



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

**Tomada de Decisão dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e
Obstétrica: fatores que influenciam a realização da episiotomia no parto**

Lígia Xavier dos Santos

Coimbra, março de 2024



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

**Tomada de Decisão dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e
Obstétrica: fatores que influenciam a realização da episiotomia no parto**

Lígia Xavier dos Santos

Orientadora: Professora Mestre Teresa Maria de Campos Silva, Professora Adjunta da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Cláudia Patrícia da Costa Brás, Professora Adjunta da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio Apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, março de 2024

“Empatia... É saber olhar a alma do outro sem julgar nada do que está ali, é respeitar o espaço e o tempo de cada um e é compreender que, as dores pesam de maneiras diferentes dentro de cada pessoa” (Gabriela Freitas)

AGRADECIMENTOS

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, foram várias as pessoas que, em diferentes momentos, contribuíram para a sua concretização, às quais expresso o meu sincero agradecimento.

Ao meu Marido e à minha Mãe pela força, apoio, carinho, afeto, atenção, paciência, preocupação e motivação para que eu conseguisse cumprir este meu objetivo profissional mesmo que em alguns momentos isso implicasse a minha ausência...

Aos meus filhos, pois foi e é por eles que caminho e procuro ser melhor a cada dia, dando o exemplo, quer na vida pessoal e neste caso, na vida profissional.

À minha Orientadora, a Senhora Professora Mestre Teresa Maria de Campos Silva e Coorientadora, a Professora Doutora Cláudia Patrícia da Costa Brás, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra um agradecimento especial, por aceitarem tal compromisso, pela disponibilidade sempre demonstrada, partilha do seu saber, bem como as sugestões de melhoria para enriquecimento de todo o meu relatório.

À professora Coordenadora do X Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Professora Doutora Isabel Margarida Mendes pelo apoio e disponibilidade sempre presentes, bem como à restante equipa de docentes deste mestrado.

Aos Enfermeiros especialistas que cruzaram o meu caminho académico e o enriqueceram com a competência, conhecimento e prática que os caracterizou.

Aos EESMO que se disponibilizaram a participar neste estudo, pois sem eles tal não teria sido possível.

A todos aqueles, que de forma direta ou indireta me motivaram e incentivaram para a elaboração deste mestrado.

RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) e de forma à obtenção do grau de Mestre, foi elaborado este Relatório de Estágio (RE), com análise crítica das aprendizagens e atividades desenvolvidas em estágio, assim como um estudo qualitativo do tipo exploratório decorrente das inquietações que foram surgindo durante os estágios.

Este estudo tem como questão de investigação: “Quais os fatores que influenciam a tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica na realização da episiotomia no parto?”

Os objetivos deste estudo foram: descrever o conceito de tomada de decisão, conhecer os fatores que influenciam a tomada de decisão dos EEESMO para a realização da episiotomia e conhecer as necessidades de formação específica na área dos cuidados especializados em ESMO relativamente à episiotomia.

Os participantes foram nove EEESMO que respondiam aos critérios de inclusão e exclusão. A recolha de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, com guião elaborado e testado previamente. A análise dos dados foi realizada segundo a análise de conteúdo de Bardin (2016).

Através deste estudo concluímos que os fatores facilitadores e dificultadores que levam à realização da episiotomia concorrem entre si, isto é, EEESMO mais fundamentados cientificamente, realizam menos a episiotomia, sendo que os seus medos e receios relativamente a uma laceração de 3.º e 4.º grau se esbatem pelo seu conhecimento.

No que diz respeito às implicações deste estudo para a prática dos cuidados de enfermagem especializada em ESMO, destacamos os seguintes aspetos: dar conhecimento do estudo aos profissionais de saúde; realizar formação em serviço à equipa multidisciplinar, especificamente aos EEESMO resultante das evidências científicas mais recentes e realizar estudos semelhantes com outras amostras será sempre uma mais valia para a fundamentação da prática, no sentido da melhoria continua dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Parto; trabalho de parto; episiotomia; tomada de decisão.

SUMMARY

Within the scope of the Curricular Unit (CU) Internship with Report (IR) of the X Master's Course in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), and in order to obtain the Master's degree, this Internship Report was developed. It includes a critical analysis of the learning and activities undertaken during the internship, as well as a qualitative exploratory study arising from concerns that emerged during the internships.

The research question of this study is: "What are the factors that influence the decision-making of Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health regarding the performance of episiotomy during childbirth?" The objectives of this study are: to describe the concept of decision-making, facilitating and hindering factors that influence the decision-making of SEESMO Specialists for performing episiotomy, and to understand the specific training needs in the area of specialized care in ESMO related to episiotomy.

The sample for this study consists of nine Specialist Nurses in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (SEESMO) who met the inclusion and exclusion criteria. Data collection was carried out through a semi-structured interview, using a guide that was prepared and pre-tested. Data analysis was performed using Bardin's Content Analysis (2016).

Regarding the implications of this study for the practice of specialized nursing care in ESMO, the following aspects are highlighted: disseminating the study's findings to healthcare professionals; providing in-service training to the multidisciplinary team, specifically to SEESMO based on the most recent scientific evidence; conducting similar studies with other samples will always be an asset for the practice's justification, towards the continuous improvement of healthcare provided to women.

Key words: Childbirth; labor; episiotomy; decision making.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

CPPP – Curso de Preparação Para o Parto e Parentalidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTG – Cardiotocógrafo

CEESMO – Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CE – EEESMO – Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

CC-EE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

DIU – Dispositivo Intrauterino

DPN – Diagnóstico Pré-Natal

DR – Diário da República

ER – Estágio com Relatório

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ER-ESMO – Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ER-ESMO – Estágio com em Enfermagem de Saúde materna e obstétrica

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

RN – Recém-nascido

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UE – União Europeia

ULSCB – Unidade Local de Saúde de Castelo-Branco

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos de episiotomia.....	39
Figura 2 - Esquema representativo da intervenção do EEESMO para a prevenção da episiotomia.....	42
Figura 3 - Visão esquemática geral dos resultados em termos de domínios, categorias, subcategorias de nível I e nível II.....	58

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I - ESTÁGIO COM RELATÓRIO: COMPONENTE DE ESTÁGIO	14
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	14
1.1 - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ZONA CENTRO – UCSP	15
1.2 - CUIDADOS HOSPITALARES – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ZONA CENTRO – MATERNIDADE	15
1.3 – ANÁLISE CRÍTICA/ REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	18
1.3.1 - Bloco A: Unidade de Cuidados na Comunidade e Consultas Externas	18
1.3.2 - Bloco B: Medicina Materno-fetal/Puerpério	22
1.3.3 - Bloco C: Sala/ Bloco de Partos	28
PARTE II - ESTÁGIO COM RELATÓRIO: COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	33
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	33
2.1 – INDICAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA	34
2.2 – REPARAÇÃO DA EPISIOTOMIA.....	36
2.3 - FACTORES PREDISPONETES À REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA	36
2.4 – COMPLICAÇÕES DA EPISIOTOMIA	37
2.5 – ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DA EPISIOTOMIA.....	37
3. – TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM	39
3.1.– PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM	39
3.2. – FATORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO	40
4 - PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1 - OPÇÃO METODOLÓGICA.....	42
4.2 – TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS	43
4.3 – SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	44
4.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	45
4.5 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS.....	46
4.6 - ANÁLISE DOS DADOS	47

4.7 - CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.....	48
5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	50
5.1 - CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	50
5.2 - DOMÍNIOS DO ESTUDO.....	51
5.2.1 - Domínio 1: Fatores que contribuem para a tomada de decisão de realização da episiotomia.....	53
5.2.2 - Domínio 2: Fatores que Contribuem para a Tomada de Decisão de Não Realizar Episiotomia.....	60
CONCLUSÃO.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	72

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da UICISA-E, ESEnfC

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião da Entrevista

APÊNDICE II – Carta Informativa-Consentimento Informado

APÊNDICE III - Termo de Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, inserida no 2º ano do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de forma à obtenção do grau de Mestre, foi elaborado este Relatório de Estágio, com análise crítica sobre as aprendizagens e atividades desenvolvidas e que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

A saúde reprodutiva e a maternidade saudável são hoje mundialmente reconhecidas como aspetos de desenvolvimento e direitos humanos, e cada mulher deve desfrutar o mais alto nível de saúde durante este período da sua vida (OMS, 2018).

O cuidado prestado às mulheres durante o processo do parto sofreu muitas modificações através dos tempos, decorrentes da institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina. A assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal tornou-se, impessoal e tecnicista, refletindo no modelo atual da obstetrícia, caracterizado pelo alto grau de medicalização e pelo abuso de técnicas invasivas (Pereira e Pinto, 2011). Estas alterações no decorrer do trabalho de parto e parto, reduzem claramente a capacidade de parir e podem afetar a experiência do parto.

Existem por ano, cerca de 140 milhões de nascimentos, sendo que, na sua maioria ocorrem sem complicações. Ainda assim, devemos ter em consideração que, o momento do nascimento, é um momento crítico, e quando surgem complicações, pode culminar em consequências para a mãe e para o bebé e até mesmo a morte de um deles ou dos dois. (OMS, 2018)

Assim, no decorrer da componente de estágio inserida no plano de estudos do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, de acordo com o Despacho 3410/2019, de 27 de março, surgiu a inquietação relativamente ao uso rotineiro da episiotomia no parto.

A episiotomia é uma incisão cirúrgica na região da vulva, realizada no momento da expulsão do feto, classificada de acordo com a sua localização, podendo ser lateral, médio-lateral e mediana, sendo a médio-lateral a mais utilizada (Guimarães et al, 2018).

De acordo com “Relatório Europeu de Saúde Perinatal - Saúde e Cuidados com Grávidas e Bebés na Europa em 2010” (Europeristat, 2010), no âmbito do projeto Euro-Peristat, usando dados recolhidos em 20 países e considerando os partos vaginais, existia uma variação na frequência de episiotomia de 3,7% na Dinamarca a 73% em Portugal e 75% em Chipre, mostrando como é controverso o uso por rotina da episiotomia (OPSS, 2018).

Sendo Portugal, em 2010, o segundo país da União Europeia (UE) com maior taxa de prevalência da episiotomia, é necessário tentar perceber a origem e a razão desta prevalência tão elevada, tendo em conta que a tomada de decisão em enfermagem consiste na operacionalização do conhecimento, por meio de um processo cognitivo complexo que produz uma ação/comportamento, através de uma sucessão de etapas sistemáticas. Estas são fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do enfermeiro (Prazeres, 2020).

Assim, importa continuar a desenvolver conhecimento nesta área, fundamentando devidamente a implementação desta técnica e a sua necessidade absoluta, reeducando os profissionais de saúde, no sentido de verificar, de facto, as recomendações internacionais de modo a prestar uma assistência mais humanizada e personalizada que as parturientes requerem (OMS, 2018).

O EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Diário da República, 2019).

Tendo como pressupostos o atrás referido, pretende-se com este estudo, descrever o conceito de tomada de decisão dos EEESMO, conhecer os fatores facilitadores e dificultadores que influenciam a tomada de decisão e conhecer necessidades de formação específica na área dos cuidados especializados em ESMO relativamente à episiotomia. Neste contexto foi elaborada a seguinte questão de investigação:

- Quais os fatores que influenciam a tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na realização da episiotomia no parto?

Portanto, será realizado um estudo qualitativo, exploratório e descritivo de nível I, com recurso a entrevistas semi-esturadas. A seleção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica será efetuada segundo uma amostragem não probabilística por conveniência, através de bola de neve. Serão convidados para a realização da entrevista os participantes que demonstrem interesse em participar, que vão ao encontro dos critérios de inclusão e assinem o consentimento informado.

Este relatório será estruturado em duas partes. Na parte I será realizada uma análise crítica/ reflexiva sobre as atividades desenvolvidas e conhecimentos adquiridos durante a componente de Estágio, tanto o nível dos Cuidados de Saúde Primários, como ao nível dos cuidados hospitalares. Na parte II será apresentada a componente investigativa com uma fundamentação teórica do estudo, apresentação do percurso metodológico, apresentação e discussão dos resultados e a conclusão.

PARTE I - ESTÁGIO COM RELATÓRIO: COMPONENTE DE ESTÁGIO

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, publicado no Despacho n.º 3410/2019 de 27 de março de 2019, pretende capacitar enfermeiros especializados nesta área, com conhecimentos, capacidades e habilidades no domínio pessoal, ético, humano, técnico e científico, capazes de dar resposta às necessidades das populações, aos vários níveis de intervenção.

A componente de estágio da unidade curricular Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ER-ESMO) desenvolveu-se em unidades de cuidados de saúde primários e diferenciados vocacionados para as áreas da saúde sexual, saúde da mulher, saúde materna e obstetrícia e saúde neonatal, tais como, unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde familiar, unidades locais de saúde, consultas externas de maternidades, serviços de urgência de obstetrícia/ginecologia, unidades de cuidados materno fetal/ internamento de grávidas, unidades de puérperas e sala/bloco de partos.

Esta unidade curricular ER - ESMO foi desenvolvida numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da zona Centro e no serviço de consultas externas, urgência, unidade materno fetal/ internamento de grávidas, unidade de puérperas e sala/bloco de partos da maternidade de um Hospital de apoio perinatal altamente diferenciado da zona Centro, entre o dia 13 de dezembro de 2021 e 23 de setembro de 2022.

Foi, portanto, um período privilegiado de aprendizagem especialmente destinado ao desenvolvimento de competências de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, recuperação e reabilitação, especificamente no domínio da saúde da mulher inserida na família e comunidade, incluindo o período pré-concepcional, gestacional, parto e pós-parto, neonatal, intergestacional, e do climatério.

Neste sentido, estas aprendizagens foram alicerçadas sobre o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CC-EE), e do Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CE-EE-ESMO).

1.1 - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ZONA CENTRO – UCSP

Esta ULS tem como missão a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde diferenciados/especializados, de forma abrangente, personalizada e integrada, em tempo útil com qualidade e equidade, dando execução às políticas superiormente definidas e aos respetivos planos estratégicos, tendo sempre em conta a respetiva adaptabilidade às necessidades regionais e locais, participando na formação de novos profissionais de saúde e atualizando os conhecimentos daqueles que se encontram em funções nas várias instituições e serviços, desenvolvendo direta ou indiretamente projetos de investigação clínica e científica. Tem por visão comunidades saudáveis, num ambiente saudável, sustentadas através de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da doença, atentos que sejam os padrões de qualidade e de excelência, numa lógica de proximidade.

O Centro de Saúde é constituído pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Serviço de Atendimento Permanente (SAP), sendo a sede de seis extensões de saúde.

O corpo clínico deste Centro de Saúde é constituído por 9 médicos e 23 enfermeiros, com 9 secretárias clínicas, que se distribuem entre a sede e extensões de acordo com as necessidades, abrangendo uma população de cerca de 15.321 utentes, sendo que, apenas 1.32% dos inscritos não tem médico de família.

1.2 - CUIDADOS HOSPITALARES – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ZONA CENTRO – MATERNIDADE

A maternidade faz parte da Rede de Referência Materno-Infantil e constitui-se como um dos hospitais de apoio perinatal diferenciado para os centros de saúde da área geográfica correspondente e hospitais de apoio perinatal da zona centro.

Esta unidade tem por missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação às mulheres da sua área de influência e às de proveniência regional e nacional, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS); a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo de obrigações decorrentes de acordos internacionais e de redes de referência europeias; a formação de profissionais de saúde, o ensino pré-graduado e pós-graduado, e a investigação nomeadamente de natureza translacional e clínica; e a integração de redes e consórcios académicos clínicos nacionais ou internacionais.

Relativamente à visão, esta unidade pretende ser reconhecida como referência na prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, na área científica, técnica e relacional, no âmbito da saúde materna, saúde infantil e saúde da mulher.

Assume os valores da instituição a que se agrega, os quais, garantia da prestação de cuidados com dignidade humana; respeito pela pessoa humana e pelos princípios bioéticos e de deontologia profissional; e honestidade, integridade, humanismo, equidade e justiça.

São princípios orientadores da gestão a prática multidisciplinar e multiprofissional centrada na mulher, no acesso aos cuidados de saúde e na valorização dos seus profissionais, proporcionando uma abordagem diagnóstica e terapêutica integrada, no acesso das mulheres aos cuidados de saúde e no seu tratamento; a eficácia e a eficiência; a orientação para resultados e a sua avaliação; a responsabilidade social e a valorização de práticas ecologicamente sustentáveis; o rigor, a cultura do mérito, da competência técnica e científica e o espírito de equipa; a legalidade, a transparência e a proporcionalidade.

