos hospitais portugueses (OMS, 2018).

Realizou-se uma *Scoping Review*, segundo a metodologia *Joanna Briggs Institute* e partindo da questão **“Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) que previnem a realização da episiotomia nas nulíparas no trabalho de parto (TP)?”**. Da pesquisa efetuada, através das plataformas de bases de dados da EBSCOhost e PubMed, foram selecionados quatro artigos com os resultados mais pertinentes para a questão de revisão. Após análise reflexiva das respostas obtidas, os resultados pretendem contribuir para a prática do EEESMO, na prevenção da episiotomia, baseada na melhor evidência científica.

Palavras-Chave: Episiotomia; Trabalho de Parto; Intervenções de Enfermagem; Nulíparas; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

According to the World Health Organization, WHO (2018), one of the interventions to be used judiciously is episiotomy, recommending an episiotomy rate of no more than 10%. In Portugal, the rate of episiotomies exceeds 70%, confirming that it is a routine practice in Portuguese hospitals (WHO, 2018).

A Scoping Review was carried out, according to the Joanna Briggs Institute methodology and based on the question “**Which nurse specialist in maternal and obstetric health interventions prevent the performance of episiotomy in nulliparous women in labor?**”. From the research carried out through the EBSCOhost and PubMed database platforms, four articles were selected with the most relevant results for the review question. After a reflective analysis of the answers obtained, the results intend to contribute to the practice of the nurse specialist in maternal and obstetric health, in the prevention of episiotomy, based on the best scientific evidence.

Key words: Episiotomy; Labor; Nursing Interventions; Nulliparity; Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	10
1. DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM Á PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	13
2. A PREVENÇÃO DA EPISIOTOMIA NO TRABALHO DE PARTO	31
3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA – TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN.....	34
4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	40
4.1. SCOPING REVIEW	40
4.1.1 Análise e discussão dos resultados	51
5. CONCLUSÃO	54
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
APÊNDICES	60
APÊNDICE A: Projeto Individual de Estágio.....	61
APÊNDICE B: Apresentação da formação em serviço “Gasimetria do cordão umbilical”	62
APÊNDICE C: <i>Apresentação da formação em serviço: “Prevenção da Episiotomia nas Nulíparas durante o Trabalho de Parto- Uma SCOPING REVIEW”</i>	63
ANEXOS	64
ANEXO I: Síntese de registo das atividades práticas desenvolvidas nos ensinios clínicos	65
ANEXO II: Protocolo da JBI “SCOPING REVIEW”	66

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura nº1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman	36
Figura nº2- PRISMA Diagram Flow	44

ÍNDICE DE QUADROS

f.

Quadro nº1- Critérios de Inclusão e Exclusão	40
Quadro nº2- Limitadores utilizados por base de dados	41
Quadro nº3- Estratégia de Pesquisa	42
Quadro nº4- Resumo da Análise dos Artigos Seleccionados	45

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, foi elaborado no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio IV- Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) na sala de partos, integrado no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS). Integrei o 7ºCMESMO em setembro de 2020, iniciando nessa data, o meu percurso formativo. Ao longo de 2 anos, vivenciei uma grande diversidade de experiências significativas, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, através da aquisição de conhecimentos teórico-práticos e competências técnicas e científicas.

O ensino clínico (EC), em contexto do bloco de partos (BP), teve a duração de 20 semanas, com data de início a 25 de fevereiro de 2022 e término a 22 de julho de 2022, traduzindo-se em 700 horas, das quais 560 horas, foram afetas à prestação de cuidados. Foram ainda dedicadas 20 horas de orientação tutorial, 40 horas de seminários e 200 horas de trabalho autónomo para a elaboração do relatório. O EC, foi realizado no serviço de BP, num hospital integrado na administração regional de saúde do centro (ARSC), pertencente ao serviço nacional de saúde (SNS). Os objetivos propostos para a realização do EC foram os seguintes:

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

A elaboração deste relatório de estágio, tem como objetivos refletir criticamente sob as atividades desenvolvidas no EC, segundo a prática baseada na evidência (PBE), tendo em consideração o projeto individual de estágio (Apêndice A) e analisar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na prevenção da episiotomia nas nulíparas durante o trabalho de parto (TP), identificando as intervenções adjacentes. O projeto individual de estágio, foi elaborado no início do desenvolvimento do EC, consistindo num guia orientador, onde consta a programação de várias atividades, com o propósito de atingir os objetivos traçados e desta forma, adquirir o conjunto das competências inseridas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República, série II, nº 26 e o Regulamento de Competências Específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEESMO), nº 391/2019, de 03 de maio de 2019, Diário da República, série II, nº 85.

No que diz respeito à seleção da área temática, para o desenvolvimento do relatório de estágio, esta surgiu da minha observação durante o EC, constatando que a prática de episiotomia, algumas vezes, era aplicada de forma “rotineira”. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, OMS (2018), uma das intervenções a ser utilizada criteriosamente é a episiotomia, recomendando uma taxa de episiotomia de, no máximo, 10%. No entanto, em Portugal, a taxa de episiotomias ultrapassa os 70% constatando-se que assume o caráter de prática rotineira nos hospitais portugueses (OMS, 2018). O EEESMO, é responsável por assumir, de forma ativa, o seu papel autónomo, como profissional especializado, na defesa do parto normal, investigando “sobre práticas clínicas, fisiologia e suporte aos processos fisiológicos da gravidez, TP, nascimento (...) e pós-parto”; Adquirindo e aplicando “sistematicamente conhecimentos e métodos que otimizam o desenvolvimento fisiológico (...) do TP ”; Fomentando “práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do TP, nascimento e pós-parto”; Evitando “a utilização por rotina em parturientes de baixo risco de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja demonstrado” (Pinheiro *et al*,2012). Perante isto, suscitou o meu interesse pela temática da prevenção da episiotomia no TP, uma vez que considero o papel do EEESMO determinante para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para estudar a temática, foi realizada uma *Scoping Review*, de acordo com o protocolo do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020), uma vez que esta permite o encontro da melhor evidência científica e, portanto, dos melhores e mais atuais contributos para a prática do EEESMO no seu contexto profissional. Desta forma, foi formulada a questão população contexto e conceito (PCC) “Quais as intervenções do EEESMO que previnem a realização da episiotomia nas nulíparas no TP? Foi realizada uma pesquisa nas plataformas de bases de dados EBSCOhost e PubMed que permitiram a aquisição de novos conhecimentos relativamente às intervenções de enfermagem que contribuem para prevenir a episiotomia nas nulíparas no TP.

Através do estudo da temática selecionada, partilhei os resultados com a equipa de EEESMO do EC, e também procurei melhorar a minha prática clínica dos cuidados, no que dizia respeito à adoção de intervenções do EEESMO que prevenissem a realização de episiotomia durante o TP, de forma a evitar, eventuais complicações associadas a esta prática.

Quanto à estrutura do relatório, este foi dividido em cinco capítulos, de forma a proporcionar um enquadramento lógico dos conteúdos selecionados. O primeiro capítulo contempla a análise reflexiva do percurso desenvolvido ao longo do EC, de acordo com os objetivos e atividades delineadas no projeto individual de estágio. No segundo e terceiro capítulo consta o enquadramento teórico da temática selecionada. O quarto capítulo diz respeito ao enquadramento metodológico e a análise dos resultados obtidos. Por último, no quinto capítulo, encontra-se a

conclusão, onde irei mencionar o contributo da elaboração deste relatório para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e na sua divulgação para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMO, bem como perspetivar a sua continuidade a nível pessoal, da prática de cuidados e da investigação.

1. DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

O EC, foi realizado no BP de um Hospital de Apoio Perinatal (HAP), pertencente a um centro hospitalar do SNS, estando integrado na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), que engloba mais de 10 concelhos, abrangendo uma população com cerca de 400.000 habitantes.

Segundo a (DGS, 2001), cerca de 80% dos RN portugueses nascem em locais dentro da rede de referência materno infantil (RRMI), estando definidas as estruturas que garantem o equipamento mínimo e a constituição da equipa perinatal. A RRMI tem como objetivo melhorar a eficiência e a efetividade dos serviços de obstetrícia, garantindo a segurança e qualidade no parto e nascimento. No caso dos HAP, a equipa de saúde é constituída com a presença de pelo menos dois médicos da especialidade de ginecologia e obstetrícia, disponibilidade permanente de um Anestesiologista e um Pediatra com especialidade em neonatologia e pelo menos dois EEESMOS (DGS,2001). Quanto às estruturas do BP nos HAP, estes possuem uma sala de bloco operatório permanentemente disponível, com acesso direto ao BP; um monitor fetal por cada sala de partos; um ecógrafo sempre disponível; instalação central de gases e vácuo e duas mesas de reanimação para o RN (DGS,2001). O número mínimo de partos que garantem eficiência e uma rotina perinatal com garantia de qualidade contínua é apontado para os 1500 partos por ano (DGS,2001).

O BP desta instituição, assim como todos os seus outros serviços, são acreditados pela *Joint Commission International* (JCI). A JCI é a mais prestigiada entidade acreditadora independente na área da saúde, a nível mundial, que tem como objetivo, supervisionar e certificar as unidades de saúde, seguindo padrões de qualidade validados internacionalmente. O Departamento da Qualidade na Saúde, criado no âmbito da Direção-Geral da Saúde (DGS), assume o papel central de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, e uma das suas principais incumbências, consiste no dever de implementar um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, baseado num modelo sustentável e adaptado às características do sistema de saúde português. Promover e garantir a qualidade, e a melhoria contínua dos serviços de saúde, é um imperativo de todos os que dedicam a sua vida profissional, ao serviço público dos cidadãos que os procuram, para receberem os cuidados globais, integrados e seguros de que necessitam e aos quais têm direito (DGS,2020).

Durante a realização do EC, prestei cuidados especializados a grávidas, parturientes, puérperas, RN e acompanhantes, tendo sido crucial no desenvolvimento e aquisição das competências inseridas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República, série II, nº 26 e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO), nº 391/2019, de 03 de maio de 2019, Diário da República, série II, nº 85.

No início do EC, elaborei o projeto individual de estágio (Apêndice A), constituindo-se num guia orientador, onde planeei as atividades a que me propus desenvolver ao longo do EC, de forma a atingir os objetivos específicos propostos e subsequentemente adquirir as competências adjacentes, cumprindo as metas temporais estabelecidas. Os objetivos específicos foram delineados tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), nº 140/2019, de 6 de fevereiro e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO), nº 391/2019, de 03 de maio de 2019. O projeto individual de estágio, envolveu um processo que permitiu ser responsável pela minha intervenção, promovendo a criatividade, a inovação, a autonomia, a autorregulação da aprendizagem e a motivação, que foi ao encontro da concretização dos meus objetivos. Trata-se dum processo dinâmico e mutável pelo que sofreu alterações, pois teve na sua essência, vivências e reflexão individual que levaram à sua adequação.

Considerando o registo das atividades práticas em contexto de EC, realizei no total: 107 vigilâncias do TP; 40 partos eutócicos; colaborei em 21 partos distócicos por ventosa; prestei cuidados a 72 RN (dos quais 10 eram de risco), a 10 puérperas e a seis grávidas em situação de risco.

Ser especialista em enfermagem, é possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades num domínio específico, de acordo com as respostas humanas aos processos da vida e aos problemas de saúde. Pressupõe uma elevada capacidade de conceção, gestão, supervisão dos cuidados, formação e investigação (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019). No que respeita ao EEESMO, este assume no exercício da sua atividade profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, que são aquelas, em que estão envolvidos processos fisiológicos normais do ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, que englobam todas aquelas, em que estão envolvidos processos patológicos e disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio de 2019).

Tendo em consideração o projeto individual de estágio, irei analisar e refletir acerca dos objetivos específicos propostos e as atividades desenvolvidas para os atingir, recorrendo à fundamentação teórica assente na PBE, que sustenta, em cuidados especializados, pela excelência das suas práticas, garantindo a aquisição de competências técnicas, cognitivas e relacionais.

Também serão mencionados, os aspetos facilitadores e dificultadores, encontrados ao longo do desenvolvimento do EC, bem como as estratégias encontradas para os ultrapassar.

“INTEGRAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DO BP E DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA”

Para atingir este objetivo, apresentei-me no serviço de BP como estudante do 7ºCMESMO, tendo sido direcionada para o gabinete da Enfermeira (Enfª) Chefe, onde tive a oportunidade de me apresentar através de uma reunião informal. Nessa reunião, foi apresentada a Enfª Cooperante e seguidamente foram apresentados todos os profissionais de saúde que se encontravam no turno desse dia, enquanto fazia uma visita guiada com a Enfª Cooperante a todas as instalações físicas do BP, consulta externa de ginecologia e obstetrícia e por fim o serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, onde foi explicado o circuito da mulher/grávida/parturiente e acompanhante neste serviço, desde a triagem até à sua transferência para o BP ou outro (serviço de internamento de obstetrícia/ ginecologia, bloco operatório central, etc.). De mencionar, que todas as grávidas que apresentassem situações de ameaça de parto pré-termo (APPT), com idade gestacional inferior a 34 semanas, eram transferidas para um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD), de acordo com os protocolos instituídos.

Nas primeiras semanas do EC, adquiri informações acerca da instituição, referentes ao seu objetivo, valores e missão, e também, informações inerentes à sua organização, constituição, gestão, protocolos internos, protocolos externos instituídos com outras instituições de saúde pertencentes ao SNS, tendo terminado com a leitura das normas e diretrizes emanadas pela DGS, adotadas no EC. A leitura destes documentos, permitiu conhecer quais eram as práticas mais utilizadas pela equipa de EEESMO e desta forma, compreender a uniformização dos cuidados de saúde prestados, tendo por base as boas práticas.

A Direção Geral da Saúde é o serviço central do Ministério da Saúde que tem por missão regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção e prevenção da doença e definição das condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde. A missão técnica ou normativa da direção-geral da saúde traduz-se na elaboração, emissão e difusão de orientações e normas para a promoção e proteção da saúde, bem como para a prevenção e controlo da doença, desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados de saúde e a sua avaliação nas redes hospitalar, dos centros de saúde, unidades de saúde familiares e de cuidados continuados (DGS,2011).

Ao longo das semanas que desenvolvi o EC, tive a oportunidade de conhecer e trabalhar com todos os elementos da equipa multidisciplinar do BP, através da delegação de tarefas, relações de interajuda e cooperação com a equipa de EEESMO/médica e articulação com outros

profissionais de saúde, aquando do surgimento de situações fora da minha área de competência ou com recurso a peritos.

“APROFUNDAR CONHECIMENTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA”

Ao longo do EC, todas as intervenções desenvolvidas no plano de cuidados, foram fundamentadas a partir dos conteúdos lecionados pelas várias unidades curriculares que constituíram o 7^oCMESMO. Para além do conteúdo teórico e prático apreendido em sala de aula, tive a necessidade de aprofundar os conhecimentos adquiridos, de forma a poder evoluir enquanto futura EEESMO, tendo sido um percurso muito trabalhoso e enriquecedor, já que me permitiu adquirir, desenvolver e aperfeiçoar competências técnicas e cognitivas. Através do aprofundamento de conhecimentos, prestei cuidados nas situações mais diferenciadas e delicadas, tendo isso contribuído para uma melhor tomada de decisão, participando ativamente na discussão e planeamento dos cuidados prestados, articulando com a equipa multidisciplinar. As situações de urgência foram bons exemplos disso, tendo proporcionado vários momentos de discussão e reflexão com a Enf^a Cooperante, no qual a fundamentação teórica dos cuidados se tornou imprescindível na sua compreensão e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Também foi muito enriquecedor, para a minha aprendizagem, a partilha de experiências com as colegas em contexto de seminário, e as reuniões agendadas com a Professora (Prof^a) orientadora no que dizia respeito à reflexão crítica dos cuidados prestados.

Por fim, recorri a pesquisa bibliográfica e a plataformas de base de dados, para fundamentar e compreender a temática selecionada, de forma a obter os conhecimentos mais recentes e atualizados da literatura suportada pela PBE, e poder partilhar os resultados com a equipa do BP e futuramente com a comunidade científica.

Considero que atingi o objetivo com sucesso, tendo desenvolvido as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

“DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS, DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS, VISANDO A GARANTIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM”

No que diz respeito à área de gestão, no decorrer do EC, fui acompanhando o trabalho desenvolvido pela Enf^a Cooperante, sobretudo quando era a responsável de turno. Em relação ao enfermeiro responsável de turno, este corresponde ao EEESMO com mais tempo de especialidade, cuja função é promover a organização, para que cada enfermeiro contribua com eficiência na

prestação de cuidados. Desta forma, pude depreender que ao assumir a liderança (mesmo que não de forma efetiva), implicava ter a responsabilidade de articular diferentes profissionais, num trabalho em equipa multidisciplinar, horizontal, visando a prestação de cuidados centrados na mulher/acompanhante. O facto de existir um EEESMO responsável de turno, permite que os outros enfermeiros, detenham de tempo suficiente para dar o seguimento e apoio necessário à mulher/RN /acompanhante, tendo em conta as suas necessidades e assim, potenciar a sua intervenção e ser reconhecido como um profissional de referência.

A prestação dos cuidados de enfermagem, é realizada a partir do método individual de trabalho, permitindo aos enfermeiros, assumir a responsabilidade total dos cuidados que presta, numa perspetiva holística. Considero que este método de organização de trabalho é personalizado, envolve a evidência científica e proporciona a autonomia e responsabilidade dos cuidados prestados, não impedindo, no entanto, que seja promovido o espírito de trabalho em equipa e de interajuda.

Uma das formas de gestão dos recursos humanos, é realizada através do preenchimento da escala de distribuição da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, que pode ser tanto realizada pela Enf^a Chefe, como pela Enf^a responsável de turno, distribuindo os vários profissionais, pelas diferentes áreas de trabalho (salas de parto, recobro do puerpério imediato e serviço de urgência) de acordo com o horário definido e as trocas autorizadas pela chefia. Esta distribuição tem em conta a preferência dos EEESMO, a rotatividade anterior e se o enfermeiro é ou não especialista. Os enfermeiros de cuidados gerais são sempre distribuídos para a área do recobro do puerpério imediato, existindo no máximo um por turno. Desta forma, o EEESMO é responsável pelos cuidados às grávidas e parturientes, assegurando todos os cuidados às mesmas ou é responsável por assegurar os cuidados às mulheres admitidas no serviço de urgência. O enfermeiro de cuidados gerais presta os cuidados imediatos ao RN, dando apoio ao EEESMO, ficando responsável pelos cuidados à puérpera e RN no recobro até a sua transferência para o serviço de internamento de obstetrícia.

Ao longo do desenvolvimento do EC, colaborei na gestão do espaço físico, materiais clínicos, equipamentos tecnológicos e terapêutica do BP, conforme os protocolos do serviço, de forma a compreender o papel do EEESMO enquanto gestor. Progressivamente, ganhei uma maior autonomia, sobretudo na reposição de materiais clínicos e terapêutica, procedendo à respetiva gestão nos armazéns de aprovisionamento e pedidos à farmácia. Colaborei na gestão do espaço físico, aquando da admissão de várias parturientes no turno, certificando-me que a unidade se encontrava completamente limpa e operacional (identificando previamente os equipamentos que se encontravam com anomalias, garantido a sua reparação e/ou substituição através do contacto com a equipa técnica de manutenção hospitalar). Um aspeto cada vez mais importante na gestão é a utilização dos sistemas de informação. Os registos de enfermagem no BP são informatizados e

em suporte de papel (partograma). A avaliação inicial, é realizada através da plataforma informática *S-CLINIC*, sendo preenchida pelo EEESMO que procede à admissão da mulher/acompanhante no BP. Os registos de enfermagem no sistema informático, permitem o acesso à informação clínica das mulheres, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e à sistematização dos mesmos, permitindo homogeneizar as práticas e a informação recolhida, possibilitando desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento da mulher/acompanhante. A elaboração dos registos também possibilitou refletir sobre a importância de dar visibilidade às intervenções autónomas do EEESMO.

Compreendendo a importância da gestão, para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvi as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da gestão de cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019), competência C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

“PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE, RN E ACOMPANHANTE EM SITUAÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA, NOS 4 ESTÁDIOS DO TP, SEGUNDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM, DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, COGNITIVAS E RELACIONAIS”

O TP, ou parto, é considerado um processo fisiológico durante o qual o feto, as membranas, o cordão e a placenta são expulsos do útero. Os sinais clínicos do início do TP caracterizam-se pelo aparecimento de contrações uterinas dolorosas de frequência intensidade regulares, acompanhadas de apagamento e dilatação cervical (Varela *et al.*, 2020). O TP está dividido em 4 estádios.

Para atingir este objetivo, tive a oportunidade de realizar 107 vigilâncias de TP, das quais 40, resultaram em partos eutócicos e 21 resultaram em partos distócicos (ventosa). De forma a mostrar as várias atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, decidi organizar este objetivo consoante os 4 estádios do TP.

1º Estádio do TP

O 1º estágio, divide-se em 2 fases (latente e ativa). Segundo a OMS (2018), a fase latente do 1º estágio do TP, caracteriza-se pela existência de contrações dolorosas, com alterações variáveis do colo uterino, com algum grau de apagamento e progressão lenta da dilatação, até aos 5 centímetros (cm). Por seu lado, a fase ativa, caracteriza-se pela existência de contrações dolorosas regulares, com apagamento cervical significativo e progressão rápida da dilatação, dos 5 cm à dilatação completa (OMS, 2018).

Em relação aos 40 partos eutócicos realizados, posso afirmar que na grande maioria, tive a oportunidade de vigiar o TP desde o 1º estágio. A minha prestação de cuidados à parturiente/acompanhante, começava pelo seu acolhimento ao serviço de BP. Considerei este primeiro contato com a parturiente/acompanhante, como determinante para o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, onde considero que sempre fui assertiva e acolhedora, pois para além de apresentar o espaço físico e explicar o funcionamento do BP, também prestei informações ao acompanhante relativamente ao seu papel no BP. Neste momento, validava as expectativas da parturiente/acompanhante, face ao parto, apurava a sua participação em cursos de preparação para a parentalidade e a existência/ ou não, de um plano de parto. A maior parte das parturientes, frequentou o curso de preparação para o parto, tendo algumas destas, apresentado o seu plano de parto no BP. Os planos de parto são ferramentas que devem ser valorizadas tanto pelos casais como pelos profissionais. Para os casais este plano pode revelar-se um projeto de nascimento, onde estão refletidos os desejos e vontade dos mesmos para o percurso do TP e parto, que culmina com o nascimento. Os profissionais devem potenciar a vivência do casal neste período, seguindo esse mesmo plano (Lopes, 2016). O facto das parturientes, não se fazerem acompanhar de um plano de parto, isso não constituiu impedimento, para questioná-las face às suas expectativas e desejos relativos àquele momento, que tem, tanto de especial, como de exigente. Quando questionava a parturiente/acompanhante acerca do que tinham planeado para o parto, muitas referiram não ter pensado em nada. No sentido de ajudar a mulher a alcançar o máximo de potencial de saúde, avaliei e diagnostiquei as necessidades em cuidados, conforme o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Após avaliar as expectativas da parturiente/acompanhante, efetuava a avaliação inicial e consultava o processo clínico, de forma a obter as seguintes informações: Antecedentes pessoais e familiares, consumos aditivos e alergias, história da gravidez atual e índice obstétrico. Validava e atualizava a idade gestacional, interpretava os resultados das serologias do 3º trimestre e o resultado de pesquisa vaginal e retal de estreptococos β e confirmava o grupo sanguíneo (quando se tratava de um grupo de sangue negativo, consultava o resultado do teste de *Coombs* indireto e verificava a administração prévia da Imunoglobulina Anti D, após as 28 semanas de gestação).

Quando terminava a avaliação inicial, questionava as parturientes relativamente ao seu interesse ou não, na administração de analgesia por via epidural, onde a maioria revelou estar interessada. Perante o interesse por analgesia epidural, colhi amostras de sangue para os tubos de hemograma e coagulação, para que a equipa médica de anestesiologia, interpretasse os valores e averiguasse, se as parturientes reuniam condições clínicas para a punção de cateter epidural. A analgesia epidural é a analgesia mais frequentemente utilizada nas maternidades portuguesas para alívio da dor no TP e parto (Guerra,2020). A analgesia epidural é normalmente administrada na fase

ativa do TP, por se pensar que a sua administração precoce e o seu efeito prolongam a duração e a instrumentalização do TP e parto (Guerra,2020).

Após recolhidas as informações clínicas, os meios complementares de diagnóstico e o boletim individual de saúde da grávida, reunia toda a documentação numa pasta individualizada, a fim de formar o processo da parturiente. Na pasta individualizada, acrescentava ainda a folha do partograma, com o preenchimento da idade gestacional, índice obstétrico, grupo sanguíneo, resultado do rastreio do streptococos β , hora de rotura da bolsa amniótica e as suas características (se aplicável aquando da admissão no BP). O partograma é entendido como uma representação gráfica do TP e pode ser considerado um excelente recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação, em relação ao tempo (Rocha *et al.*,2014). Atualmente, a sua utilidade é mais abrangente e está desenhado para monitorizar não só a evolução do TP, mas também a grávida e o feto (OMS,2014). A utilização do partograma transformou a conduta clínica intuitiva em ciência preditiva, outros autores referem mesmo que a sua correta utilização pode contribuir para diminuir as taxas de cesarianas, assim como a diminuição dos casos de sofrimento fetal intraparto (Molinari,2012). No EC, procedi ao registo no partograma só a partir da fase ativa do TP, sendo conduta própria do serviço.

Uma vez realizada a apresentação, validadas as expectativas da parturiente/acompanhante e realizada a avaliação inicial, procedi à avaliação do bem-estar materno-fetal a partir da monitorização por cardiotocografia (CTG), onde avaliei a frequência cardíaca fetal (FCF) e a contratilidade uterina, interpretando se o CTG se mostrava tranquilizador ou não. Segundo a OMS (2018), o bem-estar materno-fetal implica a monitorização fetal intermitente ou contínua, externa ou interna, a avaliação do líquido amniótico e a avaliação das necessidades emocionais e físicas da parturiente. Mediante isto, avaliei e interpretei os sinais vitais ao longo do tempo. Segundo Cunningham (2010), a avaliação dos sinais vitais deve ser realizada de quatro em quatro horas, por forma a diagnosticar precocemente desvios da normalidade. Quando a parturiente manifestava aumento da dor, ou vontade de “puxar” avaliava a evolução do TP, através da avaliação cervical por toque vaginal. De acordo com as recomendações da OMS (2018), a avaliação cervical deverá ser realizada por rotina, respeitando um intervalo de quatro horas, para mulheres de baixo risco. Quando iniciei o EC, a minha experiência na avaliação cervical era, praticamente nula, tendo apresentado algumas dificuldades no início. Com o desenvolvimento do EC, fui adquirindo, progressivamente, competências ao nível desta técnica, atingindo um bom nível de competência na sua execução no final do EC. Existem, porém, outros métodos, não invasivos, que apresentam fiabilidade no que concerne à avaliação da progressão do TP, os quais, também, adotei durante o EC. São exemplo disso, a palpação abdominal, a deslocação do transdutor da FCF, o comportamento e a respiração da parturiente e o aumento das secreções vaginais (APEO & FAME, 2009).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014), desenvolveu o “Projeto de Maternidade com Qualidade” com o objetivo de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, definindo 5 indicadores: a adoção de posições não supinas durante o TP, a ingestão/hidratação durante o TP, a episiotomia seletiva, a amamentação na 1ª hora de vida e a adoção de medidas não farmacológicas de alívio da dor, durante o TP. Assim, no 1º estágio do TP, providenciei líquidos claros e adotei medidas não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor. Em Portugal, o projeto da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE, *Maternidade com Qualidade*, apresenta como indicador de evidência e medida o “*estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto*” procurando, assim, garantir uma melhor qualidade na assistência durante o TP. Sabendo que a bacia se movimenta, mas que sobretudo se molda, este movimento pode ser otimizado durante o TP, informando a parturiente a adotar determinadas posições, de forma a facilitar a progressão da apresentação fetal ao longo da bacia. Ao longo do EC, incentivei a liberdade de movimentos e a adoção de posições não supinas a parturientes de baixo risco, observando que após a analgesia loco-regional, apresentavam-se mais renitentes, porque referiam diminuição da sensibilidade ao nível dos membros inferiores e cansaço, e assim sendo, preferiam estar confinadas ao leito. Foi difícil contrariar esta tendência, mesmo assim, consegui que algumas parturientes não desistissem, referindo como principais vantagens para as motivar, a diminuição do tempo do 1º estágio e 2º estágio do TP. Um aspeto dificultador, deveu-se ao facto das salas do BP, não estarem equipadas de CTG portátil *wireless*, o que dificultou, o movimento das parturientes durante todo o TP.