Durante a UC-ER tive a oportunidade de integrar vários serviços das maternidades de Coimbra, os quais explorarei mais pormenorizadamente em seguida, começando pelo Serviço da Consulta Externa, e os Serviços de Medicina materno/fetal, Cirurgia Obstétrica, Internamento de Puérperas/ Puerpério e Bloco/ sala de Partos.

O Serviço da Consulta Externa é um serviço que promove consultas pré concecionais de risco identificado, de obstetria geral, de diagnóstico pré-natal (DPN), de intervenção precoce, de ginecologia e consulta prévia de orientação e apoio na interrupção voluntária da gravidez (IVG).

A equipa de enfermagem é constituída por quinze enfermeiros mais a Enfermeira Chefe. Destes quinze enfermeiros, cinco são Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, dois são Enfermeiros Especialistas e Saúde Comunitária e um é Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

O Serviço de Medicina Materno/fetal situa-se no 1.º piso e é constituído por 20 camas.

O serviço tem ao seu dispor uma equipa multidisciplinar, altamente especializada, constituída por EEESMO que presta cuidados no internamento e no serviço de urgências e tem como base de atuação as competências específicas do enfermeiro especialista, cuidando a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e trabalho de parto (OE, Regulamento n.º 391/2019).

Assim são prestados cuidados à mulher/casal no período pré-natal de forma a promover o bem-estar materno/paterno e fetal, no que diz respeito à assistência à grávida/casal de baixo risco e de risco, no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, em situação de abortamento, aconselhamento e apoio no âmbito do plano de parto, empoderamento da grávida/casal sobre prevenção e controlo da dor, vigilância do trabalho de parto e avaliação do bem-estar materno/fetal através da manobras de Leopoldo, auscultação cardíaca fetal, registo cardiotocográfico, toque vaginal e observação dos genitais externos, assim como a assistência à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.

O Serviço de Cirurgia-Obstétrica situa-se no 2.º piso e é constituído por 21 camas e o Serviço de Internamento de Puérperas/ Puerpério situa-se no 3.º piso e é constituído por 24 camas.

No serviço de cirurgia-obstétrica, no 2.º piso, são recebidas todas as puérperas submetidas a cesarianas, e algumas puérperas cujo parto decorreu por via vaginal.

No serviço de internamento de puérperas, no 3.º piso, são recebidas todas as puérperas cujo parto se realizou por via vaginal.

A equipa é, também, constituída essencialmente por EESMO, que prestam cuidados especializados altamente diferenciados e de alta qualidade, cuidando a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, procurando-se assistir a mulher/casal no período pós-natal imediato, facilitando os processo de transição e adaptação à parentalidade, através da assistência à puérpera no pós-parto imediato, assistência na adaptação ao pós-parto e no desenvolvimento das competências parentais, na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e promoção da sexualidade saudável e da regulação da fecundidade, assim como a assistência à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e puerpério.

O bloco/ sala de partos localiza-se no primeiro piso. Trata-se de uma estrutura com sete quartos, um gabinete de medicação, um gabinete de enfermagem, uma arrecadação com material e uma zona suja.

Os quartos estão dispostos à volta de um grande átrio central, onde estão os computadores e o ecrã central que exhibe os registos cardiotocográficos de cada uma das salas de parto.

Todos os quartos estão equipados com tecnologia recente e aptos a funcionar autonomamente. Do equipamento de cada quarto fazem parte: uma mesa obstétrica elétrica, um aparelho de registo cardiotocográfico, armários com todo o material necessário, lavatórios, uma fonte luminosa, bombas infusoras, mesa-de-cabeceira, rampa de aspiração e de oxigénio, uma mesa portátil para dispor o material no momento do parto e um cadeirão para o acompanhante.

Dentro de cada quarto existe uma pequena sala onde o recém-nascido é recebido após o nascimento para lhe serem prestados os cuidados imediatos. Estas salas são aquecidas e têm todo o material e equipamento necessários à reanimação do recém-nascido.

Há apenas dois quartos que têm sala comum de cuidados imediatos ao recém-nascido, mas que comunica de forma independente através de duas portas que podem ser fechadas em caso de necessidade.

A equipa da sala de partos e bloco-operatório é constituída por 36 enfermeiros, mais a Enfermeira Chefe.

Na sala de parto estão sempre três enfermeiros por turno, sendo que os turnos podem ser de oito horas ou de 12 horas.

Esta medida vai ao encontro da tendência institucional de preparar todos os enfermeiros para todo o tipo de atividade dentro da maternidade. Assim, está-se, gradualmente, a proceder à integração de enfermeiros da Sala de Partos no Bloco Operatório e vice-versa.

A gestão da unidade é feita pela enfermeira chefe e, em cada turno, existe um enfermeiro responsável pela coordenação dos cuidados. Também existe na equipa um enfermeiro responsável pela formação em serviço, que desenvolve o projeto de formação anual do serviço, tendo em conta as necessidades da equipa de enfermagem e as situações problema passíveis de intervenção, com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

O método preconizado para a organização dos cuidados de enfermagem é o método individual e é o enfermeiro chefe, ou o enfermeiro responsável, que faz a distribuição das parturientes pelos enfermeiros do serviço em cada turno.

Todos os partos ocorridos nesta instituição, seja na Sala de Partos ou no Bloco Operatório, são registados em duas bases de dados existentes na maternidade (ObsCare e Sclínico) e onde constam as seguintes informações: número do parto, data, hora de parto, minutos do parto, número de processo único, idade materna, nome da mãe, idade gestacional, tipo de parto, sexo do recém-nascido, peso do recém-nascido, índice de Apgar, destino da mãe e do recém-nascido e nome do profissional que executou o parto. Os registos de enfermagem são realizados no Sclínico no ObsCare e no partograma.

1.3 – ANÁLISE CRÍTICA/ REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

1.3.1 - Bloco A: Unidade de Cuidados na Comunidade e Consultas Externas

Este estágio decorreu ao longo de doze semanas, entre o dia 31 de janeiro de 2022 e o dia 29 de abril de 2022. Nos Cuidados de Saúde Primários, o estágio realizou-se entre o dia 31 de janeiro de 2022 e o dia 1 de abril de 2022, durante 9 semanas e na Consulta Externa o estágio decorreu entre o dia 4 de abril de 2022 e o dia 29 de abril de 2022, durante 3 semanas.

Este Centro de Saúde da zona centro oferece à população consultas de Saúde do Adulto, Saúde Infantil e Juvenil, Planeamento familiar e Rastreio Oncológico, Saúde Materna, Diabetes e Hipertensão, sendo aplicados os protocolos emanados pela Direção Geral da Saúde (DGS).

Este campo de estágio revelou-se um campo de estágio riquíssimo em experiências e oportunidades de aprendizagem, através de consultas, técnicas e procedimentos, no que diz respeito à assistência à mulher/homem no âmbito da saúde sexual e planeamento familiar, no período pré-concepcional, pré-natal, pós-natal, na assistência à puérpera e recém-nascido, assim como na assistência à mulher com patologia associada ou concomitante com a gravidez e puerpério, assistência à mulher nos processos de transição saúde/doença ginecológica e no período do climatério, tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CE-EEESMO).

A gravidez é um período da vida da mulher que requer, obviamente, uma atenção especializada, no entanto, o seu ciclo reprodutivo tem uma duração prolongada, desde o nascimento até ao climatério. É, portanto, essencial que o EESMO esteja devidamente preparado, não só para acompanhar a mulher durante a gravidez, mas também ao longo de todo o seu ciclo reprodutivo, que se inicia ainda durante o desenvolvimento embrionário, torna-se visível a partir da menarca, e se prolonga até ao climatério, caracterizando-se por ser um período rico em alterações hormonais, que se refletem diretamente no conforto, saúde e bem-estar da mulher, tanto em termos físicos, como psicológicos e emocionais.

Durante as nove semanas de estágio nos Cuidados de Saúde Primários tive a oportunidade de conceber, planear, implementar e avaliar um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) cujo grupo-alvo foram grávidas com idades gestacionais compreendidas entre as 20 e as 38 semanas, e teve a duração de sete semanas.

Através da realização deste projeto pude desenvolver várias competências específicas do EEESMO, no que diz respeito aos cuidados da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno e fetal de acordo com o ponto 2 do Regulamento n.º 391/2019. Este projeto também foi oportuno para colocar em prática as CC-EE no que diz respeito ao ponto B, domínio da melhoria contínua da qualidade e ao ponto D, domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais tal como é preconizado pelo Regulamento n.º 140/2019.

Os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) têm como objetivos "... desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho." (DGS, 2015).

A sua realização encontra-se legislada de acordo com:

- Artigo 7.º da Lei n.º 142/99, de 31 de agosto, "Incumbe especialmente ao Estado para proteção da maternidade, da paternidade, do nascituro e da criança, no domínio dos cuidados de saúde: (...) d) Incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto,

assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde “;

- Resolução da Assembleia da República N.º 175/2017, de 2 de agosto de 2017, que recomenda ao Governo que assegure “a realização de cursos de preparação para o parto em todas as unidades de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários (...),”;

- Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, que defende que cabe à Direção-Geral da Saúde divulgar documentos orientadores em matéria de organização e concretização de cursos de preparação para o parto e a parentalidade, para recuperação pós-parto e para elaboração de planos de parto e nascimento.

Os temas das sessões foram selecionados de acordo com as orientações da DGS (DGS,2020), deixando também às grávidas a oportunidade de sugerirem temas que lhes fossem mais pertinentes.

Durante as setes sessões realizadas, foram abordados os seguintes temas: exercícios de treino do pavimento pélvico e massagem perineal - utilização da bola de pilatos; plano de parto/mala para maternidade; trabalho de parto e parto/ técnicas não farmacológicas de alívio da dor, contacto pele a pele/amamentação; banho do bebé/massagem do bebé; recuperação pós-parto.

Em média, estiveram sempre presentes, cinco a oito grávidas, e em algumas sessões, também estiveram os seus conviventes significativos.

Apesar da pandemia, foi possível integrar os pais nestas sessões, que decorreram via *zoom*, e segundo os participantes, a estratégia interativa também foi uma mais-valia, embora tenham referido, que gostariam de ter tido algum contacto presencial.

As sessões foram essencialmente de conversa e exposição de dúvidas tendo em conta os temas abordados, onde todas tiveram oportunidade de expressar as suas dúvidas, medos, ansiedades, e a interação entre si trouxe-lhes algum conforto, não só durante o CPPP, mas também depois do parto, pois mantiveram-se em contacto, ajudando-se mutuamente.

Também foi frequente realizar consultas de atendimento a jovens, uma vez que, na Vila existe uma comunidade cabo-verdiana a realizar formação na escola profissional. Neste grupo, especificamente, encontramos algumas dificuldades na realização de ensinamentos, relativamente à contraceção e às doenças sexualmente transmissíveis devido às suas crenças e hábitos culturais. Na realização destas consultas foi possível por em prática as CE-EEESMO definidas no ponto 7 do Regulamento n.º 391/2019, onde promove cuidados de qualidade culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Dadas as dificuldades sentidas, penso que seria fundamental uma intervenção precoce ao nível da escola, aquando do acolhimento destes adolescentes. Seria, portanto, um projeto pertinente para melhoria contínua da qualidade, desenvolvendo as aprendizagens

profissionais, trabalhando, obviamente, com responsabilidade profissional, ética e legal, tal como está regulamentado ao nível das CC-EE dos pontos A), B) e C) (Diário da República, 2019).

Esta intervenção deveria ser realizada com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de acordo com a competências supracitadas, em colaboração com a restante equipa multidisciplinar da UCSP e da UCC e com o corpo docente da escola, onde seriam realizadas sessões de educação para a saúde, especificamente na área de intervenção relativa à Educação para os Afetos e Sexualidade, que tão bem está integrado no Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), complementando-a com disciplina de Educação Sexual aprovada na Assembleia da República a pela Lei n.º 60/2009, que define os conteúdos da educação sexual para cada ciclo do ensino básico e secundário.

Os Cuidados de Saúde Primários, são um local privilegiado de encontro com a comunidade. É neste contexto que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna tem oportunidade de conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar, e avaliar, intervenções nas mais diversas áreas que lhe estão adstritas, encaminhando adequadamente as situações que estão para além da sua área de atuação.

É notória a falta de EEESMO ao nível dos Cuidados de Saúde Primários de forma a promover uma interligação mais eficiente entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Cuidados de Saúde Hospitalares. Neste sentido, é reconhecida a incapacidade de dar resposta às necessidades de todas as mulheres em variadas situações, nomeadamente na consulta de planeamento familiar, onde por exemplo, apenas um médico do Centro de Saúde onde estagiei coloca dispositivos intrauterinos (DIU).

O encaminhamento para o setor privado deveria ocorrer apenas, quando esgotadas as alternativas ao nível do Sistema Nacional de Saúde (SNS), tendo como linha de conta prioritária as CE-EEESMO, que neste momento, ao nível dos CSP não estão a ser devidamente rentabilizadas, sendo fulcral a criação de projetos de modo a por em ação todas estas competências, isto, quando existir um EEESMO no Centro de Saúde.

A Consulta Externa da Maternidade, onde também decorreu este bloco de estágio, promove consultas pré-concepcionais de risco identificado, consultas de obstetrícia geral, consultas de diagnóstico pré-natal (DPN), consultas de intervenção precoce, consultas de ginecologia e consulta prévia de orientação e apoio na interrupção voluntária da gravidez (IVG).

Neste serviço são postas em prática algumas CE-EEESMO, desde o período pré-concepcional, pré-natal, climatério, processos de saúde/ doença ginecológica e grupos-alvo.

Na consulta de planeamento família são atendidas todas as mulheres referenciadas pelo médico de família, quando os cuidados de saúde primários não têm capacidade de dar

uma resposta adequada às necessidades de cada mulher, não sendo necessário encaminhá-las para o serviço privado, que tende a ser muito dispendioso, e nem sempre as mulheres dispõem de meios económicos para tal.

Muitas vezes ocorrem gravidezes não planeadas e não desejadas que acabam frequentemente em interrupções voluntárias da gravidez (IVG), que se verifica ser um processo burocrático mais simples, do que a colocação de um DIU pode ser nos CSP.

Não posso deixar de mencionar que, a IVG é um processo altamente traumático na vida da maioria das mulheres, não só devido ao processo medicamentoso a que são sujeitas, e as consequências que este acarreta a nível físico, mas principalmente, devido ao desgaste psicológico e emocional a que passam durante este processo, e muitas vezes, sozinhas. Esta solidão pode estar relacionada com muitos sentimentos, como a culpa e a vergonha de se encontrar naquela situação.

São consultas onde o nosso profissionalismo é posto à prova, onde é fácil fazer juízos de valores, mesmo sem conhecer as pessoas, nem o seu contexto, e onde é preciso agarrar a maioria daquelas mulheres, tira-las daquele limbo de culpa e de vergonha, levantar-lhes a cabeça e dizer-lhes que, felizmente hoje podem escolher, e pôr-lhes à disposição todos os recursos, que lhes estão disponíveis, desde já para a realização do aborto, e a posteriori, e mais importante, todo um ensino sobre saúde sexual, métodos contraceptivos, e meios disponíveis na comunidade, para que tal situação não se venha a repetir.

É assim, gritante a necessidade de intervenção dos EEESMO, de modo a que este possa conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher nas variadas fases do seu ciclo reprodutivo de modo a poderem ter vivências positivas da sexualidade e da parentalidade (Every Woman Every Child, 2016).

1.3.2 - Bloco B: Medicina Materno-fetal/Puerpério

Este estágio decorreu ao longo de sete semanas, entre o dia 13 de dezembro de 2021 e o dia 30 de janeiro de 2022, sendo que, no serviço de medicina materno-fetal o estágio realizou-se entre o dia 13 de dezembro de 2021 e o dia 9 de janeiro de 2022, durante 4 semanas e no puerpério cirúrgico e puerpério normal, o estágio decorreu entre o dia 10 de janeiro de 2022 e o dia 30 de janeiro de 2022, durante 3 semanas.

Neste, assim como nos restantes campos de estágio, foi necessário por em prática, desde o seu início, o domínio **D** “*desenvolvimento das aprendizagens profissionais*” das CC-EE, do Regulamento n. °140/2019, através do “*desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade (D1)*”, de modo a que a minha “*prática clínica especializada fosse baseada na evidência científica (D2)*”.

Entendo, que esta tenha sido uma ferramenta essencial para a minha aprendizagem e sistematização do conhecimento adquirido.

A implementação de técnicas e procedimentos foi muito importante no treino das CE-EEESMO, do Regulamento n.º391/2019, do ponto 2 - *Cuida mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*, 3 - *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto* e 4 – *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal* concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções de assistência à grávida/casal de baixo risco, e de risco, no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, na interrupção médica da gravidez, em situação de abortamento, ao nível do exame pré-natal, através das manobras de Leopoldo, auscultação cardíaca fetal e a realização do registo cardiotocógrafa a fim de aferir o bem-estar materno-fetal, assim como o toque vaginal e observação dos genitais externos, o empoderamento da mulher/casal com plano de parto, ao nível das técnicas não farmacológicas do alívio da dor, na assistência à puérpera no pós-parto imediato, na adaptação ao pós-parto e no desenvolvimento das competências parentais e na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Foi-me possível fazer a gestão dos cuidados das grávidas e puérperas, tendo em conta as CC-EE, do domínio **C) Gestão dos Cuidados**, através das competências C1. *Gere os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde* e C2. *Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções adequadas, realizando ensinamentos de acordo com o contexto em que nos encontrávamos, tanto no período pré-natal como durante o trabalho de parto com ou sem patologia associada e no pós-parto, potenciando ao máximo os níveis de saúde da grávida, puérpera e feto.

Nestas circunstâncias, foi sempre tido em conta a vontade e os desejos da mulher/casal interveniente, tendo em consideração os valores e direitos humanos, enquanto seres individuais, tal como se preconiza nas CC-EE do domínio **A) Responsabilidade profissional, ética e legal**, através das competências A1. *Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional* e A2. *Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*, sendo o nosso interesse superior, a prestação de cuidados de qualidade, baseados em conhecimentos científicos, promovendo um ambiente terapêutico seguro de modo a garantir a saúde, conforto e bem-estar de todos os intervenientes (Diário da República, 2019).

Devo dizer que foi um estágio muito rico, onde pude acompanhar grávidas em trabalho de parto, grávidas gemelares, gemelares com pré-eclâmpsia, a indução do trabalho de parto, tanto em grávidas com ou sem patologia associada (indução mecânica e medicamentosa),

grávidas sem patologia e que a vieram a desenvolver durante a gravidez e evolução do trabalho de parto, grávidas com emergências obstétricas (prolapso do cordão e descolamento da placenta), com ameaça de parto pré-termo (APPT), em situação de abortamento e no período pós-parto.

A base de atuação regeu-se pelas CE-EESMO, especificamente a competência 2, 3 e 4 – *“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto e durante o período pós-natal”*, identificando, monitorizando, concebendo, planeando, implementando e avaliando as intervenções adequadas à otimização das condições de saúde da mãe/ feto e bebé (Diário da República, 2019).

Durante este estágio foi frequente acompanhar mulheres durante o processo de IVG, IMG e abortamentos com embriões retidos, onde não pude deixar de refletir acerca do protocolo de intervenção de modo a garantir o sucesso do processo e a segurança das mulheres que são sujeitas este tipo de procedimento.

Um ponto muito pertinente foi o papel do EEESMO no empoderamento da mulher ao nível das técnicas não farmacológicas de controlo e alívio da dor.

A mulher é um elemento ativo e fundamental no processo de parir, e foi sempre tida em consideração como tal, assim como a sua capacidade de controlar o seu corpo, e a sua dor. O EEESMO, *“coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”* (3.1/3.1.6) (Diário da República, 2019), assim como, realiza ensinamentos sobre técnicas não farmacológicas de alívio e controlo da dor, promove o empoderamento das grávidas no sentido de melhorarem a sua capacidade de controlar o seu corpo durante este processo, o que as conduzirá a um maior controlo e alívio da dor, melhorando significativamente a sua capacidade de parir.

O plano de parto é, sem dúvida, uma mais valia para todo o processo de trabalho de parto e parto, pois através deste conhecimento é possível ir ao encontro das expectativas das parturientes e conviventes significativos, elucidando-os acerca do que é ou não possível, e desmistificando também alguns mitos, medos e ansiedades. Neste sentido, e indo ao encontro das CE-EEESMO (Diário da República, 2019), o EEESMO *“Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão (2.1/ 2.1.10)”*.

Quanto a mim, da perceção que pude ter ao longo dos vários blocos de estágios, caminhamos ainda, a passos modestos, no sentido da utilização alargada do plano de parto, sendo este, muitas vezes alvo de preconceito, eventualmente suscitando algum sentimento de apreensão pela equipa clínica multidisciplinar, sentindo-os muitas vezes como ofensivos, quando expressam de forma clara e precisa os desejos dos seus autores, evidenciando, muitas vezes, a típica relação de superioridade ferida, que muitas vezes se insurge na relação entre equipa clínica multidisciplinar e a grávida/ convivente significativo.

Devido a uma emergência obstétrica que ocorreu no serviço de medicina materno/fetal, com um prolapso do cordão umbilical, elaborei uma pequena apresentação, onde pudemos discutir as intervenções do EEESMO nesta situação específica, tendo em consideração as condições estruturais do serviço e as dificuldades que poderíamos encontrar.

O desenvolvimento deste trabalho está diretamente relacionado as CC-EE, do domínio B) Melhoria continua da qualidade, visando “garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (B1), “desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua” (B2) e “garantir um ambiente terapêutico seguro” (B3), assim, constituiu-se como um importante momento de aprendizagem, considerando que a equipa presente veio a sugerir várias formas de melhoria, discutindo protocolos de atuação e algumas alterações no sentido de os melhorar, tornando a equipa mais dinâmica no desenvolvimento das suas aprendizagens profissionais (Diário da República, 2019).

No serviço de internamento de puérperas e o puerpério cirúrgico, devido à sua complexidade, torna-se fulcral a intervenção do EEESMO nas suas dimensões mais específicas no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, no que diz respeito ao “crescimento e desenvolvimento de sinais e sintomas de alarme no recém-nascido, sexualidade e contraceção no período pós-parto, promoção e apoio ao aleitamento materno, apoio à adaptação ao pós-parto, promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a saúde e o bem-estar da mulher, convivente significativo e recém-nascido, potenciando a parentalidade responsável, referenciando as situações que estão para além da sua área de intervenção (Diário da República, 2019).

Infelizmente, neste campo de estágio, surgiram duas situações de mortes fetais. Uma delas, decorreu devido a um descolamento da placenta, e apesar de se ter realizado uma cesariana de emergência, o feto já foi extraído sem vida, tratando-se de uma conceção medicamente assistida, após vários anos de tentativas. A outra situação decorreu de forma inesperada, de uma gravidez gemelar, em que um dos fetos nasceu sem vida, sendo que, não houve possibilidade de explorar esta morte devidamente, por isso não especularemos.

Encarando a perda perinatal, como um final inalterável, é emergente um reajustamento, um trabalho junto destes pais, em todo o processo de luto e de redirecionar a vontade de viver e de organização de vida (Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014 citado por Alves, 2018)

O conceito de morte fetal, segundo a OMS consiste na morte anterior à completa expulsão ou extração de um produto da conceção do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez (WHO, 2006).

A morte inesperada é a mais traumatizante, colocando obstáculos sérios na elaboração do luto (Miranda, 2016).

O modo de lidar com esta perda é influenciado por muitos aspetos da história reprodutiva do casal (Ekelin, Crang-Svalenius, Nordström e Dykes, 2008, citado por Miranda 2016).

Em situações de perda gestacional são comuns sentimentos como dor, tristeza, culpa, impotência e frustração por não ter conseguido levar a gravidez até ao fim (Ampese et al., 2007 citado por Miranda 2016)).

A perda gestacional pode causar efeitos devastadores na saúde mental do casal, não só no momento da perda, como também em gravidezes posteriores à perda (Hill, Debackere e Kavanaugh, 2008; Woods-Giscombé, Lobel e Crandell, 2010, citado por Miranda, 2016).

A complexa experiência da perda fetal torna-se mais delicada devido a não se tratar de uma simples perda, mas da sobreposição de duas experiências de perda, uma pela morte em si e outra inerente à quebra de expectativas (Miranda,2016).

Os profissionais de saúde deveriam estar preparados e capacitados para lidar com os pais/famílias perante a perda perinatal, como um insucesso no âmbito da obstetrícia. Particularmente os EEESMO, dada a proximidade de cuidados com as mulheres enquanto grávidas/parturientes/puérperas. Porém neste contexto, os profissionais revelam dificuldade na intervenção junto da mulher/casal, sendo a relação de proximidade substituída pelo evitamento. Os cuidados prestados baseiam-se essencialmente nas competências técnicas, sendo a relação afetada pela dificuldade na comunicação e expressão na situação da perda (Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015, citado por Alves, 2018), tal como pude verificar nas referidas situações.

Segundo o Regulamento n.º 391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, este “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia (...) intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério (4.1.6)”, “diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal (4.2)”, sendo portanto, fundamental uma intervenção ativa nestas circunstância, “identificando e monitorizando o estado de saúde da puérpera (...)referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (4.2.3)”, de forma a potenciar a saúde da mulher/ casal após o parto, cujo resultado foi uma perda gestacional, de modo a que esta possa vivenciar o seu processo de luto de forma adequada e saudável.

No âmbito no aleitamento materno, o EEESMO “*Promove a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal (4.1), concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (4.1.4)*” (Diário da Republica, 2019), pelo que, verificamos que a atuação assertiva do EESMO neste âmbito é fundamental para uma evolução positiva desta dimensão da maternidade.

Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno, no

entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebê, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu projeto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação (Levy e Bértolo, 2012).

A alta precoce é defendida como uma mais-valia, permitindo um maior racionamento e otimização de recursos, reduzindo os custos de internamento hospitalar, principalmente quando não existe justificação clínica para tal. Contudo, deveria ser acompanhada pela tomada de medidas para garantir a continuidade de cuidados de saúde com qualidade mesmo após a alta hospitalar (Henriques, 2022).

Contudo, em Portugal a continuidade de cuidados não está assegurada, o que implica que muitas mães regressem a casa sem sentirem segurança e autonomia na prestação de cuidados ao seu bebê e, frequentemente, sem o apoio familiar necessário para dar resposta às suas dúvidas e dificuldades. Apesar das vantagens da alta precoce, esta compromete a adaptação familiar, uma vez que a mãe (cuidadora principal na maioria das vezes) não alcança autonomia nem no autocuidado, nem nos cuidados ao Recém-Nascido [RN], durante o tempo de internamento hospitalar. Numa fase em que ainda se encontra em recuperação física e emocional é-lhe exigida uma rápida integração do RN na família e uma capacidade de aprendizagem que muitas vezes não é possível de realizar num tão curto período de tempo (Henriques, 2022).

Segundo Meleis (2010), as pessoas que experimentam transições podem ficar mais vulneráveis às ameaças, com efeitos na sua saúde e bem-estar. Para que a transição aconteça, é necessário que a pessoa incorpore as mudanças e novos conhecimentos, alterando comportamentos e redefinindo a sua identidade, representando um movimento e uma adaptação de sentido único, sem retorno à situação que a antecipou.

A gravidez, o parto, a paternidade e a maternidade, são acontecimentos que geram transições e que originam frequentemente profundas mudanças, tanto nos papéis, como nos relacionamentos, nas habilidades e nos comportamentos, pelo que é essencial que os enfermeiros reconheçam e compreendam este processo, para poder identificar e implementar as intervenções que efetivamente ajudem os seus utentes a gerir estas transições (Meleis, 2010).

Por isso, apesar de todos os ensinamentos realizados no puerpério e puerpério cirúrgico, estes são claramente insuficientes, muitas vezes não são uniformes dentro da equipa, suscitando dúvidas e na maioria das vezes não apreendidos pelas puérperas.

Assim, a alta precoce só pode oferecer ganhos em saúde, quando for sinónimo de alta com segurança e tal, só será possível, se for garantida continuidade de cuidados após a saída do hospital, função que pode e deve ser assegurada pelos profissionais que integram os CSP (Henriques, 2022).

1.3.3 - Bloco C: Sala/ Bloco de Partos

Este Ensino Clínico decorreu ao longo de dezasseis semanas na sala/ bloco de partos, entre o dia 1 de maio de 2022 e o dia 23 de setembro de 2022.

Este Ensino Clínico, assim como os referidos anteriormente, assentou no desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2019).

Foi um estágio essencial para o desenvolvimento das CE-ESMO no domínio do cuidado à mulher inserida na comunidade durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido e providenciando cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez (Diário da República, 2019).

Assim, este campo de estágio constituiu-se como um local privilegiado para a aprendizagem, não só no domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE), mas também, e principalmente, no domínio das Competências Específicas do EESMO.

O Ensino Clínico na sala de partos é de facto, o expoente máximo da obstetrícia na prática, e o conhecimento de que é necessário dispor, para atuar naquele contexto é infundável.

A complexidade do “modus operandi” é tremenda, assim com a responsabilidade que toda a técnica e procedimento acarretam ao EEESMO.

Devido a toda a sua complexidade, entendo que foi um estágio particularmente difícil e inquietante, na medida em que, naturalmente, tive necessidade de estudar/pesquisar diariamente, e as dúvidas foram constantes, sendo que a equipa de EEESMO da sala de parto foram também fontes extraordinárias de conhecimento e métodos de trabalho.

Este campo de estágio tão específico, teve como base de atuação o ponto 3). Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto do Regulamento n.º 391/2019 da CE-EESMO.

Durante o Ensino Clínico, para além de ser acompanhada pela minha Tutora em muitos turnos, noutros fui acompanhada por outros EEESMO da sala de partos, o que me acrescentou, quanto a mim, outras formas de trabalhar, de saber e de pensar, o que por vezes me veio a facilitar a compreensão de algumas questões, ou seja, a mesma coisa, explicada de modos diferentes, “o mesmo livro, com letras diferentes”.

Em termos práticos, existem vários pontos que irei referir nesta reflexão, no entanto, constato que se tratou de um Ensino Clínico em que desenvolvi muito a componente prática, e a qual até à data, não tinha nenhuma precessão.

A vigilância do trabalho de parto é um processo complexo, que requer várias atenções, e onde se põem em prática vários pontos das CE-EEESMO, tais como 3.1) promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizando a adaptação do recém-nascido á vida extrauterina, 3.2) diagnostica precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido e 3.3) providencia cuidados á mulher com patologia associada ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto.

Desde logo receber uma parturiente, com níveis de dor muito elevados, muitas vezes dificulta o estabelecimento de uma relação de ajuda no imediato. No entanto, como normalmente o trabalho de parto decorre durante horas, é possível, na maioria dos casos, estabelecer essa relação, de modo a podermos implementar as intervenções inerentes ao parto com segurança, promovendo calma e tranquilidade à parturiente e ao seu acompanhante.

Apraz-me referir, que a utilização da analgesia epidural, é de facto, uma mais-valia para a mulher em trabalho de parto, pois quando esta atinge o seu efeito em plenitude, as mulheres sentem um grande alívio. Existem vantagens e desvantagens na sua utilização, no entanto, devo referir que, a meu ver, a analgesia epidural veio potenciar a humanização dos cuidados que prestamos à mulher em trabalho de parto. É certo que esta, não é obrigatória, e não existe um limite ao nível da dilatação para a sua administração, salvo contra-indicações clínicas previamente definidas, a não ser que o parto esteja eminente, e não seja possível a sua administração, por isso, a mulher está sempre no seu direito de recusar esta analgesia, ou eventualmente, repensar a sua utilização.

Uma das desvantagens da utilização da analgesia epidural prende-se com o bloqueio motor que esta provoca na parturiente, impedindo a sua mobilidade, e muitas vezes condiciona a capacidade de realizar os esforços expulsivos eficazmente, direcionando-os para o períneo, o que por vezes, pode acabar por prolongar e dificultar o período expulsivo.

Tendo em conta estas condicionantes provocadas pela analgesia epidural, acabamos por ter algumas dificuldades na implementação de técnicas facilitadoras do trabalho de parto, nomeadamente um trabalho de parto verticalizado, optando-se quase sempre por uma posição não verticalizada ou litotomia. Esta posição também é utilizada, pois é facilitadora para a colocação do cardiotocógrafo (CTG), monitorização de sinais e vitais e colocação de acessos periféricos. Em caso de emergência, a atuação é mais rápida, o que dá aos profissionais uma maior segurança.