De forma a proporcionar maior conforto às parturientes, tive a preocupação de lhes oferecer líquidos claros, para ingerirem, nas situações de baixo risco, e caso não apresentassem náuseas e/ou vômitos, reportando à equipa médica para a prescrição de antieméticos, nessas situações. Os líquidos por via oral podem ser oferecidos em doses moderadas durante o TP; as parturientes consideradas de baixo risco com evolução normal do TP podem ingerir pequenas quantidades de chá, água e sumo de frutas sem polpa (OE, 2013).

Segundo a OE (2015), é importante que o EEESMO reconheça que durante o TP, todas as mulheres vão experimentar algum nível de dor (fisiológica) e deve saber mobilizar todos os recursos fisiológicos da mulher para lidar com ela. A dor do TP é positiva e tem um propósito, a mulher tem que confiar no seu corpo e na sua capacidade para parir. Ao EEESMO cabe dar-lhe as melhores condições para expressar as suas sensações físicas sem constrangimentos ou restrições. O EEESMO deve ter em conta não só o nível de dor, mas também o estado emocional da mulher, e experiências anteriores que esta verbaliza. Se para algumas mulheres a dor do TP é encarada como sofrimento e memória negativa, para outras é vista como algo que as empoderou. O EEESMO deverá saber gerir com a mulher tanto medidas farmacológicas como não farmacológicas ou a associação de ambas (OE, 2015). Todas as parturientes que assisti no 1º estágio do TP, foram questionadas acerca

das suas intenções no que dizia respeito às estratégias de alívio da dor, informando acerca das várias opções existentes. Em relação às medidas não farmacológicas, incentivei a realização de técnicas respiratórias e relaxamento e a utilização da bola de pilates. No 1º estágio do TP, a respiração ajuda a manter o relaxamento da musculatura abdominal e genital, facilitando a descida do feto Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) e Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), (2009). A dor da contração, tem um carácter intermitente, pelo que, incentivei as parturientes a relaxarem, o mais possível, no seu intervalo. A utilização da bola de pilates, foi outros dos métodos a que recorri, a fim de proporcionar alívio da dor no 1º estágio do TP. Proporcionei essa medida, a algumas parturientes, que se encontravam na fase latente do TP. Segundo a APEO & FAME (2009) a evidência científica disponível, sugere que as parturientes que permanecem, em posições verticalizadas durante o 1º estágio de TP, apresentaram menor nível de dor, recorrendo com menor frequência à analgesia loco-regional. Na adoção das medidas não farmacológicas, o papel do acompanhante foi muito importante, uma vez que instruído acerca das diferentes técnicas, se tornou pró-ativo no auxílio e incentivo à parturiente, tendo sido uma das minhas preocupações, em envolver o acompanhante na participação ativa dos cuidados prestados á parturiente.

Como já referi anteriormente, a grande maioria das parturientes, optou por realizar analgesia por via loco-regional (apesar de instituídas medidas não farmacológicas). Quando as parturientes optavam pela analgesia loco-regional, a equipa médica de anestesiologia, facultava-lhes o documento de consentimento informado e esclarecido, a fim de ser lido e assinado. Aqui ajudei a esclarecer dúvidas que pudessem ainda existir, após a sua leitura. Antes de chamar a equipa de anestesiologia ao BP, tinha o cuidado de observar e avaliar se as parturientes se encontravam na fase ativa do TP, pois só com essa condição, é que reuniam critérios, para se proceder à colocação de cateter epidural. Colaborei, também, com vários anestesistas na execução da técnica de punção epidural, monitorizando atentamente, o surgimento de efeitos secundários, após a realização da mesma. Um dos fatores determinantes para a evolução do TP, prende-se com a eliminação vesical, devendo o EEESMO, incentivar a parturiente a urinar em intervalos regulares. Tive atenção redobrada às parturientes a quem foi administrada analgesia loco-regional, pelo risco de retenção urinária. De facto, foram várias as parturientes, a quem tive de realizar esvaziamento vesical, por não terem reflexo de micção. Segundo Cunningham (2010), a descida da apresentação pode ficar condicionada, caso exista retenção urinária.

Com o desenrolar do EC, constatei que nem todos os partos decorrem de forma desejável, podendo surgir a qualquer momento, complicações. Perante isto, é importante que o EEESMO esteja preparado para responder à situação, com base nas suas competências e tomada de decisão. Pude comprovar isso, ao assistir a diferentes desvios da normalidade no 1º estágio do TP, nomeadamente, Rotura Espontânea de Bolsa de Águas (REBA) com saída de líquido amniótico

meconial, sofrimento fetal, TP estacionário, inadequada dinâmica uterina, paragens na progressão do TP e período expulsivo prolongado. Observei e interpretei CTG com desacelerações precoces, persistentes, sendo que alguns, evoluíram para desacelerações tardias e prolongadas. Nestas situações, a equipa médica optou por avançar para partos distócicos (ventosa e cesariana).

O TP estacionário, foi a complicação mais observada no decurso do EC. Tendo sido, a principal causa de realização de cesarianas. Segundo a DGS (2015), esta define TP estacionário como sendo “*aquela em que não se verifica progressão da dilatação cervical em qualquer dos seus estádios (...)*” (DGS, 2015, p.1). De acordo com as mesmas orientações, não havendo progressão de dilatação durante quatro horas, antes dos seis cm, dever-se-á considerar a realização de amniotomia e/ou estimulação oxitócica, após consentimento da parturiente. Se a perfusão oxitócica condicionar três a quatro contrações uterinas em cada 10 minutos e mesmo assim, não se verificar progressão de dilatação por quatro horas, dever-se-á considerar a realização de cesariana, por diagnóstico de TP estacionário (DGS, 2015b). Realizei algumas vezes a técnica de amniotomia, sendo esta realizada no intuito de estimular a progressão do TP. Antes da execução da técnica, tive sempre o cuidado de informar a parturiente acerca do procedimento. A técnica era realizada, utilizando uma pinça de amniotomia, por meio de técnica assética. Após a rotura, tinha o cuidado de observar as características do líquido amniótico e de identificar a variedade, observando como a apresentação se apoiava, de forma a detetar precocemente, possíveis prolapsos do cordão.

Em relação às parturientes com patologia materno-fetal, prestei ainda cuidados nas situações de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e APPT. A patologia materno-fetal mais frequente no EC, foi a diabetes gestacional, onde as situações que apresentavam macrosomia fetal, eram encaminhadas para realização de cesariana.

No 1º estágio do TP, as minhas principais dificuldades deveram-se à interpretação do CTG e avaliação do índice de BISHOP, para ultrapassar estas dificuldades, realizei pesquisa bibliográfica e tive o apoio da Enfª Cooperante, que esclareceu todas as minhas dúvidas, através da partilha dos seus conhecimentos e experiência.

2º Estádio do TP

O 2º estágio de TP, chamado de período expulsivo, inicia-se na dilatação completa e termina com a expulsão do feto. A duração desta fase é condicionada por vários fatores como: eficácia das contrações, analgesia, condição física e emocional, posição da parturiente, paridade e adequação pélvica no TP, tamanho, apresentação e situação do feto e o apoio recebido pelos profissionais de saúde. Este período pode variar de minutos até três horas (Graça, 2017).

No EC, tive a oportunidade de realizar a 40 partos eutócicos e colaborar/assistir em 21 partos distócicos através da utilização de ventosa. Não colaborei em partos distócicos por fórceps por ser uma prática raramente utilizada pela equipa médica, no contexto onde me encontrava.

Foram várias as situações, em que chegada à dilatação completa (10 cm), as parturientes não sentiam necessidade de iniciar esforços expulsivos. Mediante esta situação, e sempre que o registo do CTG permitia, incentivava a adoção de posições verticalizadas, a fim de permitir a descida da apresentação e por conseguinte, o surgimento do reflexo de Ferguson. Na grande maioria das parturientes, incentivei à realização de esforços expulsivos, consoante a sua vontade. Apenas incentivei a esforços dirigidos a parturientes que necessitavam de orientação na realização dos mesmos, em circunstâncias de cansaço materno, ou em situações, onde a analgesia, diminuiu a sua sensibilidade.

Durante o 2º estágio do TP, desenvolvi competências relativas à prevenção da realização da episiotomia e do trauma perineal. De acordo com Graça (2017), a episiotomia é definida como uma lesão iatrogénica da região perineal, realizada no triângulo posterior do períneo entre o introito vaginal e o ânus, preferencialmente médio-lateral, com o propósito de ajudar e encurtar o 2º estágio do TP. Procurei adotar medidas preventivas face a realização da episiotomia, nomeadamente a massagem perineal com lubrificante estéril. Também aqui avaliava a elasticidade, o comprimento do períneo e os diâmetros da bacia, de forma a prever eventuais danos no que dizia respeito ao trauma perineal, informando a parturiente, que em último recurso, teria de proceder à realização de episiotomia, e para isso precisava do seu consentimento. Em relação à prevenção do trauma perineal, a minha principal dificuldade, deveu-se à avaliação da necessidade de realização da episiotomia, tendo-me suscitado algumas dúvidas, porque por um lado queria evitar o seu uso rotineiro, e por outro, queria evitar a ocorrência de lacerações graves. Para ultrapassar esta dificuldade, muito contribuiu a experiência da Enfª Cooperante, que me foi ajudando a compreender a elasticidade dos diferentes períneos, com o desenvolvimento do EC. Também propus realizar uma *Scoping Review* sobre este tema, de forma a aprofundar conhecimentos nesta área e adquirir mais competências, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados.

Assim que a apresentação fetal se encontrava no último plano de hodge, preparava a mesa de parto, utilizando a técnica asséptica. Realizava a limpeza do períneo com água e sabão líquido e incentivava a parturiente a adotar a posição, para si, mais confortável. A maior parte das parturientes, preferiu parir na marquês de parto, em posição de litotomia. Poucas foram as parturientes que desejaram ter um parto verticalizado, mas mesmo assim, assisti a um parto na posição de sentada.

No EC, realizei 20 episiotomias. Este número, corresponde a 50% da totalidade de partos realizados, o que não cumpriu os requisitos emanados pela OMS. As principais razões pelo qual foram realizadas, relacionou-se com o cansaço materno, TP prolongado e suspeita de sofrimento

fetal. Considerei que nestes casos, a realização da episiotomia, foi a melhor opção, não tendo sido realizada por rotina, mas sim, mediante juízo crítico inerente a cada caso clínico. Das episiotomias que realizei, nenhuma evoluiu para laceração de 3º e 4º graus. Posso referir que na segunda metade do EC, realizei um número menor de episiotomias em comparação à primeira metade do EC. Durante o período expulsivo, propriamente dito, apliquei a manobra de Ritgen, em conjugação com uma pressão ligeira no occiput, a fim de evitar a deflexão rápida da cabeça do RN.

A maior parte das parturientes que assisti, experienciaram períodos expulsivos sem complicações, salvo algumas exceções. Assisti a situações de circulares cervicais apertadas e largas, procedendo à laqueação do cordão nas circulares apertadas. Após a saída da cabeça e do corpo do RN, procedia à permeabilização das vias aéreas e promovia o contacto pele a pele. Apenas laqueava o cordão, após este parar de pulsar, uma vez que são conhecidos os benefícios da clampagem tardia do cordão para o RN. De acordo com a OMS (2013) a clampagem tardia do cordão umbilical permite a passagem contínua do sangue da placenta para o RN durante mais um a três minutos após o nascimento, aumentando desta forma, as reservas de ferro do RN em até 50% aos seis meses de idade nos RN nascidos a termo. A laqueação precoce do cordão umbilical, aconteceu apenas nas situações onde necessitei de colher sangue do cordão (para realização do teste de Coombs direto e tipagem do grupo sanguíneo, e nas situações de colheita de sangue para a criopreservação de células estaminais). Em todas as outras situações, estimulei ao corte do cordão umbilical por parte do acompanhante ou por parte da própria mulher, assegurando a correta clampagem, com a mola umbilical.

3º Estádio do TP

O 3º estágio do TP corresponde à dequitação, e inicia-se com a expulsão do feto e termina até à expulsão da placenta. O descolamento e expulsão da placenta ocorrem como resultado da interação de fatores mecânicos e hemostáticos. Há uma súbita diminuição das dimensões uterinas e das contrações, após a saída do feto, o que leva a uma redução significativa da área de implantação da placenta. Estas mudanças conduzem a uma tensão que provoca a rotura de inúmeras vilosidades fibrosas, com a formação do hematoma retroplacentar. O 3º estágio do TP é variável, podendo durar entre cinco minutos e um hora. Estes timings são considerados dentro dos limites fisiológicos, isto se as perdas hemáticas não forem excessivas (Graça, 2017).

O tempo de descolamento é variável, na maioria dos partos a placenta separa-se do revestimento basal cinco a sete minutos após a expulsão do feto. É importante que o profissional respeite o tempo fisiológico, uma vez que nem todos os descolamentos se dão no período estimado. Ao que se chama atitude expectante. Caso ocorra demora deste, o profissional pode aguardar 45 minutos a uma hora, se as perdas de sangue não forem excessivas (Graça, *et al.*, 2017).

Em relação ao 3º estágio do TP, optei por uma atitude expectante, promovendo a dequitação fisiológica, observando os sinais de descolamento da placenta. Observei os 2 mecanismos de saída da placenta: Mecanismo de Baudelocque-Schultze e Mecanismo de Duncan-Varnekes. Após a dequitação, o EEESMO deve verificar o Globo de segurança de Pinard, as perdas de sangue, e por fim, observar rigorosamente a placenta e membranas, de forma a perceber se houve membranas fragmentadas e/ou secção de cotilédone (Lopes,2020). Não observei durante o EC, nenhuma situação de membranas fragmentadas nem de retenção placentar. Após a dequitação, verificava a integridade das membranas (âmnio e córion) e a integridade dos cotilédones. Observei placentas ao pormenor, com formas menos comuns, como foi o caso da placenta sucenturiada ou com inserção velamentosa do cordão. Após a observação da placenta e do cordão, verificava, através da palpação abdominal, a formação do globo de segurança de Pinard, o tónus uterino e as perdas hemáticas associadas, de forma a despistar uma atonia uterina.

No 3º estágio do TP, a minha principal dificuldade, deveu-se à técnica da massagem uterina, onde tinha de aplicar alguma força, de forma a garantir que o útero ficasse bem contraído.

4º Estádio do TP

O 4º estágio do TP ou puerpério imediato, dá-se início após a expulsão da placenta, tendo uma duração aproximada de duas horas (OMS, 2018). No EC, prestei cuidados a 72 RN (dos quais 10 eram de risco) e a 10 puérperas.

Neste estágio, prestei cuidados à puérpera, através da avaliação dos parâmetros vitais, avaliação da formação do globo de segurança de Pinard, avaliação do períneo e na adoção de medidas de controlo da dor. A correção de lacerações do períneo ou da episiotomia, ocorreu neste estágio. É imperativo que o EEESMO que acompanhou todo o TP, avalie as perdas hemáticas totais e sinais e sintomas sugestivos de hemorragia como: palidez acentuada, sudorese, agitação, hipotensão, taquicardia, lipotimia ou inconsciência (Cunningham *et al.*,2010).

Também aqui, realizei uma avaliação pormenorizada do períneo, informei as puérperas/acompanhante acerca do tipo de traumatismo ocorrido, assim como o seu grau de laceração (se aplicável), procurando o seu consentimento, para proceder à sua correção, por meio de perineorrafia. Em relação á perineorrafia, reparei lacerações de 1º e 2º graus e episiotomias. Por forma a contribuir para uma técnica de sutura indolor, proporcionei anestesia local às puérperas mais queixosas, mediante avaliação da escala numérica da dor. Segundo Hajjaj (2017), é esperado que as parteiras reúnam competências na abordagem ao trauma perineal, independentemente da sua tipologia e que sejam capazes de reparar sobretudo as lesões de 1º e 2º grau, promovendo a continuidade dos cuidados. A técnica de sutura utilizada por mim foi por planos, tendo sido a minha principal dificuldade, referente ao 4º estágio do TP. Para ultrapassar esta dificuldade, foi crucial os

ensinamentos da Enf^a Cooperante, que nas pausas da refeição, ensinava e praticava comigo, as diferentes técnicas de sutura, numa pequena almofada improvisada para o efeito.

Uma vez reparado o períneo, realizava uma segunda inspeção, confirmando se existia lesão do reto, através do toque retal. Seguidamente, procedia à inspeção uterina manual, a fim de remover todos os coágulos resultantes da dequitação, de forma a prevenir uma atonia uterina. Após todos os cuidados prestados, realizei educação para a saúde, relacionada com os cuidados perineais no pós-parto. Também promovi uma transição saudável para a parentalidade, através de informações aos pais, proporcionando-lhes apoio num ambiente acolhedor e privado. Considerei esta intervenção de extrema importância para o desenvolvimento do *empowerment* do casal.

Seguidamente, procedi à transferência da puérpera/acompanhante e RN para a sala de recobro do BP, garantido a sua segurança. No recobro, por forma a identificar possíveis desvios da normalidade, avaliava novamente os sinais vitais, a involução uterina, os lóquios e a eliminação urinária da puérpera nas próximas duas horas. Em relação ao RN, tive o cuidado de garantir a amamentação na 1^a hora de vida. Posteriormente a todos os cuidados prestados, transferei a puérpera e RN para o serviço de internamento de obstetrícia, efetuando todos os registos decorrentes do plano de cuidados. Este objetivo foi atingido, tendo desenvolvido as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019 6 de fevereiro de 2019), assim como as unidades de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista associadas ao TP e pós-natal (Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio de 2019).

“PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM AO RN EM SITUAÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA, NA ADAPTAÇÃO À VIDA EXTRAUTERINA, SEGUNDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM, DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, COGNITIVAS E RELACIONAIS”

Para atingir este objetivo, prestei cuidados aos RN, de partos distócicos, tendo colaborado juntamente com a equipa de pediatria e com a enfermeira responsável pelo RN. Pude verificar a funcionalidade da unidade do RN ao nível da operacionalidade dos seus equipamentos, verificação de parâmetros ventilatórios, temperatura da incubadora, e verificação do carro de urgência, criando condições para admitir o RN na unidade, tendo tido também a responsabilidade, de chamar a equipa médica de pediatria de banco, ao BP, em todos os partos distócicos. A grande maioria dos RN, nasciam com bons índices de APGAR, no entanto, alguns nasciam com sinais de dificuldade respiratória e/ou obstrução da via aérea e hipotonia. A estes RN, prestei os seguintes cuidados: Monitorização eletrocardiográfica, aquecimento mecânico, monitorização de oximetria, avaliação e interpretação sinais vitais, colocação e otimização de ventilação não invasiva (VNI), aspiração de

secreções, avaliação de glicémia capilar. Aos RN com bons índices de APGAR, prestei os seguintes cuidados: Contacto pele a pele precoce, administração da injeção profilática de um miligrama de vitamina K (Fitomenadiona) intramuscular, pesagem, cuidados de higiene e conforto e alimentação na 1ª hora de vida, seguindo desta forma as orientações do projeto “Maternidade com Qualidade” da OE (2014). No que concerne ao aleitamento materno na 1ª hora de vida, ele contribuí para a sua manutenção futura, fortalecendo o sistema imunitário do RN e diminuindo o seu nível de dor e desconforto (OE, 2014).

A partir da avaliação inicial, pude efetuar o plano de cuidados personalizado para o RN, numa perspetiva holística, e assim intervir mediante a realização de diagnósticos de enfermagem. Com as minhas intervenções, promovi a saúde do RN, diagnosticando e prevenindo eventuais complicações.

No recobro do puerpério imediato, promovi a participação da puérpera/acompanhante nos cuidados ao RN, promovendo também a relação enquanto casal. Realizei educação para a saúde à puérpera/acompanhante relativos ao RN, nomeadamente sinais de alerta (no RN de risco), amamentação e troca da fralda.

Num dos partos realizados por mim, tive um RN que nasceu em paragem cardiorrespiratória, nesse momento, ao observar que o RN não reagia aos estímulos externos, chamei por ajuda, e cortei de imediato o cordão umbilical, para que desta forma, o RN fosse assistido pela enfermeira responsável pelo RN. Nesse mesmo momento, foi chamada a equipa médica de pediatria que estava de banco, tendo conseguido reanimar o RN com sucesso. Confesso que para mim, foi o momento mais marcante de todo o EC, e com isso apreendi, que nem sempre tudo corre como esperamos, principalmente em obstetrícia. Após esta experiência, tive a oportunidade de discutir e refletir esta situação com alguns elementos da equipa de EEESMO, no qual muito me ajudaram a ultrapassar esta “*má memória*”, partilhando também eles, experiências equivalentes. Nesse momento, senti-me verdadeiramente como parte integrante da equipa do BP.

Considero que atingi este objetivo com sucesso, não tendo identificado aspetos dificultadores. Como aspeto facilitador, sou de referir que o EC desenvolvido no serviço de neonatologia, tornou-se numa mais-valia, pois permitiu uma autonomia mais rápida. As competências adquiridas de acordo com Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do EEESMO, foram referentes aos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências adquiridas de acordo com Regulamento n.º 391/2019 - Regulamento das competências específicas do EEESMO foi relativo às competências associadas ao período pós-natal.

“DESENVOLVER COMPETÊNCIAS COGNITIVAS E COMUNICACIONAIS, NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO CONTÍNUA EM SERVIÇO”

Atendendo às necessidades do serviço, e uma vez que a equipa sentiu necessidade de uniformizar o procedimento de colheita de gasimetria através do cordão umbilical, realizei em colaboração com outra colega de curso, uma ação de formação em serviço com o tema: “*Gasimetria do cordão umbilical*” (Apêndice B). No final desta sessão, foram colocadas questões relacionadas ao tema, onde os enfermeiros presentes, responderam corretamente às questões, tendo eles próprios avaliado a sessão de apresentação em muito bom. Esta ação de formação, foi muito enriquecedora, uma vez que permitiu o esclarecimento de dúvidas e a partilha de novos conhecimentos com a equipa de EEESMO, de forma a garantir a uniformização dos cuidados prestados.

Considerando que a prática de episiotomia neste serviço, ultrapassa as recomendações fornecidas pela OMS, resolvi perante isso, realizar uma segunda formação em serviço. Esta contemplou a temática escolhida para o desenvolvimento da *Scoping Review*, apresentando desta forma, os resultados obtidos pelos vários estudos encontrados, até aquela data, no que dizia respeito às intervenções do EEESMO na prevenção da episiotomia nas nulíparas durante o TP. Neste sentido, elaborei uma apresentação em PowerPoint (método expositivo) com o tema: “*Contributos do EEESMO na Prevenção da Episiotomia: Uma Scoping Review*” (Apêndice C). A apresentação dos resultados, foi realizada a partir da pesquisa efetuada nas plataformas de bases de dados EBSCOhost e Pubmed. Assim, procurei divulgar junto da equipa de enfermagem, as intervenções adjacentes à prevenção da episiotomia no TP, de acordo com os estudos mais recentes. Posso afirmar, que a equipa de enfermagem, considerou o tema bastante pertinente, tendo em conta as taxas altas de episiotomia, que ainda vigoram nos hospitais portugueses, e daí a importância de uniformizar os cuidados prestados no que diz respeito à prevenção da episiotomia no TP.

A enfermagem tem de se fundamentar na investigação, como método rigoroso de aquisição de conhecimentos, no sentido de alargar o seu campo de ação e facilitar o seu desenvolvimento (Martins,2008). Neste sentido, é importante fomentar a investigação durante a formação em Enfermagem, proporcionando o máximo de experiências possíveis, numa perspetiva de treino de competências, isto é, estimular no profissional, a procura do conhecimento, a reflexão sobre situações práticas e a recontextualização dos saberes teóricos (Martins,2008).

Desenvolvi deste modo as competências comuns do Enfermeiro Especialista do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019 6 de fevereiro de 2019), competência D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. O EEESMO alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido,

atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

“PROMOVER O DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL”

Este EC proporcionou o desenvolvimento da minha maturidade profissional, já que possibilitou, o acompanhamento e orientação tutorial com uma EEESMO, detentora de uma experiência construída ao longo de 20 anos, tendo proporcionado momentos de reflexão conjunta acerca de cada decisão tomada, e permitiu observar o papel do EEESMO, influenciando a construção da minha própria identidade. Por se tratar de uma equipa com elementos mais experientes, desenvolvi também maturidade pessoal, relativamente à minha postura corporal. Adaptei uma postura mais calma nas situações mais stressantes, apurei o meu sentido de observação, tendo notado que já observava aspetos que anteriormente não estava tão desperta, e de certa forma fiquei mais sensível, pois tenho a certeza, que muitos dos partos que realizei, serão certamente lembrados, tendo havido momentos em que me emocionei, por terem sido tão marcantes para a minha vida, sobretudo o primeiro e último parto.

Na metade do desenvolvimento do EC, reuni com a Enf^a Cooperante e professora orientadora, no sentido de obter *feedback* relativamente ao meu desempenho, para que pudesse compreender, em que áreas deveria fazer um maior investimento, para melhorar enquanto futura EEESMO, tendo sido notório o esforço por parte da Enf^a Cooperante, em me proporcionar o máximo de momentos de aprendizagem, e participação na tomada de decisão em equipa, o que se revelou essencial para o meu desenvolvimento profissional, assim como todo o apoio e orientação fornecidos pela professora orientadora.

Em relação aos aspetos éticos e deontológicos tive sempre o cuidado de obter o consentimento informado junto da mulher/acompanhante, aquando das intervenções que desenvolvi. Promovi a sua privacidade e a sua autodeterminação, bem como a confidencialidade e a segurança da mesma, responsabilizando-me pelas minhas intervenções, validando junto da Enf^a Cooperante das mesmas, no sentido de desenvolver a autonomia e responsabilização pelos cuidados prestados.

Adquiri deste modo as competências comuns do Enfermeiro Especialista inerente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019 6 de fevereiro de 2019), competência D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Para terminar este capítulo, refiro ainda que todas as atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, realizados no âmbito do presente mestrado, encontram-se no (Anexo I).

2. A PREVENÇÃO DA EPISIOTOMIA NO TRABALHO DE PARTO

Historicamente, a prevenção do trauma perineal e o desconforto, por ele condicionado, eram considerados prioritários para as parteiras. O uso de óleos, a massagem perineal e as mãos aquecidas eram algumas das técnicas utilizadas. Contudo, com a entrada dos acompanhantes para assistir ao parto, durante os séculos XVII e XVIII, o períneo tornou-se “patologizado” e sujeito a intervenções cirúrgicas por rotina, ao mesmo tempo, que a parturiente passou a adotar uma posição supina no TP (Dahlen & Caplice, 2014). A preparação do períneo passa, então, a ser tratado como um campo cirúrgico, sujeito a tricotomia e a procedimentos assépticos (Dahlen & Caplice, 2014). A primeira referência a este procedimento cirúrgico foi feita por Ould, em 1741, como método de prevenção de ruturas perineais graves a ser utilizado apenas em casos excepcionais (Mattar *et al.*,2007).

No início do século XX, por influência de dois conceituados obstetras americanos, De Lee e Pomeroy, a episiotomia foi introduzida na prática clínica como um método de rotina, de forma a evitar lacerações perineais extensas e outras complicações (Graça,2017). Durante a primeira metade do século XX, assistiu-se a um aumento substancial das taxas de episiotomia, uma vez que este procedimento foi aceite pela generalidade da comunidade médica, passando a ser realizado profilaticamente para diminuir a mobilidade e mortalidade maternas e fetais, apesar de não existir evidência científica que comprovasse o seu benefício (Carnide *et al.*,2011). Além disso, este período coincidiu com a prática da hospitalização para assistência ao parto, o que não só contribuiu para que o nascimento deixasse de ser encarado como um acontecimento natural, passando a ser considerado um processo patológico que requeria intervenção médica, como criou um ambiente favorável à realização da episiotomia, uma vez que nos hospitais havia melhores condições assépticas para efetuar esta intervenção com maior segurança (Borges *et al.*,2003).

Apesar de não existir evidência científica para o seu uso, a episiotomia integrou-se na prática obstétrica, passando a ser utilizado de uma forma sistemática, com o objetivo de proteger o feto de lesões perinatais, diminuir a ocorrência de lacerações perineais graves, prevenir o relaxamento pélvico e reduzir o risco de incontinência urinária e de outras complicações maternas no pós-parto (Rua, 2020). Foram desenvolvidos múltiplos estudos, com o objetivo de avaliar os seus riscos e benefícios, na tentativa de definir melhor as indicações para a sua utilização. Os respetivos resultados mostraram que a episiotomia não só, não tem os efeitos benéficos pelos quais é recomendada a sua utilização, como pode trazer várias sequelas (Borges *et al.*,2003).