Da minha precessão, para a realização de um trabalho de parto verticalizado, e eventualmente, um parto verticalizado, eram necessários mais recursos humanos, pois em

termos de segurança, nomeadamente, quanto ao risco de queda, seria necessário a presença contínua de um enfermeiro em cada sala de partos.

A evidência científica é clara nos benefícios que existe na liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, tal como é recomendado pela OMS (2018), no entanto, atendendo às condições que as nossas salas de parto dispõem no momento, penso que será um processo demorado.

Na assistência à mulher durante o trabalho de parto, tive oportunidade de acompanhar algumas parturientes de risco, tento assim, uma perspetiva mais prática do modo de atuação.

Com a noção de que dezasseis semanas seria muito pouco tempo de aprender e adquirir o tato necessário para ser uma especialista em sala de parto, inicialmente foi muito stressante perceber, que ao realizar o toque vaginal da parturiente não consegui identificar a dilatação do colo, assim como outras características do colo e da apresentação.

Com o desenvolver do Ensino Clínico, gradualmente foi possível começar a identificar os centímetros de dilatação, as características do colo, a variedade e os planos da apresentação, sendo que estes últimos continuam a ser uma dificuldade.

Penso que, para a identificação dos planos da apresentação necessitava de muito mais tempo de experiência, pois apesar de conhecer os planos na teoria, e de ter em mente os pontos de referência, como a localização do promontório, a espinhas isquiáticas, o bordo superior e inferior da sínfise púbica, continua a ser-me difícil esta avaliação ao toque.

O momento após o parto, é também ele muito complexo, pois para além da assistência à puérpera, neste momento também é necessário assistir o recém-nascido e promover a sua adaptação à vida extrauterina.

A expressão do recém-nascido é um procedimento em que eu sinto alguma dificuldade, sendo que, com o desenvolver do ensino clínico, penso que fui aperfeiçoando essa técnica, no entanto reconheço que ainda não me sinto totalmente segura para a sua realização. A revisão da bibliografia é clara na realização do procedimento, no entanto a pressão exercida durante a expressão não é explícita, por isso, penso que, mais uma vez, a experiência traria o peso, conta e medida da pressão a aplicar nesta situação.

Outro ponto que não poderia deixar de referir nesta reflexão, é a questão da realização da episiotomia. Agora que tenho esta experiência em contexto de sala de partos, a minha precessão sobre a realização da episiotomia alterou-se significativamente.

Continuo a entender que a episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira, no entanto, verifico que na sala de partos, a realização da episiotomia não tem o intuito de ser realizada rotineiramente, e que cada profissional, tendo em conta a sua experiência, a sua

forma de atuação, a sua segurança no trabalho e os conhecimentos que detém, realiza uma episiotomia no sentido da melhor assistência à mulher.

No entanto devo referir, que apesar de não haver o intuito de rotina, a episiotomia realiza-se numa percentagem elevada, isto tendo em conta os partos que realizei e o número de episiotomias realizadas.

Através da realização de várias episiotomias, também me foi possível treinar a realização da episiorrafia, o que inicialmente se revelou uma tarefa muito difícil, mas com o treino consegui adquirir alguma destreza neste procedimento, nos vários pontos e nos diferentes planos a suturar.

Pude verificar que suturar uma episiotomia é mais fácil do que suturar uma laceração, no entanto, este não deve ser um motivo para a sua realização. Penso que a maioria das episiotomias são realizadas para evitar lacerações graves, no entanto, os dados indicam que a maioria das lacerações são de 1.º e 2.º grau (CPDO, 2023), sendo que a própria episiotomia pode ser considerada uma lesão de segundo grau (SPOMMF, 2022).

Hoje em dia também é necessário considerar a episiotomia à luz da lei, uma vez que o artigo 144 A do código penal pode contemplar a episiotomia rotineira como uma mutilação genital (DR, 2015).

Nesta reflexão, não poderia deixar de falar no contacto pele a pele. “Entende-se por contacto pele a pele a colocação do bebé despido sobre o peito ou abdómen da mãe (ou pai) em decúbito ventral (CEESMO).

O contacto pele a pele serve efetivamente estabelecer contacto do corpo nu do bebé, como o corpo nu da mãe, de modo a manter-se quente e calmo, aproveitando a temperatura corporal da mãe, promovendo assim o início da amamentação, e contribuindo para a estabilidade hemodinâmica de ambos. Durante este estágio observei, com alguma frequência a realização do “pele a pele”, já com o bebé com fralda. Tendo em conta os pressupostos deste procedimento, considero desadequado a utilização de fralda.

Para finalizar, tive oportunidade de presenciar a expulsão de um feto morto, com 26 semanas de gestação, devido a malformações congénitas e neurológicas. O parto foi induzido e teve uma duração prolongada.

Os pais quiseram ver e pegar no feto, e foi de facto um momento muito emotivo e penoso de um modo geral.

O casal teve acompanhamento psicológico e a equipa de enfermagem, quanto a mim manteve uma abordagem exemplar no que concerne ao respeito e cuidado pela dor, promovendo um ambiente tranquilo e acolhedor, disponibilizando sempre o seu apoio nas necessidades que foram surgindo.

De facto, apesar de esta especialidade ser essencialmente revestida de acontecimentos felizes, estes momentos também são espectáveis, pelo que é necessário desenvolver competências para abordar assertivamente estas situações, que podem ser muito traumatizantes para quem as vive, se não foram devidamente acompanhados.

PARTE II - ESTÁGIO COM RELATÓRIO: COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A episiotomia é uma das intervenções mais utilizadas na assistência ao parto, sendo esta, uma incisão cirúrgica na região da vulva, realizada no momento de expulsão do feto, classificada de acordo com a sua localização, podendo ser lateral, médio-lateral e mediana. Sendo a médio-lateral a mais utilizada (Costa et al, 2015).

A episiotomia passou a ser recomendada para auxiliar partos trabalhosos e sua realização de rotina começou a ser defendida em 1918 por Pomeroy (Guimarães, Silva, Matos e Douberin, 2018).

Durante muitos anos acreditou-se nessa prática e a mesma foi ensinada, mesmo sem estudos que comprovassem sua eficácia (Amorim e Katz, 2008). Essa técnica foi inicialmente proposta por um obstetra Irlandês, em 1741 na obra "Treatise of Midwifery", onde se defendia que tal procedimento deveria ser usado em partos onde houvesse desproporção entre a cabeça fetal e o orifício externo da vagina, a fim de evitar uma constrição do polo cefálico e conseqüentemente, risco para o feto (Guimarães, 2018).

Em 1818, Leinveir defendeu em Berlim, o uso da episiotomia de forma criteriosa, para auxiliar a liberação do feto, devido por rigidez da região e vários médicos em diferentes países adotaram a técnica e recomendaram incisões bilaterais para facilitar o parto (Guimarães, 2018).

O termo episiotomia surgiu um ano depois, em 1857, sugerido por Carl Braum, que acreditava ser uma prática desnecessária. Porém os obstetras Pomeroy (1918) e DeLee (1920) passaram a recomendar o uso da episiotomia como uma profilaxia para evitar lacerações perineais. Este último, na década de 1920, lançou um tratado (The Prophylactic Forceps Operation) em que recomendava episiotomia sistemática e fórceps de alívio em todas as primíparas. Nessa mesma época, ocorreu a medicalização do parto, onde as mulheres abandonaram o parto domiciliar e passaram a utilizar o ambiente hospitalar.

Essa mudança foi secundária a avanços no controle de infecção e evoluções da medicina, como o surgimento da anestesia. O processo de trabalho de parto tornou-se medicalizado e a episiotomia como uma intervenção fundamental para melhores resultados maternos e neonatais (Carvalho, Sousa e Filho, 2010). Desde então, este procedimento passou a ser realizado rotineiramente, e seus benefícios descritos na literatura incluem a prevenção de trauma perineal e das lesões desnecessárias do polo cefálico do recém-nascido (RN), danos ao assoalho pélvico, incontinência urinária, melhoria da função sexual pós-parto e ainda facilitação do reparo por substituir uma laceração irregular por uma incisão limpa e regular (Oliveira e Miquilini, 2005).

Hoje o Enfermeiro Obstetra atua num cenário diferente de algumas décadas atrás, onde estudos baseados em evidências apontam o desuso da prática da episiotomia. Os altos índices de episiotomia contrariam as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS,2018) que considera a episiotomia como uma prática inadequada e que deve ter seu uso restrito.

A assistência humanizada ao parto é muito discutida por enfermeiros obstetras, onde existe uma preocupação em instituir estratégias que auxiliem na fisiologia do parto preservando a integridade corporal e evitando intervenções desnecessárias (Salge, Lôbo, Siqueira, Silva e Guimarães, 2012).

2.1 – INDICAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA

A episiotomia é defendida para impedir, ou diminuir, a lesão dos tecidos do canal do parto, favorecer a expulsão do feto, evitar danos desnecessários ao pavimento pélvico, evitar prolapsos genitais e incontinência urinária futura, além de reduzir o risco de morbimortalidade infantil, retocelo, cistocelo e relaxamento da musculatura pélvica (Figueiredo et al., 2011)

Segundo Lima et al. (2013), com a realização da episiotomia preserva-se a resistência do pavimento pélvico, reduzindo-se a incidência dos prolapsos uterinos, dos cistocelos e dos retocelos além de se proteger as estruturas vaginais anteriores e posteriores, diminuindo o segundo período do parto. Há grandes benefícios para o lado fetal pela diminuição da compressão da cabeça sobre o períneo, evitando lesões cerebrais e lesões perinatais (sofrimento fetal e distócia de ombros). Além de todos estes benefícios este autor refere ainda que, previne a asfixia neonatal, as lacerações perineais brandas ou severas, a necessidade de sutura para as lacerações perineais e a prevenção de incontinência urinária e distócias pélvicas.

Os defensores da episiotomia costumam sublinhar a ação protetora desta intervenção, alegando razões tais como: a prevenção de lacerações no períneo, melhor cicatrização, redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto, ampliação do canal vaginal nos casos em que há necessidade de manipulação para facilitar o nascimento e facilidade na extração assistida por ventosa ou na utilização de fórceps (Lima et al., 2013)

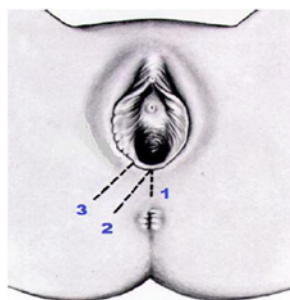
Rimolo (2011), numa revisão integrativa, encontrou os seguintes critérios para a realização da episiotomia: sofrimento fetal, macrossomia, expulsão fetal lenta, prematuridade, variedade de posição occipito-sagrada, a necessidade de abreviar o período expulsivo, a distócia de ombros, o parto com fórceps, o risco de laceração perineal, a primiparidade, a exaustão materna, o períneo curto, episiotomia anterior, leucorreia, falta de colaboração materna, pouca elasticidade perineal e a progressão insuficiente do trabalho de parto.

Esta intervenção é executada no períneo posterior após analgesia epidural ou local. Dependendo da orientação do corte em relação à fúrcula, a episiotomia pode ser lateral, médio-lateral ou mediana. Pode ser realizada com tesoura, devendo ser executada antes que o pólo fetal esteja a distender acentuadamente o períneo e desde que não existam lesões na pele. A forma como é realizada pode ter implicações no pós-parto da puérpera (Graça, 2010).

A episiotomia lateral está abandonada devido aos seus inconvenientes pois, além de essa região ser muito vascularizada, pode lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus (Graça, 2010).

A episiotomia médio-lateral, por sua vez, é a mais usada e é realizada segundo um ângulo de 45° relativamente à linha mediana, sendo envolvidas as seguintes estruturas: pele, mucosa e submucosa vaginal, fibras dos músculos pubo-coccígeos, fibras dos músculos transversos (superficial e profundo) do períneo e, algumas vezes, fibras do músculo bulbo-cavernoso. Este tipo de episiotomia tem como principal vantagem a incidência quase nula de lesões no esfíncter anal e do reto, mas em contrapartida, é habitualmente mais hemorrágica, mais difícil de reparar e provoca maior dor no pós-parto (Graça, 2010).

A episiotomia mediana consiste numa incisão de 3/4cm na rafe mediana a partir da fúrcula, apresenta como vantagens: menor perda sanguínea, fácil de reparar, maior respeito à integridade anatômica do pavimento muscular, menor desconforto doloroso e, raramente, é acompanhada de dispareunia. Envolve, normalmente, a mucosa e submucosa da vagina e a aponevrose do núcleo perineal. No entanto, pelo risco de se prolongar facilmente por lacerações do esfíncter anal e do reto, tem sido progressivamente abandonada (Graça, 2010).



Tipos de episiotomia:

- 1 – Incisão mediana (perineotomia)
- 2 – Incisão médio-lateral
- 3 – Incisão lateral

2.2 – REPARAÇÃO DA EPISIOTOMIA

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

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

2.3 - FACTORES PREDISPOENTES À REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA

Os principais fatores que levam os EEESMO a usar a episiotomia são a primiparidade, rigidez perineal, macrossomia e prematuridade foram os principais fatores que levam os enfermeiros obstetras a realizarem a episiotomia (Guimarães, Silva, Matos, e Douberin, 2018). Nunes et al (2019), refere ainda que a idade, um maior nível de escolaridade, a cor, e a prematuridade podem aumentar a possibilidade de realização de episiotomia.

Os principais argumentos por parte dos profissionais que fazem o uso inapropriado da episiotomia relacionam-se à rigidez perineal, (justificando-se que poderia levar ao prolongamento do período de desprendimento do polo cefálico), bem como à inexperiência da mulher com o trabalho de parto, no entanto, tais argumentos não são baseados em evidências científicas, pois o modelo de assistência ao parto, com uso excessivo de intervenções, não encontra respaldo em diretrizes ou estudos internacionais (Aguilar, et al., 2020).

Ainda, de acordo com Aguiar, et al. (2020) as parturientes cuidadas por EEESMO apresentaram menores probabilidade de virem a ser submetidas a episiotomia. Outros estudos ratificam esse achado, além de ressaltarem maiores índices de períneo íntegro e, conseqüentemente, menor ocorrência de rotura esfíncteriana (Sandall J. et al. 2016).

2.4 – COMPLICAÇÕES DA EPISIOTOMIA

A episiotomia é uma das causas mais frequentes de morbidade materna durante o pós-parto, a sua realização pode aumentar o risco de hemorragias, infecção e deiscência da ferida, formação de hematoma, dor perineal, laceração do esfíncter anal e reto incontinência urinária, prolapso vaginal (Guimarães, Silva, Matos, e Douberin, 2018).

Há, também, possíveis complicações no longo prazo, como: dispareunia, disfunção anorretal e disfunção sexual (Aguilar, et al., 2020).

Pelissari, et al. (2022), compartilha de todas as menções anteriores e acrescenta que, de entre os efeitos nocivos da episiotomia estão a maior incidência das lacerações perineais graves (...) fistulas retovaginais, mionecrose, intoxicação neonatal por lidocaina, reações de hipersensibilidade ao anestésico, endometriose na cicatriz, necessidade de correção cirúrgica por problemas de cicatrização irregular ou excessiva, dor após o parto, eventual rejeição do recém-nascido devido à dor.

Como é evidente, a OMS (2018), recomenda o uso restrito da episiotomia e classifica seu uso rotineiro e liberal como uma prática prejudicial, devendo esta ser desestimulada, tendo indicação, em média de 10%. Existe uma relação estatisticamente significativa entre o uso de episiotomia e o risco aumentado de lacerações graves (3º e 4º graus), com lesão de esfíncter anal.

Segundo Guimarães et al. (2022) em partos realizados sem episiotomia, não houve registo de lesões graves nas 1.129 parturientes acompanhadas neste estudo, resultado que é corroborado noutros estudos citados.