Na comparação entre o uso generalizado vs o uso seletivo da episiotomia, a evidência mostra que este último, está associado a uma redução das lacerações de 3º e 4º graus, a uma menor necessidade de reparação perineal e a uma diminuição da ocorrência de complicações na cicatrização (Rua,2020). A única evidência a favor do seu uso rotineiro é a diminuição da ocorrência de lacerações perineais anteriores de 1º e 2º graus (Kilpatrick & Garrison,2015). No entanto, para além deste tipo de traumatismo ser menos doloroso do que o traumatismo perineal posterior e, por vezes, não necessitar de sutura (Mattar *et al.*,2007), a própria episiotomia pode ser considerada uma rotura perineal de 2º grau, pois envolve as mesmas estruturas anatómicas (Kilpatrick & Garrison,2015).

Para além de a evidência científica não suportar o uso rotineiro da episiotomia, são várias as complicações associadas à sua prática, designadamente a extensão da lesão para o esfíncter anal e reto, provocada pelo profissional, ao proceder à incisão, ou pela extensão espontânea da própria incisão, problemas na cicatrização, resultados anatómicos insatisfatórios, prolapso vaginal, fístula reto vaginal e fístula retal, perda significativa de sangue, hematoma, dor e edema na zona da ferida, infeção e deiscência da sutura, dispareunia, complicações em partos subsequentes e até a morte (Jiang *et al.*,2017).

Graça (2017), defende que a episiotomia deve ser efetuada sempre que necessário, para encurtar o 2º estágio do TP, devido a razões fetais ou para facilitar a realização de intervenções obstétricas, designadamente partos vaginais e instrumentais, apresentação occipital posterior, parto pélvico ou distócia de ombros. A OMS (2018), refere que, atualmente, para além de o uso generalizado da episiotomia não ser recomendado, o papel desta intervenção cirúrgica nas situações de emergência obstétrica, como a necessidade de realizar um parto vaginal instrumental devido a sofrimento fetal, ainda permanecem por definir.

À luz do conhecimento atual, o uso rotineiro da episiotomia não é recomendado (OMS,2018). A questão está em definir melhor as indicações para o seu uso seletivo, bem como para o tipo de episiotomia a efetuar, pelo que, enquanto não houver uma resposta baseada em dados científicos robustos, o recurso a esta intervenção deve ser baseado em decisões que tenham em conta as especificidades de cada caso (Carnide *et al.*,2011). Em Portugal, a taxa de episiotomias ultrapassa os 70% constatando-se que assume o caráter de prática rotineira nos hospitais portugueses (OMS, 2018).

Quando existe indicação para a realização da episiotomia, a decisão recai sobre a técnica a utilizar. A episiotomia pode ser classificada em dois grandes categorias: Mediana e Média Lateral. A primeira é mais utilizada nos Estados Unidos da América e a segunda na Europa e na América Latina. Tendo em conta os inúmeros problemas associados a esta intervenção, vários autores consideram que é imprescindível determinar qual das técnicas proporciona melhores resultados (Jiang *et al.*,2017). A posição de lipotimia é a mais utilizada pelos profissionais, na eventualidade de

realizar uma episiotomia (Piotrowski,2013). A episiotomia associa-se com a nuliparidade, prematuridade e Apgar<7 no 1º minuto de vida (Riesco et.al,2011). A episiotomia, apesar de ser uma das intervenções cirúrgicas mais comuns em obstetrícia, a mulher deve dar o seu consentimento livre de coação, devendo este ser posteriormente validado (OE, 2015b).

Quanto ao procedimento da episiotomia, nas apresentações cefálicas, deve ser apenas realizada na altura da coroação, isto é, quando o polo cefálico distende o períneo, o que permite reduzir a extensão da incisão e diminuir a perda de sangue. Nos casos de apresentação pélvica, parto gemelar ou por fórceps, pode ser necessário efetuar a episiotomia antes da apresentação distender o períneo, muito embora não deva ser realizada demasiadamente cedo sob pena de haver perdas de sangue significativas (Graça,2017). Quando a apresentação distende o períneo, o profissional deve introduzir o dedo indicador e o médio entre a parede vaginal e o polo cefálico, de modo a proteger este último. Em seguida, efetua a incisão com uma tesoura de Mayo reta ou com uma tesoura forte de bicos arredondados, na região do períneo posterior, aumentando a abertura vaginal (Graça,2017). Independentemente da técnica utilizada, a incisão deve ser sempre iniciada a partir da fúrcula (Graça,2017).

- Episiotomia Médio Lateral: A incisão é feita num ângulo de cerca de 45° relativamente à linha mediana, envolvendo a fúrcula, mucosa e submucosa da vagina e fibras dos músculos transversos do períneo (superficial e profundo), dos músculos pubococcígeos e, por vezes, do músculo bulbo - cavernoso (Graça,2017). Esta técnica, em comparação com a mediana, parece estar associada a um menor risco de lacerações perineais de 3º e 4º graus (OMS,2018), mas provoca maior dor no pós-parto, maior perda sanguínea e é mais difícil de reparar (Graça,2017).
- Episiotomia Mediana: Faz-se uma incisão de três a quatro cm na região mediana em direção ao reto, envolvendo a fúrcula, a mucosa e submucosa da vagina e a aponevrose dos músculos perineais (Graça,2017). Ao executar esta técnica, o profissional deve tomar todas as precauções para evitar que a incisão se estenda ao esfíncter anal (Kilpatrick & Garrison,2015). As alegadas vantagens da episiotomia mediana incluem menor dor no pós-parto, menor perda sanguínea, menor incidência de dispareunia e melhor reconstrução anatômica; no entanto, está associada a uma maior incidência de lacerações perineais de 3º e 4º graus (Graça,2017).

O uso limitado da episiotomia, contribui para uma experiência positiva do parto e para a humanização dos cuidados prestados. Perante todos os factos mencionados anteriormente, desperta o interesse e a importância de conhecer as intervenções do EEESMO que possam contribuir para a prevenção da episiotomia no TP, proporcionando uma vivência mais natural e positiva do parto.

3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA – TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Os Modelos Teóricos de Enfermagem, contribuem para a emancipação da profissão, ao conduzirem a um maior investimento na mesma, já que delimitam o campo específico da enfermagem e anulam a ambiguidade que tantas vezes poderá surgir (Silva, 2008). O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, foi o modelo adotado, como base integrante da minha prática clínica do cuidar.

Este modelo foi descrito por Betty Neuman, como sendo um modelo abrangente e dinâmico, coexistindo quatro conceitos fundamentais: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. A pessoa ou cliente é um sistema aberto em constante interação com o seu ambiente interior e exterior, composto por cinco variáveis: a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual (Neuman & Fawcett, 2011). A variável fisiológica relaciona-se com a estrutura e com as funções do organismo; a variável psicológica refere-se aos processos mentais e relacionamentos; a sociocultural diz respeito às expectativas e atividades socioculturais; a de desenvolvimento relaciona-se com os processos de crescimento durante o ciclo da vida, por fim, a variável espiritual tem por base as crenças espirituais da pessoa. Na relação com o ambiente, a pessoa tenta manter o equilíbrio face a fatores disruptivos, descritos neste modelo, como *stressores*. Os *stressores* são descritos como forças ambientais que interagem com, e alteram potencialmente a estabilidade do sistema, sendo importantes para compreender o conceito de ambiente. Estes, por sua vez, podem influenciar positiva ou negativamente a pessoa, dependendo da sua capacidade para lidar com o mesmo. A saúde é definida como sendo um equilíbrio entre o bem e o mal-estar, estando o grau de bem-estar relacionado com a quantidade de energia dispensada, por forma, a retomar o equilíbrio (Neuman & Fawcett, 2011). Por fim a enfermagem, diz respeito à totalidade da pessoa, estando relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta da pessoa ao *stress*. A perceção do enfermeiro vai influenciar os cuidados (Neuman,1995).

A linha de defesa normal representa o estado normal de bem-estar, englobando variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, sendo interpretada como uma linha protetora, para impedir que os *stressores* interfiram no normal estado de bem-estar da pessoa. Já a linha de defesa flexível é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Idealmente esta linha previne que os *stressores* invadam a estrutura básica do sistema, capazes de bloqueá-los antes que atinjam a linha normal de defesa. Quanto mais esta linha se expande e se

afasta da linha de defesa normal, maior é a capacidade de proteção da pessoa face aos agentes *stressores* (Neuman,1995). As linhas de resistência, são as reações que surgem no sistema do cliente, quando os *stressores* penetram a linha normal de defesa (Neuman,1995).

No que se refere aos *stressores*, estes podem ser divididos em *stressores* intrapessoais, forças que ocorrem dentro do sistema da pessoa, em *stressores* interpessoais, referindo-se às forças que resultam entre um ou mais indivíduos e os *stressores* extrapessoais são as forças que ocorrem fora do sistema e que atuam sobre a pessoa (Jukes & Spencer, 2007). Posto isto, é necessário haver uma boa avaliação do impacto que cada *stressor* tem na pessoa, compreendendo as suas capacidades de *coping*, para uma adequada intervenção de enfermagem, à qual interessam todas as variáveis que afetam a pessoa, no seu ambiente (Neuman & Fawcett, 2011), propondo-se três níveis de intervenção, a prevenção primária, a prevenção secundária e prevenção terciária (Neuman & Fawcett, 2011).

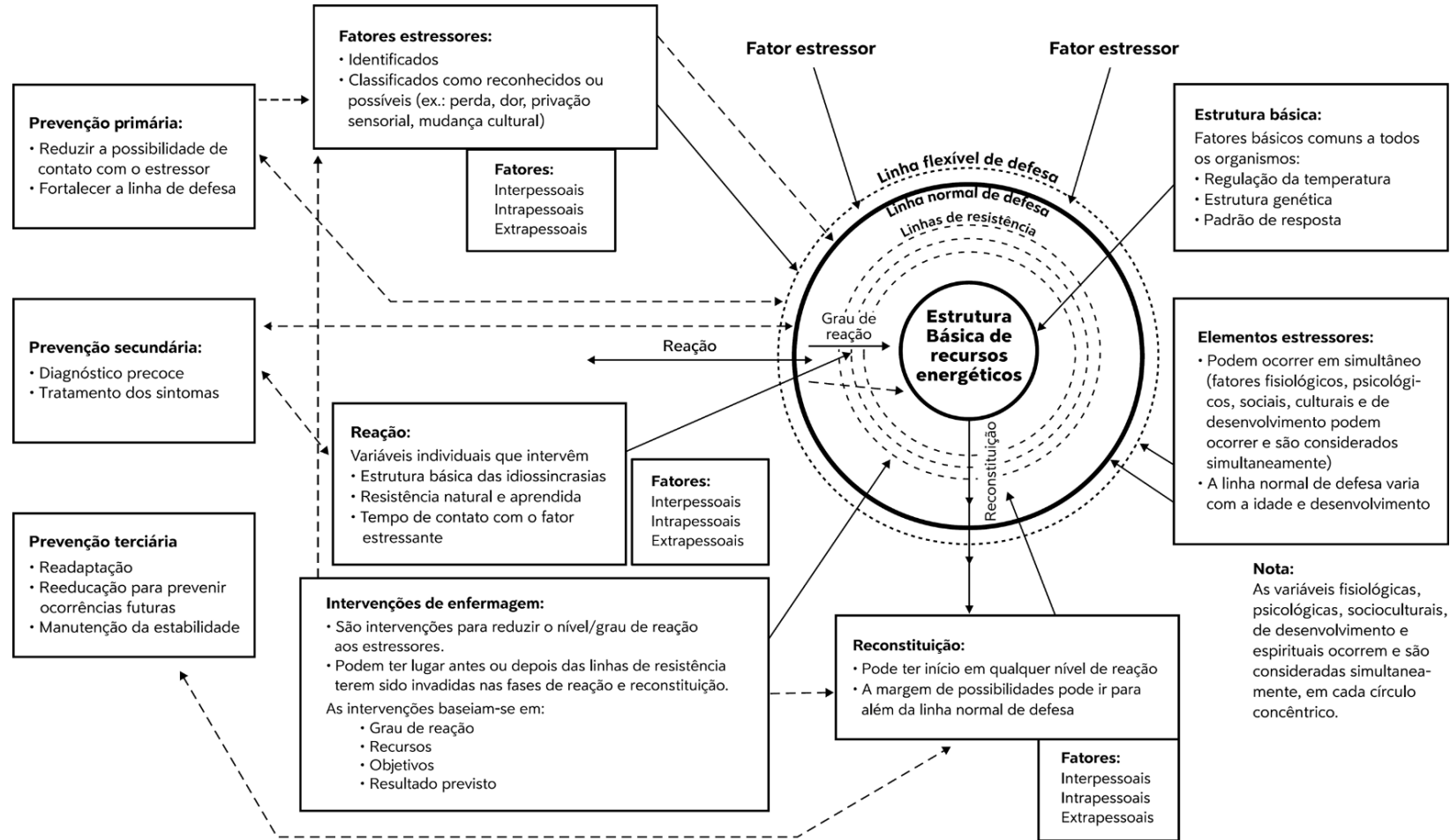
A prevenção primária corresponde a intenção de evitar ou reduzir a reação do sistema ao *stressor* identificado, fortalecendo as linhas de defesa, através da prevenção dos *stressores* e da redução dos fatores de risco. Ocorre quando o risco ou perigo é identificado, mas antes que ocorra uma reação. Este nível de intervenção inclui diferentes estratégias de promoção da saúde. A prevenção secundária corresponde o apoio ao restabelecimento da estabilidade do sistema, após um determinado *stressor* ter penetrado a linha normal de defesa, ajudando a pessoa a reconstituir-se, adquirindo um nível de homeostase com o ambiente. Por fim, a prevenção terciária corresponde ao fortalecimento do sistema para a manutenção da homeostase, surgindo com intervenções similares à prevenção primária, mas num período após ocorrência de reação e já atingido o restabelecimento da harmonia no sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Considerando que este modelo se focaliza na reação do sistema aos *stressores*, adaptação aos 3 níveis de prevenção, e no desencadear de fatores de reconstituição, em relação aos 3 níveis de prevenção, irei apenas desenvolver a prevenção primária, uma vez que, é a que vai estar diretamente relacionada às intervenções que previnem a realização de episiotomia no TP, enquanto a prevenção secundária e a prevenção terciária se devem às intervenções após a realização de episiotomia e/ou ocorrência de trauma perineal.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, é representado através de um diagrama (Figura nº1), no qual a pessoa, caracterizada por um círculo, é o centro do sistema e a estrutura básica do sistema, estando rodeado por linhas, representativas da sua defesa, face ao ambiente circundante e *stressores*.

Figura nº1

Modelo de Sistemas de Betty Neuman



Nota. Fonte: Neuman, B. & Fawcett, J (2011).

Na prática clínica do cuidar, adotei o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a partir da avaliação inicial. Identifiquei as variáveis fisiológicas (antecedentes pessoais, hábitos aditivos e alergias) e as variáveis de desenvolvimento (a história da gravidez atual e o índice obstétrico). Algumas parturientes, entregaram o seu plano de parto no BP. O plano de parto foi um instrumento, que atuou como *stressor* interpessoal positivo, na medida em que permitiu à parturiente/acompanhante participar na decisão dos cuidados prestados, reforçando desta forma a linha flexível de defesa, afastando-se da linha normal de defesa, tendo a parturiente/acompanhante ficado mais capacitada para lidar com os *stressores* negativos presentes ao longo do TP.

No que diz respeito à avaliação cervical durante o TP, avaliei as variáveis fisiológicas referentes às características do períneo (o grau de elasticidade e o comprimento do corpo do períneo), que atuaram como *stressores* intrapessoais negativos, quando apresentavam pouca elasticidade e corpo do períneo curto.

Ao longo do TP, geri a variável psicológica e fisiológica da parturiente, em consonância com a sua variável sociocultural e espiritual, adotando uma atitude empática, de forma a fortalecer a sua variável psicológica, respeitando as suas crenças espirituais, contribuindo deste modo para o bem-estar, autodeterminação e empoderamento da parturiente/acompanhante.

À medida que o TP avançava, fiquei desperta para o aparecimento de *stressores* intrapessoais negativos, nomeadamente a dor, que atuou como um *stressor* negativo sobre o padrão hemodinâmico, atuando negativamente sob a linha normal de defesa da parturiente. Posto isto, adotei medidas não farmacológicas e farmacológicas, que atuaram como *stressores* interpessoais positivos sob a variável psicológica e fisiológica da parturiente, capacitando-a para lidar com a dor do TP, uma vez que estes *stressores*, atuaram sobre a linha flexível de defesa, afastando-se da linha normal de defesa. O apoio dado pelo acompanhante à parturiente, atuou como *stressor* extrapessoal positivo, tendo também capacitado a parturiente a lidar com a dor, contribuindo para a homeostase do ambiente. Em relação à posição vertical adotada durante o TP, esta atuou como um *stressor* interpessoal positivo, sobre as variáveis fisiológicas da parturiente, que fortaleceram a linha flexível de defesa, capacitando o corpo a adaptar-se aos processos mecânicos do TP. Em relação à analgesia loco-regional, esta reforçou a linha normal de defesa da parturiente, estabelecendo a homeostase com o ambiente. No entanto os seus efeitos secundários, tiveram um efeito inverso, tendo atuado como *stressores* intrapessoais negativos, sob a variável fisiológica, tendo diminuído algumas das vezes, a dinâmica uterina, atuando como um *stressor* interpessoal negativo sobre o TP, ao penetrar a linha de defesa normal da parturiente, e desta forma interferir com a homeostase do ambiente. Mediante este aspeto, procedi à administração de oxitocina endovenosa, de forma a promover a dinâmica uterina, necessária à normal progressão do TP. Suspendi a perfusão de oxitocina, nos casos em que o CTG apresentava, diminuição da

variabilidade da FCF. De forma a dar resposta ao aparecimento deste *stressor* negativo, aumentei a perfusão de soro glicosado ou oferecia chá açucarado, incentivando também à alternância de decúbito. As parturientes que ingeriram líquidos durante o TP, referiram um maior nível de conforto, resultando num *stressor* interpessoal positivo, pois atuou sobre a variável fisiológica e psicológica, fortalecendo a linha flexível de defesa.

Quando estava em presença de um TP estacionário, ponderava a realização de amniotomia e/ou administração endovenosa de oxitocina, de forma a atuarem como *stressores* extrapessoais positivos, capazes de fortalecer a linha flexível de defesa da parturiente, permitindo a normal progressão do TP. Contrariamente, a rotura prematura de membranas (RPM), atuou como um *stressor* intrapessoal negativo, afetando a linha de defesa normal, sob a variável fisiológica, desencadeando uma resposta da linha de resistência, traduzida algumas vezes em sinais de infeção.

Relativamente aos desvios da normalidade do TP, como REBA com saída de líquido amniótico meconial, suspeita de sofrimento fetal e TP estacionário, estes atuaram, como *stressores* intrapessoais negativos, que influenciaram negativamente a normal progressão do TP, afetando a linha de defesa normal, sob a variável fisiológica.

Quanto às intervenções referentes à prevenção primária, tive o cuidado de informar as parturientes dos cuidados disponíveis, no que dizia respeito à prevenção do trauma perineal, e desta forma, pedir o seu consentimento para as executar. As intervenções que utilizei foram sobretudo a aplicação da massagem perineal com lubrificante estéril durante o TP, e a aplicação da manobra de *Ritgen* no momento da coroação. Quando realizava o toque vaginal às parturientes, aproveitava este momento para aplicar a massagem perineal. Da observação do EC, a massagem perineal, reforçou a linha flexível de defesa, de forma a fortalecer o sistema, face à ocorrência de trauma perineal, uma vez que as parturientes submetidas a massagem perineal, parecem ter apresentado uma menor incidência de episiotomia. Em relação à manobra de *Ritgen*, esta resultou num *stressor* extrapessoal positivo sob a integridade perineal, uma vez que parece ter apresentado uma maior incidência de períneos íntegros.

Realizei junto da parturiente, uma avaliação do risco, face à eventual necessidade de realizar episiotomia, avaliando o grau elasticidade e o comprimento do corpo do períneo. Em relação às variáveis fisiológicas, constatei da observação do EC, que a realização de episiotomia parece ter sido mais elevada nas parturientes, cujos períneos apresentavam pouca elasticidade e que apresentavam um corpo do períneo curto, resultando em *stressores* interpessoais negativos, sob a linha flexível de defesa do sistema. Da mesma forma, a nuliparidade como variável de desenvolvimento, parece ter apresentado uma maior incidência de episiotomia e trauma perineal, resultando num *stressor* interpessoal negativo sob a linha flexível de defesa do sistema. Também pareceu ter existido uma maior incidência de episiotomia e de trauma perineal nos partos com RN mais pesados, atuando o peso, como um *stressor* interpessoal negativo sob a linha flexível de

defesa, aproximando-a da linha normal de defesa, suscetibilizando o sistema para a ocorrência de episiotomia. Por último, em relação a 2º estádios de TP prolongados, parece ter ocorrido uma maior incidência de episiotomias e trauma perineal, atuando o 2º estágio do TP prolongado, como um *stressor* negativo sob a linha flexível de defesa do sistema, vulnerabilizando-o para a ocorrência de episiotomia e trauma perineal.

Em relação às parturientes que realizei episiotomia, ou que resultaram em lacerações de 1º e 2º graus, apesar de ter adotado medidas de prevenção primária durante o TP, estas não fortaleceram a linha flexível de defesa da parturiente, sendo que o *stressor* traduzido pelo trauma perineal, penetrou a linha de resistência e invadiu o sistema.

4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4.1. SCOPING REVIEW

Para a elaboração da *Scoping Review*, identifiquei uma área temática no âmbito de saúde materna e obstétrica, contemplando a realidade do contexto de EC, e as minhas motivações e interesses pessoais. Elaborei a *Scoping Review*, segundo o protocolo *Joanna Briggs Institute* (JBI) uma vez que esta, permite o encontro da melhor evidência científica e, portanto, das melhores e mais atuais propostas para a prática do EEESMO, no seu contexto profissional. O protocolo de revisão encontra-se no (Anexo II).

Teve como ponto de partida uma questão do tipo PCC: **Quais as intervenções do EEESMO que previnem a episiotomia nas nulíparas durante o TP?** Em que (P) representa os participantes; (C) os conceitos e (C) o contexto. E como objetivo mapear a evidência científica sobre as intervenções do EEESMO que previnem a episiotomia nas nulíparas durante o TP

Posteriormente, foram selecionadas as palavras-chave e classificadas em *Mesh-Words* na plataforma *MeSH Browser* a 1 de março de 2022, tendo sido obtidos como descritores *MeSH*: *Episiotomy, Midwifery e Nulliparity*. E como termos naturais: *Perineal Tears e Labor Care*.

Após isso, foram definidos os critérios de inclusão presentes no (Quadro nº 1) com o objetivo de encontrar evidência científica relacionada com a questão colocada.

Quadro nº 1

Critérios de inclusão para a pesquisa

Participantes	Nulíparas EEESMO
Conceitos	Intervenções do EEESMO Prevenção da episiotomia Trabalho de Parto
Contexto	Bloco de Partos
Tipo de Estudos	Paradigma qualitativo, quantitativo ou mistos

Seguidamente, procedi à pesquisa nas plataformas *PubMed* e *EBSCOhost* (*CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina*), tendo sido selecionado um friso temporal de 1 de março de 2017 a 1 de março de 2022. No (Quadro nº 2), estão apresentadas as plataformas, bases de dados e os limitadores selecionados para cada uma delas.

Quadro nº 2

Plataformas, Bases de dados e respetivos limitadores

Plataformas	Bases de Dados	Limitadores
EBSCOhost	<i>CINAHL Complete</i>	Resumo disponível; Artigo de pesquisa, Qualquer autor e enfermeiro; Língua inglesa; Prática baseada em evidências; Texto completo em PDF; Gravidez; Humano
	<i>MEDLINE Complete</i>	Humano; Resumo disponível, Língua inglesa
	<i>Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive</i>	Texto completo em PDF
	<i>MedicLatina</i>	Texto completo em PDF
PubMed		Resumo disponível; Língua inglesa; Texto completo gratuito, Humano

Definidos os limitadores por base de dados, procedi à estratégia de pesquisa utilizando os descritores individualmente e também conjugados entre si, com a utilização alternada dos booleanos AND e OR de forma a encontrar os melhores resultados para o estudo, e desta forma, definir a expressão de pesquisa, que foi a seguinte: “(Episiotomy **OR** Perineal Tears) **AND** Labour Care **AND** Midwifery **AND** Nulliparity”. O número de artigos obtidos nas pesquisas com as diversas combinações, aplicando-se os limitadores, pode ser observado no (Quadro nº 3).

Quadro nº 3

Resultados das Plataformas e respetivas bases de dados

Descritores	EBSCOhost				PubMed	Total
	CINAHL Complete	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Medic Latina		
Episiotomy (MeSH)	0	171	9	16	24	220
Perineal Tears (Natural Term)	0	75	3	12	16	106
Labour Care (Natural Term)	0	3	1	1	4,213	4,218
Midwifery (MeSH)	2	5,164	1844	91	792	7,893
Nulliparity (MeSH)	0	244	3	11	407	665
(Episiotomy OR Perineal Tears) AND Labour Care	0	171	9	16	10	206
(Episiotomy OR Perineal Tears) AND Midwifery	0	175	9	17	7	208
(Episiotomy OR Perineal Tears) AND Nulliparity.	0	171	9	16	8	204
(Episiotomy OR Perineal Tears) AND Labour Care AND Midwifery AND Nulliparity.	0	122	6	12	2	142

Após todo o processo descrito e a pesquisa de artigos, na fase de “*Identification*” do *Prisma 2020 Flow Diagram*, obtiveram-se 142 artigos nas bases de dados científicas já supramencionadas, 45 foram excluídos por estarem duplicados.

Na fase de “*Sreening*”, após a eliminação dos artigos duplicados (45), foram lidos os respetivos títulos e resumos, tendo sido eliminados 85 por não cumprirem os critérios de

inclusão. De seguida, foi realizada a leitura integral dos 12 artigos, sendo que oito deles foram excluídos por não apresentarem metodologia clara, no que dizia respeito à forma como foi realizada a pesquisa. Foram desta forma excluídos os artigos nº 3,4,5,7,8,10,11 e 12.

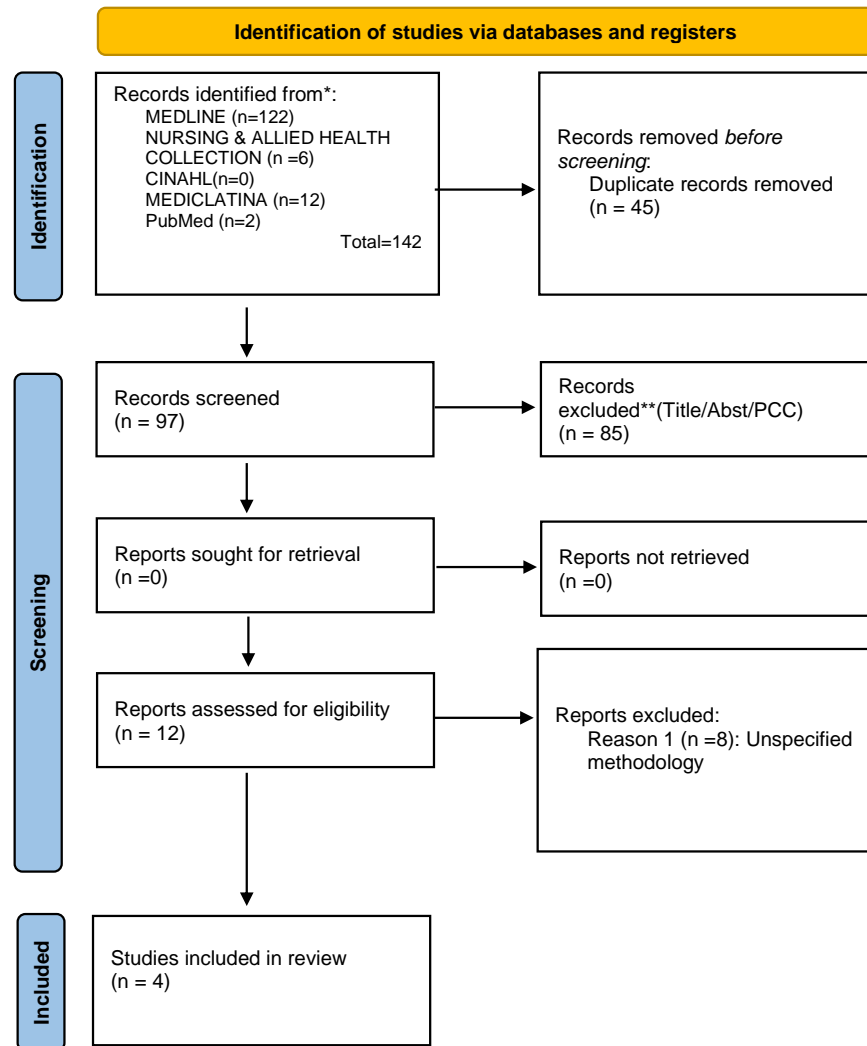
A terceira fase “*Included*”, foram incluídos quatro artigos para o estudo, demonstrando ser os que mais iriam contribuir para a questão de investigação. Foram incluídos os artigos nº1,2,6 e 9, todos quantitativos (Egipto, Irão, Espanha e Turquia). Os estudos foram realizados entre 2017 e 2022. Os artigos incluídos foram os seguintes:

1. *“Effect of Perineal Massage on Perineal Traumas for Nulliparous Women during Labor”*
2. *“The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial”*
6. *“Perineal protection methods: knowledge and use”*
9. *“Comparison of obstetric outcomes and morbidity in nulliparous pregnant women who received antenatal and intrapartum perineal massage”*

Na (Figura nº 2), está apresentado o processo de seleção dos artigos incluídos que se encontra esquematizado através da visualização do PRISMA 2020 *flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only*.

Figura nº 2

PRISMA 2020 flow diagram



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tool.

Nota. Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute, (2020).

Seguidamente será apresentado o resumo da análise dos 4 artigos seleccionados, através do (Quadro nº 4).

Quadro nº 4

Resumo da análise dos artigos seleccionados

Titulo/Autor/ País/ Ano	Tipo de Estudo/ Metodologia/Participantes	Nível de Evidência Alcançado	Resultados	Contributo para a questão de revisão
<p>1.Effect of Perineal Massage on Perineal Traumas for Nulliparous Women during Labor.</p> <p>Asmaa Abo-Bakr Ibrahim Abo-Eleneen, Nagat Salah Shalaby. Egito.</p>	<p>Estudo comparativo quase experimental, quantitativo;</p> <p>Foram utilizados três instrumentos para colheita de dados: Entrevista estruturada, lista de verificação observacional e escala analógica visual;</p> <p>A amostra deste estudo incluiu 74 nulíparas em TP de acordo com os critérios de elegibilidade. As 74 nulíparas foram alocadas aleatoriamente em dois grupos iguais de idade. O grupo sujeito a massagem perineal e o grupo de</p>	<p>Level 2.c – Quasi-experimental prospective controlled study.</p>	<p>A incidência de trauma perineal foi significativamente menor para as mulheres que receberam massagem perineal durante o TP em relação aquelas que não receberam (54,05% no grupo de estudo tinham períneo intacto em comparação com 29,73% no grupo de controlo);</p> <p>O períneo estava intacto em 20 (54,05%) mulheres no grupo da massagem, em comparação com 11 (29,73%) no grupo de controlo. Houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (p=0,034). 17 (45,95%) Mulheres apresentaram episiotomia no grupo de estudo, em comparação com 25 (67,57%) no grupo de controlo.</p>	<p>As características maternas e fetais influenciaram a ocorrência de trauma perineal durante o TP;</p> <p>A paridade, idade materna, idade gestacional, pressão uterina e a nacionalidade estão associadas ao trauma perineal;</p> <p>A massagem perineal durante o parto vaginal, reduziu o risco de realização de episiotomia e de trauma perineal;</p> <p>A frequência das lacerações perineais foi substancialmente menor nas nulíparas que receberam massagem perineal durante o TP em comparação com aquelas que não receberam;</p>

2020.	controlo. Critérios de inclusão: Nulíparas e idade gestacional de 38–42 semanas; apresentação cefálica e dilatação cervical 4-10 cm. Critérios de exclusão: Nulíparas com história de pré-eclâmpsia, doença cardíaca, diabetes, TP estagnado e sofrimento fetal; Mulheres com hemorragia anormal durante a gravidez; nulíparas que realizaram exercícios de Kegel durante a gravidez; administração de narcóticos ou ocitocina; edema do períneo e erupções eritematosas.			<p>A massagem perineal minimizou a necessidade de episiotomia e preveniu a lesão perineal e dor perineal durante o 2º estágio do TP;</p> <p>Os autores deste estudo recomendam um programa de formação para enfermeiros sobre a massagem perineal no 1º estágio do TP.</p>
2.The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women	<p>Estudo randomizado controlado, quantitativo;</p> <p>Os dados foram colhidos por meio de questionário e de acesso aos registos clínicos;</p>	Level 1.c – Randomized Controlled Trial.	<p>A realização de episiotomia foi de 69,47% no grupo de estudo e 92,31% no grupo de controlo, e a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Os resultados revelaram 23,16% de laceração perineal de 1º grau e 2,11% de laceração perineal de 2º grau no grupo de estudo, e nenhuma laceração de 3º e 4º grau no grupo de estudo. No entanto, houve 7,69% de laceração de 1º</p>	<p>A massagem perineal durante o 2º estágio do TP reduziu a necessidade de episiotomia e evitou lesões perineais e dor perineal;</p> <p>O óleo essencial de lavanda mostrou ser o mais indicado a ser utilizado na massagem perineal uma vez que é o que apresenta menores taxas de</p>

<p>perineal: A randomizatio n clinical trial.</p> <p>Roonak Shahoei, Farzaneh Zaheri, Lila Hashemi Nasab, Fariba Ranaei. Irão. 2017.</p>	<p>O tamanho da amostra foi de 190 nulíparas, 95 nulíparas no grupo de intervenção e 95 nulíparas no grupo de controlo. Critérios de inclusão: idade gestacional de 38-42 semanas; gravidez única; apresentação cefálica; ausência de rutura prematura de membranas, ausência de descolamento prematuro da placenta, ausência de pelve estreita, ausência de sofrimento fetal e infeções vaginais e herpes genital; não ter realizado exercícios de Kegel e outros exercícios físicos;</p> <p>Os critérios de exclusão: nulíparas com falha de progressão no TP, sofrimento fetal, administração de narcóticos (petidina), administração de ocitocina, parto assistido (fórceps ou ventosa), erupções eritematosas e edema do períneo, recusa das nulíparas de continuar a massagem, necessidade de cesariana, posição</p>	<p>grau, 2,56% de laceração de 2º grau e 1,05% de laceração de 3º grau (uma mulher) no grupo de controlo;</p> <p>As participantes foram divididas em três grupos: massagem perineal com óleo essencial de lavanda, massagem isolada e sem qualquer intervenção. Os resultados desse estudo mostraram a frequência de episiotomia como 8% no grupo que recebeu massagem perineal com óleo essencial de lavanda, 16,5% no grupo que recebeu apenas massagem e 80% no grupo sem intervenção, e a diferença foi estatisticamente significativa;</p> <p>Foi examinado o efeito da massagem perineal no 2º estágio do TP na frequência de episiotomia e laceração perineal em 145 nulíparas num ensaio clínico. O grupo do estudo recebeu a massagem perineal com lubrificante estéril e o grupo de controlo não recebeu nenhuma intervenção. Os resultados mostraram a frequência de períneo íntegro, episiotomia e laceração perineal respetivamente como 22,2%, 44,4% e 33,3% no grupo de estudo e 20,2%, 49,3% e 28,3% no grupo de controlo.</p>	<p>episiotomia e trauma perineal em comparação com o lubrificante estéril;</p> <p>A posição de sentada das nulíparas durante o parto mostrou-se eficaz na prevenção de lesão perineal e realização de episiotomia;</p> <p>A nuliparidade e a macrosomia fetal revelaram ser os preditores mais importantes da realização de episiotomia e da lesão perineal.</p>
---	--	--	--

	fetal occipital posterior, peso ao nascer maior que 4.000 gr e menor que 2.500 gr.			
6.Perineal protection methods: knowledge and use.	Estudo quantitativo descritivo transversal, quantitativo; A colheita de dados foi realizada através de questionários;	Level 4.b – <i>Cross-sectional study.</i>	O único método reconhecido por todos os profissionais foi “ <i>Hands On</i> ” (p = 0,05). “ <i>Hands Off</i> ” (p = 0,002), “ <i>Método de ofegar</i> ” (p = 0,0001) e a “ <i>Postura materna</i> ” (p = 0,03) foram métodos conhecidos apenas pelas parteiras e enfermeiros especialistas. O “ <i>Método de flexão</i> ” (p = 0,035) e o “ <i>Método de ofegar</i> ” (p = 0,011) foram utilizados de forma eficaz por parteiras e enfermeiros especialistas.	O método “ <i>Hands Off</i> ” foi o método que apresentou menor taxa de episiotomia. A evidência científica recomenda a utilização do método “ <i>Hands Off</i> ” porque resulta em menores taxas de trauma perineal do que o método “ <i>Hands On</i> ”(<i>Manobra de Ritgen</i>); A posição lateral esteve associada a um menor número de lacerações de 2º grau do que a posição vertical, além de ter apresentado uma menor incidência de lacerações espontâneas em nulíparas, sendo a postura que foi mais propícia para manter um períneo intacto; A colocação de compressas quentes durante o 2º estágio do TP pode até certo ponto prevenir a necessidade de episiotomia em nulíparas, bem como o risco de lacerações de 3º e de 4º graus;
López Martínez EM, Avilés Sáez Z, Hernández Sánchez E, Camacho Ávila M, Marín Conesa E, Conesa Ferrer MB. Espanha.	A população foi composta por um total de 68 profissionais de saúde (que trabalhavam no BP do Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia, Espanha), constituída por: Parteiras, ginecologistas, enfermeiras especialistas em obstetrícia e ginecologia e médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia. Os critérios de inclusão: Profissionais de saúde do BP do HGUSL, nomeadamente, parteiras, ginecologistas, enfermeiros			

2021.	<p>especialistas em obstetrícia e ginecologia e médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia;</p> <p>Os critérios de exclusão: profissionais de saúde que não colaboram no parto e que estivessem de baixa medica ou licença de maternidade/paternidade.</p>			<p>O uso de substâncias lubrificantes contribuiu para facilitar distensão perineal e expulsão da cabeça fetal, reduzindo o risco de trauma perineal.</p>
<p>9.Compariso n of obstetric outcomes and morbidity in nulliparous pregnant women who received antenatal and intrapartum</p>	<p>Estudo clínico randomizado, quantitativo;</p> <p>A colheita de dados foi realizada por meio de questionário;</p> <p>Foram incluídas neste estudo 173 nulíparas entre os 20-35 anos que tiveram partos entre as 37-42 semanas de gestação. Dessas nulíparas, 55 estavam no grupo de massagem pré-natal (AG), 59 estavam no grupo de massagem</p>	<p>Level 1.c – Randomize d Controlled Trial.</p>	<p>14 (25,5%) mulheres do grupo da massagem pré-natal (AG), 11 (18,6%) mulheres do grupo da massagem intra-parto (IG) e 5 (8,6%) das mulheres do grupo de controlo (GC) resultaram em partos sem episiotomia. A taxa de episiotomia foi maior no grupo (GC) em relação ao grupo (AG) e grupo (IG) (estatisticamente significativa entre AG e GC, p=0,01). As lacerações perineais não foram observadas em 8 (14,4%) de 14 partos sem episiotomia no grupo (AG), enquanto lacerações de 1º grau foram observadas cinco mulheres e lacerações de 2º grau observada numa mulher neste grupo. Por outro lado, a laceração perineal não foi observada em 3 (5,1%) mulheres do grupo (IG), laceração de 1º grau foi</p>	<p>A área onde foi realizada a massagem perineal, apresentou um aumento na força muscular, alongamento no comprimento e libertação do músculo de endorfinas que ajudaram a controlar o aumento da dor. Os exercícios de alongamento realizados para o períneo reduziram a necessidade de episiotomia devido ao aumento da força muscular e elasticidade muscular;</p> <p>A massagem perineal iniciada no período intraparto não teve diferença significativa com a iniciada no período pré-parto na redução da taxa de episiotomia;</p>

<p>perineal massage.</p> <p>Sevil Kiremitli, Tunay Kiremitli, Paşa Uluğ, Nesrin Yilmaz.</p> <p>Turquia.</p> <p>2022.</p>	<p>intraparto (IG) e 59 estavam no grupo controle (GC). No grupo de controlo (GC), foram incluídas as nulíparas que não realizaram massagem durante o período pré-natal ou intraparto.</p>		<p>observada em 3 (5,1%) e lacerações de 2º grau foram observadas em 5 (8,5%) mulheres. No grupo (GC), 2 (3,4%) mulheres não tiveram lesão perineal, 1 (1,7%) mulher teve laceração de 1º grau e 3º (5,1%) mulheres apresentaram laceração de 2º grau. A taxa de ter um períneo intacto foi estatisticamente significativamente maior no grupo (AG) ($p=0,04$ e $p=0,03$).</p>	<p>Foi relatado que a massagem pode estimular a liberação de ocitocina e isso pode estar associado ao encurtamento do 2º estágio do TP;</p> <p>Os autores recomendam iniciar a massagem perineal intraparto em nulíparas que não iniciaram no período pré-natal, reduzindo desta forma a taxa de episiotomia e de lacerações. A massagem perineal é utilizada como medida de qualidade de saúde.</p>
---	--	--	--	--

4.1.1 Análise e discussão dos resultados

A prática baseada na evidencia (PBE), não é, mais do que, uma prática de cuidados, baseada em premissas clinicamente fundamentadas e comprovadas, por meio de estudos validados (Pedrolo, 2009).

Tendo em conta a análise dos estudos selecionados, Abo-Eleneen & Shalaby, (2020), consideraram o parto como o período mais importante na vida das mulheres, afetando diversos aspetos das suas vidas. Este resultado, permite compreender que o parto, atua sob a variável psicológica da parturiente, fortalecendo a sua linha flexível de defesa, capacitando-a para lidar com os desconfortos do TP e parto, através da utilização de mecanismos de *cooping*. Também os mesmos autores, referiram que as características maternas e fetais influenciaram a ocorrência de trauma perineal durante o TP. A paridade, idade materna, idade gestacional, pressão uterina e a nacionalidade encontram-se associadas ao trauma perineal (Abo-Eleneen & Shalaby, 2020). Identifiquei estes dados, como variáveis fisiológicas, pois atuam como *stressores intrapessoais* negativos, no que diz respeito à necessidade de realização de episiotomia.

Shahoei *et al.*, (2017), revelaram que a nuliparidade e a macrosomia fetal demonstram ser os preditores mais importantes da realização de episiotomia e da lesão perineal. Estes resultados referem-se a *stressores* interpessoais, uma vez que, influenciam negativamente a linha normal de defesa da parturiente, principalmente sob a variável fisiológica. Também é mencionado por Martínez *et al.*, (2021), que o trauma perineal, pode causar problemas à mulher a curto e longo prazo contribuindo estes dados como *stressores* extrapessoais negativos, afetando a linha de defesa normal, sobretudo a variável fisiológica e a variável psicológica, desencadeando uma resposta da linha de resistência, traduzida em trauma emocional, dor, hematoma, hemorragia, disfunção sexual etc.

Da análise efetuada, verifica-se que três estudos indicaram que a **massagem perineal** realizada durante o TP se mostrou eficaz na prevenção da episiotomia. Segundo Shahoei *et al.*, (2017), a massagem perineal realizada durante o 2º estágio do TP reduziu a necessidade de episiotomia e evitou lesões perineais e dor perineal. Abo-Eleneen & Shalaby, (2020), referiram que a massagem perineal realizada na fase ativa do TP foi segura, aumentou a ocorrência de períneo íntegro, reduzindo a realização de episiotomia, e do trauma perineal grave, assim como a dor perineal, tendo melhorado a qualidade de vida da mulher no pós-parto vaginal. Da mesma forma, Kiremitli *et al.*, (2022), revelou que, a área onde foi realizada a massagem perineal, apresentou um aumento da força muscular, alongamento e libertação do músculo de endorfinas que ajudaram a controlar a intensidade da dor. Estes dados dizem respeito a variáveis fisiológicas, pois atuam como *stressores* intrapessoais positivos, no que diz respeito à prevenção de episiotomia. Kiremitli *et al.*,

(2022), referiram que a massagem perineal iniciada no período intraparto, não teve diferença significativa com a iniciada no período pré-parto, na redução da taxa de episiotomia, relatando ainda que a massagem, pode estimular a liberação de ocitocina e isso, pode estar associado ao encurtamento do 2º estágio do TP. De acordo com Abo-Eleneen & Shalaby, (2020), as contrações uterinas foram mais frequentes e de duração superior, nas mulheres submetidas a massagem perineal, indicando que, o alongamento do períneo, pode melhorar as características das contrações uterinas, que por sua vez, vão afetar na duração do TP. Abo-Eleneen & Shalaby, (2020), referiram que a frequência das lacerações perineais foi inferior nas mulheres que receberam a massagem perineal durante o TP, em comparação com aquelas que não receberam. Da mesma forma, Kiremitli *et al.*, (2022), mencionaram que a massagem perineal, reduziu a taxa de episiotomia e de lacerações, tendo sido considerada uma medida de qualidade de saúde. Estes dados revelam que a **massagem perineal** atua como um *stressor* extrapessoal positivo sob a integridade perineal, fortalecendo a linha de defesa normal. Ainda em relação à massagem perineal, Martinez *et al.*, (2021), reforçaram que o uso de substâncias lubrificantes serviu para facilitar distensão perineal e a expulsão da cabeça fetal, reduzindo o risco de trauma perineal. No entanto, Abo-Eleneen & Shalaby, (2020) referiram que o óleo essencial de lavanda, mostrou ser o mais indicado a ser utilizado na massagem perineal uma vez que foi o que apresentou menores taxas de episiotomia e de trauma perineal em comparação com o lubrificante estéril.

Outra intervenção que emerge dos estudos analisados refere-se aos **posicionamentos adotados pela mulher durante o TP**, que contribuem para a prevenção da episiotomia. Shahoei *et al.*, (2017) relataram que a posição de sentada das nulíparas durante o parto mostrou-se eficaz na prevenção de lesão perineal e realização de episiotomia. Enquanto Martínez *et al.*, (2021), afirmaram que a posição lateral, foi associada a um menor número de lacerações de 2º grau do que a posição vertical, além de ter apresentado uma menor incidência de lacerações espontâneas em nulíparas, sendo a postura que foi mais propícia para manter um períneo intacto. Mediante estes resultados, verifica-se que as posições adotadas pela mulher, atuam como um *stressor* intrapessoal positivo, sob a integridade perineal, fortalecendo a linha de defesa normal.

Ainda em relação às intervenções que previnem a realização da episiotomia no TP, Martínez *et al.*, (2021), mostraram que a colocação de **compressas quentes** durante o 2º estágio do TP, pode até certo ponto, prevenir a necessidade de episiotomia em nulíparas, bem como, o risco de lacerações de 3º e de 4º graus. Este resultado também indica que a colocação de compressas quentes, atua como um *stressor* intrapessoal positivo, sob a integridade perineal, fortalecendo a linha de defesa normal.

Martínez *et al.*, (2021), identificaram que o método **“Hands Off”** foi o método que apresentou menor taxa de episiotomia. A evidência científica recomendou a utilização do método

“Hands off” porque resultou em menores taxas de trauma perineal do que o método “Hands On”. Com este resultando, verifica-se que o método “Hands Off” também atua como um *stressor* extrapessoal positivo sob a integridade perineal, fortalecendo a linha de defesa normal.

Em resposta à questão de investigação, considero que a prevenção da episiotomia nas nulíparas, deve atender a um conjunto de intervenções do EEESMO no TP: **Permitir à mulher a adoção de uma posição sentada ou lateralizada; Efetuar massagem perineal, usando um lubrificante estéril** (idealmente com lavanda); Promover a restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos à apresentação fetal – **“Hands-Off”**; **Proceder à aplicação de compressas quentes no períneo, durante o 2º estágio do TP**; Executar o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de *Ritgen* – **“Hands-On”**. Estas são assim, as intervenções do EEESMO apontadas pela evidência científica atual, como contributivas na prevenção da episiotomia nas nulíparas no TP.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório, resultou de um longo processo de aprendizagem, que exigiu dedicação e estudo profundo, para a aquisição de competências técnicas, científicas e cognitivas ao longo de dois anos, quer em contexto de sala de aula, quer em contexto de EC. Para além da aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO da OE, também foi dada a oportunidade de desenvolver uma temática na área da enfermagem especializada, capaz de produzir conhecimento e ganhos para a prática clínica, de acordo com a evidência científica mais atual. A prevenção da episiotomia no TP, foi a temática que eu optei por desenvolver. Apesar do tema, não ser novo, ele continua a constituir uma grande preocupação para a equipa de saúde, pela morbilidade a que está associada.

A realização de episiotomia, conforme referido na literatura, atinge valores elevados nos Hospitais Portugueses, assumindo ainda uma prática rotineira. Na minha prática clínica, realizei episiotomia em 50% dos partos assistidos, apesar de ser um número que não cumpre as recomendações da OMS, posso afirmar que realizei a técnica de forma assertiva, tendo sido realizada por mim, aquando da necessidade de abreviar o período expulsivo, nas situações de CTG não tranquilizador, cansaço extremo da parturiente e TP prolongado. Apesar da evidência científica, enumerar algumas medidas preventivas face á prática da episiotomia, pude constatar na minha prática clínica, que a técnica “*Hands Off*”, foi a técnica mais utilizada pela equipa de EEESMO. Em relação à massagem perineal, tive apenas a possibilidade de a executar num número muito reduzido de parturientes, uma vez que a equipa se encontrava renitente quanto à sua execução, pois desconheciam a técnica em si.

A maior dificuldade encontrada no desenvolvimento desta temática, relacionou-se com a dimensão multifatorial que caracteriza a necessidade de realizar episiotomia, pois torna-se imprevisível, sobretudo pela impossibilidade de isolar os múltiplos fatores que a condicionam. Para ultrapassar esta dificuldade, procedi a uma avaliação individualizada da parturiente, numa perspetiva holística, avaliando as variáveis e atuando sob os níveis de prevenção.

Em resposta à questão de investigação, considero que a prevenção da episiotomia nas nulíparas, deve atender a um conjunto de intervenções do EEESMO no TP: ***Permitir à mulher a adoção de uma posição sentada ou lateralizada; Efetuar massagem perineal, usando um lubrificante estéril*** (idealmente com lavanda); Promover a restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos à apresentação fetal – “*Hands-Off*”; ***Proceder à aplicação de compressas quentes no períneo, durante o 2º estágio do TP***; Executar o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de *Ritgen* – “*Hands-On*”. Estas são assim, as

intervenções do EEESMO apontadas pela evidência científica atual, como contributivas na prevenção da episiotomia nas nulíparas no TP.

A partilha dos resultados da minha investigação, trouxe alguns ganhos para a equipa, onde realizei o EC. Considero que o maior ganho, foi de facto, demonstrar à equipa, a importância das medidas relativas à prevenção da episiotomia, que segundo a evidência científica, se refere à técnica “*Hands Off*” e à técnica de massagem perineal, como as medidas preventivas mais eficazes, segundo os estudos mais recentes. Tive desta forma a oportunidade de instruir a equipa acerca da realização da técnica de massagem perineal, de forma a proporcionar ganhos para a prática clínica. Considero que no final, a equipa de EEESMO, ficou mais receptiva em adotar esta técnica, na sua prática diária dos cuidados.

Com a análise das experiências vivenciadas em contexto de BP assim como da evidência científica existente sobre a temática deste relatório, foi possível aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências inerentes à prática especializada em enfermagem de saúde materna e obstétrica, nomeadamente as unidades de competência associadas ao TP (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio de 2019). Esta análise possibilitou ainda o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, sobretudo as dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019). Relativamente aos objetivos propostos para a elaboração deste relatório de estágio, considero que foram atingidos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abo-Eleneen, A. & Shalaby, N. (2020). Effect of Perineal Massage on Perineal Traumas for Nulliparous Women during Labor. *Egyptian Journal of Health Care*, Vol 11, No1; Betty Neuman's Theory, (2008).
- Ahmadi, Z., Torkzahrani, S., Roosta, F., Shakeri N. & Mhmoodi, Z. (2017) Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the Moment of Delivery: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. Published by Wolters Kluwer, Medknow, <https://doi.org/10.4103/1735-9066.202071>.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal*. Lisboa: Lusociência
- Campos, D. (2005). Episiorragia e correção de laceração perineais de 2º grau. In Campos, D. e Montenegro, A. Nuno, coord. – *Protocolos de medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-363-0. p.134-135.
- Coelho, M., Esparteiro, M., Santos, M., Paz, A., Ferreira, M., Pinto, M., Cardoso, A. Pereira, S., Santos, G. & Carvalho, J. (2012). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. Escola Superior de Saúde de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República I Série –A, N. 205 (04-09 - 1996) 2959-2962.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS; <http://www.dgs.pt/diretrizes-ds-dgs/orientações-e-circulares-informativas/orientação-n-0012015-de-19012015.pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015b). *Trabalho de parto estacionário. Orientações técnicas*. <http://www.dgs.pt/diretrizes-ds-dgs/orientações-e-circulares-informativas/orientação-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>.
- Essa, R., Nemat, A. & Ismail, N. (2015). Effect of second stage perineal warm compresses on perineal pain and outcome among primiparae. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6 (4).
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). *Trabalho de parto*. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5nd ed.). Lisboa: Lidel.
- International Council of Nurses (ICN) e Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Pelo Direito ao Parto Normal: uma visão partilhada*. (2ª ed). Lisboa: OE.
- Joanna Briggs Institute (2020), PRISMA 2020 FlowDiagram, *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2020 edition*.
- Joanna Briggs Institute (2020). *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis*. Australia. The University of Adelaide. <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>.
- Kiremitli, S., Kiremitli T, Uluğ, P. & Yilmaz, N.(2022). Comparison of obstetric outcomes and morbidity in nulliparous pregnant women who received antenatal and intrapartum perineal massage. *Pelvipерineology* ;41(1):17-22.
- La Rosa-Várez, Z. (2013). Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. *Matronas profesión*, 14(1), 19-23.
- Lopes, M. O. (2016). Plano de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (167-169). Lisboa: Lidel.
- López Martínez EM., Avilés Sáez Z., Hernández Sánchez E., Camacho Ávila M., Marín Conesa E., & Conesa Ferrer MB. (2021). Perineal protection methods: knowledge and use. *Rev Esc Enferm USP*;55: e20200193.
- Lowdermilk, D. L. (2008). Cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry (coord.), *Enfermagem na Maternidade* (7nd ed.). Loures: Lusodidacta.
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2017). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto In M. Néné, R., Marques, M. Batista (2017). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.335-351). Lisboa: Lidel.
- Néné, M., Marques, R & Batista, M. (2017). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Neuman B. & Fawcett J (2011). *The Neuman Systems Model*. 5th Ed. Upper Saddle, NJ: Pearson, <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020001703711>
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- O'Reilly, B., Bottomley, C. & Rymer, J. (2008). *Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2013a). Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido. *Projeto Maternidade com Qualidade*. Ordem dos Enfermeiros.

- <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade>.
- Ordem dos Enfermeiros (2013b). Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora de pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno. *Projeto Maternidade com Qualidade*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade>.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso – Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014). Projeto da MCEESMO-OE, *Maternidade com Qualidade*. Lisboa: OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Conselho Jurisdicional. Lisboa: OE.
- Organização Mundial da Saúde (2018). WHO Recommendations: *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneve: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (2013). OMS recomendações- *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. OMS: Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf.
- Pearson, A. (2005). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(12), 123-133.
- Pedrolo, E. (2009). A Prática Baseada em Evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Enfermagem [em linha]*. 14 (4). ISSN 2176-9133.
- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. C. & Marques, R. (2012). Documento de Consenso «*Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*», acordado e assinado a 28 de janeiro de 2010. [s.l.]. Ordem dos Enfermeiros.
- Prada, F. & Rafael, M. (2017). Desvios ao Trabalho de Parto Normal In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2017). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.368-376). Lisboa: Lidel.
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de 26 de janeiro de 2018. 5ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. *Diário da República nº 26/2019 – II Série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio de 2019. *Diário da República nº 85/2019 – II Série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Roonak,S., Shahoei,L.,Farzaneh, Z., Lila, H., Nasa,B. & Fariba, R.(2017). The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electronic Physician*,Vol 9,5588-5842.
- Simic, A., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A. & Stephansson, O. (2017). Duration of second stageof labour and a instrumenal delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population based study. Simic et al *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (72). DOI 10.1186/s12884-017-1251-6.
- The Joanna Brigs Institute (JBI) (2020). Methodology for JBI *Scoping Reviews, Reviewers Manual*. Australia: JBI.
- World Health Organization (2018). WHO recomendations - *Intrapartum care for a positive childbirh experience*. Geneva: WHO.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Projeto Individual de Estágio

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO IV

Mestranda

Paula Assunção

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO
ESTÁGIO IV:
Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos

**7º Curso Mestrado em
Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica**

Unidade Curricular:
Estágio IV

Docente:
Profª Olimpia Cruz

Mestranda
Paula Assunção

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AFU- Altura do fundo uterino

CTG- Cardiotocografia

DGS- Direção Geral da Saúde

EESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO- Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

DGS- Direção Geral da Saúde

ENF^o- Enfermeiro

ENF^a- Enfermeira

PROF^a- Professora

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PPT- Parto Pré-Termo

RN- Recém-Nascido

SNS- Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1- PLANO DE ATIVIDADES A DESENVOLVER NA ÁREA TEMÁTICA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA NA SALA DE PARTOS.....	6
2- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio IV – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos, do 2º ano 2º semestre, ano letivo de 2021/2022, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) está preconizado a elaboração do projeto individual de estágio IV com a finalidade de atingir os objetivos propostos pela Unidade Curricular Estágio IV e os meus objetivos individuais.