2.5 – ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DA EPISIOTOMIA

De acordo com a revisão integrativa da literatura de Couto (2013), em conformidade com as orientações da WHO (2006), a envôlência de maior naturalismo no nascimento, bem como, uma redução do intervencionismo, e uma limitação da instrumentalização do TP, são consideradas promotoras das possibilidades de ocorrência de trauma perineal. Assim, esta revisão considera que, a intervenção do EEESMO na prevenção da episiotomia, deve atender a um conjunto sequencial de intervenções: incentivar o início ou manutenção do exercício físico moderado, no mínimo três vezes por semana, desde que logo constatada a gravidez; educar e incentivar a mulher à realização da massagem perineal, desde a 30ª semana gestacional; promover a mudança postural ao longo do TP, com possibilidade de deambulação; incentivar e apoiar a mulher ao puxo espontâneo, ao longo do período expulsivo; promover a restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos à apresentação fetal; proceder à aplicação de compressas quentes no

períneo, durante o 2º período do TP; efetuar massagem perineal suave, usando um lubrificante como a vaselina; preferir o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de Ritgen, em prol da sua versão modificada, mais interventiva.

Estas intervenções são apontadas pela evidência atual como contributivas na prevenção do trauma perineal durante o TP, nomeadamente da episiotomia, contudo, a sua aplicação na prática do EEESMO, exige a disponibilidade de mais evidência, bem como uma efetiva divulgação dos seus resultados, junto das equipas multidisciplinares e comunidade, com apresentação dos ganhos em saúde para a mulher, e para a humanização dos cuidados, por eles representados.

O uso limitado da episiotomia em muito contribui para uma experiência positiva do parto e para a humanização dos cuidados prestados. Tal como defendido por Figueiredo (*et al*, 2011) o uso restrito da episiotomia deve ser incentivado em detrimento do uso rotineiro devido ao menor risco de lesão traumática do períneo posterior, da necessidade de sutura e de complicações na cicatrização, bem como das suas consequências tardias, com efeitos físicos e psicológicos sobre as mulheres (Couto, 2013).



Figura 2: Esquema representativo da intervenção do EEESMO na prevenção da episiotomia (Couto, 2013)

3. – TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

3.1.– PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

No sentido de clarificar o papel do enfermeiro no âmbito dos cuidados de saúde, foi publicado em Portugal, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), alterado e republicado segundo a Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, reportando as intervenções de enfermagem autónomas, diferenciando-as das que são interdependentes.

As intervenções interdependentes são as que resultam da prescrição/decisão de outro profissional, normalmente o médico, já as autónomas resultam da decisão/conceção do enfermeiro e pelas quais, este assume responsabilidade de forma individual (DR, 2015).

A tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática – na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2011).

No processo da tomada de decisão em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Ao enfermeiro, exige-se a capacidade de reflexão, o pensamento crítico sobre a pertinência das suas intervenções, sobre as lacunas relativas à sua prática, bem como sobre a implementação dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa e nas suas reais necessidades (OE, 2011).

Ribeiro (2009) considera que a tomada de decisão é um tema central no conceito de autonomia, definindo-a como a liberdade de tomar decisões discricionárias e vinculativas consistentes com o âmbito da prática e liberdade para agir de acordo com as suas decisões.

A tomada de decisão em enfermagem, é definida como a operacionalização do conhecimento, por meio de um processo cognitivo complexo que gera uma ação/comportamento, através de uma sucessão de etapas sistemáticas, que são fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do enfermeiro (Dias e Lopes, 2010).

Segundo Benner (2001) o enfermeiro tem de estar capacitado para utilizar o julgamento clínico de forma a decidir e direcionar as intervenções, tendo consciência que o desenvolvimento de competências técnico-científicas deve evoluir em conjunto com as aptidões relacionais e em contexto de prática clínica. A compreensão clínica advém diretamente da experiência e das aprendizagens adquiridas nas práticas clínicas.

Independentemente do contexto da prática profissional dos enfermeiros, a tomada de decisão é influenciada por vários fatores. Como refere Neves (2002), os enfermeiros tomam decisões pelos contornos do saber ser e estar na vida pessoal e profissional, pelas competências adquiridas, bem como pela natureza dinâmica e incerta do ambiente onde decorre a prestação de cuidados de enfermagem.

Segundo Fernandes (2010) o processo de enfermagem é contínuo e dá lugar a um ciclo composto por avaliação inicial, focos e diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e resultados a obter, implementação das intervenções e avaliação final. Contudo, as intervenções de enfermagem garantem um agir ético, ancoradas em valores e princípios que assumem uma dimensão fundamental no processo de tomada de decisão e, portanto, a decisão ética interrompe este processo ao interrogar a intervenção.

Sendo a tomada de decisão o culminar da etapa conduzida pelo raciocínio, os enfermeiros tomam decisões, pois fazem juízos sobre as reais necessidades das pessoas, e delineiam as intervenções que vão implementar (Prazeres, 2020).

3.2. – FATORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO

Podemos afirmar que no processo de tomada de decisão em enfermagem intervêm fatores internos, de carácter individual, e externos, de carácter contextual/ambiental (Benner, 2001; Fernandes, 2010).

Quanto aos fatores contextuais/ambientais, externos ao enfermeiro, podemos reportar os inerentes à natureza e ao contexto da atividade, à complexidade do problema ou da situação a resolver, o risco envolvido, as características dos clientes, os recursos disponíveis, a intensidade de trabalho, as fontes de informação, o tempo disponível, bem como os fatores de stress que podem estar relacionados com a existência de uma equipa desajustada e de conflitos interpessoais (nomeadamente a relação médico-enfermeiro e colaboração da equipa) (Benner, 2001; Fernandes, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2011; Prazeres, 2020).

Os fatores individuais estão relacionados com o conhecimento e experiência do enfermeiro, paralelamente com o tipo de locus de controlo, os valores, a ideologia, a flexibilidade, o género, a idade, a capacidade de pensamento crítico, a educação e o nível de compromisso. Adicionalmente, fatores resultantes das atitudes da equipa multidisciplinar, nomeadamente médicos e pares, bem como dos constrangimentos organizacionais e limites impostos pela autonomia dos clientes, também influenciam o processo de tomada de decisão (Fernandes, 2010; Martins, 2010).

Outro fator importante é competência do enfermeiro, isto é, o facto de ser principiante ou perito influencia a tomada de decisão. O incremento do conhecimento e experiência está

diretamente relacionado com a forma como os enfermeiros tomam decisões (Benner, 2001; Fonseca, 2006; Fernandes, 2010).

A comunicação é outro fator que pode influenciar a tomada de decisão, pelo que o enfermeiro deve ter a capacidade para contextualizar a informação, de forma a que a possa analisar e processar, colhendo os dados realmente relevantes e reduzindo as interferências individuais (Nunes, 2007).

4 - PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo a investigadora procurou dar a conhecer o percurso metodológico efetuado neste estudo. Este consistiu num processo ordenado e sistemático de análise e estudo, através da aplicação de determinados métodos e critérios, com o objetivo de obter conhecimento ou desenvolver o que já existe sobre a temática em estudo.

Assim, de acordo com Silva e Dixe (2020), numa primeira fase, a investigadora deverá partir sempre da **(1) definição do problema de investigação**, tendo a preocupação de o descrever de forma interessante para quem lê, criando interesse pelo assunto. Desta descrição, naturalmente emerge uma **(2) Questão de investigação geral**, que deverá direcionar claramente o tipo de estudo qualitativo que se irá desenvolver.

Partindo da Questão geral, a investigadora formula o seu **objetivo (3)**, aquilo que pretende conseguir responder com esta investigação, seguindo depois para a definição de “como” pretende atingir esses objetivos, como pretende conseguir responder às suas questões, planificando a sua investigação e definindo a **(4) metodologia** a utilizar (Silva e Dixe, 2020).

Dentro da metodologia, a investigadora terá a preocupação em definir o local/contexto onde decorrerá a recolha de dados (campo), a seleção dos participantes e a forma de seleção (amostra intencional, em que não é determinado o número de indivíduos necessários à partida, terá de se realizar até saturar os dados) forma de recolha de dados (que pode recorrer a várias estratégias como entrevista, narrativas escritas, observação e notas de campo). Poderá nesta fase colocar a possibilidade de como irá tratar os dados e analisar os dados, mas sabendo que da recolha de dados poderá emergir outra necessidade (Silva e Dixe, 2020).

Segue então para a implementação do que se projetou, partindo para a **(5) recolha de dados**, **(6) tratamento dos dados**, **(7) análise dos dados**, sabendo que estas fases podem sobrepor-se, confundir-se e muitas vezes levantam **(8) novas questões de investigação** (Silva e Dixe, 2020).

Segundo Bortolotti (2013), a investigação científica é uma atividade humana que visa contribuir para um corpo de conhecimento coerente por via da adoção sistemática de um método, sendo conduzida de forma a permitir a confrontação com a realidade, e as

conclusões a que se chegar, bem como os passos do raciocínio necessários, procuram ser claras e passíveis de serem criticadas.

Este percurso tem associado uma grande responsabilidade ética sempre associada à procura da verdade, exigindo rigor, isenção, persistência e humildade (Martins, 2008).

Sendo uma investigação efetuada no domínio da ciência de Enfermagem, a mesma não foge às exigências e requisitos anteriormente referidos. Estes princípios, sendo comuns a outras investigações, têm, no entanto, particularidades inerentes à disciplina científica que lhe serve de base (Martins, 2008).

Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros define quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

A investigadora reconhece a importância desta investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados às parturientes, alicerçando e consolidando ao nível do saber e da ciência e ainda demonstrando aos outros os fundamentos sobre os quais se sustenta a prática clínica, dando um forte contributo para a visibilidade social da Enfermagem (Martins, 2008).

Assim, tendo em conta os pressupostos já citados anteriormente e definido a temática em estudo “A Tomada de Decisão dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica: fatores que influenciam a realização da episiotomia no parto”, apresentamos e justificamos de seguida a metodologia selecionada tentando fundamentar continuamente a nossa trajetória de recolha e análise de dados, sem esquecer as considerações éticas e os critérios de validação, subjacentes a uma investigação qualitativa.

4.1 - OPÇÃO METODOLÓGICA

Esta investigação pretendeu estudar a “Tomada de Decisão dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica: fatores que influenciam a realização da episiotomia no parto”, sendo os objetivos descrever o conceito de tomada de decisão dos EESMO, conhecer os fatores facilitadores que influenciam a tomada de decisão dos EESMO para a realização da episiotomia, conhecer os fatores dificultadores que influenciam a tomada de decisão dos EESMO para a realização da episiotomia e conhecer as necessidades de formação específica na área dos cuidados especializados em ESMO relativamente à episiotomia.

A investigadora optou por uma metodologia qualitativa do tipo exploratório-descritivo, com a análise de conteúdo segundo Bardin (2016).

Um dos aspetos que melhor caracteriza a investigação qualitativa, é a sua progressão de forma circular (Gerrish & Lathlean, 2016).

Segundo Amado (2014) a investigação qualitativa consiste numa pesquisa sistemática, sustentada em princípios teóricos (multiparadigmáticos) e em atitudes éticas, realizada por indivíduos informados (teórica, metodológica e tecnicamente) e treinados para o efeito.

A investigação qualitativa tem como objetivo obter junto dos sujeitos a investigar (amostras não estatísticas, casos individuais e casos múltiplos) a informação e a compreensão (o sentido) de certos comportamentos, emoções, modos de ser, de estar e de pensar (modos de viver e de construir a vida) (Amado 2014).

O principal objeto de estudo desta investigação é o processo de tomada de decisão dos enfermeiros, sendo a tomada de decisão o culminar da etapa conduzida pelo raciocínio. Os enfermeiros tomam decisões, pois fazem juízos sobre as reais necessidades das pessoas e delinham as intervenções que vão implementar (Silva, 2011).

Na prática clínica de enfermagem, tem-se tornado cada vez mais frequente, a necessidade de resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados, tal como o que estamos a analisar: “Quais os fatores que influenciam a tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica na realização da episiotomia no parto?”, sendo fundamental na prática clínica dos enfermeiros a capacidade de combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar (Prazeres, 2020).

Trata-se de uma temática cada vez mais estudada, o que podemos verificar pela mudança gradual que se tem vindo a verificar ao nível da prática e dos resultados, no entanto, acreditamos que é necessário continuar a desenvolver conhecimento a este nível de modo a continuar a melhorar a assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto, promovendo uma experiência positiva de parto, assim como a vivência positiva do pós-parto. Consideramos, portanto, a abordagem qualitativa adequada para a concretização dos objetivos a que nos propomos nesta investigação (CPDO, 2022 e OMS, 2018).

4.2 – TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS

Perante as preocupações que se mantêm sobre os cuidados obstétricos que se prestam às grávidas e parturientes durante o trabalho de parto e parto, e tendo em conta a taxa de prevalência da episiotomia em Portugal, desenvolveu-se um estudo qualitativo, exploratório e descritivo de nível I, partindo da questão de investigação: “Quais os fatores que influenciam a tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica na realização da episiotomia no parto?”.

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório e descritivo de nível I, pois tendo em conta a questão de investigação e o objeto de estudo, a investigadora entende ser a

metodologia mais adequada de modo a obter informações mais precisas para a investigação, assim como informações adicionais que poderão ser pertinentes para os resultados (Cordeiro *et al*, 2023)

Os objetivos deste estudo foram:

- Descrever o conceito de tomada de decisão dos EESMO;
- Conhecer os fatores facilitadores que influenciam a tomada de decisão dos EESMO para a realização da episiotomia;
- Conhecer os fatores dificultadores que influenciam a tomada de decisão dos EESMO para a realização da episiotomia.
- Conhecer as necessidades de formação específica na área dos cuidados especializados em ESMO relativamente à episiotomia.

4.3 – SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para a seleção dos participantes foram definidos os seguintes critérios de inclusão: os participantes, que trabalhem na zona centro do país, com título de especialista válido, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, que prestem cuidados especializados na área da saúde materna e obstétrica, há um ano ou mais em contexto de sala de partos, que falem e compreendam a língua portuguesa, aceitem participar neste estudo e assinem o consentimento informado.

A seleção dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) foi efetuada segundo uma amostragem por conveniência tipo bola de neve. Foram convidados para a realização da entrevista os participantes que demonstraram interesse em participar, que foram ao encontro dos critérios de inclusão e assinaram o consentimento informado.

Foram nove participantes (Quadro 1) que se disponibilizaram a participar no estudo. Foram abordados entre outubro de 2022 e março de 2023, por telefone, e-mail ou pessoalmente. Através destas vias, tomaram conhecimento dos objetivos do estudo, leram o consentimento informado e assinaram, estando garantidas a confidencialidade da sua identidade e respetivo anonimato.

Tendo em conta o método de seleção dos participantes e a natureza do tipo de estudo, os conhecimentos que deste possam advir não são passíveis de ser generalizados para a população, sendo apenas aplicáveis à amostra estudada, contudo é perfeitamente válida a sua contribuição para realização de estudos posteriores ocorridos em contextos idênticos.

4.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

De forma a realizar a recolha de dados aos participantes que aceitaram participar neste estudo, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas com recurso a um guião orientador (Apêndice 1), de modo a obter resposta aos objetivos do estudo e consequentemente, à questão de investigação.

A entrevista semiestruturada constitui-se como uma excelente fonte de dados, pois permite entrar no mundo da outra pessoa, onde o investigador, através do desenvolvimento de uma relação empática e demonstrando um interesse profundo pela sua história, ajuda os participantes a descreverem as suas experiências vividas, fazendo uso da reflexão, da clarificação, do pedido de exemplos e descrições, seguindo o seu raciocínio, mas sem liderar a conversa (Fortin, 2009).

A construção do guião da entrevista teve por base os objetivos do estudo tendo sido considerados quatro domínios na construção da entrevista semiestruturada: o conceito de tomada de decisão em enfermagem; fatores facilitadores da tomada de decisão dos participantes para realizar a episiotomia, fatores dificultadores na tomada de decisão dos participantes para a realização da episiotomia e necessidades de formação específica relativamente à episiotomia. De seguida foram elaboradas cinco questões norteadoras, às quais associamos questões exploratórias (Apêndice 1).

Foi construído o guião da entrevista semiestruturada e realizada uma entrevista de treino no sentido de rever a técnica e reformular o guião caso fosse necessário.

Na realização da entrevista preliminar, houve necessidade de acrescentar outras questões que não faziam parte do guião, com o objetivo de clarificar ideias ou sentimentos, por vezes repetir parcialmente as respostas ou reformular as questões no sentido de aprofundar a resposta do participante.