A Unidade Curricular Estágio IV engloba uma professora orientadora, no qual me foi atribuída a Sra. Professora orientadora Olimpia Cruz e uma Enfermeira Mestre cooperante. A unidade curricular estágio IV irá compreender o período de 20 semanas, sendo interrompida pelas férias da Páscoa, onde terá lugar no serviço de Bloco de Partos, no período compreendido entre de 28 de fevereiro de 2022 e 22 de julho de 2022.

Quanto a estrutura do projeto, este encontra-se dividido em cinco partes, sendo respetivamente as seguintes: Introdução; Cronograma de atividades; Horário Considerações finais e Referencias Bibliográficas.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, tem como foco de atenção proporcionar/atender a mulher nas distintas fases do trabalho de parto incluindo a dor e as técnicas não farmacológicas no seu alívio, bem como estabelecerem uma relação de ajuda, confiança e empatia visando o conforto e bem-estar materno fetal (OE, 2015).

Com a elaboração do projeto de estágio, irei planear o meu processo de aprendizagem, tendo em conta os meus objetivos pessoais e os objetivos definidos pela Unidade Curricular Estágio IV, tendo em conta as competências comuns e específicas do EEESMO de acordo com o Regulamento nº140/2019 e Regulamento nº391/2019.

A construção do projeto individual de estágio IV também vai permitir ser responsável pela minha intervenção, promovendo a criatividade, a inovação, a autonomia, a autorregulação da aprendizagem e a motivação, que vai ao encontro da concretização dos meus objetivos pessoais. É também um processo dinâmico e mutável pelo que pode sofrer alterações, pois tem na sua essência vivências e reflexão individual que podem levar à sua adequação.

Os objetivos de aprendizagem propostos pela Unidade Curricular Estágio IV são os seguintes: Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido (RN) em situação de saúde e doença; integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença e Elaborar o relatório de estágio.

Ao longo do ensino clínico, irei focar-me de forma a atingir os objetivos de aprendizagem propostos no meu projeto individual de estágio IV complementando posteriormente com fundamentação através da elaboração do relatório final de estágio IV.

1- PLANO DE ATIVIDADES A DESENVOLVER NA ÁREA TEMÁTICA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA NA SALA DE PARTOS

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	INTERVENIENTES/ RECURSOS	DATA DE REALIZAÇÃ O
<p>1.1 “INTEGRAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DO BLOCO DE PARTOS E DO SERVIÇO DE URGENCIA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA”</p>	<p>Comuns: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; H2; H4, H6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação á Sra. Enf.º Chefe, e a Sra. Enf.ª Cooperante e restante equipa multidisciplinar; • Visitação às instalações físicas do serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia e bloco de partos incluindo identificação do circuito da grávida /família neste serviço – Triagem, Gabinetes médicos, recobro do puerpério imediato, salas de trabalho de parto e salas de observação; • Aquisição de informações acerca da organização, gestão, constituição, regras, horários e funcionamento dos serviços; • Obtenção de informações das rotinas e protocolos do serviço; • Aquisição das seguintes informações: quais as ofertas que ambos os serviços proporcionam às suas utentes e família, quais as patologias mais frequentes; 	<p>Enf.ª Chefe; Enf.ª Cooperante; Equipa Multidisciplinar; Mestranda.</p> <p>Normas, Instruções de trabalho e protocolos do serviço.</p>	<p>1ª Semana do ensino clínico.</p>

<p>1.2 “PLANEAR AS ATIVIDADES A DESENVOLVER NO SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS”</p>	<p>Comuns: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão com a enfermeira cooperante sobre o método de organização e dinâmica do serviço • Elaboração do projeto individual de estágio, de forma a planejar o meu processo de aprendizagem tendo em conta os objetivos propostos para ambos os ensinos clínicos; • Conversação com a Enf^a Cooperante acerca das experiências que gostaria de vivenciar ao longo do ensino clínico de forma a poder experienciar o máximo de experiências novas e significativas; • Discussão e reflexão do projeto individual de estágio ao longo do ensino clínico de forma a contribuir para a vivencia de momentos enriquecedores ao nível de aprendizagem e de experiências. 	<p>Prof Orientadora; Enf.^a Cooperante; Mestranda.</p>	<p>1º Semana do ensino clinico</p>
---	--	---	--	------------------------------------

<p>1.3 “APROFUNDAR CONHECIMENTOS TEORICOS E PRÁTICOS DA SAÚDE MATERNA E TRABALHO DE PARTO”</p>	<p>Comuns: D1; D2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão dos conteúdos lecionados durante o ensino teórico em sala de aula do 1ºano letivo; • Realização de pesquisa bibliográfica científica; • Participação nos casos clínicos mais diferenciados (delicados) que contribuam para o processo de aprendizagem através da discussão e participação nos cuidados com a equipa multidisciplinar; • Discussão e reflexão com a enfermeira cooperante das intervenções propostas por mim no plano de cuidados, fundamentando as mesmas; • Partilha e reflexão de experiências de situações clínicas com colegas e equipa multidisciplinar na reunião com Professora Titular e colegas de curso. 	<p>Prof Orientadora; Colegas do 7ºCMESMO; Enf.^a Cooperante; Mestranda.</p>	<p>Durante todo o ensino clínico.</p>
---	------------------------	--	---	---------------------------------------

<p>1.4 “PARTICIPAR NA MELHORIA DA QUALIDADE DA GESTÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM, DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS CLÍNICOS”</p>	<p>Comuns: C1; C2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem prestados à mulher/família otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas; • Otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; • Supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade. 	<p>Mestranda Enfermeira Cooperante Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Ao longo de todo o Ensino Clínico</p>
--	------------------------	---	--	--

<p>1.5 “PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE, RN E ACOMPANHANTE EM SITUAÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA, NOS 4 ESTÁDIOS DO TP, SEGUNDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM, DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, COGNITIVAS E RELACIONAIS”</p>	<p>Comuns: A1; A2; B3; H3; H4;</p>	<p>1ºESTÁDIO TP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento da parturiente/casal (o acompanhante terá direito a acompanhar a parturiente mediante a realização de teste à covid 19, com resultado negativo, aquando a admissão da parturiente, realizando os dois o teste) no serviço de Bloco de Partos, especificamente na sala de trabalho de parto, ajustando a minha comunicação mediante as suas necessidades, crenças e cultura; • Realização da anamnese à grávida/casal de forma a colher dados relativos a sua admissão no serviço; • Consulta do processo clínico da grávida, Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e Plano de Parto (quando existe); 	<p>Enf.^a Cooperante; Mestranda. Equipa Multidisciplinar Normas, Instruções de trabalho e protocolos do serviço; Livros, normas da DGS; Bases de dados científicas.</p>	<p>A partir da 4^o Semana do Ensino Clínico.</p>
---	------------------------------------	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do 1º estágio do trabalho de parto por meio da observação e avaliação obstétrica da grávida; • Avaliação holística da grávida tendo em conta a componente psicológica, física e obstétrica: Componente Psicológica - (observação do estado emocional). Componente Física- (avaliação de sinais vitais, avaliação da altura de fundo uterino (AFU), identificação da apresentação fetal por meio das manobras de Leopold, monitorização com cardiotocograma (CTG) e respetiva interpretação. Componente Obstétrica- (realização de exame vaginal através do índice de Bishop); • Colocação de cateter venoso periférico e colheita de sangue para análises mediante requisição médica; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração de posições que podem favorecer o trabalho de parto e o seu conforto; • Avaliação e gestão da dor durante o trabalho de parto centrada na grávida com medidas farmacológicas e não farmacológicas consoante o seu plano de parto (anestesia epidural, musicoterapia, ambiente, hidroterapia, posições verticais etc); • Identificação precoce de eventuais complicações e fatores de risco que possam afetar a evolução do trabalho de parto e o bem-estar fetal, referenciando as situações em conjunto com a Enfermeira Cooperante (distocias, CTG preocupante, etc); • Realização de amniotomia aquando da identificação dos sinais eminentes de instalação do 2º estágio do TP; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados e individualizados à parturiente/casal em parceria com os mesmos, tendo em conta as necessidades identificadas; • Realização do processo clínico da grávida e do registo das intervenções no plano de cuidados na plataforma informática <i>SClínico</i>; • Preenchimento do partograma; <p style="text-align: center;">2º ESTÁDIO TP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do 2º estágio do trabalho de parto por meio da observação e avaliação obstétrica da parturiente; • Preparação e encorajamento da grávida/casal durante os esforços expulsivos; • Avaliação da grávida: eficácia das contrações, analgesia, condição 		
--	--	--	--	--

		<p>física e emocional, posição da grávida, adequação pélvica, estática fetal;</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliação do bem-estar fetal por CTG;• Identificação precoce dos desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações em conjunto com a Enfermeira Cooperante (alterações do bem-estar materno-fetal, dinâmica uterina inadequada, dificuldade na descida da apresentação, período expulsivo prolongado, sinais e sintomas de infecção, lacerações do períneo, distocia de ombros etc.)• Planeamento dos cuidados de enfermagem especializados e individualizados à grávida/família em parceria com a mesma, tendo em conta as necessidades identificadas		
--	--	--	--	--

		<p>em situação de saúde/doença, realizando os registos na plataforma <i>Sclinic</i>;</p> <ul style="list-style-type: none">• Execução das intervenções de enfermagem especializadas e individualizadas adequadas à evolução do trabalho de parto, aplicando técnicas adequadas na execução do parto (Proteção do períneo, avaliação da necessidade de realização de episiotomia, verificação de circulares e corte nas circulares apertadas);• Observação e apoio à grávida em situações que evoluem para parto distócico;• Colaboração com a equipa médica nos partos distócicos;• Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados e individualizados à grávida/ puérpera/casal em parceria		
--	--	---	--	--

		<p>com os mesmos, tendo em conta as necessidades identificadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização do processo clínico da puérpera e do registo das intervenções no plano de cuidados na plataforma informática <i>SClínico</i>. <p>2º ESTÁDIO TP (RN):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparação prévia da funcionalidade da unidade que vai receber o RN na sala de parto; • Verificação da hora exata do nascimento; • Laqueação do cordão umbilical por quem a parturiente escolher; • Avaliação imediata do RN (índice de APGAR, observação física, garantindo a permeabilidade das vias aéreas, termorregulação, prevenção de infeções, prevenção da doença hemorrágica com administração da vitamina K); 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento precoce do contato pele a pele entre a díade, estimular a amamentação nos primeiros 30 minutos de vida; • Identificação precoce de alterações morfológicas e funcionais do RN, referenciando para a equipa médica de pediatria; • Realização do processo clínico da puérpera e RN e do registo das intervenções no plano de cuidados na plataforma informática <i>SClínico</i>, Boletim de Saúde Infantil e realizar a notícia do nascimento. <p style="text-align: center;">3º ESTÁDIO TP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do 3º estágio do trabalho de parto por meio da observação dos sinais de dequitação e o mecanismo de descolamento; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Preparação e apoio da puérpera/casal;• Execução de manobra de Brandt-Andrews se necessário;• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, referenciando as situações em conjunto com a Enfermeira Cooperante (retenção de placenta, dequitação incompleta, atonia, inversão uterina, traumatismo do canal de parto etc);• Após dequitação verificação: globo de segurança de Pinard, estimativa das perdas de sangue, observação da placenta, cordão e membranas e administração de oxitocina caso seja necessário;• Colheita de sangue da placenta para a crio conservação de células estaminais (quando aplicável);		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Realização da inspeção da vagina, períneo, ânus para correção de possíveis lacerações ou/e episiotomia através de sutura cirúrgica; • Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados e individualizados à puérpera/casal em parceria com os mesmos, tendo em conta as necessidades identificadas; • Realização do processo clínico da puérpera e registo das intervenções no plano de cuidados na plataforma informática <i>SClínico</i>. <p style="text-align: center;">4º ESTÁDIO TP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do 4º estágio do trabalho de parto; • Observação da puérpera: avaliação do útero através da palpação abdominal, vigiar perdas vaginais, 		
--	--	---	--	--

		<p>observar o períneo, avaliar sinais vitais, despistar sinais e sintomas de choque hemorrágico, estado emocional, relação da tríade, características da pele, mamas, útero, eliminação vesical, membros inferiores e estado geral;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação precoce de complicações e fatores de risco, referenciando as situações em conjunto com a Enfermeira Cooperante (lacerações de grau III e IV, atonia uterina, etc); • Orientação da puérpera/casal tendo em conta as necessidades de educação para a saúde identificadas no período pós-parto imediato, incluindo os cuidados ao RN; • Apoio no aleitamento materno e proporcionar o contato pele a pele de forma a promover a vinculação caso a puérpera assim o deseje; 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Promoção da relação afetiva da tríade;• Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados e individualizados à puérpera/casal em parceria com os mesmos, tendo em conta as necessidades identificadas;• Realização do processo clínico da puérpera e registo das intervenções no plano de cuidados na plataforma informática <i>SClínico</i>;• Transferência da puérpera e RN para o serviço de internamento de Obstetrícia.		
--	--	---	--	--

<p>1.6 “PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM AO RN EM SITUAÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA, NA ADAPTAÇÃO Á VIDA EXTRAUTERINA, SEGUNDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM, DESENVOLVENDO COMPETENCIAS TÉCNICAS, COGNITIVAS E RELACIONAIS”</p>	<p>Comuns: A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Validação da funcionalidade da unidade que vai admitir o RN (ao nível da operacionalidade dos seus equipamentos); • Identificação de situações de risco e respetivo encaminhamento para a equipa multidisciplinar (chamada da equipa pediátrica sempre que se justifique a sua presença); • Colaboração nas técnicas de punção intravenosa/umbilical, colheita de sangue e urina, colocação de sonda naso-gástrica, aspiração de secreções, aplicação de suporte ventilatório com administração de O2 e monitorização eletrocardiográfica (nos casos que se justifique); • Interpretação dos exames complementares de diagnóstico, avaliação de sinais vitais e a sua interpretação (nos casos que se justifique); 	<p>Enf.^a Cooperante; Mestranda.</p> <p>Normas, Instruções de trabalho e protocolos do serviço; Livros, normas da DGS; Bases de dados científicas.</p>	<p>A partir da 1^a semana do Ensino Clínico</p>
--	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none">• Realização da transferência do RN para o serviço de neonatologia (nos casos que se justifique);• Promoção da vinculação através do contacto pele a pele e amamentação;• Realização dos primeiros cuidados ao RN e avaliação física cefalo-caudal, neurológica e comportamental do RN bem como a sua adaptação à vida extrauterina;• Identificação correta do RN através de pulseira com o nome da mãe e colocação/ativação de pulseira anti rapto;• Administração de terapêutica consoante prescrição médica (Vit K) e cumprimento da vacinação de acordo com o plano nacional de vacinação (PNV);		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Elaboração da avaliação inicial a partir da colheita de dados e do plano de cuidados personalizado;• Realização de registos de enfermagem no sistema informático <i>scĺnico</i> e transferēncia do RN e puérpera para o serviço de internamento de obstetrícia apos o puerpério imediato.		
--	--	--	--	--

<p>1.7 “DESENVOLVER COMPETÊNCIAS COGNITIVAS E COMUNICACIONAIS, NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO CONTÍNUA EM SERVIÇO”</p>	<p>Comuns: D1, D2, H2, H4, H6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de uma ação de formação em serviço para todos os enfermeiros da equipa do Bloco de Partos considerando as suas necessidades, interesses e experiências vivenciadas do dia a dia, tendo em conta as sugestões e a validação do tema por parte da Enf^a Cooperante, Enf^a Chefe e a Sra. Professora Orientadora; • Aquisição de pesquisa bibliográfica para a elaboração da apresentação sob forma de PowerPoint; • Obtenção de conhecimentos a partir da partilha de momentos significativos com a Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora e restante equipa de enfermagem. 	<p>Enf.^o Chefe; Enf.^a Cooperante; Equipa multidisciplinar; Prof.^a. Orientadora; Mestranda.</p>	<p>18^o Semana do ensino clínico</p>
--	--	---	---	--

<p>1.8 “PROMOVER O DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL”</p>	<p>Comuns: D1, D2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do Projeto Individual de Estágio e o respetivo Relatório Final; • Discussão com a Enf.^a Cooperante de experiências vivenciadas e sentidas ao longo do ensino crítico que careçam de uma maior reflexão; • Aquisição de conhecimentos teóricos e práticos; • Desenvolvimento da capacidade de reflexão e pensamento crítico, durante o ensino clínico; • Integração dos princípios éticos e deontológicos durante a prestação de cuidados, bem como a responsabilização pelas atividades desenvolvidas; • Avaliação intermédia com a Enf.^a Cooperante e Professora Orientadora com auto e heteroavaliação; • Avaliação da concretização dos objetivos específicos propostos por mim através da ação de formação em serviço; 	<p>Enf.^a Cooperante; Prof.^a Orientadora; Mestranda.</p>	<p>Durante todo o ensino clínico;</p>
---	------------------------	---	---	---------------------------------------

<p style="text-align: center;">1.9 “PROMOVER O DESENVOLVIMENTO NO AMBITO DA INVESTIGAÇÃO”</p>	<p>Comuns: D1, D2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação final com a Enf.^a Cooperante e Professora Orientadora relativa ao final do ensino clínico com auto e heteroavaliação. • Realização do Relatório Final de Estágio IV com recurso a uma <i>Scoping Review</i> que se evidencie os contributos da utilização dos óleos essenciais como intervenção do EEESMO no bloco de partos; • Realização de pesquisa em bases de dados científicas de forma a provar a importância dos óleos essenciais como medida não farmacológica para alívio da dor, ansiedade e promotor da cicatrização perineal no bloco de partos; • Observação das diferenças das parturientes que usufruem dos benefícios dos óleos essenciais em comparação às que não utilizam 	<p>Mestranda; Professora Orientadora; Livros, normas da DGS; Bases de dados científicas.</p>	<p>A partir da 8^o Semana do Ensino Clínico</p>
--	------------------------	---	--	---

		<p>(aromoterapia inserida no plano de partos);</p> <ul style="list-style-type: none">• Articulação com outros profissionais de saúde que utilizam os óleos essenciais na sua prática clínica nas diversas instituições de saúde públicas do serviço nacional de saúde (SNS), de forma a existir uma partilha de conhecimentos;• Educação para a saúde às parturientes no que diz respeito à importância utilização dos óleos essenciais no bloco de partos como medida não farmacológica para alívio da dor, ansiedade e na promoção da cicatrização perineal.		
--	--	---	--	--

2-CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do projeto de estágio IV permite fazer uma reflexão acerca dos objetivos propostos pela Unidade Curricular Estágio IV e as atividades a desenvolver para que os mesmos sejam atingidos com sucesso, assim como adquirir as competências técnicas, científicas e relacionais inerentes à prestação de cuidados do enfermeiro especialista.

Mediante as atividades por mim propostas terei sempre o cuidado de planejar junto da enfermeira cooperante, momentos que me proporcionem experiências novas e enriquecedoras, onde muitas nelas terei a oportunidade de refletir a minha intervenção junto da enfermeira cooperante no qual certamente me proporcionara outras perspetivas e aperfeiçoamento dos cuidados do EEESMO prestados por mim. No desenvolvimento do meu ensino clínico irei adotar uma postura profissional, humilde e de mente aberta, aceitando novos desafios e sugestões.

Tenho a certeza que tudo o que irei aprender, desde a teoria à prática, terá a sua aplicação na minha vida profissional e pessoal no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lowdermilk D.L., Perry S.E. (2006) *Enfermagem na Maternidade*, 7ª Ed., Lusodidacta, Loures.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento nº 140/2019 das Competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento nº 391/2019 das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE B: Apresentação da formação em serviço “Gasimetria do cordão umbilical”

GASIMETRIA DO CORDÃO UMBILICAL

Bloco de Partos julho 2022

Plano de Sessão

Unidade Curricular: Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Sala de Partos

Público-Alvo: Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica do Bloco de Partos

Método expositivo: Power-Point

Tempo de duração: 20 minutos de apresentação e 10 minutos para discussão e esclarecimento de dúvidas

Local: Sala de Reuniões do BP

Introdução	Apresentação do tema
Desenvolvimento	CrITÉrios de Seleção para a realização da colheita
	Etapas do procedimento e intervenção de enfermagem
	Evidência Científica
	Interpretação dos Resultados
Conclusão	Considerações finais
	Discussão
	Esclarecimento de dúvidas

Bloco de Partos julho 2022



Objetivos:

- Apresentar o procedimento e protocolo instituído no serviço de BP;
- Explicar a importância da correta execução do procedimento;
- Identificar o papel do EESMO na execução do procedimento e na detecção precoce da necessidade da realização de colheita de sangue do cordão umbilical;
- Esclarecer dúvidas da equipa de enfermagem;
- Proporcionar um momento de reflexão sobre a prática clínica baseada na evidencia .



NOTA INTRODUTÓRIA

A análise da gasimetria de sangue do cordão umbilical permite avaliar retrospectivamente o trabalho de parto e enquadrar os elementos da monitorização cardiotetral e o índice de Apgar do RN ao nascer.

A rápida identificação do RN, submetido a hipóxia intraparto, é fundamental quando há critério para realizar hipotermia induzida: quando iniciada nas 6h após o nascimento, melhora o prognóstico neurológico.

Os dados provenientes da gasimetria umbilical são fundamentais para estabelecer ou excluir o caráter hipóxico-isquémico de uma encefalopatia neonatal ao processo de nascimento, aspeto com importantes implicações clínicas e médico-legais.

(DGS, 2015)

NOTA INTRODUTÓRIA

HIPOXIA FETAL – Existência de uma baixa concentração de O₂ nos tecidos fetais, a qual é insuficiente para manter o normal metabolismo Aeróbio celular. Manifesta-se através de uma diminuição brusca e duradoura de FCF.

FCF pelo menos 3min – DESACELERAÇÃO PROLONGADA

FCF > 10min - BRADICARDIA FETAL (margem de segurança de 12')

CAUSAS :

- Hipercontratilidade uterina
- Prolapso do cordão
- Hipotensão materna
- Prolapso do cordão umbilical
- Descolamento da placenta
- Causas ocultas: nó verdadeiro e/ou laterocidência do cordão, circular cervical, etc

Critérios de seleção para a recolha de amostra:

- Todas as intervenções obstétricas por estado fetal não tranquilizador;
- RN com índice de APGAR baixo (<5 ao 1º minuto);
- Casos em que exista diagnóstico pré -natal de RCIU;
- Alterações na monitorização fetal intraparto sugestivas de hipóxia fetal;
- Febre intraparto (>38,5°C);
- Parto vaginal com extração fetal difícil.

(Sequeira et al., 2020)



PROCEDIMENTO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Providenciar o material necessário para junto da utente;
2. Informar a utente sobre o procedimento;
3. Solicitar o consentimento da utente;
4. Efetuar antissepsia do cordão umbilical com compressas esterilizadas com álcool a 70%, no sentido unidirecional e ascendente, e deixar secar;
5. Proceder, imediatamente após o parto, à colheita de um 1 -2 ml de sangue da artéria umbilical e de igual quantidade da veia umbilical para 2 seringas pré -heparinizadas, preferencialmente sem necessidade de laqueação prévia do cordão umbilical;

(Sequeira et al.,2020)

Bloco de Partos julho 2022



PROCEDIMENTO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

6. Remover o ar residual da seringa, após a colheita de sangue;
7. Tapar imediatamente a seringa e enrolar entre os dedos, para assegurar a mistura com a heparina da seringa;
8. Identificar as amostras;
9. Enviar imediatamente para o laboratório as 2 amostras com a respetiva identificação e requisição (não enviar por torpedo);
10. Efetuar registos.

(Sequeira et al.,2020)

Bloco de Partos julho 2022

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

O sangue da artéria umbilical fornece uma avaliação mais precisa da presença e gravidade de uma acidemia fetal, enquanto que o da veia umbilical reflete o estado das trocas gasosas ao nível da placenta, que está dependente da função uteroplacentária e do balanço ácido-base materno (Thorp e Rushing, 1999);

A colheita do sangue do cordão umbilical deve ser realizada em ambos os vasos do cordão (veia e artéria), uma vez que apenas a comparação dos resultados garante a presença de uma amostra arterial. Na artéria encontra-se um pH e uma pressão parcial de O₂ mais baixos e uma pressão parcial de CO₂ mais elevada (Abreu *et al.*, 2009).

Bloco de Partos julho 2022

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Critérios de Acidose Metabólica:

Presença de um PH na artéria umbilical $<7,00$ e um défice de bases (DB) $>12\text{mmol/l}$

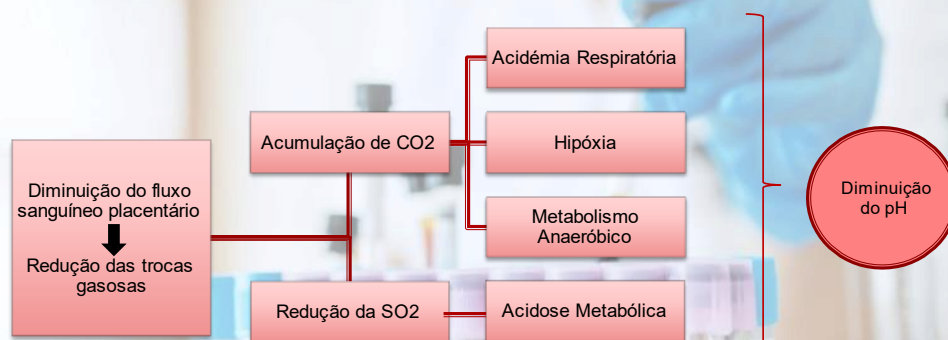
Avaliação da duração da hipóxia :

- DB elevado na artéria umbilical e um DB normal na veia umbilical indicam hipóxia de curta duração.
- DB elevado tanto na artéria como na veia umbilical indica episódio de hipóxia fetal mais prolongado

(DGS, 2015)

Bloco de Partos julho 2022

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS



Adaptado de Sundstrom et al.(2000)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu e Silva, J., & Ayres de Campos, D. (2009). Colheita e interpretação da gasometria do sangue umbilical. *Acta Obstet Gynecol Port*, 3(1), 35-55;
- Direção Geral da Saúde (2015). *Colheita de sangue do cordão umbilical para gasometria* Orientação n°005/2015 de 19/01/2015;
- Sequeira, Pousa e Amaral (2020). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. *Lidel*, 149-152;
- Riley R, J., & Johnson, JW. (1993). Collecting and analyzing cord blood gases. *Clin perinata* 36(1), 13-23;

APÊNDICE C: *Apresentação da formação em serviço: “Prevenção da Episiotomia nas Nulíparas durante o Trabalho de Parto- Uma SCOPING REVIEW “*

Contributos do EEESMO na Prevenção da Episiotomia: Uma Scoping Review

Mestranda: Paula Assunção
Professora Orientadora: Olímpia Cruz

Plano de Sessão

Etapa	Conteúdo	Método/Duração
Introdução	Apresentação do Trabalho	Expositivo/5min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Background• Metodologia• Search Strategy• Prisma• Data Collection• Resultados	Expositivo/15min
Conclusão/Discussão	Conclusão/D iscussão	Expositivo/ Interativo/10min

Objetivo

Objetivo Geral:

Mapear a evidência científica sobre as intervenções do EEESMO que previnem a episiotomias nulíparas

Objetivo específico: Dar a conhecer as intervenções do EEESMO que previnem a realização da episiotomia no TP.

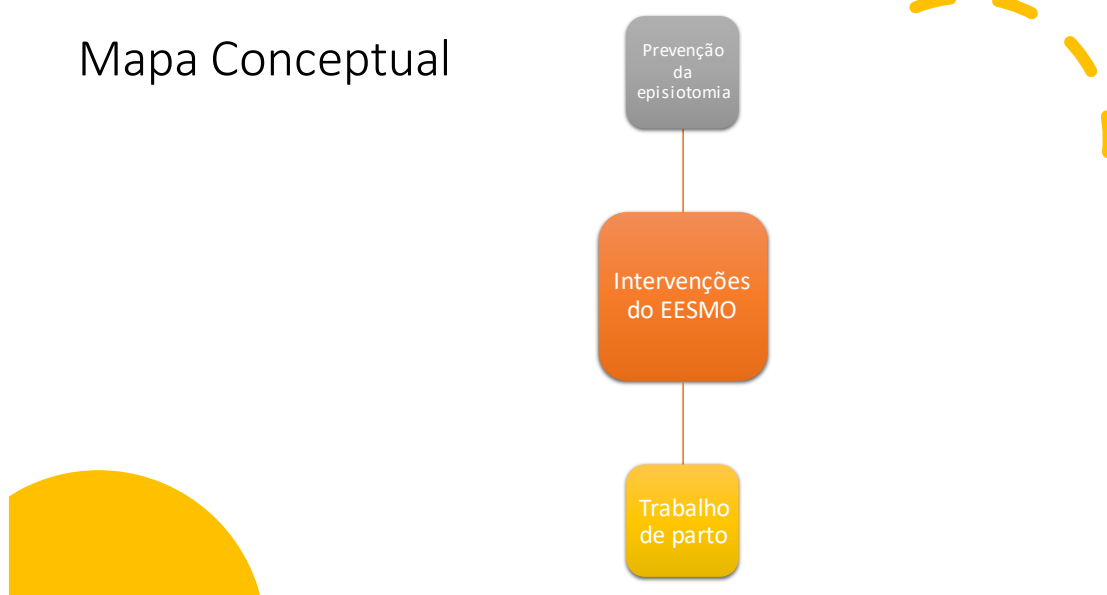


Justificação do Tema

- De acordo com a OMS (2018), uma das intervenções a ser utilizada criteriosamente é a episiotomia, recomendando uma taxa de episiotomia de, no máximo, 10%. Em Portugal, a taxa de episiotomias ultrapassa os 70% constatando-se que assume o carácter de prática rotineira nos hospitais portugueses (OMS, 2018)



Mapa Conceptual



Background

Intervenções de Enfermagem:

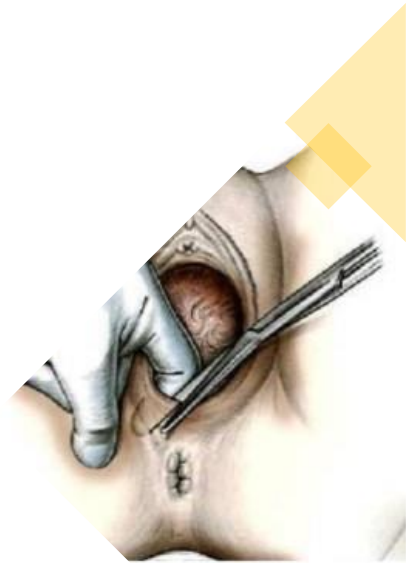
- O uso limitado da episiotomia contribui para uma experiência positiva do parto e para a humanização dos cuidados prestados. Perante estes factos, desperta o interesse e a importância de conhecer as intervenções do EEESMO que possam contribuir para a prevenção da episiotomia, preservar a integridade perineal e proporcionar uma vivência mais natural e positiva do parto.
- O EEESMO incorpora os resultados da investigação na sua prática clínica, reconhecendo que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE,2001).



Background

Episiotomia/Prevenção de episiotomia:

- A episiotomia consiste numa incisão cirúrgica na região perineal, com indicação obstétrica para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecer a libertação do feto e evitar lesões desnecessárias do polo cefálico submetido à pressão sofrida contra o períneo (Oliveira e Miquilini,2005);
- Consiste num conjunto de intervenções que visam a proteção do períneo durante o TP;
- A episiotomia associa-se com a nuliparidade, prematuridade e Apgar<7 no primeiro minuto de vida (Riesco et.al,2011).



Background

Trabalho de parto (TP):

- O TP consistena duração de um processo ideológico em que o feto, membranas amnióticas, líquido amniótico, cordão umbilical e placenta são descolados do útero e expelidos, através da vagina, para o exterior. O TP é o culminar de uma série de alterações, no útero e no colo, de origem endócrina e parácrina emanadas da mãe e do feto (Cunningham, et al., 2010);
- O TP e parto são caracterizados por contrações uterinas que levam ao apagamento e dilatação cervical, levando a progressão do feto ao longo do canal de parto até ao nascimento (Faria e Tinoco,2020);



Background

Trabalho de parto (TP):

- O TP é caracterizado por 4 estádios .O primeiro estágio começa com aparecimento de contrações uterinas regulares , terminando com a dilatação completa (10cm) .O segundo estágio inicia-se com a dilatação do colo uterino e termina com o nascimento .O terceiro estágio tem início após a expulsão fetal e termina com a ditadura .O quarto estágio começa depois da dequitação e prolonga-se pelas 2 horas seguintes, ou seja, aquilo a que se chama puerpério imediato (Varela, et.al,2020).



Questão da Revisão:

Quais as intervenções do EEESMO que previnem a episiotomia nas núbiparas durante o TP?

Metodologia:

Realizou-se uma revisão segundo o protocolo de Scoping Review preconizado pelo Joanna Briggs Institute.

Participantes

- Nulíparas
- EEESMO

Conceitos

- Intervenções de Enfermagem
- Prevenção de Episiotomia
- Trabalho de parto

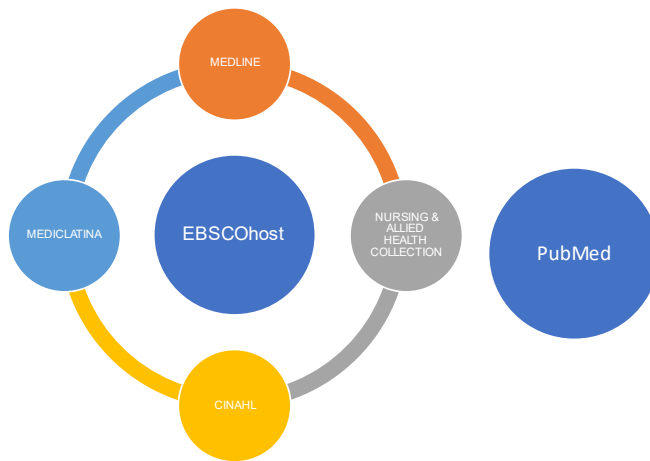
Contexto

- Bloco de Partos

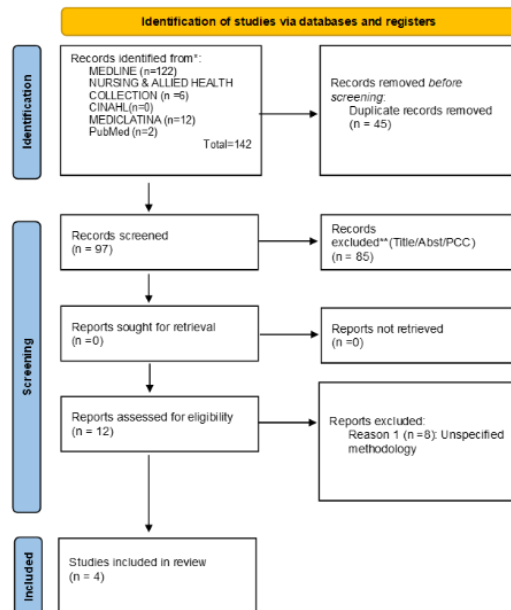
Critérios de Inclusão e Exclusão

	Participantes	Conceitos
Critérios de inclusão	Nulíparas saudáveis de todas as idades e EEESMO	Abordagem da prevenção da episiotomia durante a gravidez e parto nas nulíparas, cujas intervenções sejam realizadas por EEESMO
Critérios de exclusão	Mulheres não grávidas e nulíparas com patologia associada	Não obedecemos critérios de inclusão definidos

Tipos de estudos a incluir: Quantitativos, qualitativos e mistos



PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



Enquadramento teórico



MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Modelo abrangente e dinâmico, coexistindo quatro conceitos fundamentais: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

A pessoa é um sistema aberto em constante interação com o seu ambiente interior e exterior, composto por cinco variáveis: a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual (Neuman e Fawcett, 2011).

Na relação com o ambiente, a pessoa tenta manter um equilíbrio face a fatores disruptivos, descritos pela autora, como stressores. Estes, por sua vez, podem influenciar positiva ou negativamente o indivíduo, dependendo das suas capacidades para lidar com os mesmos.

Resultados

O grau de conhecimento e o uso dos métodos de proteção perineal são diferentes de acordo com as diferentes categorias profissionais (parteiras, EESMO, médicos), tendo sido muito limitada entre a equipa médica (Martinez *et al*,2021).
O método "Hands Off" foi o método que apresentou menor taxa de episiotomia. A evidência científica recomenda a utilização do método "Hands Off" porque resulta em menores taxas de trauma perineal do que o método "Hands On"(Manobra de Ritgen) (Martinez *et al*,2021).

As nulíparas que receberam massagem perineal no 2º estágio de TP tiveram menor incidência de episiotomias e menos lacerações (Shahoei *et al*,2017);
A posição de sentada das nulíparas durante o parto mostrou-se eficaz na prevenção de lesão perineal e realização de episiotomia, (Shahoei *et al*,2017).

No que concerne, à técnica *hands off*, considera-se que é uma técnica que está a ter cada vez melhores resultados, sobretudo uma maior taxa de perineos intactos, e diminuição da prática de episiotomia (Rocha *et al*,2018).

O único método de proteção do perineo reconhecido por todas as categorias profissionais foi "Hands on". "Hands off", Técnica de flexão, "Delayed pushing" e a "postura materna" foram utilizadas apenas por parteiras e EESMO, (Martinez *et al*,2021).

A massagem perineal minimizou a necessidade de episiotomia e preveniu a lesão perineal e dor perineal durante o 2º estágio do TP, (Abo-Eleneen *et al*, 2020).

Foi relatado que a massagem pode estimular a liberação de ocitocina e isso pode estar associado ao encurtamento do 2º estágio do TP, (Kiremitliet *et al*, 2020).

As posições verticais ou laterais estão associadas a um menor tempo de expulsão (o que favorece uma redução significativa da realização de episiotomia), em comparação com a posição clássica supina ou de litotomia (Rocha *et al*,2018).



Conclusão

- A utilização da técnica de episiotomia é motivo de controvérsia entre os profissionais de saúde, mas, à luz do conhecimento atual, não há evidência para apoiar o seu uso por rotina.
- É fundamental o papel do EESMO no que toca à sua intervenção nos cuidados referentes à proteção do perineo de forma a preservar a sua integridade, proporcionando uma vivência mais natural e positiva do parto através da massagem perineal bimanual, adoção da posição materna vertical ou lateral e "hands off".

ANEXOS

ANEXO I: Registo das Atividades Desenvolvidas nos Ensinos Clínicos

Síntese de Registo de Atividades Práticas/*Registration of Practice Activities*

Aconselhamento à família e promoção da saúde/<i>Family Counseling and health promotion</i>	Nº
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/<i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	145
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/<i>Supervision and care to the women in labor:</i>	107
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	40
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	21
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	20
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	20
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/<i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	88
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i>	
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	5
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	20
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/<i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	128
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/<i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	128
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/<i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	37
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/<i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	66
Prática simulada/<i>Simulated practice</i>	✗
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Practice on episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	

Santarém, 10-12-2022

Estudante/*Student*

Professor/*Teacher*

Coordenador do Curso/*The course coordinator*

Paula Assunção

Cláudia Cruz

Helena

ANEXO II: Protocolo “*Scoping Review*”

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO IV
7º CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Contributos do EEESMO na Prevenção da Episiotomia: Uma *Scoping Review*

Mestranda: Paula Assunção

Professora Orientadora: Prof. Olímpia Cruz

novembro,2022

REVIEWERS

Assunção, Paula 090409022@essaude.ipsantarem.pt, estudante do 7º CMESMO, Escola Superior de Saúde-IPSantarém, UMIS_ESSS;

Cruz, Olímpia - Professora ESSS_IPSantarém; Co-coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Membro da UMIS e da UI_IPSantarém.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESMO- Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

EC- Ensino Clínico

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSS- Escola Superior de Saúde de Santarém

f. - Folha

MeSH- Medical Subject Headings

NIC- Nursing Interventions Classification

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN- Recém-Nascido

TP- Trabalho de Parto

UMIS- Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde

ÍNDICE

	f
INTRODUÇÃO	4
1-SCOPING REVIEW	5
1.1 REVIEW TITLE	5
1.2 CENTER CONDUCTING THE REVIEW	5
1.3 REVIEW QUESTION/OBJECTIVE	5
1.4 KEY WORD(MESH DESCRIPTORS)	5
2- BACKGROUND	6
2.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	6
2.2 EPISIOTOMIA	8
2.3 TRABALHO DE PARTO	9
3- INCLUSION CRITERIA	10
4- SEARCH STRATEGY	11
5- STUDY SELECTION	12
6- DATA COLLETION	13
7- DATA SYNTHESIS	13
8- CONFLITS OF INTEREST	17
9-ACKNOWLEDGEMENTS	18
10- CONCLUSION	18
11- REFERENCES	20
APÊNDICES	22
APENDIX I: INITIAL SEARCH STRATEGY	23
APENDIX II: APPRAISAL INSTRUMENTS	24
APENDIX III: PRISMA 2020 DIAGRAM FLOW	25
APENDIX IV: DATA EXTRACTION INSTRUMENT	26
APENDIX V: NEUMAN SYSTEMS MODEL	46

INTRODUÇÃO

Considerando os objetivos propostos pela unidade curricular Estágio IV- Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos do 7º CMESMO, realizei uma *Scoping Review*, segundo o protocolo Joanna Briggs Institute (JBI) uma vez que esta permite o encontro da melhor evidência científica e, portanto, das melhores e mais atuais propostas para a prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO), no seu contexto profissional.

Segundo o protocolo da JBI (Peters *et al.*, 2020), irei proceder à identificação do tema e proceder à elaboração da pergunta de investigação, procurar a evidência científica de acordo com os critérios de seleção pré-definidos, realizar a categorização dos diferentes estudos encontrados, efetuar a análise dos estudos incluídos, interpretar e discutir os resultados e proceder à apresentação sintetizada dos conhecimentos obtidos através dos vários estudos.

Em relação a escolha do tema para a elaboração desta *Scoping Review*, foi-me dada a oportunidade de identificar uma área temática no âmbito de saúde materna e obstétrica contemplando a minha realidade do contexto de Ensino Clínico- EC e as minhas motivações pessoais. Posto isto, defini como tema: “*Contributos do EEESMO na Prevenção da Episiotomia: Uma Scoping Review*”.

Uma das intervenções a ser utilizada criteriosamente é a episiotomia, recomendando uma taxa de episiotomia de, no máximo, 10% e em sua última diretriz, reconheceu que no presente momento, não há evidências que corroborem a necessidade de qualquer episiotomia nos cuidados de rotina, sendo difícil prever a taxa de episiotomias considerável aceitável num contexto de boas práticas de cuidados (OMS,2018).

Em Portugal, a taxa de episiotomias ultrapassa os 70% constatando-se que assume o carácter de prática rotineira nos hospitais e maternidades portuguesas (OMS, 2018). O uso limitado da episiotomia contribui para uma experiência positiva do parto e para a humanização dos cuidados prestados. Perante estes factos, desperta o interesse e a importância de conhecer as intervenções do EEESMO que possam contribuir para a prevenção da episiotomia, preservar a integridade perineal e proporcionar uma vivência mais natural e positiva do parto.

1- SCOPING REVIEW

Review Title

Contributos do EEESMO na Prevenção da Episiotomia: Uma *Scoping Review*

Reviewers

Assunção, Paula¹

Fonseca, Maria Olimpia²

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém

Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde

Review question/objective

Question:

Quais as intervenções do EEESMO que previnem a episiotomia nas nulíparas durante o TP? Tendo em conta o PCC a população de interesse são as Nulíparas e os EEESMO, os conceitos são as intervenções do EEESMO, prevenção da episiotomia e trabalho de parto. O contexto é o bloco de partos.

Objective:

Identificar as intervenções do EEESMO que contribuem para a prevenção da episiotomia nas nulíparas no TP.

Key word (Descriptors):

Episiotomy (MeSH)

Perineal Tears (Natural term)

Labour Care (Natural term)

Midwifery (MeSH)

Nulliparity (MeSH)

(Pesquisa realizada a 1 de março de 2022)

¹Mestranda do 7ºCMESMO do Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém

² Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém

2- BACKGROUND

Seguidamente irei mencionar os conceitos definidos para a elaboração desta *Scoping Review*, bem como proceder as suas definições de acordo com a literatura encontrada. Posto isto os conceitos são os seguintes: Intervenções de Enfermagem (conceito central), Episiotomia e TP.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, foi a teoria que melhor se enquadrou para a elaboração desta *Scoping Review*, tendo em conta os conceitos definidos. Este modelo, é descrito como sendo um modelo abrangente e dinâmico, coexistindo quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. A pessoa é um sistema aberto em constante interação com o seu ambiente interior e exterior, composto por cinco variáveis: a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual (Neuman & Fawcett, 2011). A variável fisiológica relaciona-se com a estrutura e com as funções do organismo; A variável psicológica refere-se aos processos mentais e relacionamentos; A sociocultural diz respeito às expectativas e atividades socioculturais; A de desenvolvimento relaciona-se com os processos de crescimento durante o ciclo da vida, por fim, a variável espiritual tem por base as crenças espirituais da pessoa. Na relação com o ambiente, a pessoa tenta manter um equilíbrio face a fatores disruptivos, descritos pela autora, como *stressores*. Estes, por sua vez, podem influenciar positiva ou negativamente a pessoa, dependendo das suas capacidades para lidar com os mesmos. Este modelo é representado mais a frente através de um diagrama (Anexo I), no qual a pessoa, caracterizada por um círculo, é o centro do sistema, estando rodeado por linhas, representativas da sua defesa, face ao ambiente circundante e *stressores*.

2.1- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE,1996), as intervenções de enfermagem são caracterizados por cuidados autónomos ou interdependentes. Consideram-se intervenções autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem. Consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros profissionais de saúde, para atingir um objetivo comum, decorrentes de

planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Posto isto, as intervenções de enfermagem são caracterizadas no (REPE,1996) pelos seguintes pressupostos:

- Existir uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- Estabelecer uma relação de ajuda com o utente;
- Utilizar uma metodologia científica, que inclui: (A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; A formulação do diagnóstico de enfermagem; A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; A execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções);
- Englobar, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de atuação: (Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado; Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado; Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias; Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro; Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados).

O EEESMO assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. O exercício autónomo do enfermeiro obstetra acarreta, igualmente, inúmeras vantagens para os serviços de saúde. Os cuidados prestados pelos EEESMO, sobretudo os cuidados autónomos, traduzem-se em ganhos para a saúde, não só para a mulher, mas para área da saúde em geral (OE,2015).

Da mesma forma, o EEESMO incorpora os resultados da investigação nas suas intervenções, reconhecendo que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE,2001).

Tendo em conta o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, as intervenções de enfermagem serão dirigidas para os três níveis de intervenção: a prevenção primária, secundária e terciária. Para isso é necessário haver uma boa avaliação do impacto que cada *stressor* tem no sistema, compreendendo as suas capacidades de *coping*, para uma adequada atuação de enfermagem, à qual interessam todas as variáveis que afetam a pessoa, no seu ambiente (Neuman & Fawcett, 2011).

A prevenção primária corresponde a intenção de evitar ou reduzir a reação do sistema ao *stressor* identificado, fortalecendo as linhas de defesa. A prevenção secundária corresponde o apoio ao restabelecimento da estabilidade do sistema, após um determinado *stressor* ter penetrado a linha normal de defesa, ajudando a pessoa a reconstituir-se, adquirindo um nível de homeostase com o ambiente. Por fim, a prevenção terciária corresponde ao fortalecimento do sistema para a manutenção da homeostase, surgindo com intervenções similares à prevenção primária, mas num período após ocorrência de reação e já atingido o restabelecimento da harmonia no sistema (Pearson & Vaughn, 1992; Neuman & Fawcett, 2011).

2.2- EPISIOTOMIA

A episiotomia consiste numa incisão cirúrgica na região perineal, com indicação obstétrica para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecer a libertação do feto e evitar lesões desnecessárias do polo cefálico submetido à pressão sofrida contra o períneo. A incisão costuma ser feita quando a apresentação fetal está suficientemente baixa, a ponto de distender o períneo, porém, antes de ocorrer uma distensão exagerada, não devendo ser realizada cedo demais, pois, deve-se prevenir uma perda sanguínea excessiva (Oliveira & Miquilini,2005).

Segundo Lowdermilk & Perry (2009) a episiotomia é definida como uma incisão feita no períneo para aumentar o canal vaginal com o objetivo de evitar outros traumas perineais. Consoante a orientação do corte em relação à fúrcula, a episiotomia pode ser lateral, médio-lateral e mediana. Independentemente da técnica utilizada, a incisão deve ser sempre iniciada a partir da fúrcula (Graça,2017).

Episiotomia Médio Lateral: A incisão é feita num ângulo de cerca de 45° relativamente à linha mediana, envolvendo a fúrcula, mucosa e submucosa da vagina e fibras dos músculos transversos do períneo (superficial e profundo), dos músculos pubococcígeos e, por vezes, do músculo bulbo- cavernoso (Graça,2017). Esta técnica, em comparação com a mediana, parece estar associada a um menor risco de lacerações perineais de 3º e 4º graus (OMS,2018), mas provoca maior dor no pós-parto, maior perda sanguínea e é mais difícil de reparar (Graça,2017).

Episiotomia Mediana: Faz-se uma incisão de 3-4 cm na região mediana em direção ao reto, envolvendo a fúrcula, a mucosa e submucosa da vagina e a aponevrose dos músculos perineais (Graça,2017). Ao executar esta técnica, o profissional deve tomar todas as precauções para evitar que a incisão se estenda ao esfíncter anal (Kilpatrick & Garrison,2015). As alegadas vantagens da episiotomia mediana incluem menor dor no pós-parto, menor perda sanguínea, menor incidência de dispareunia e melhor reconstrução anatómica; no entanto, está associada a uma maior incidência de lacerações perineais de 3º e 4º graus (Graça,2017).

O uso limitado da episiotomia contribui para uma experiência positiva do parto e para a humanização dos cuidados prestados. Perante estes factos, desperta o interesse e a importância de conhecer as intervenções do EEESMO que possam contribuir para a prevenção da episiotomia, preservar a integridade perineal e proporcionar uma vivência mais natural e positiva do parto.

2.3- TRABALHO DE PARTO

O TP consiste na duração de um processo ideológico em que o feto, membranas amnióticas, líquido amniótico, cordão umbilical e placenta são descolados do útero e expelidos, através da vagina, para o exterior. O TP é o culminar de uma série de alterações, no útero e colo, de origem endócrino e parácrino emanadas da mãe e do feto (Cunningham, et al., 2010).

De acordo com outros autores o TP e parto também são caracterizados por contrações uterinas que levam ao apagamento e dilatação cervical, levando a progressão do feto ao longo do canal de parto até ao nascimento (Faria & Tinoco,2020). O TP é caracterizado por 4 estádios. O 1º estágio começa com aparecimento de contrações uterinas regulares, terminando com a dilatação completa (10cm). Segundo a OMS (2018), o 1º estágio do TP divide-se em 2 fases (latente e ativa). A fase latente, caracteriza-se pela existência de contrações dolorosas, com alterações variáveis do colo uterino, com algum grau de apagamento e progressão lenta da dilatação, até aos 5 cm. Segundo o The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG,2014), a fase latente tem um período variável, assumindo-se o seu período máximo de

20 horas para as nulíparas e 14h para as múltíparas. Por seu lado, a fase ativa, caracteriza-se pela existência de contrações dolorosas regulares, com apagamento cervical significativo e progressão mais rápida da dilatação, dos 5 cm à dilatação completa (OMS,2018). O 2º estágio do TP inicia-se com a dilatação do colo uterino e termina com o nascimento do recém-nascido. O 3º estágio do TP tem início após a expulsão fetal e termina com a dequitação. O 4º estágio do TP começa após a dequitação e prolonga-se pelas 2 horas seguintes, ou seja, aquilo a que se chama puerpério imediato (Varela, et al.,2020).

O TP e parto pode também ser definido como de início espontâneo e de baixo risco, permanecendo assim durante todo o processo, até ao nascimento, em que o RN nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre as 37 e 42 semanas completas de gestação, e após o qual, mãe e filho permanecem em boas condições de saúde (Varela, et al.,2020). Também 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 TP e parto vaginal.

De acordo com Cerqueira (2008), o parto nunca é totalmente natural, pois reflete valores sociais que variam de acordo com cada sociedade, em algumas podendo ser considerado um drama, ou em outras, um processo comum e natural da vida da mulher. Tendo em conta o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o TP, vai atuar também como stressor extrapessoal.

No APENDIX I, esta representado o mapa conceptual, estando definidos os conceitos e as áreas de interesse para o desenvolvimento da *Scoping Review*.

3- INCLUSION CRITERIA

Types of participants³

Nulíparas e EEESMO

Concept

Intervenções do EEESMO

Prevenção de episiotomia

Trabalho de parto

³ Em relação aos critérios de exclusão foram excluídas mulheres não grávidas e nulíparas com patologia associada e que não obedecem aos critérios de inclusão definidos

Context

Bloco de Partos

Types of studies

Estudos qualitativos, quantitativos e mistos

4- SEARCH STRATEGY

Tendo em conta a questão de investigação: Quais as intervenções do EEESMO que previnem a episiotomia nas nulíparas durante o TP? Foram selecionadas as palavras-chave e classificadas em Mesh-Words na plataforma MeSH Browser a 1 de março de 2022, tendo sido obtidos como descritores MeSH: Episiotomy, Midwifery e Nulliparity. E como termos naturais: Perineal Tears e Labor Care.

Subsequentemente à classificação dos descritores, procedi à pesquisa nas plataformas de bases de dados da PubMed e EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina), tendo em conta os critérios de inclusão, tendo selecionado nesta fase a opção resumo disponível (Abstrat). Como opções de pesquisa, selecionei por booleano/frase, texto completo em PDF e friso temporal de 1 de março de 2017 a 1 de março de 2022. Seguidamente, selecionei os limitadores específicos por cada base de dados, conforme se apresenta seguidamente.

Plataforma EBSCOhost

CINAHL Complete:

Resumo disponível; Artigo de pesquisa, Qualquer autor e enfermeiro; Língua inglesa; Prática baseada em evidências; Texto completo em PDF; Gravidez; Humano

MEDLINE Complete:

Humano; Resumo disponível, Língua inglesa

Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive

Texto completo em PDF

MedicLatina

Texto completo em PDF

Plataforma PubMed

Resumo disponível; Língua inglesa; Texto completo gratuito, Humano

Definidos os limitadores por base de dados, procedi à estratégia de pesquisa utilizando os descritores individualmente e também conjugados entre si, com a utilização alternada dos booleanos AND e OR de forma a encontrar os melhores resultados para o estudo, e desta forma, definir a expressão de pesquisa, que foi a seguinte: “(Episiotomy **OR** Perineal Tears) **AND** Labour Care **AND** Midwifery **AND** Nulliparity. No (APENDIX II) está representada a estratégia de pesquisa.

5- STUDY SELECTION

Através do PRISMA 2020 *flow diagram*, procedi à primeira etapa que correspondeu à “*Identification*”, tendo aqui identificado os artigos mais relevantes, tendo revelado um total de 142 artigos, onde 45 foram excluídos por estarem duplicados. A segunda etapa consistiu no “*Screening*”, dos 97 artigos foram excluídos 85 artigos após a leitura do título, resumo e PCC, por não apresentarem contributos para a questão de investigação e também por não cumprirem os critérios de inclusão definidos. Seguidamente, enumerei e procedi à leitura integral dos 12 artigos, em que foram excluídos 8 artigos por não apresentarem metodologia clara (uma vez que pretendia incluir estudos qualitativos ou quantitativos ou mistos). Foram desta forma excluídos os artigos nº 3,4,5,7,8,10,11 e 12.

A terceira etapa compreendeu a “*Inclusion*”, tendo sido incluídos 4 artigos para o estudo, demonstrando ser os que mais iriam contribuir para a questão de investigação e objetivo da revisão. Foram incluídos os artigos nº1,2,6 e 9, apresentando todos uma metodologia quantitativa.

Os artigos incluídos foram os seguintes:

1. “*Effect of Perineal Massage on Perineal Traumas for Nulliparous Women during Labor*”
2. “*The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial*”
6. “*Perineal protection methods: knowledge and use*”
9. “*Comparison of obstetric outcomes and morbidity in nulliparous pregnant women who received antenatal and intrapartum perineal massage*”

No APENDIX III, está apresentado o processo de seleção dos artigos incluídos que se encontra esquematizado através da visualização do PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only.

6- DATA COLLECTION

Para analisar os 4 artigos selecionados foi utilizado como instrumento de análise o “*Data extraction instrument*” - APENDIX IV no qual engloba os seguintes dados: Título, autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia e métodos, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado (se aplicável) e os contributos do artigo para a questão de revisão.

7- DATA SYNTHESIS

Os Modelos Teóricos de Enfermagem, contribuem para a emancipação da profissão, ao conduzirem a um maior investimento na mesma, já que delimitam o campo específico da enfermagem e anulam a ambiguidade que tantas vezes poderá surgir (Silva 2008). Posto isto, optei por adotar o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, como base integrante da minha prática clínica do cuidar.