A realização da entrevista semiestruturada tinha como pressupostos que a antecediam: a apresentação da investigadora, a leitura da carta informativa pelo participante com o esclarecimento de dúvidas (Apêndice 2), a leitura e assinatura do termo de consentimento informado (Apêndice 3), e pedido de autorização para a gravação áudio conforme explícito no consentimento informado.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de outubro de 2022 e abril de 2023 e tiveram uma duração máxima de quarenta minutos. O local onde as entrevistas decorreram teve em conta a disponibilidade e o conforto dos participantes e a maioria ocorreu por telemóvel ou via Zoom. Foram realizadas nove entrevistas. Estas foram gravadas com recurso a um gravador digital (telemóvel) e computador e foram preservadas em suporte áudio, informático e papel, para que o seu acesso fosse possível, se necessário, sendo os dados apagados após a sua transcrição.

Após a realização de cada entrevista houve a preocupação de realizar a sua transcrição o mais precocemente possível, de forma a promover a memória de pormenores importantes, nomeadamente o registo de observações sobre a comunicação não verbal e assim preservar ao máximo o conteúdo da narrativa gerada e poder realizar uma análise o mais fiável e objetiva possível. A transcrição das entrevistas foi integralmente realizada pela investigadora.

O processo de análise dos dados iniciou-se logo após a sua recolha e foi decorrendo sempre em simultâneo, aspeto fundamental para determinar o momento de saturação dos dados, aquele momento em que os dados deixam de trazer aspetos novos à investigação, o que considerámos ter atingido com a concretização de 9 entrevistas.

Após cada transcrição, estas foram reencaminhadas, via e-mail aos respetivos entrevistados de modo a validarem o conteúdo das mesmas.

De seguida foi efetuada análise de conteúdo segundo Bardin (2016)

4.5 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS

O olhar da ética nesta investigação abrangeu todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores. E quando se refere «todas as etapas do processo» é mesmo do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência e definição do problema a estudar à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos apropriados de colheita e análise de dados, da confrontação de resultados de outros estudos às regras de publicação e disseminação dos resultados (Nunes, 2020).

Entre os requisitos a considerar na avaliação ética desta investigação incluem-se: a relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes, especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como o anonimato dos sujeitos e a proteção dos dados em todas as fases do estudo. A investigação, sejam quais forem os caminhos epistemológicos e metodológicos que prossiga, rege-se por regras relativas à proteção das pessoas. Por isso é importante reiterar "o primado do ser humano" sobre o interesse da sociedade e da ciência bem como atenção particular quando os sujeitos em estudo são considerados vulneráveis (Nunes, 2020)

Sem dúvida que os princípios éticos gerais se aplicam - ainda assim, no posicionamento da Enfermagem como ciência humana, os enfermeiros têm preocupações adicionais com o

bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pela dignidade, direitos e integralidade das pessoas (Nunes, 2020).

Em 2014, com a publicação da Lei n.º 21/2014 de 16 de abril, Lei da Investigação Clínica, a realização de todo o estudo clínico "é obrigatoriamente precedida de parecer favorável de comissão de ética competente, a emitir no prazo de 30 dias, sem o qual o estudo não pode ser realizado". Os estudos primários têm um quadro regulamentar nacional bem definido, sejam experimentais, quase experimentais ou observacionais (Diário da República, 2014).

Assim, para garantir e salvaguardar estes princípios éticos foi pedida a apreciação do projeto na Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) que deu o parecer favorável n.º P873_04_2022 para a realização do estudo (Anexo 1).

Em todo o processo de investigação procurou-se salvaguardar os direitos fundamentais dos participantes no estudo, nomeadamente o direito à informação completa sobre o mesmo, à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade e à proteção contra o desconforto e o prejuízo. Desta forma foi lido e assinado o Consentimento Informado por todos os participantes, onde foram fornecidas previamente todas as informações sobre o contexto do estudo, os seus objetivos e o método de recolha de dados através de uma linguagem clara, de forma a permitir-lhes decidir a sua participação ou não, de forma livre e voluntária. Foi também explicada a possibilidade de interromper a sua colaboração em qualquer fase da entrevista, e da possibilidade de esclarecimento de dúvidas pela investigadora. Durante o decorrer das entrevistas procurámos respeitar sempre a extensão da informação partilhada pelos participantes, protegemos a sua identidade através da codificação das entrevistas no presente relatório e a confidencialidade de toda a informação por eles partilhada. Todo o material áudio utilizado nas gravações foi destruído após a transcrição e codificação das entrevistas.

4.6 - ANÁLISE DOS DADOS

Para a realização da análise dos dados deste estudo, uma vez que se trata de um estudo descritivo-exploratório nível I de natureza qualitativa, a investigadora utilizou o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2016).

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, através de um processo organizado em três momentos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, utilizando métodos como a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase da organização propriamente dita e corresponde a um período de intuições com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de forma a conduzir a um esquema preciso para o desenvolvimento das operações seguintes.

A exploração do material consiste numa fase longa e fastidiosa constituída por operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

O tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação permite tratar os dados em bruto de forma a que estes possam ser significativos e válidos, podendo ser utilizadas operações estatísticas simples ou mais complexas para obter quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos que condensem e deem relevo às informações obtidas pela análise.

A inferência pretende deduzir de maneira lógica, é o procedimento intermédio, que vem permitir a passagem explícita e controlada da primeira fase, a descrição, que consiste na enumeração das características do texto, resumida após tratamento, para a última, a interpretação, que concede significação a essas características (Bardin, 2016).

No decorrer do processo de categorização, procurou-se respeitar cinco princípios básicos, indicados por Bardin (2016) face às unidades de significação, nomeadamente: a homogeneidade, em que uma categoria tem que conter em si apenas um registo e uma dimensão da análise; a exaustividade, que contempla uma análise profunda e pormenorizada; a exclusividade, na qual cada unidade de significação só pode pertencer a uma categoria; a objetividade, que presume que as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha, devem ser codificadas da mesma maneira mesmo quando submetidas a várias análises; a pertinência e a adequação, as quais subentendem que as unidades de significação devem estar adaptadas ao conteúdo e aos objetivos do estudo.

Neste estudo o sistema de classificação obtido resultou da classificação analógica e progressiva dos elementos pela investigadora.

4.7 - CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

O objetivo principal da metodologia qualitativa é descrever um problema que ainda não é amplamente conhecido e caracteriza-lo, ou seja, explorar um conceito que leva à descrição de uma experiência ou atribui significado a essa experiência. Foca-se no “o quê”, “como” e “porquê” (Fortin, 2009; Gerrish e Lathlean, 2016).

Elementos de verificação da confiabilidade (Gerrish & Lathlean, 2016):

1) Credibilidade: que a investigação seja credível – valor de verdade do processo de recolha e análise dos dados, de modo a garantir que as conclusões do investigador sejam

fiéis ao fenómeno estudado e aos pontos de vista dos participantes, que os resultados sejam credíveis. Exatidão da descrição do fenómeno vivido.

2) Transferibilidade: a possibilidade de transferir os resultados para outras situações, mesmo até em outros meios, outras populações.

3) Dependabilidade: capacidade de, fornecendo os mesmos dados a outro investigador, que as conclusões sejam as mesmas, de modo a que possa ser replicado noutros contextos ou confirmado por outros investigadores.

4) Confirmabilidade (Integridade): assegurar que os resultados refletem a situação ou fenómeno em estudo e não as ideias e desvios do investigador. Atinge-se a segurança quando a credibilidade está garantida! Procura-se a neutralidade, de maneira que dois investigadores diferentes, seguindo a mesma metodologia, chegassem a resultados semelhantes.

A este respeito, podemos afirmar que a investigadora estabeleceu de facto um contacto prolongado com o assunto em estudo, através da pesquisa prévia efetuada, da sua experiência prática em Ensino Clínico na Sala de Partos, e em todo o processo de realização das entrevistas, da tomada de notas de campo, da atenção durante a realização das mesmas, de forma a assegurar que os participantes compreendiam as questões e respondiam ao que era esperado, da sua audição e transcrição imediatas e nas suas muitas leituras.

Outra forma de promover a credibilidade foi, após a transcrição das entrevistas, solicitar aos participantes que verificassem se os relatos correspondiam de facto aos seus valores, opiniões e experiências e caso necessário proceder às devidas alterações.

De modo a garantir a confiança do estudo, a professora orientadora fez o acompanhamento de todo o processo, verificando as entrevistas em áudio, as transcrições, as notas de campo e o processo de codificação preliminar até à estrutura final dos resultados, assegurando a confiança e a confirmabilidade do estudo.

Em relação à transferibilidade dos resultados, esta não poder ser especificada pelo investigador, este fornece informações que poderão ser usadas pelo leitor do estudo, o qual poderá então verificar se os resultados se aplicam a uma nova situação, ou seja, a determinação da transferibilidade é dos potenciais utilizadores dos resultados e não do investigador. No entanto, a sintonia e concordância da maioria das categorias e subcategorias identificadas neste estudo com evidências de outros estudos já publicados, permitem compreender a transferibilidade dos resultados desses estudos para o nosso estudo e vice-versa. Além disso, neste estudo a riqueza das descrições constitui uma estratégia valiosa para aumentar a transferibilidade as quais são adequadas ao tema descrito e utilizam linguagem do participante, transmitindo ao leitor a base para entender a

forma como os dados foram interpretados e apresentados pelo investigador. (Loureiro, 2006; Streubert & Carpenter, 2013).

De seguida apresentamos os resultados com uma organização estrutural dos elementos essenciais de forma a facilitar a sua compreensão.

5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à caracterização da amostra e à apresentação dos resultados conforme foram interpretados e organizados em domínios, categorias e subcategorias de nível I e de nível II de acordo com as unidades de registo provenientes das entrevistas realizadas aos participantes, assim como, a discussão dos mesmos face à evidência científica encontrada.

5.1 - CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistadas 9 Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), que respondiam aos critérios de inclusão e exclusão, que aceitaram participar no estudo mediante leitura do consentimento informado e respetiva assinatura. A amostra foi selecionada segundo uma amostragem não intencional através bola de neve. No quadro 1 apresentam-se as características das participantes sendo na sua totalidade do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 27 e 63 anos, com tempo de experiência na sala de partos que varia entre os 2 e os 28 anos.

Quadro 1: Caracterização das participantes

Identificação	idade	sexo	Tempo de experiência na sala de partos
E.2	27	feminino	2 anos
E.7	43	feminino	5 anos
E.6	37	feminino	10anos
E.1	41	feminino	11 anos
E.9	46	feminino	13 anos
E.3	52	feminino	15 anos
E.5	55	feminino	21 anos
E.4	60	feminino	25 anos
E.8	63	feminino	28 anos

5.2 - DOMÍNIOS DO ESTUDO

Da análise das unidades de registo das participantes emergiram dois domínios: 1) fatores que contribuem para a tomada de decisão de realização da episiotomia e 2) fatores que contribuem para a tomada de decisão de não realização da episiotomia.

No primeiro domínio emergiram três categorias: bem-estar fetal, bem-estar materno e prevenção da laceração. Na categoria bem-estar fetal sobressaíram duas subcategorias de nível I: Encurtamento do 2.º estadio do Trabalho de Parto (TP) e Medo. Na categoria bem-estar materno sobressaíram duas subcategorias de nível I: episiorrafia, cicatrização/dor e na categoria prevenção da laceração sobressaíram duas subcategorias de nível I: a experiência e o medo/incerteza.

No segundo domínio emergiram duas categorias: o conhecimento e a autodeterminação da mulher. Na categoria conhecimento surgiram duas subcategorias de nível I: autonomia e formação. Na categoria autodeterminação da mulher surgiu uma subcategoria de nível I: plano de parto.

De seguida apresentamos, esquematicamente, os resultados através da figura 3, de modo a facilitar a compreensão dos mesmos.

5.2.1 - Domínio 1: Fatores que contribuem para a tomada de decisão de realização da episiotomia

Apresentamos em seguida, com mais pormenor, os resultados relativos a cada categoria emergente deste domínio.

Como referimos, dos fatores que contribuem para a tomada de decisão de realização da episiotomia emergiram três categorias: bem-estar fetal, bem-estar materno e prevenção da laceração.

- Categoria: Bem-estar fetal

Da análise das unidades de registo das participantes na categoria bem-estar fetal sobressaíram duas subcategorias de nível I: Encurtamento do 2.º estágio do trabalho de parto e o medo.

Através da figura 3 podemos observar, de uma forma esquemática os resultados decorrentes da análise das unidades de registo das entrevistas das participantes relativamente à categoria bem-estar fetal e respetivas subcategorias de nível I, das quais emergiram várias subcategorias de nível II que retratam as preocupações dos participantes face a esta fase do TP e a razão pela qual realizam a episiotomia.

A realização da episiotomia surge no discurso dos participantes como uma intervenção, por vezes necessária, uma vez que, havendo evidências de que o feto pode estar em hipoxia é necessário realizar uma extração rápida, há o sentimento de medo associado ao estado fetal e o que dali pode advir.

Segundo a Norma de Orientação Clínica da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal (2022) a episiotomia é tradicionalmente utilizada para encurtar o 2.ºestadio do TP quando existe suspeita de hipoxia fetal ou quando existe sinal de laceração perineal eminente. Contudo a evidência científica para estas indicações não é robusta e é baseada em estudos descritivos e retrospectivos (Muraca, et al., 2019; SPOMMF, 2022).

O trabalho de parto e período expulsivo prolongados encontram-se associados diretamente à realização da episiotomia, sendo geralmente recomendada a prática com objetivo de diminuir o sofrimento fetal. Porém, segundo Guimarães, Silva, Matos e Douberin (2018), a duração prolongada do trabalho de parto e do período expulsivo não são preditores de sofrimento fetal, pelo que não é evidente a realização da episiotomia.

- Subcategoria nível I: Encurtamento do 2.º estadio do Trabalho de Parto

Relativamente à subcategoria de nível I Encurtamento do 2.º estadio do Trabalho de Parto, os profissionais são unânimes que, para o desenho do plano de ação dos EEESMO quanto à realização da episiotomia, esta é realizada sempre que se pretende o abreviar do período expulsivo a fim de assegurar o bem-estar fetal.

Nenhuns danos causados pela a episiotomia se sobrepõem ao bem-estar fetal, o que podemos verificar pelo discurso dos participantes (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8), com exceção do E9, que não fez referência a este facto.

“(...) se eu verificar que, realmente está a desacelerar, que existe uma desaceleração fetal e que o parto tenha que ser mais rápido, aí sim, tenho que fazer uma episiotomia...” (E1).

“(...) só se eu tiver um mau foco. É a diferença entre eu ter um bebé que nasce bem ou que nasce mal” (E2).

“(...) abreviar também o período expulsivo em função da situação do feto.” (E3).

“(...) a episiotomia é feita, com o objetivo de ser mais rápida a extração do bebé, para ele não ficar em sofrimento (...)” (E4).

“(...) que o bebé está a ser impedido de sair pelo períneo de uma forma rápida e que o bebé não tem um registo que me tranquilize (...)” (E5).

“(...) eu realizo a episiotomia quando tenho de abreviar o período expulsivo (...) é preciso que o bebé nasça rapidamente (...)” (E6).

“Tem mais a ver mesmo com o momento do nascimento e com a necessidade de muitas vezes, de se aligeirar esse tempo, porque o bebé pode não estar bem.” (E7).

“(...) que o recém-nascido, que eu veja que ele está em sofrimento, que é um período expulsivo muito arrastado, que aquele bebé precisará de nascer rápido.” (E8).

- Subcategoria nível I: Medo

Relativamente à subcategoria de nível I medo, sabemos que este está implícito na tomada de decisão de realizar a episiotomia, no que diz respeito ao bem-estar fetal. Apesar da maioria dos participantes verbalizarem, por diversas vezes, indicadores representativos de um estado fetal não tranquilizador que os levaria a tomar a decisão de realizar a episiotomia de modo a garantir a saúde e bem-estar do fetal durante o parto e à posteriori, apenas o E4 verbaliza claramente este facto.

“(...) vale mais (fazer episiotomia) do que aquela criança estar ali a bater a bater...e depois vir a ter problemas.” (E4)

- Categoria: Bem-estar Materno

Da categoria bem-estar materno emergiram duas subcategorias de nível I episiorrafia e cicatrização/dor.

A análise dos resultados decorrentes das unidades de registo das participantes relativamente à categoria bem-estar materno e respetivas subcategorias de nível I, das quais emergiram várias subcategorias de nível II que retratam as preocupações dos participantes relativamente ao bem-estar materno apresentam-se esquematicamente na figura 3.

As Normas de Orientação Clínica da SPOMMF (2022), referem a existência de poucos estudos que avaliaram a experiência da dor associados aos diferentes graus de laceração perineal e à episiotomia.

Ainda assim, mulheres com episiotomia e lacerações de segundo grau reportam igual experiência de dor no primeiro dia após o parto, no entanto no quinto dia após o parto as puérperas com episiotomia referem maior dor comparativamente às mulheres com lacerações de segundo grau. A taxa de infeção da ferida perineal varia entre 0,3% - 10%. A taxa de discência varia entre 0,4% - 13%, sendo que os resultados não apresentam diferenças entre episiotomias/episiorrafia e lacerações espontâneas/reparações perineais (Andrews V, 2008; Johnson, Thakar, e Sultão, 2012; Fodstad, Catrine, e Laine, 2014).

- Subcategoria nível I: Episiorrafia

Relativamente à subcategoria de nível I, episiorrafia, esta é mencionada pelas participantes E2, E4, E5 e E8 referindo que, a episiorrafia de uma episiotomia é mais fácil de executar do que a reparação perineal de uma laceração, assim como também fazem referência à quantidade de fio de sutura utilizado e o fato de a episiotomia permitir uma sutura mais linear.

Apesar deste discurso das participantes relativamente à maior facilidade de realizar uma episiorrafia a uma episiotomia, através das unidades de registo, podemos verificar que este não é um fator preponderante na tomada de decisão para a realização da episiotomia é apenas um fato sobre a episiorrafia.

“(...) a reconstituição para nós é um desafio (...)” (E2).

“(...) nem que se tenha de dar um pequeno golpe, porque é mais fácil de suturar(...)” (E4).

“(...) nós para corrigirmos uma laceração, acabamos por utilizar mais fio e mais pontos (...)” (E5).

“(...) a episiotomia é mais direitinha (...)” (E8)

- Subcategoria nível I: cicatrização/dor

Relativamente à cicatrização/dor, o discurso dos participantes não é unânime no que se referem à cicatrização e dor decorrentes da episiotomia ou da laceração. Esta discrepância de discursos encontra a sua razão na fundamentação teórica de cada um dos intervenientes. Através da análise das unidades de registo do discurso dos E1, E4, E5 E8 podemos verificar que estes mantêm a episiotomia na sua base de atuação, acreditando que esta é mais benéfica quanto à cicatrização e dor. Apenas o E2, E7 e E9 referem o contrário, fundamentando teoricamente a sua atuação, indo ao encontro da evidência científica já mencionada.

“(...) pode ocorrer uma laceração de 2.º ou 3.º grau e isso ser, depois, muito pior ao nível da cicatrização (...) ao nível da dor e mobilidade (...)” (E1).

“(...) isto vai lacerar e depois a laceração vai ser muito pior ao nível de dor e mobilidade (...) e prefiro fazer uma episiotomia mais pequenina do que lacerar.” (E1).

“(...) a nível de trauma perineal, de recuperação pós-parto, se tiveres uma laceração, as mulheres estão em pé, em duas horas, sem dores (...)” (E2).

“(...) nem que se tenha de dar um pequenino golpe (...) é melhor a cicatrização...” (E4).

“(...) as lacerações, se não forem grandes, a recuperação é rápida e a noção que eu tenho, é que têm menos dor.” (E4).

“(...) Se as lacerações forem maiorzinhas (...) a noção que eu tenho, é que depois é mais doloroso que se fosse uma episio direitinha (...)” (E5).

“Sempre que faço uma episiotomia que seja muito pequenina, para que, se tiver que haver laceração da zona do musculo, que seja uma laceração natural” (E7).

“(...) quando são lacerações elas não estão tão queixosas.” (E7).

“não manifestam tanta dor. Numa episiotomia sim. (...) Sei que, também há evidência, efetivamente que, com laceração a mulher manifesta menos dor (...)” (E7).

“(...) se for uma laceração de segundo grau (...) de terceiro e quarto grau, é evidente que é preferível fazer uma episio (...)” (E8).

“(...) Em termos de cicatrização a episiotomia é benéfica.” (E8).

“Em termos de recuperação pós-parto, daquilo que é o feedback das utentes (...) é mais benéfico uma laceração” (E9).

- Categoria: Prevenção de laceração

Na categoria prevenção de laceração emergiram duas subcategorias de nível I: o medo/ incerteza e a experiência.

A laceração perineal é classificada como primeiro grau, quando afeta a pele e a mucosa vaginal; segundo grau, quando se estende até os músculos perineais; terceiro grau, quando atinge o músculo do esfíncter do ânus e quarto grau, quando a mucosa retal é lesionada (Jesus, 2023).

A episiotomia pode ser comparada a uma laceração de 2º grau, levando em consideração que ambas afetam fibras musculares do períneo e necessitam de sutura. Além disso, há evidências consistentes de que seu uso deve ser desencorajado, uma vez que aumenta a probabilidade de lacerações de 3º e 4º graus. A realização da episiotomia acarreta várias complicações, como extensão da lesão perineal, podendo predispor a lacerações graves por atingir o esfíncter anal e reto, hemorragia, edema, maior risco de infecção, problemas de cicatrização, dispareunia e dor perineal após o parto (Jesus (2023) e Pelissari, et al., 2022).

De acordo o Consórcio Português de Dados Obstétricos (CPDO) (2022), durante os 12 meses do ano de 2022, de um total de 27377 nascimentos, 18333 foram partos vaginais, sendo a taxa de episiotomia de 32,81%. De um total de 18333 partos vaginais, ocorreram 2578 lacerações de 2.º grau, e 206 lacerações de 3.º e 4.º grau.

O ano civil de 2019 registou uma taxa de episiotomia de 45,8%. Em comparação com o ano civil de 2022 cuja taxa de episiotomia se fixou nos 32,81%, podemos verificar que houve uma diminuição da taxa de episiotomia de 12,99% em quatro anos. No entanto, apesar da diminuição da taxa de episiotomia, o número de lacerações de 2.º, 3.º e 4.º grau mantiveram-se constantes (CPDO, 2022).

O CPDO não representa os dados ao nível nacional, no entanto, oferece um vislumbre da realidade do no nosso país, sendo que os últimos dados nacionais foram publicados em 2010 pelo European Perinatal Health Report - Health and Care of Pregnant Women and Babies (2010) cuja taxa de episiotomia em Portugal era cerca de 72%.

A experiência e a mobilização adequada do saber são sem dúvida, dois dos fatores que mais contribuem para a tomada de decisão consciente e com melhores resultados. A diferença na elaboração do diagnóstico mais adequado traduz-se em decisões para ação mais eficazes. Naturalmente esta forma de decisão intuitiva e experiente é também fonte de conflitos, pois pode ser confundida com “o deitar a adivinhar” e por isso não corresponder a um corpo de conhecimentos científicos com base na evidência (Nunes, 2007).

Podemos verificar, a partir da análise das unidades de registo do discurso dos participantes, que todos referem que a realização da episiotomia ocorre no sentido de prevenir uma laceração, no entanto, verificamos que o grau da laceração que pretendem prevenir não é unânime, havendo participantes que referem que realizam episiotomia pra prevenir lacerações desde o segundo grau. Isto é, com medo que ocorra uma laceração, recorrem à episiotomia como medida preventiva.

De um modo geral, todos referem que têm medo da ocorrência de lacerações de terceiro e quarto grau. Aliás, é evidente que este será o principal receio ao nível das lacerações, tal como poderemos observar através das respetivas unidades de registo.

De seguida apresentamos o discurso dos participantes relativamente às subcategorias de nível I, medo/incerteza e experiência.

- Subcategoria nível I: Medo/incerteza

Dentro do medo da ocorrência de lacerações verbalizado por todos os participantes com exceção de E2 e E7, também encontramos no discurso de alguns participantes o medo da crítica e a pressão exercida por outros profissionais para a realização da episiotomia (E2, E7 e E9).

“(...) às vezes quando eu penso que vai lacerar e para prevenção de grandes lacerações (...)” (E1).

“(...) a minha dificuldade é ter a certeza (...) acho que nunca se pode ter a certeza se vai lacerar ou não (...)” (E1).

“(...) quanto mais experiência temos na sua não execução, melhor e a nossa avaliação no sentido de fazer ou não.” (E3).

“(...) em vez de arranjar ali uma laceração, eu prefiro fazer a episio.” (E4).

“(...) onde há mais indecisão é naquela situação em que faço uma episio pequenina e resolvo a questão e não vou estar aqui a protelar porque pode rasgar ainda mais (...)” (E5).

“(...) não há ali uma certeza do que é que pode vir a acontecer, pelo sim, pelo não, se calhar é melhor mesmo fazer um bocadinho de episio (...)” (E5).

“(...) realizo episiotomia quando percebo atempadamente que vou ter uma laceração grave.” (E6).

“(...) tendemos a não utilizar determinados conhecimentos, com receio da crítica dos outros (...). (E7).

“Tudo o que é mudança, vem sempre com um bocadinho de crítica, por isso é que temos de ter muita segurança no que estamos a fazer(...)” (E7).

“(...) Tu cortas um centímetro, sabes as estruturas que cortas, enquanto que numa laceração tu não sabes e se for para o ânus e se for para outros lados, é muito mais grave.” (E8).

“(...) muitas vezes somos pressionados (...) a realizar o ato (...)” (E9).

“(...) muitas vezes estamos a realizar o parto (...) estão atrás de nós a dizer: “vai rasgar”, “vai ter laceração”, “faz episiotomia” (...) (E9).

“E às vezes é difícil (...) contrariar essa pressão que estamos a sentir, que existe.” (E9).

- Subcategoria nível I: Experiência

Relativamente à subcategoria experiência, podemos verificar que a maioria dos participantes invoca frequentemente a sua experiência como garantia da sua tomada de decisão (E1, E3, E4, E5, E6, E8), sendo que, apenas três (E2, E7 e E9) justificam as suas intervenções, nomeadamente a realização da episiotomia, baseando-se em referências científicas, sendo a sua experiência importante, mas dando uma importância acrescida ao conhecimento científico que se tem vindo a desenvolver nesta área específica.

De seguida analisaremos as unidades de registo relativas ao discurso dos participantes no que concerne à subcategoria de nível I, Experiência.

“(...) tomada de decisão baseada através da evidência científica (...)” (E1).

“(...) a inexperiência também pode dificultar essa tomada de decisão (...) (E1)

“(...) não é um períneo elástico, mas se tu tiveres um bebé à vulva dez minutos, quinze minutos...ele vai ser elástico.” (E2).

“(...) a autonomia tem de ser baseada em pressupostos de experiência (...)” (E3).

“(...) eu não arrisco a fazer um parto normal numa mulher que eu vejo que aquilo não vai passar (...)” (E4).

“(...) aquelas coisas que a prática nos diz, nós esperamos mais tempo, e ao esperar mais tempo, faz-se mais partos sem episio (...)” (E5).

“É a minha prática mesmo, porque supostamente as guidelines é pra não se fazer episiotomia em caso nenhum...eu oriento-me mesmo pela prática.” (E6).

“(...) as pessoas trabalham durante anos e anos sob uma determinada metodologia, estava tudo muito bem-adaptado (...)” (E7).

“(...) a experiência que eu tenho (...)” (E8).

“(...) pela experiência que eu tenho, a realização da episiotomia faço-a (...)” (E8).

“Olha o que eu acho é que eles (OMS) não estão no trabalho, têm muita teoria, mas depois, concretamente não estão ali (...) na teoria é tudo muito bonito.” (E8).

“as posições, isso não tenho a menor dúvida. Mas também isso não quer dizer que não se tenha de fazer episiotomia.” (E8).

“(...) no meu trabalho essa decisão é de acordo com a minha experiência e com os conhecimentos que tenho (...)” (E9).

5.2.2 - Domínio 2: Fatores que Contribuem para a Tomada de Decisão de Não Realizar Episiotomia

Como podemos verificar, através do esquema geral dos resultados da figura 3, no domínio 2, fatores que contribuíram para a não realização da episiotomia, emergiram duas categorias: o conhecimento e a autodeterminação da mulher.

Apresentamos de seguida os resultados relativos a cada categoria emergente deste domínio.

- Categoria: Conhecimento

Da análise das unidades de registo do discurso dos participantes, na categoria conhecimento sobressaíram três subcategorias de nível I: autonomia, formação e experiência.

Na figura 3 estão representados esquematicamente os resultados da análise das unidades de registo do discurso dos participantes, também relativamente ao domínio 2) para a categoria conhecimento e respetivas subcategorias de nível I, donde surgiram as subcategorias de nível II.

Relativamente à subcategoria de nível I - Autonomia, esta pode estar relacionada com várias circunstâncias, no entanto, aquela que nos apraz referir, está relacionada com o ser humano e a sua atuação, e neste caso mais específico, com a atuação do enfermeiro especialista.

De acordo com a Classificação Nacional das Profissões, na versão de 2011, a Enfermagem está colocada no "grande grupo" 2 - «Especialistas das profissões intelectuais e científicas», "sub-grande grupo" 2.2. «Profissionais de saúde», no nível de competências 4, que envolve a execução de tarefas que requerem a resolução de problemas complexos e a investigação de domínios específicos, diagnóstico e tratamento de doenças. O sub-grupo é «Profissionais de Enfermagem», inclui enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas. Tendo em conta a análise do contexto de exercício, somos uma profissão liberal, na essência do serviço e do compromisso, uma

profissão classificada como intelectual e científica e cujo modelo de regulação é de autorregulação.

Em enfermagem, o expoente máximo da conquista da autonomia dos enfermeiros está relacionado com o REPE (Diário da República, 2015) e com a criação da Ordem dos Enfermeiros com os seus estatutos e com o código deontológico (Ribeiro, 2009).

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Diário da República, 2015), veio caracterizar os cuidados de enfermagem, especificar a competência dos enfermeiros legalmente habilitados a presta-los e definir as suas responsabilidades, os seus direitos e os seus deveres, de modo a dissipar assim, dúvidas e prevenindo equívocos, por vezes suscitados, não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde, mas também, junto da população em geral.

A autonomia dos EESMO está regulamentada através do Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista e do Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio de 2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

A autonomia em enfermagem define-se como a capacidade do enfermeiro de cumprir os seus deveres profissionais de uma forma auto-determinada cumprindo os critérios legais, éticos e práticos da profissão (Ribeiro, 2009).

Para Ribeiro (2011) ser autónomo é assumir a responsabilidade das decisões tomadas. Os enfermeiros manifestam a sua autonomia quando prescrevem, realizam e avaliam as intervenções como resposta a um diagnóstico de enfermagem.

A autonomia profissional do enfermeiro corresponde à realização de ações de enfermagem por meio da utilização de habilidades, conhecimentos e atitudes para tomar decisões e resolver situações no seu espaço de atuação (Fentanes, Hermann, Chamma e Lacerda., 2011)

Segundo o Dicionário de Português Online - Léxico, autonomia significa: circunstância ou característica de autónomo; liberdade, emancipação ou independência ou designação atribuída ao direito ao livre arbítrio (liberdade de escolha) – que permite ao indivíduo estar preparado ou habilitado para tomar as suas próprias decisões.

Assim, tendo como pressuposto as referências supracitadas, podemos verificar que, em enfermagem, a tomada de decisão é um tema central no conceito de autonomia, definindo-se autonomia como a liberdade de tomar decisões discricionárias e vinculativas consistentes com o âmbito da prática e liberdade para agir de acordo com as suas decisões (Ribeiro, 2009) e surge daí a regulamentação necessária à atuação do enfermeiro, do Enfermeiro Especialista e do EESMO.

Através da análise das unidades de registo do discurso dos participantes, podemos verificar que, estes conhecem a base de atuação dos EEESMO e a lei que a regulamenta, no entanto, é claro, que a sua atuação continua a ser, muitas vezes, condicionada por outras classes profissionais, o que os leva muitas vezes a tomar decisões sob pressão, ou por medo, pese embora a sua autonomia. A liberdade com que exercem essa autonomia é, muitas vezes condicionada.

Tendo em conta que, o não realizar episiotomia é uma realidade relativamente “recente”, é um novo indicador para a qualidade dos cuidados obstétricos, verificamos que, ainda existem diversos constrangimentos na sua não realização, desde logo, a capacidade dos enfermeiros tomarem a decisão de não a realizar, indo muitas vezes contra às expectativas de outros elementos integrantes das equipas de saúde, estando muitas vezes sujeitos a diversas pressões, às quais acabam por sucumbir por medo, não pondo em prática a sua autonomia, pondo em causa a sua liberdade de exercerem a sua autonomia.