Este modelo foi descrito por Betty Neuman, como sendo um modelo abrangente e dinâmico, coexistindo quatro conceitos fundamentais: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. A pessoa ou cliente é um sistema aberto em constante interação com o seu ambiente interior e exterior, composto por cinco variáveis: a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual (Neuman & Fawcett, 2011). A variável fisiológica relaciona-se com a estrutura e com as funções do organismo; a variável psicológica refere-se aos processos mentais e relacionamentos; a sociocultural diz respeito às expectativas e atividades socioculturais; a de desenvolvimento relaciona-se com os processos de crescimento durante o ciclo da vida, por fim, a variável espiritual tem por base as crenças espirituais da pessoa. Na relação com o ambiente, a pessoa tenta manter o equilíbrio face a fatores disruptivos, descritos neste modelo, como *stressores*. Os *stressores* são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema, sendo importantes para compreender o conceito de ambiente. Estes, por sua vez, podem influenciar positiva ou negativamente a pessoa, dependendo da sua capacidade para lidar com o mesmo. A saúde é definida como sendo um equilíbrio entre o bem e o mal-estar, estando o grau de bem-estar

relacionado com a quantidade de energia dispensada, por forma, a retomar o equilíbrio (Neuman & Fawcett, 2011). Por fim a enfermagem, diz respeito à totalidade da pessoa, estando relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta da pessoa ao *stress*. A percepção do enfermeiro vai influenciar os cuidados (Neuman,1995).

A linha de defesa normal representa o estado normal de bem-estar, englobando variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, sendo interpretada como uma linha protetora, para impedir que os *stressores* interfiram no normal estado de bem-estar da pessoa. Já a linha de defesa flexível é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Idealmente esta linha previne que os *stressores* invadam a estrutura básica do sistema, capazes de bloqueá-los antes que atinjam a linha normal de defesa. Quanto mais esta linha se expande e se afasta da linha de defesa normal, maior é a capacidade de proteção da pessoa face aos agentes *stressores* (Neuman,1995). As linhas de resistência, são as reações que surgem no sistema do cliente, quando os *stressores* penetram a linha normal de defesa.

No que se refere aos *stressores*, estes podem ser divididos em *stressores* intrapessoais, forças que ocorrem dentro do sistema da pessoa, em *stressores* interpessoais, referindo-se às forças que resultam entre um ou mais indivíduos e os *stressores* extrapessoais são as forças que ocorrem fora do sistema e que atuam sobre a pessoa (Jukes & Spencer, 2007). Posto isto, é necessário haver uma boa avaliação do impacto que cada *stressor* tem na pessoa, compreendendo as suas capacidades de *coping*, para uma adequada intervenção de enfermagem, à qual interessam todas as variáveis que afetam a pessoa, no seu ambiente (Neuman & Fawcett, 2011), propondo-se três níveis de intervenção, a prevenção primária, a prevenção secundária e prevenção terciária (Pearson & Vaughan, 1992; Neuman & Fawcett, 2011).

À prevenção primária corresponde a intenção de evitar ou reduzir a reação do sistema ao *stressor* identificado, fortalecendo as linhas de defesa. À prevenção secundária corresponde o apoio ao restabelecimento da estabilidade do sistema, após um determinado *stressor* ter penetrado a linha normal de defesa, ajudando a pessoa a reconstituir-se, adquirindo um nível de homeostase com o ambiente. Por fim, a prevenção terciária corresponde ao fortalecimento do sistema para a manutenção da homeostase, surgindo com intervenções similares à prevenção primária, mas num período após ocorrência de reação e já atingido o restabelecimento da harmonia no sistema (Pearson & Vaughn, 1992; Neuman & Fawcett, 2011).

Em relação aos 3 níveis de prevenção, irei apenas desenvolver a prevenção primária, uma vez que, é a que vai estar diretamente relacionada às intervenções que previnem a realização de episiotomia no TP, enquanto a prevenção secundária e a prevenção terciária se devem às intervenções após a realização de episiotomia e/ou ocorrência de trauma perineal.

O Modelos de Sistemas de Betty Neuman, é representado através de um diagrama APENDIX V, no qual a pessoa, caracterizada por um círculo, é o centro do sistema e a estrutura básica do sistema, estando rodeado por linhas, representativas da sua defesa, face ao ambiente circundante e *stressores*.

Da análise dos 4 artigos selecionados, para a elaboração *Scoping Review*, irei seguidamente, analisar e discutir os resultados obtidos à luz do Modelo Teórico de Betty Neuman.

A prática baseada na evidencia (PBE), não é, mais do que, uma prática de cuidados, baseada em premissas clinicamente fundamentadas e comprovadas, por meio de estudos validados (Pedrolo, 2009).

Tendo em conta a análise dos estudos selecionados, Abo-Eleneen & Shalaby, (2020), consideraram o parto como o período mais importante na vida das mulheres, afetando diversos aspetos das suas vidas. Este resultado, permite compreender que o parto, atua sob a variável psicológica da parturiente, fortalecendo a sua linha flexível de defesa, capacitando-a para lidar com os desconfortos do TP e parto, através da utilização de mecanismos de *cooping*. Também os mesmos autores, referiram que as características maternas e fetais influenciaram a ocorrência de trauma perineal durante o TP. A paridade, idade materna, idade gestacional, pressão uterina e a nacionalidade encontram-se associadas ao trauma perineal (Abo-Eleneen & Shalaby, 2020). Identifiquei estes dados, como variáveis fisiológicas, pois atuam como *stressores intrapessoais* negativos, no que diz respeito à necessidade de realização de episiotomia.

Shahoei et al., (2017), revelaram que a nuliparidade e a macrosomia fetal demonstram ser os preditores mais importantes da realização de episiotomia e da lesão perineal. Estes resultados referem-se a *stressores* interpessoais, uma vez que, influenciam negativamente a linha normal de defesa da parturiente, principalmente sob a variável fisiológica. Também é mencionado por Martínez et al., (2021), que o trauma perineal, pode causar problemas à mulher a curto e longo prazo contribuindo estes dados como *stressores* extrapessoais negativos, afetando a linha de defesa normal, sobretudo a variável fisiológica e a variável psicológica, desencadeando uma resposta da linha de resistência, traduzida em trauma emocional, dor, hematoma, hemorragia, disfunção sexual etc.

Da análise efetuada, verifica-se que 3 estudos indicaram que a **massagem perineal** realizada durante o TP se mostrou eficaz na prevenção da episiotomia. Segundo Shahoei et al., (2017), a massagem perineal realizada durante o 2º estágio do TP reduziu a necessidade de episiotomia e evitou lesões perineais e dor perineal. Abo-Eleneen & Shalaby, (2020), referiram que a massagem perineal realizada na fase ativa do TP foi segura, aumentou a ocorrência de períneo íntegro, reduzindo a realização de episiotomia, e do trauma perineal grave, assim como

a dor perineal, tendo melhorado a qualidade de vida da mulher no pós-parto vaginal. Da mesma forma, Kiremitli et al., (2022), revelou que, a área onde foi realizada a massagem perineal, apresentou um aumento da força muscular, alongamento e libertação do músculo de endorfinas que ajudaram a controlar a intensidade da dor. Estes dados dizem respeito a variáveis fisiológicas, pois atuam como *stressores* intrapessoais positivos, no que diz respeito à prevenção de episiotomia. Kiremitli et al., (2022), referiram que a massagem perineal iniciada no período intraparto, não teve diferença significativa com a iniciada no período pré-parto, na redução da taxa de episiotomia, relatando ainda que a massagem, pode estimular a liberação de ocitocina e isso, pode estar associado ao encurtamento do 2º estágio do TP. De acordo com Abo-Eleneen & Shalaby, (2020), as contrações uterinas foram mais frequentes e de duração superior, nas mulheres submetidas a massagem perineal, indicando que, o alongamento do períneo, pode melhorar as características das contrações uterinas, que por sua vez, vão afetar na duração do TP. Abo-Eleneen & Shalaby, (2020), referiram que a frequência das lacerações perineais foi inferior nas mulheres que receberam a massagem perineal durante o TP, em comparação com aquelas que não receberam. Da mesma forma, Kiremitli et al., (2022), mencionaram que a massagem perineal, reduziu a taxa de episiotomia e de lacerações, tendo sido considerada uma medida de qualidade de saúde. Estes dados revelam que a **massagem perineal** atua como um *stressor* extrapessoal positivo sob a integridade perineal, fortalecendo a linha de defesa normal. Ainda em relação à massagem perineal, Martinez et al., (2021), reforçaram que o uso de substâncias lubrificantes serviu para facilitar distensão perineal e a expulsão da cabeça fetal, reduzindo o risco de trauma perineal. No entanto, Abo-Eleneen & Shalaby, (2020) referiram que o óleo essencial de lavanda, mostrou ser o mais indicado a ser utilizado na massagem perineal uma vez que foi o que apresentou menores taxas de episiotomia e de trauma perineal em comparação com o lubrificante estéril.

Outra intervenção que emerge dos estudos analisados refere-se aos **posicionamentos adotados pela mulher durante o TP**, que contribuem para a prevenção da episiotomia. Shahoei et al., (2017) relataram que a posição de sentada das nulíparas durante o parto mostrou-se eficaz na prevenção de lesão perineal e realização de episiotomia. Enquanto Martínez et al., (2021), afirmaram que a posição lateral, foi associada a um menor número de lacerações de 2º grau do que a posição vertical, além de ter apresentado uma menor incidência de lacerações espontâneas em nulíparas, sendo a postura que foi mais propícia para manter um períneo intacto. Mediante estes resultados, verifica-se que as posições adotadas pela mulher, atuam como um *stressor* intrapessoal positivo, sob a integridade perineal, fortalecendo a linha de defesa normal.

Ainda em relação às intervenções que previnem a realização da episiotomia no TP, Martínez et al., (2021), mostraram que a colocação de **compressas quentes** durante o 2º estágio do TP, pode até certo ponto, prevenir a necessidade de episiotomia em nulíparas, bem como, o risco de lacerações de 3º e de 4º graus. Este resultado também indica que a colocação de compressas quentes, atua como um *stressor* intrapessoal positivo, sob a integridade perineal, fortalecendo a linha de defesa normal.

Martínez et al., (2021), identificaram que o método **“Hands Off”** foi o método que apresentou menor taxa de episiotomia. A evidência científica recomendou a utilização do método **“Hands off”** porque resultou em menores taxas de trauma perineal do que o método **“Hands On”**. Com este resultando, verifica-se que o método **“Hands Off”** também atua como um *stressor* extrapessoal positivo sob a integridade perineal, fortalecendo a linha de defesa normal.

De acordo com outros autores, Goh et al., (2018), descreveram algumas técnicas de proteção perineal, nomeadamente a aplicação de **compressas mornas, massagem perineal, “Hands On” e “Hands Off”**, onde esta última, revelou mais eficácia na redução da incidência de lacerações graves do períneo. Na opinião de Rocha & Zamberlan, (2018), a técnica **“Hands Off”** (em comparação com a técnica **“Hands On”**) é a técnica que tem apresentado melhores resultados na diminuição da prática de episiotomia, recomendando a adoção de ambas as técnicas (**“Hands On” e “Hands Off”**) consoante a avaliação da situação.

Em resposta à questão de investigação, considero que a prevenção da episiotomia nas nulíparas, deve atender a um conjunto de intervenções do EEESMO no TP: **Permitir à mulher a adoção de uma posição sentada ou lateralizada; Efetuar massagem perineal, usando um lubrificante estéril** (idealmente com lavanda); Promover a restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos à apresentação fetal – **“Hands-Off”**; **Proceder à aplicação de compressas quentes no períneo, durante o 2º estágio do TP**; Executar o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de *Ritgen* – **“Hands-On”**. Estas são assim, as intervenções do EEESMO apontadas pela evidência científica atual, como contributivas na prevenção da episiotomia nas nulíparas no TP.

8- CONFLICTS OF INTEREST

Não aplicável

9- ACKNOWLEDGEMENTS

A elaboração da *Scoping Review* foi orientada pela Sra. Professora Olimpia Cruz, da Escola Superior de Saúde de Santarém, que desde sempre se mostrou disponível em apoiar, orientar e partilhar conhecimentos fundamentais na área da investigação e da enfermagem de saúde materna e obstétrica, no qual muito agradeço sentindo-me verdadeiramente privilegiada por ter tido esta oportunidade. Agradeço a todos os outros professores que contribuíram para o meu crescimento e evolução na área da investigação, com especial apreço pela Sra. Professora Diretora Hélia Dias e o Sr. Professor José Amendoeira da Escola Superior de Saúde de Santarém.

10- CONCLUSION

Com a elaboração desta *Scoping Review*, propus-me dar resposta à seguinte questão de investigação: *Quais as intervenções do EEESMO que previnem a episiotomia nas nulíparas durante o TP?* Face à análise dos artigos selecionados, à sua interpretação e à reflexão feita com a relação dos conceitos definidos, posso afirmar que os quatro artigos selecionados, foram um valioso contributo para dar resposta à questão de investigação. Em resposta à questão de investigação, tendo em consideração a revisão bibliográfica efetuada, considero que a intervenção do EEESMO na prevenção da episiotomia, deve atender a um conjunto de intervenções no TP: : Permitir à mulher a adoção de uma posição sentada ou lateralizada; ; Efetuar massagem perineal, usando um lubrificante estéril (idealmente com lavanda); Promover a restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos à apresentação fetal – “*Hands-Off*”; Proceder à aplicação de compressas quentes no períneo, durante o 2º estágio do TP Executar o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de *Ritgen* – “*Hands-On*”. Estas são assim, as intervenções apontadas pela evidência científica atual, como contributivas na prevenção da episiotomia.

Durante a realização desta *Scoping Review*, surgiram alguns constrangimentos, nomeadamente na existência de artigos que englobassem a minha população em estudo, que na grande maioria quase absoluta se dirigiam às mulheres múltiparas.

Esta *Scoping Review* também teve implicações na prática, gestão, consultoria, educação e investigação, destacando as seguintes: Tem implicações na prática, na medida em que, o EEESMO tem um papel fundamental e constante no acompanhamento da mulher/acompanhante durante o TP e parto, sendo dotado de competências técnico científicas para dar resposta às mais diversas situações do contexto de cuidados segundo o seu juízo crítico.

A mulher/acompanhante reconhecem o valor das intervenções do EEESMO na construção e na vivência de um parto mais humanizado e personalizado. Relativamente às implicações na gestão, a mulher/acompanhante tem um papel fundamental na vivência do TP e parto participando ativamente nas tomadas de decisão que, na realidade por vezes pode ser um processo difícil devido a situações inesperadas. Quanto às implicações na educação posso referir que enquanto aluna de mestrado, este trabalho deu-me a oportunidade de aprofundar e aperfeiçoar os conhecimentos pré- adquiridos ao longo do curso de mestrado, tendo tido a oportunidade de apresentar e partilhar alguns dos resultados à equipa do Bloco de Partos onde desenvolvi o EC. Relativamente às implicações da investigação realço que os resultados obtidos pelos diversos estudos tinham como autores enfermeiros, demonstrando isso que incorporam os resultados da investigação na sua prática clínica, reconhecendo a importância das boas práticas de cuidados de enfermagem baseados na evidência científica, constituindo uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEESMO.

11- REFERENCES

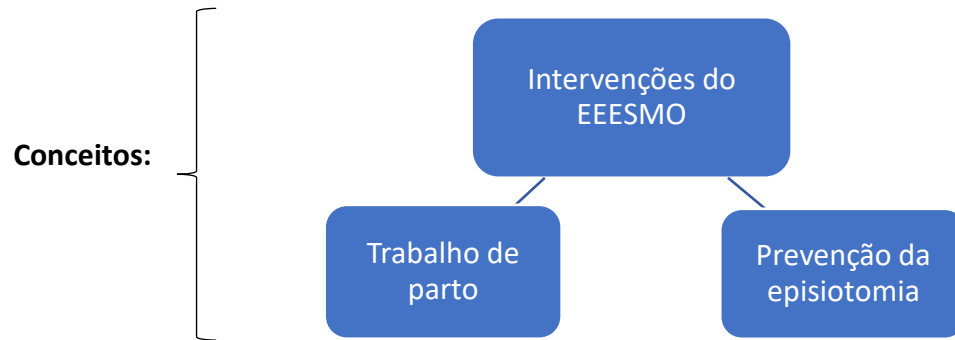
- Abo-Eleneen, A. & Shalaby, N. (2020). Effect of Perineal Massage on Perineal Traumas for Nulliparous Women during Labor. *Egyptian Journal of Health Care*, Vol 11, No1.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República I Série –A, N. 205 (04-09 - 1996) 2959-2962.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (308-320). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5nd ed.). Lisboa: Lidel.
- Joanna Briggs Institute (2020). Joanna Briggs Institute *Manual for Evidence Synthesis*. Australia. The University of Adelaide. <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>.
- Kiremitli, S., Kiremitli T, Uluğ, P., Yılmaz, N.(2022). Comparison of obstetric outcomes and morbidity in nulliparous pregnant women who received antenatal and intrapartum perineal massage. *Pelvipерineology* ;41(1):17-22.
- López Martínez EM., Avilés Sáez Z., Hernández Sánchez E., Camacho Ávila M., Marín Conesa E., Conesa & Ferrer MB.(2021). Perineal protection methods: knowledge and use. *Rev Esc Enferm USP*;55: e20200193.
- Lowdermilk, D. L. (2008). Cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry (coord.), *Enfermagem na Maternidade* (7nd ed.) (414- 477). Loures: Lusodidacta.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código deontológico do enfermeiro: *Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso – Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteias*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde (2018). WHO Recommendations: *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneve: World Health Organization.
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de 26 de janeiro de 2018. 5ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. *Diário da República nº 26/2019 – II Série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio de 2019. *Diário da República nº 85/2019 - II Série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Roonak,S., Shahoei,L.,Farzaneh, Z., Lila, H., Nasa,B. & Fariba, R.(2017). The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electronic Physician*,Vol 9,5588-5842.

APÊNDICES

APENDIX I- INITIAL SEARCH STRATEGY

Mapa Conceptual

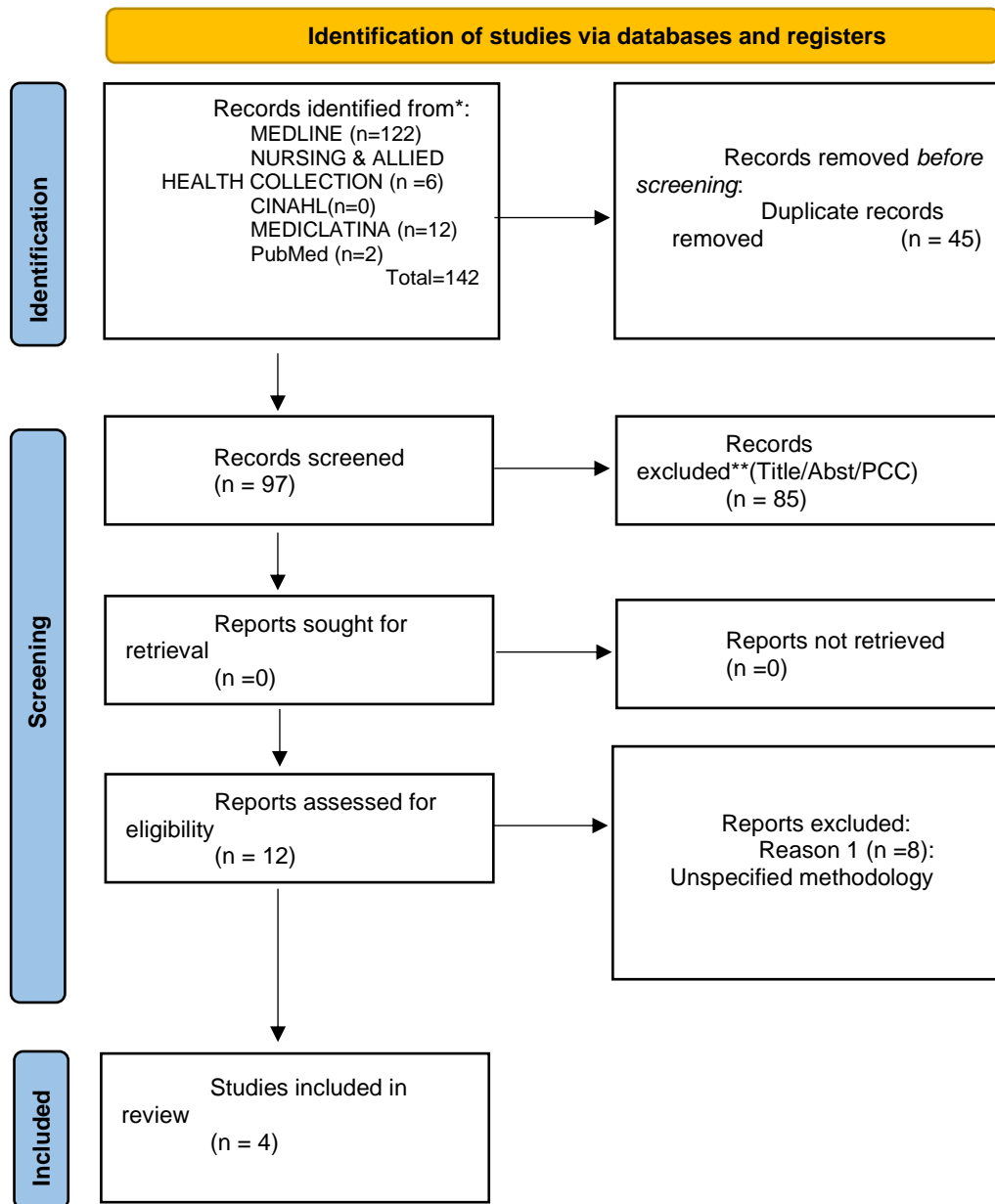


Área de interesse: As intervenções do EEESMO que previnem a episiotomia nas núlparas durante o TP.

APPENDIX II- APPRAISAL INSTRUMENTS

Descriptores	EBSCOhost				PubMed	Total
	CINAHL Complete	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Medic Latina		
Episiotomy (MeSH)	0	171	9	16	24	220
Perineal Tears (Natural Term)	0	75	3	12	16	106
Labour Care (Natural Term)	0	3	1	1	4,213	4,218
Midwifery (MeSH)	2	5,164	1844	91	792	7,893
Nulliparity (MeSH)	0	244	3	11	407	665
(Episiotomy OR Perineal Tears) AND Labour Care	0	171	9	16	10	206
(Episiotomy OR Perineal Tears) AND Midwifery	0	175	9	17	7	208
(Episiotomy OR Perineal Tears) AND Nulliparity.	0	171	9	16	8	204
(Episiotomy OR Perineal Tears) AND Labour Care AND Midwifery AND Nulliparity.	0	122	6	12	2	142

APENDIX III- PRISMA 2020 DIAGRAM FLOW



***Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).**

****If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tool.**

Nota. Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute, (2020).

APENDIX IV: Data extraction instrument

Apendix IV:

Título da Revisão: Contributos do EESMO na Prevenção da Episiotomia: Uma *Scoping Review*

Questão: Quais as intervenções do EESMO que previnem a episiotomia nas nulíparas durante o TP?

Critérios de Inclusão:

Friso cronológico entre 1 março de 2017 a 1 março de 2022;

Língua inglesa;

Artigos de pesquisa;

Resumo disponível;

Texto completo integral;

Qualquer dos autores é enfermeiro;

Humanos;

Prática Baseada em Evidência;

Artigos que respondam parcialmente ou integralmente à questão de investigação.

População: Nulíparas e EESMO

Conceitos: Intervenções de Enfermagem, Prevenção de Episiotomia, Trabalho de parto

Contexto: Bloco de Partos

➤ **Título:**

Effect of Perineal Massage on Perineal Traumas for Nulliparous Women during Labor

Efeito da massagem perineal nos traumas perineais nas mulheres nulíparas durante o trabalho de parto.

➤ **Autores:**

Asmaa Abo- Bakr Ibrahim Abo-Eleneen, Nagat Salah Shalaby.

➤ **Ano da Publicação:**

2020.

➤ **País de origem:**

Egipto.

➤ **Objetivos:**

This study aimed to evaluate the effect of perineal massage on perineal traumas for nulliparous women during labor.

Avaliar o efeito da massagem perineal sob o trauma perineal nas mulheres nulíparas durante o TP.

➤ **Metodologia/métodos:**

Estudo comparativo quase experimental, quantitativo;

Foram utilizados três instrumentos para colheita de dados: Entrevista estruturada para avaliação das características demográficas, lista de verificação observacional e escala analógica visual (RAS). Entrevista estruturada: As perguntas da entrevista elaboradas pelos pesquisadores foram divididas em 2 partes: A primeira parte incluiu dados sociodemográficos como idade, escolaridade, residência e ocupação. A segunda parte incluiu história obstétrica;

Lista de verificação observacional: Foi usado para colher as seguintes informações: avaliação da evolução do TP por meio da dilatação cervical e contração uterina que avaliou por frequência, duração e intervalo, episiotomia, graus de laceração perineal, peso do RN, perímetro cefálico e índice de Apgar ao 1º minuto;

Escala Analógica Visual (RAS): Ferramenta simples de avaliação da dor que começa com 0 numa extremidade que representa ausência de dor até uma linha de 10 na outra extremidade que representa a dor máxima. Nesta escala categórica a dor é classificada como ausente, dor leve, moderada e intensa.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Foi realizado no Hospital Universitário do Canal de Suez no departamento de obstetrícia no ano de 2020;

A amostra para este estudo incluiu 74 nulíparas em TP de acordo com os critérios de elegibilidade. As 74 nulíparas foram alocadas aleatoriamente em dois grupos iguais de idade. O grupo sujeito a massagem perineal e o grupo de controlo.

Critérios de inclusão: Nulíparas com idade gestacional de 38–42 semanas; apresentação cefálica e dilatação cervical 4-10 cm.

Critérios de exclusão: Nulíparas com história de pré-eclâmpsia, doença cardíaca, diabetes, TP estagnado e sofrimento fetal; Mulheres com hemorragia anormal durante a gravidez; mulheres que realizaram exercícios de Kegel durante a gravidez; administração de narcóticos ou ocitocina; edema do períneo e erupções eritematosas;

O estudo foi aceite pelo Comité de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Canal de Suez em 31/3/2019 código 52/2(2019). Os pesquisadores informaram as nulíparas sobre a natureza, o processo e os resultados do estudo, asseguraram-lhes que a pesquisa era segura, asseguraram-lhes que as informações foram obtidas de forma confidencial e usadas apenas para o estudo, e também foram informadas sobre o seu direito de desistir a qualquer momento durante a pesquisa;

Todas as participantes assinaram o consentimento informado.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Perineal massage performed in the active phase in labor are safe; the occurrence of intact perineum increases, and the risk of episiotomy and severe perineal trauma is decreased. As well as perineal pain, which improves the quality of life in women post vaginal delivery (Eleneen & Shalaby,2020);

A massagem perineal realizada na fase ativa do TP é segura; aumenta a ocorrência de períneo íntegro, reduzindo a realização da episiotomia e do trauma perineal grave, assim como a dor perineal, melhorando a qualidade de vida da mulher no pós-parto vaginal;

The incidence of perineal trauma was significantly lower for women who received perineal massage during labor than those who did not (54.05% in the massage group had intact perineum compared to 29.73% in the control group) (Eleneen & Shalaby,2020);

A incidência de trauma perineal foi significativamente menor para as mulheres que receberam massagem perineal durante o TP em relação aquelas que não receberam (54,05% no grupo de estudo tinham períneo intacto em comparação com 29,73% no grupo de controlo);

The perineum was intact in 20 (54.05%) women in the massage group, compared with 11 (29.73%) in the control group. There was a statistically significant difference between the two groups ($p=0.034$). 17 (45.95%) women had an episiotomy in the massage group, compared with 25 (67.57%) in the control group (Eleneen & Shalaby,2020);

O períneo estava intacto em 20 (54,05%) mulheres no grupo da massagem, em comparação com 11 (29,73%) no grupo de controlo. Houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,034$). 17 (45,95%) mulheres apresentaram episiotomia no grupo de estudo, em comparação com 25 (67,57%) no grupo de controlo;

The perineal laceration was statistically significantly higher in the control group 19 (51.4%) compared to 9 (24.3%) women in the massage group (Eleneen & Shalaby,2020);

A laceração perineal foi estatisticamente significativamente maior no grupo de controlo 19 (51,4%) mulheres em comparação com 9 (24,3%) mulheres no grupo de estudo;

Control group women had perineal lacerations in higher degrees (3 or 4) than the massage women group (Eleneen & Shalaby,2020);

As mulheres do grupo de controlo apresentaram lacerações perineais em graus mais elevados (3 ou 4) do que o grupo de estudo;

Uterine contractions are more frequent in the massage group than in the control group. The duration of uterine contraction is longer in the massage group than the control group, with a statistically significant difference. This may indicate that stretching the perineum may improve the characteristic of uterine contraction, which in turn affects the length of labor (Eleneen & Shalaby,2020).

As contrações uterinas foram mais frequentes no grupo de massagem do que no grupo de controlo. A duração da contração uterina é maior no grupo massagem do que no grupo de controlo, com diferença estatisticamente significante. Isso pode indicar que o alongamento do

períneo pode melhorar as características das contrações uterinas, que por sua vez afetam na duração do TP.

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

As características maternas e fetais influenciam a ocorrência de trauma perineal durante o TP. A paridade, idade materna, idade gestacional, pressão uterina e a nacionalidade estão associadas ao trauma perineal;

Este estudo indicou que a massagem perineal durante o parto vaginal reduz o risco de realização de episiotomia e de trauma perineal. A frequência das lacerações perineais foi substancialmente menor nas mulheres que receberam massagem perineal durante o TP em comparação com aquelas que não receberam;

A massagem perineal minimiza a necessidade de episiotomia e previne a lesão perineal e dor perineal durante o 2º estágio do TP;

Os autores deste estudo recomendam um programa de formação para enfermeiros sobre a massagem perineal no 1º estágio do TP. Além disso, recomendam também a criação de um programa de conscientização para as mulheres saudáveis, acerca dos benefícios da massagem perineal praticada pelos seus profissionais de saúde.

Apendix IV:

Título da Revisão: Contributos do EESMO na Prevenção da Episiotomia: Uma *Scoping Review*

Questão: Quais as intervenções do EESMO que previnem a episiotomia nas nulíparas durante o TP?

Crítérios de Inclusão:

Friso cronológico entre 1 de março de 2017 a 1 de março de 2022;

Língua inglesa;

Artigos de pesquisa;

Resumo disponível;

Texto completo integral;

Qualquer dos autores é enfermeiro;

Humanos;

Prática Baseada em Evidência;

Artigos que respondam parcialmente ou integralmente à questão de investigação.

População: Nulíparas e EEESMO

Conceitos: Intervenções de Enfermagem, Prevenção de Episiotomia, Trabalho de parto

Contexto: Bloco de Partos

➤ **Título:**

The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial.

O efeito da massagem perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto nas mulheres nulíparas: um ensaio clínico randomizado.

➤ **Autores:**

Roonak Shahoei, Farzaneh Zaheri, Lila Hashemi Nasab, Fariba Ranaei.

➤ **Ano da Publicação:**

2017.

➤ **País de origem:**

Irão.

➤ **Objetivos:**

To determine the effect of perineal massage in the second stage of labor on perineal lacerations, episiotomy, and perineal pain in nulliparous women.

Determinar o efeito da massagem perineal no 2º estágio do TP sob as lacerações perineais, episiotomia e dor perineal nas nulíparas.

➤ **Metodologia/métodos:**

Estudo randomizado controlado, quantitativo;

Os dados foram colhidos por meio de questionário e de acesso aos registros clínicos. A primeira parte do questionário incluiu especificações demográficas, incluindo idade, escolaridade, ocupação, histórico de aborto e idade gestacional. A segunda parte do questionário envolveu informações sobre o 2º estágio do TP, episiotomia, graus de laceração perineal, peso ao nascer, sexo, índice de APGAR e circunferência da cabeça e tórax do recém-nascido. A terceira parte do questionário foi sobre complicações pós-parto e dor 3 dias, 10 dias e 3 meses após o parto por via telefônica;

Os investigadores selecionaram três parteiras especialistas que trabalhavam no bloco de partos do Hospital Be'sat como assistentes de pesquisa, e elas foram ensinadas a selecionar as participantes, a preencher o questionário e a realizar a massagem perineal. Em seguida, foi solicitada a realização da massagem em presença dos investigadores;

Os dados foram analisados no SPSS versão 18. Utilizou-se estatística descritiva e estatística analítica, incluindo teste t, teste do qui-quadrado e teste de Fisher.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Foi realizado no Hospital Be'sat em Sanandaj, Irão, no serviço de bloco de partos, durante o ano de 2013 a 2014;

O tamanho da amostra foi de 190 nulíparas, 95 nulíparas no grupo de intervenção e 95 nulíparas no grupo de controlo. Neste ensaio clínico, o grupo de intervenção recebeu a massagem do períneo durante a 2ª estadia do TP por 30 minutos enquanto o grupo de controlo ficou isento desta intervenção. Em seguida, os investigadores compararam os dois grupos em termos de laceração, episiotomia e dor perineal;

Critérios de inclusão: Idade gestacional de 38-42 semanas; gravidez única; apresentação cefálica; ausência de rutura prematura de membranas, ausência de descolamento prematuro da placenta, ausência de pelve estreita, ausência de sofrimento fetal e infeções vaginais e herpes genital; não ter realizado exercícios de Kegel e outros exercícios físicos;

Os critérios de exclusão: Nulíparas com falha de progressão no TP, sofrimento fetal, administração de narcóticos (petidina), administração de ocitocina, parto assistido (fórceps ou ventosa), erupções eritematosas e edema do períneo, recusa das mulheres de continuar a massagem, necessidade de cesariana, posição fetal occipital posterior, peso ao nascer maior que 4.000 gr e menor que 2.500 gr;

A proposta de pesquisa deste estudo foi aprovada pelo Conselho de Pesquisa e pelo Comité de Ética do Curdistão, Universidade de Ciências Médicas, Irão;

Por questões éticas, as participantes foram informadas sobre o objetivo e a natureza do estudo, e cada participante assinou o consentimento informado. Os investigadores comprometeram-se a manter todas as informações das participantes confidenciais.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Perineal massage during the second stage of labor can reduce the need to episiotomy, perineal injuries, and perineal pain (Shahoei et al).

A massagem perineal durante o 2ª estadia do TP, pode reduzir a necessidade de realização de episiotomia, da ocorrência de trauma perineal e na redução do nível de dor perineal;

Frequency of episiotomy was 69.47% in the intervention group and 92.31% in the control group, and the difference was statistically significant ($p < 0.05$). The results revealed 23.16% of first-degree perineal laceration and 2.11% of second-degree perineal laceration in the intervention group, and no third and fourth-degree lacerations in the intervention group. However, there were, 7.69% of first-degree laceration, 2.56% of second-degree laceration, and 1.05% of third-degree laceration (one woman) in the control group. Based on the results, the postpartum perineal pain was significantly different in both groups. (Shahoei et al., 2017).

A realização de episiotomia foi de 69,47% no grupo de estudo e 92,31% no grupo de controle, e a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Os resultados revelaram 23,16% de laceração perineal de 1º grau e 2,11% de laceração perineal de 2º grau no grupo de estudo, e nenhuma laceração de 3º e 4º grau no grupo de estudo. No entanto, houve 7,69% de laceração de 1º grau, 2,56% de laceração de 2º grau e 1,05% de laceração de 3º grau (uma mulher) no grupo de controle. Com base nos resultados, a dor perineal pós-parto foi significativamente diferente em ambos os grupos;

Attarha conducted a clinical trial to compare the effect of perineal massage using lavender essential oil with that of perineal massage alone on frequency of episiotomy and perineal laceration. Participants were divided into three groups: perineal massage using lavender essential oil, massage alone, and with no intervention. Results of that study showed the frequency of episiotomy as 8% in the group receiving perineal massage using lavender essential oil, 16.5% in the group receiving massage alone, and 80% in the group with no intervention, and the difference was statistically significant. (Shahoei et al., 2017).

Foi comparado o efeito da massagem perineal com óleo essencial de lavanda com a massagem perineal isolada na frequência da existência de episiotomia e laceração perineal. As participantes foram divididas em três grupos: massagem perineal com óleo essencial de lavanda, massagem isolada e sem qualquer intervenção. Os resultados desse estudo mostraram a frequência de episiotomia como 8% no grupo que recebeu massagem perineal com óleo essencial de lavanda, 16,5% no grupo que recebeu apenas massagem e 80% no grupo sem intervenção, e a diferença foi estatisticamente significativa.

Zare et al. examined the effect of perineal massage in the second stage of labor on frequency of episiotomy and perineal laceration in 145 nulliparous women in a clinical trial. The case group received perineal massage using a sterile lubricant, and the control group did not receive any intervention. The results showed the frequency of intact perineum, episiotomy, and perineal

laceration respectively as 22.2%, 44.4%, and 33.3% in the case group and 20.2%, 49.3%, and 28.3% in the control group. The difference in this regard was not significant, and the researchers concluded that the perineal massage with a lubricant was neither effective nor harmful in reduction of perineal injury. (Shahoei et al.,2017).

Foi examinado o efeito da massagem perineal no 2º estágio do TP na frequência de episiotomia e laceração perineal em 145 nulíparas num ensaio clínico. O grupo do estudo recebeu a massagem perineal com lubrificante estéril e o grupo de controlo não recebeu nenhuma intervenção. Os resultados mostraram a frequência de períneo íntegro, episiotomia e laceração perineal respetivamente como 22,2%, 44,4% e 33,3% no grupo de estudo e 20,2%, 49,3% e 28,3% no grupo de controlo. A diferença nesse aspeto não foi significativa, e os pesquisadores concluíram que o períneo submetido a massagem com lubrificante não foi eficaz nem prejudicial na redução da lesão perineal.

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

Level 1.c –Randomized Controlled Trial.

➤ **Contributo para a questão de revisão**

A massagem perineal durante o 2º estágio do TP reduz a necessidade de episiotomia e evita lesões perineais e dor perineal.

O óleo essencial de lavanda mostra ser o mais indicado a ser utilizado na massagem perineal uma vez que é o que apresenta menores taxas de episiotomia e trauma perineal em comparação com o lubrificante estéril;

A posição de sentada das mulheres durante o parto mostrou-se eficaz na prevenção de lesão perineal e realização de episiotomia;

A nuliparidade e a macrossomia fetal revelam ser os preditores mais importantes da realização de episiotomia e da lesão perineal.

Apendix IV:

Título da Revisão: Contributos do EESMO na Prevenção da Episiotomia: Uma *Scoping Review*

Questão: Quais as intervenções do EESMO que previnem a episiotomia nas nulíparas durante o TP?

Crítérios de Inclusão:

Friso cronológico entre 1 de março de 2017 a 1 de março de 2022;

Língua inglesa;

Artigos de pesquisa;

Resumo disponível;

Texto completo integral;

Qualquer dos autores é enfermeiro;

Humanos;

Prática Baseada em Evidência;

Artigos que respondam parcialmente ou integralmente à questão de investigação.

População: Nulíparas e EESMO

Conceitos: Intervenções de Enfermagem, Prevenção de Episiotomia, Trabalho de parto

Contexto: Bloco de Partos

➤ **Título:**

Perineal protection methods: knowledge and use.

Métodos de proteção perineal: conhecimento e utilização.

➤ **Autores:**

López Martínez EM, Avilés Sáez Z, Hernández Sánchez E, Camacho Ávila M, Marín Conesa E, Conesa Ferrer MB.

➤ **Ano da Publicação:**

2021.

➤ **País de origem:**

Espanha.

➤ **Objetivos:**

To analyse the knowledge and use of perineal protection methods during the expulsive stage by health professionals involved in childbirth and whether they correspond to the World Health Organization's recommendations.

Analisar o conhecimento e o uso dos métodos de proteção perineal durante a fase expulsiva pelos profissionais de saúde envolvidos no parto e se correspondem de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

➤ **Metodologia/métodos:**

Estudo quantitativo descritivo transversal;

A colheita de dados foi realizada através de questionários. Foram realizadas questões sobre dados sociodemográficos (idade)- variáveis independentes e de emprego (ocupação, anos de experiência profissional e tipo de emprego/contrato) - variáveis dependentes. Em seguida, foram realizadas questões com o intuito de determinar se os profissionais de saúde conheciam os métodos de proteção perineal baseados nas recomendações da OMS e na evidência científica;

Para a análise dos dados foi utilizado o software SPSS 21.0. Estatísticas descritivas com distribuições de frequência e percentagens foram obtidos para cada uma das variáveis.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

O estudo foi realizado entre fevereiro e abril de 2016 na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia, Espanha- HGUSL (Cartagena, Área II, Serviço de Saúde de Múrcia);

A população foi composta por um total de 68 profissionais de saúde que trabalhavam no bloco de partos do HGUSL: Parteiras, ginecologistas, enfermeiras especialistas em obstetrícia e ginecologia e médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia;

Os critérios de inclusão: Profissionais de saúde do bloco de partos do HGUSL, nomeadamente, parteiras, ginecologistas, enfermeiros especialistas em obstetrícia e ginecologia e médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia;

Os critérios de exclusão: profissionais de saúde que não colaboram no parto e que estivessem de baixa medica ou licença de maternidade/paternidade;

A pesquisa foi aprovada pelo Comité de Ética em Pesquisa da Área de Saúde 2 do Serviço de Saúde de Múrcia e pela autorização do Supervisor do Trabalho e Parto e pelo Chefe de Ginecologia e Obstetrícia do serviço. O anonimato dos profissionais que participaram no estudo foi assegurado em todos os momentos de acordo com Lei Orgânica 15/1999 de 13 de dezembro de Proteção de Dados Pessoais;

Foi assinado o consentimento informado por todos os profissionais de saúde que participaram no estudo.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

The degree of knowledge and use of perineal protection methods differed according to the position held and was very limited among gynaecologists and resident physicians (Martínez et al.,2021).

O grau de conhecimento e o uso de métodos de proteção perineal diferiram de acordo com a categoria profissional, tendo sido muito limitada entre os ginecologistas e médicos especialistas.

The only method recognized by all positions was "Hands On" (p = 0.05). "Hands Off" (p = 0.002), "delayed pushing" (p = 0.0001) and "maternal posture" (p = 0.03) were only known to midwives and nurse residents. "Flexion technique" (p = 0.035) and "delayed pushing" (p = 0.011) were used effectively by midwives and nurse residentes (Martínez et al.,2021).

O único método reconhecido por todos os profissionais foi "Hands On" (p = 0,05). "Hands Off" (p = 0,002), "Método de ofegar" (p = 0,0001) e a "Postura materna" (p = 0,03) foram métodos

conhecidos apenas pelas parteiras e enfermeiros especialistas. O “*Método de flexão*” ($p = 0,035$) e o “*Método de ofegar*” ($p = 0,011$) foram utilizados de forma eficaz por parteiras e enfermeiros especialistas.

“Episiotomy” was erroneously identified as a method to protect the perineum by gynaecologists and resident physicians ($p = 0.003$) (Martínez et al.,2021).

A episiotomia foi erroneamente identificada como método de proteção do períneo por ginecologistas e médicos especialistas ($p = 0,003$);

The application of lubricating substances to the perineum was also known and used by a very small percentage of the professionals in this Study (Martínez et al.,2021).

A aplicação de substâncias lubrificantes no períneo também foi conhecida e usada por uma percentagem muito pequena dos profissionais deste estudo.

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

Level 4.b – Cross-sectional study

➤ **Contributo para a questão de revisão**

O método “*Hands Off*” é o método que apresenta menor taxa de episiotomia. A evidência científica recomenda a utilização do método “*Hands Off*” porque resulta em menores taxas de trauma perineal do que o método “*Hands On*”(*Manobra de Ritgen*);

A posição lateral está associada a um menor número de lacerações de 2º grau do que a posição vertical, além de apresentar uma menor incidência de lacerações espontâneas em nulíparas, sendo a postura que é mais propícia para manter um períneo intacto;

A colocação de compressas quentes durante o 2º estágio do TP pode até certo ponto prevenir a necessidade de episiotomia em mulheres nulíparas bem como o risco de lacerações de 3º e de 4º grau;

O uso de substâncias lubrificantes serve para facilitar distensão perineal e expulsão da cabeça fetal, reduzindo o risco de trauma perineal;

O grau de conhecimento sobre o uso dos métodos de proteção perineal pelos profissionais de saúde não correspondem às recomendações da OMS. Os profissionais estão a ser formados em contextos que não seguem totalmente as guidelines internacionais estabelecidas [OMS (1985, 1996, 2003), FAME (2007), Ministério da Saúde (2008) “Diretrizes de Prática Clínica sobre Cuidados ao Parto Normal” (2010)] no que diz respeito á proteção perineal.

Apendix IV:

Título da Revisão: Contributos do EEESMO na Prevenção da Episiotomia: Uma *Scoping Review*

Questão: Quais as intervenções do EEESMO que previnem a episiotomia nas nulíparas durante o TP?

Crítérios de Inclusão:

Friso cronológico entre 1 de março de 2017 a 1 de março de 2022;

Língua inglesa;

Artigos de pesquisa;

Resumo disponível;

Texto completo integral;

Qualquer dos autores é enfermeiro;

Humanos;

Prática Baseada em Evidência;

Artigos que respondam parcialmente ou integralmente à questão de investigação.

População: Nulíparas e EEESMO

Conceitos: Intervenções de Enfermagem, Prevenção de Episiotomia, Trabalho de parto

Contexto: Bloco de Partos

➤ **Título:**

Comparison of obstetric outcomes and morbidity in nulliparous pregnant women who received antenatal and intrapartum perineal massage.

Comparação de resultados obstétricos e morbidade em grávidas nulíparas que receberam massagem perineal no pré-natal e intraparto.

➤ **Autores:**

Sevil Kiremitli, Tunay Kiremitli, Paşa Uluğ, Nesrin Yilmaz.

➤ **Ano da Publicação:**

2022.

➤ **País de origem:**

Turquia.

➤ **Objetivos:**

We aimed to compare antepartum and intrapartum perineal massage in nulliparous patients to a control group in terms of “reducing the episiotomy necessity, duration of the second stage of labor, obstetric outcomes, and perineal injury”; and aimed to see if these two massages were superior to each other.

Comparar o efeito da massagem perineal pré-natal e intraparto em nulíparas com um grupo de controlo em termos de “redução da necessidade de episiotomia, duração do 2º estágio do TP, resultados obstétricos e lesão perineal”; tendo como objetivo verificar se as duas massagens foram superiores entre si.

➤ **Metodologia/métodos:**

Estudo clínico randomizado, quantitativo;

A colheita de dados foi realizada por meio de questionário;

As variáveis dependentes foram: Episiotomia, Indução do TP, períneo íntegro, laceração de 3º grau, ventosa/fórceps e duração do 2º estágio do TP. As variáveis independentes foram: a idade, peso, altura, idade gestacional e peso ganho na gravidez;

Para a análise dos dados foi utilizado o IBM SPSS.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Este estudo começou em 1 de agosto de 2021 e foi concluído em 20 de janeiro de 2022;

Foram incluídas neste estudo 173 nulíparas entre os 20-35 anos que tiveram partos entre as 37-42 semanas de gestação. Dessas nulíparas, 55 estavam no grupo de massagem pré-natal

(AG), 59 estavam no grupo de massagem intraparto (IG) e 59 estavam no grupo controle (GC). Entre esses grupos, foram comparados dados demográficos, se foi aplicada ventosa durante o parto, duração do 2º estágio do TP, se foi realizada episiotomia, grau de lesão perineal, se houver, e avaliação do índice de Apgar no 1º e 5º minuto;

No grupo da massagem pré-natal (AG), participaram as nulíparas que se encontravam no 3º trimestre de gravidez, concordando em realizar 10 minutos de massagem perineal todos os dias após as 34 semanas de gestação até ao parto. A massagem perineal foi descrita com a aplicação de azeite nas mãos e na vagina para facilitar o movimento das mãos, e colocando um ou dois dedos (de preferência o indicador e o dedo médio) 3–4 cm dentro da vagina e esticando-os em direção à reto em forma de U das 3 às 9 horas. A massagem era ensinada pela parteira ou pelo médico;

No grupo da massagem intraparto (IG) a massagem foi iniciada na fase ativa do TP em posição de litotomia na ausência de contração. A massagem foi realizada num total de quatro vezes, sendo a última em plena dilatação cervical. A duração total das quatro massagens foi de 10 minutos;

No grupo de controlo (GC), foram incluídas as nulíparas que não realizaram massagem durante o período pré-natal ou intraparto;

Este estudo foi aprovado pela comissão de ética do departamento de obstetrícia e ginecologia da Universidade de Medicina de Erzincan, Turquia (decisão nº: 17/11 e data: 25/10/2021);

Foi obtido consentimento informado junto das participantes do estudo.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

14 (25.5%) patients in AG, 11 (18.6%) patients in IG, and 5 (8.6%) patients in CG were delivered without episiotomy. The rate of episiotomy was found to be higher in CG compared to AG and IG (statistically significant between AG and CG, $p=0.01$). Perineal laceration was not observed in 8 (14.4%) of 14 deliveries without episiotomy in AG, while first degree laceration was observed in five and second degree laceration in one patient. On the other hand, perineal laceration was not observed in 3 (5.1%) patients on IG, first degree laceration was observed in

3 (5.1%) and second degree lacerations were observed in 5 (8.5%) patients. On CG, 2 (3.4%) patients had no perineal injury, 1 (1.7%) had first degree laceration, and 3 (5.1%) had second degree laceration. The rate of having an intact perineum (no perineal laceration) was statistically significantly higher in AG ($p=0.04$ and $p=0.03$) (Kiremitli et al.,2022);

14 (25,5%) mulheres do grupo da massagem pré-natal (AG), 11 (18,6%) mulheres do grupo da massagem intra-parto (IG) e 5 (8,6%) das mulheres do grupo de controlo (GC) resultaram em partos sem episiotomia. A taxa de episiotomia foi maior no grupo (GC) em relação ao grupo (AG) e grupo (IG) (estatisticamente significativa entre AG e GC, $p=0,01$). As lacerações perineais não foram observadas em 8 (14,4%) de 14 partos sem episiotomia no grupo (AG), enquanto lacerações de 1º grau foram observadas cinco mulheres e lacerações de 2º grau observada numa mulher neste grupo. Por outro lado, a laceração perineal não foi observada em 3 (5,1%) mulheres do grupo (IG), laceração de 1º grau foi observada em 3 (5,1%) e lacerações de 2º grau foram observadas em 5 (8,5%) mulheres. No grupo (GC), 2 (3,4%) mulheres não tiveram lesão perineal, 1 (1,7%) mulher teve laceração de 1º grau e 3º (5,1%) mulheres apresentaram laceração de 2º grau. A taxa de ter um períneo intacto foi estatisticamente significativamente maior no grupo (AG) ($p=0,04$ e $p=0,03$);

When we compared the groups among third-degree perineal lacerations, third degree laceration was observed in 1 (1.8%) patient in AG, in 3 (5.1%) patients in IG, and in seven patients (11.9%) in CG. Third degree perineal laceration was the lowest in AG and this difference was statistically significant compared to CG ($p=0.03$) (Table 2). Fourth degree perineal injury was not observed in any of the three groups (Kiremitli et al.,2022);

Quando comparamos os grupos em relação as lacerações de 3º grau, foi observada em 1 (1,8%) mulher no grupo (AG), em 3 (5,1%) mulheres no grupo (IG) e em sete mulheres (11,9%) no grupo (GC). A laceração perineal de 3º grau foi a mais baixa no grupo (AG) e essa diferença foi estatisticamente significativa comparada ao grupo GC ($p=0,03$). A lesão perineal de 4º grau não foi observado em qualquer um dos três grupos;

In addition, no statistically significant difference was found between the groups at birth week, birth weight, number of patients receiving labor induction, and 1st and 5th minute apgar scores of the fetus ($p>0.05$) (Kiremitli et al.,2022).

Além disso, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos na semana de nascimento, peso ao nascer, número de mulheres que receberam indução do parto e scores do índice de Apgar ao 1º e 5º minuto ($p>0,05$).

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

Level 1.c – Randomized Controlled Trial

➤ **Contributo para a questão de revisão**

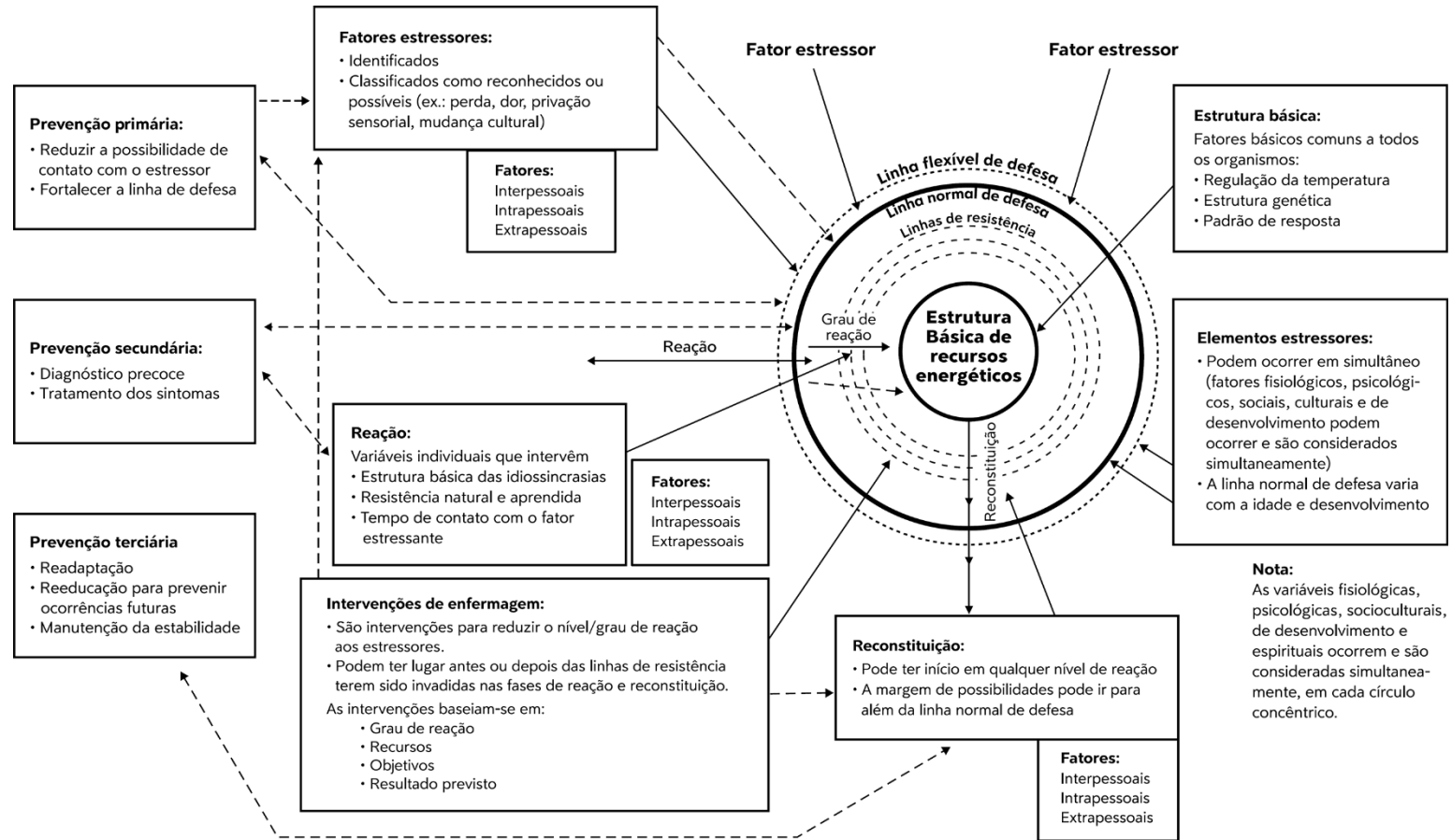
A massagem perineal realizada em ambos os períodos foi eficaz em reduzir a taxa de episiotomia e a duração do 2º estágio do TP.

Tem sido relatado que na área onde foi realizada a massagem perineal, existe um aumento na força muscular, alongamento no comprimento e libertação do músculo de endorfinas que ajudam a controlar o aumento da dor. Os exercícios de alongamento realizados para o períneo reduzem a necessidade de episiotomia devido ao aumento da força muscular e elasticidade muscular. Vale ressaltar que a massagem perineal iniciada no período intraparto não tem diferença significativa com a iniciada no período pré-parto na redução da taxa de episiotomia. Com base neste resultado, pode ser importante a realização de massagem perineal em mulheres em TP, a fim de reduzir a episiotomia de rotina pelos profissionais de saúde.

A massagem realizada tanto no período pré-natal e no período intraparto encurtou o 2º estágio do TP em relação ao grupo controlo. Sabe-se que a irrigação sanguínea e o aumento da oxigenação na área de massagem perineal, a dor resultante diminui e a massagem ajuda no controlo da dor, estimulando a libertação de endorfinas. Também foi relatado que a massagem pode estimular a libertação de ocitocina e isso pode estar associado ao encurtamento do 2º estágio do TP;

Os autores recomendam iniciar a massagem perineal intraparto em nulíparas que não iniciaram no período pré-natal, reduzindo desta forma a taxa de episiotomia e de lacerações. A massagem perineal é utilizada como medida de qualidade de saúde.

APENDIX V- NEUMAN SYSTEMS MODEL



Nota. Fonte: Neuman, B. & Fawcett, J (2011).