Através do discurso dos EEESMO, podemos verificar que o domínio do conhecimento tem um papel fulcral na sua forma de atuação, nomeadamente, na mudança das práticas, tendo em conta o conhecimento científico que vai surgindo amiúde.

Assim, podemos verificar através das unidades de registo que se seguem, as dificuldades que surgem quanto à liberdade de exercer a sua autonomia na sua tomada de decisão e as consequências que isso traz para a mudança de práticas, nomeadamente para a não realização da episiotomia. Estas dificuldades relacionam-se não só com a resistência à mudança pelos pares, mas também pela falta de fundamentação teórica sobre os benefícios e/ou consequências da não realização da episiotomia.

- Subcategoria de nível I: Autonomia

Apresentamos as unidades de registo decorrentes do discurso dos participantes sobre a sua autonomia. Todos os participantes refletem sobre a sua autonomia, sendo que, é notório nos seus discursos que esta subcategoria sofre influência de vários fatores, principalmente da equipa multidisciplinar.

“(...) quando iniciei funções como especialista senti uma maior autonomia do que tenho neste momento.” (E1).

“(...) cada vez mais, os obstetras mais recentes (...) tentam retirar-nos mais essa tomada de decisão.” (E1).

“Claro que, tenho sempre de argumenta (...) mas sinto que sim, tenho autonomia.” (E1).

“(...) liberdade, interpreto liberdade por o médico dizer: olhe, se quiser fazer isto, pode fazer. Aí eu tenho essa liberdade para fazer isso.” (E1).

“Eu tapo a porta, na realidade eu tapo a porta, para ter essa liberdade e autonomia.” (E2).

“(...) sim, tenho autonomia para isso, embora a minha tomada de decisão tenha sempre por base o contexto onde trabalho” (E3).

“Na episio não, na episio, quem está a partejar é que toma a decisão, por norma as pessoas não interferem.” (E4).

“Sim, temos alguma autonomia.” (E5).

“Tenho autonomia” (E6)

“(...) mas eu tenho essa autonomia e tenho essa liberdade, agora, o que é que eu levo com isso, levo comentários, que o pessoal mais novo agora vem com estas manias... (E7).

“(...) eu tenho autonomia, mas acima de tudo, tenho liberdade para usar essa autonomia e com essa liberdade vem tudo o resto que daí há-de advir.” (E7).

“Se eu tomo uma decisão, estou a ser autónoma, sim, se não, não a tomo.” (E8).

“É assim, a liberdade é relativa, mas usualmente sim (...) a lei dá-me essa liberdade.” (E8).

“(...) muitas vezes somos pressionados, principalmente... pelos médicos. A equipa médica quando está presente pressiona-nos (...)” (E9).

“(...) vejo muitas vezes, nós estamos a realizar o parto, estarem por traz de nós a dizerem: vai rasgar, vai ter laceração, faz episiotomia (...)” (E9).

“Às vezes é difícil mantermos a concentração, de acordo com aquilo que nós estamos a avaliar e contrariar essa pressão que estamos a sentir, que existe.” (E9).

“Autonomia é a capacidade de decisão que tenho em decidir, de acordo com o meu conhecimento e de decidir o que é que vou fazer de acordo com o meu conhecimento e com a situação sem intervenção de outros.” (E9).

- Subcategoria nível I: Formação

Relativamente à subcategoria de nível I – Formação (conhecimento), podemos verificar que esta tem um papel fundamental nos diferentes modos de atuação dos participantes. É esta formação/conhecimento, de acordo com o que podemos depreender da análise das unidades de registo do discurso dos participantes, que lhes dá a liberdade necessária para por em prática as suas competências decorrentes da autonomia que lhes é conferida mediante decreto-lei citado anteriormente e legalmente habilitados para o efeito.

De seguida, apresentamos as unidades de registo resultantes do discurso dos participantes relativamente à formação. Como podemos verificar através das unidades de registo resultantes do discurso dos participantes, o E1, E2, E7, e o E8 fazem referência a

várias fontes na área da Saúde Materna e Obstétrica, não dando ênfase apenas à sua experiência e/ou prática.

“(...) fiz um curso com a XXXX na Ginográvidas e depois só em reuniões de serviço em que nós partilhamos como é que se devia fazer os planos, o fio de sutura que se utiliza...” (E1).

“a formação é muito importante para a minha tomada de decisão” (E1).

“estas formações deviam ser muito práticas” (E1).

“(...) a ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologist) (...) Eu sei que devia de ir às da Midwife, mas eu gosto da American Academi (...) (E2).

“(...) as da FIGO estão sempre um bocado atrás, eles baseiam-se um bocado no que os americanos veem dizer, então eu gosto de ir diretamente à fonte.” (E2).

“As indicações da OMS, para mim são as mais...e os estudos onde elas se apoiam...as indicações da OMS são muito bem fundamentadas em estudos que referem exatamente que é preciso mudar nesse aspeto, não é.” (E7).

“(...) mas acima de tudo, havia de haver mais formação sobre outras formas de parir, porque a episiotomia está muito relacionada com a forma como a mulher está durante o trabalho de parto.” (E7).

“Olha vou-me inscrever agora no congresso da APGO, onde tem um workshop sobre verticalidade e mobilidade.” (E7).

“(...) não é só sobre episiotomia (...) há necessidade de muita formação.” (E7).

“Claro que a OMS é sempre o nosso barómetro, e depois fui tentar procurar outros estudos sobre o assunto.” (E9).

- Subcategoria de nível I: Experiência

Em relação à subcategoria de nível I – Experiência, esta é muito particular, pois não depende necessariamente de evidência científica, mas sim da prática. No entanto, podemos verificar através das unidades de registo do discurso dos participantes que, quando esta experiência é associada a à evidência científica, temos uma prestação de cuidados mais maleável, mais aberta a novas práticas e a novas dinâmicas, enriquecendo francamente a segurança na prestação de cuidados. Quando a experiência é baseada em si mesma, e é posta em prática por imitação e conhecimento empírico, denota-se uma prática de cuidados estacionária, pouco dinâmica, com pouca articulação com a evidência mais recente.

Segue-se a apresentação das unidades de registo resultante do discurso dos participantes no que concerne à experiência. Podemos observar que o E1, E5, E6 e E8 baseiam a sua prática essencialmente na sua experiência, diminuindo por vezes, a importância da evidência científica. Este é um fato que se tem vindo a referir neste estudo como um fator essencial para a mudança das práticas, no entanto, é evidente que alguns profissionais sobrevalorizam a sua experiência em detrimento do conhecimento científico que lhe poderiam associar.

“(...) às vezes não corre tão bem e há lacerações maiores, mas é assim que nós aprendemos realmente a proteger os períneos e a aumentar a nossa autoconfiança e a nossa tomada de decisão, é através da experiência mesmo.” (E1).

“Evidência científica? Tentar perceber (...) é o que nos incutem, para cada vez menos fazermos episiotomia. A episiotomia é uma coisa a fazer só no extremamente necessário. (E5).

“Ah, as guidelines que eu me oriento? É na minha prática mesmo, porque supostamente as guidelines é para não se fazer episiotomia em caso nenhum...e eu oriento-me mesmo pela minha prática.” (E6).

“(...) pela experiência que eu tenho, a realização da episiotomia faço-a se aquele bebé, naquele momento está em sofrimento, há cansaço da mãe, aquele períneo não distende (...)” (E8).

“Pois eles (OMS) também não querem episios, mas pronto, é a tal coisa...na teoria é tudo muito bonito, o pior é que é preciso prática também...se calhar ainda têm pouca.” (E8).

- Categoria: autodeterminação da mulher

Quanto à categoria – Autodeterminação da mulher, surgiu a subcategoria: o plano de partos.

A figura 3 representa a visão esquemática dos resultados da análise do discurso dos dos participantes relativamente à categoria Autodeterminação da Mulher e respetivas subcategoria.

Relativamente à categoria autodeterminação da mulher, há um aspeto acrescido, que se prende com a sua escolha livre e informada, isto é, os profissionais devem ter em consideração toda a dimensão da mulher, tendo em conta as suas preferências, a informação que dispõem, indo ao encontro das suas expectativas e do convivente significativo e não apenas do seu bem-estar físico naquele momento, sendo este último indiscutivelmente fundamental, no entanto a atuação dos EEESMO não se pode prender apenas com a dimensão física.

Nesta categoria, autodeterminação da mulher, surge um elemento fundamental, o Plano de Partos, que foi referido pelos vários EEESMO ao longo das várias entrevistas. No entanto, se para uns, este é encarado como uma mais valia, para outros é um fator dificultador para a sua atuação, condicionando as suas decisões, uma vez que tiveram de discutir com a mulher/casal a sua intervenção.

Segundo o artigo 7.º do projeto de Lei n.872/XIII/3.^a, o Plano de partos trouxe à sala de partos uma nova perspetiva na sua atuação, pois se até então a mulher não era um elemento ativo na tomada de decisão no que diz respeito ao seu processo de parir, com este documento os profissionais têm a obrigação de discutir este plano com a mulher/casal, o que veio potenciar a liberdade do casal sobre as suas escolhas, e de certa forma, limitar a liberdade dos profissionais de saúde na implementação das diversas medidas sem as apresentar previamente. Em suma, a mulher e o bebé são o centro dos cuidados, responsabilizando-se esta pelos cuidados que definiu no plano de parto, sem que, no entanto, isso possa por em causa a autonomia dos profissionais e a sua responsabilidade de assegurar o bem-estar fetal e materno.

- Subcategoria nível I: Plano de parto

Relativamente à subcategoria - Plano de partos, verificamos que este não é unânime entre os profissionais e pode ser considerado um fator facilitador ou dificultador no que diz respeito à tomada de decisão de realizar a episiotomia, tal como podemos ler nos discursos dos participantes. Da análise das unidades de registos do discurso dos participantes, apenas o E7 entende o plano de parto como uma mais valia nos cuidados prestados, os restantes E1, E3, E4 e E6 ainda o encaram como um fator dificultador na prestação de cuidados, nomeadamente, no que concerne à sua tomada de decisão sobre a realização da episiotomia.

“a principal é a mulher, o casal, mas mais a mulher, que o corpo é da mulher. Se for uma mulher que me diga: “não quero que faça episiotomia”, tenho que ter sempre em consideração, embora vou esclarece-la que, embora ela não queira episiotomia, posso ter que fazê-la e explico os riscos.” (E1).

“(...) o principal constrangimento está relacionado com a própria parturiente (...) se traz plano de partos (...) e a discussão que fizemos do seu plano de partos (...)” (E3).

“A única dificuldade que agora, eu acho que há, são os planos de parto porque têm que ser trabalhados no sentido, discutidos, no bom sentido, quer dizer, falar, explicados às senhoras aquela tomada de decisão delas (E4).

(...) agora os planos de parto vieram dificultar um bocado mais essa situação, porque as pessoas estão a pedir uma coisa que ninguém pode garantir.” (E4).

“(...) pode haver uma recusa por parte do casal, ou principalmente da grávida, no entanto é sempre explicado se se realizar, o porque é que se vai realizar, ou porque é que eu vou ter de realizar naquele momento uma episiotomia. Essa é a maior dificuldade.” (E6).

“Foi um cuidado que se tornou mais evidente desde que as mulheres começaram a fazer os seus planos de parto.” (E7)

CONCLUSÃO

No domínio da competência Estágio com Relatório a aquisição e desenvolvimento de competências para futura EEESMO aconteceram em locais privilegiados para aplicação do conhecimento adquirido durante o primeiro ano, dando expressão a todo o trabalho desenvolvido. A persistência e determinação sempre constante ao longo destes dois anos norteou todo o trabalho desenvolvido, permitindo chegar a este momento com uma grande satisfação com o percurso efetuado cumprindo com o objetivo profissional proposto.

Para além do corpo docente que me acompanhou neste percurso, a integração nas diversas equipas multidisciplinares dos vários serviços tiveram um papel fundamental na consolidação das minhas aprendizagens, promovendo o desenvolvimento das minhas competências e a concretização das experiências mínimas exigidas para a conclusão dos estágios com sucesso.

No domínio da componente investigativa consideramos que a execução dos objetivos delineados para este estudo foi atingida, assim como os recursos utilizados foram os adequados.

No que diz respeito às implicações deste estudo para a prática de cuidados de enfermagem especializada em ESMO, destacamos os seguintes aspetos: dar conhecimento do estudo aos profissionais de saúde; realizar formação em serviço à equipa multidisciplinar, especificamente aos EEESMO resultante das evidências científicas mais recentes; realizar estudos semelhantes com outras amostras será sempre uma mais valia para a fundamentação da prática, no sentido da melhoria continua dos cuidados de saúde prestados às mulheres.

Assim, tendo em conta a evolução das práticas, de acordo com este estudo, verificamos que há uma grande necessidade de formação específica nesta área, não no sentido de melhorar a prática da sutura, mas sim, no sentido de conhecer a evidência científica relativamente à prática da episiotomia.

Verificamos que os fatores facilitadores e dificultadores que levam à realização da episiotomia concorrem entre si, isto é, EEESMO mais fundamentados cientificamente, realizavam menos a episiotomia, sendo que os seus medos e receios relativamente a uma laceração de 3.º e 4.º grau se esbatem pelo seu conhecimento.

Apesar de os enfermeiros estarem cada vez mais fundamentados, as suas práticas ainda são condicionadas por pressões exercidas dentro da equipa multidisciplinar, assim como pelo medo da crítica.

Observamos uma mudança continua das práticas, evidenciada pelo discurso dos participantes, no entanto ainda existe um longo caminho a percorrer de modo a atingir as

recomendações preconizadas pela OMS (2018) com uma taxa de episiotomia na ordem dos 10%.

Verificamos que há EEESMO que prefere realizar a episiotomia, acreditando que esta cicatriza melhor e provoca menos dor, no entanto, quando são questionados acerca da sua formação e conhecimento, quais os estudos ou guidelines orientadoras da sua prática, a maioria respondeu que se orientavam pela sua prática e experiência e eventualmente fizeram referência às orientações da OMS quando questionados pela investigadora.

Por outro lado, há EEESMO que demonstraram conhecimento acerca das guidelines atualizadas, mencionando várias referências bibliográficas na área de saúde materna e obstétrica e referindo várias participações em formações, tanto enquanto formadores, como formandos. Estes, pelo contrário, não referem uma melhor cicatrização e menos dor da episiotomia comparativamente com as lacerações, assim como, raramente utilizam a sua experiência como fator preponderante na sua atuação, referindo-se várias vezes à bibliografia disponível e que seguem, fundamentando a sua prática através do conhecimento científico que dispõem.

Alguns EEESMO referem que se sentem sujeitos a várias pressões exercidas pela equipa multidisciplinar, incluído outros EEESMO, no sentido de realizar a episiotomia. Para além da pressão e do medo de correr riscos, alguns participantes verbalizaram também o sentimento de medo da crítica por parte da equipa, pelo que, por vezes optaram por seguir a indicação de outros, ao invés de eventualmente virem a ser criticados pela ocorrência de eventuais lacerações.

A complexidade dos cuidados hoje tende a ser superior, porque o objeto dos cuidados, as pessoas/utentes, também se tornou mais exigente, tendo em conta a informação de que dispõem. Daí, surgem os planos de parto que estão diretamente relacionados com a autodeterminação da mulher, que vieram expressar aos profissionais as preferências dos casais para os seus partos, dando-lhes voz às suas expectativas e “exigindo” desta forma, uma atuação personalizada do profissional de saúde. Não está em questão apenas um trabalho de parto seguro e sem intercorrências, que termina com a mãe e o recém-nascido em boas condições de saúde, mas sim um trabalho de parto humanizado que vá ao encontro das expectativas do casal, dando-lhe opções de escolha, desde que isso não ponha em causa a saúde e o bem-estar da mãe e do feto, para uma experiência de parto positiva.

De acordo com o discurso dos EEESMO, o plano de parto veio alterar a dinâmica do trabalho de parto, fazendo com que os profissionais deem respostas cada vez mais especializadas, implementando cada vez menos intervenções rotineiras, como a episiotomia. Podemos verificar que, para os EEESMO cuja atuação se baseia em conhecimento científico e não apenas na sua experiência os planos de parto são

encarados como uma mais valia à melhoria dos cuidados prestados. Para os EEESMO cuja atuação se baseia essencialmente na sua experiência, os planos de parto ainda são um entrave à sua atuação.

Através dos EEESMO podemos verificar que o domínio do conhecimento tem um papel fulcral na sua forma de atuação, nomeadamente, na mudança das práticas, tendo em conta o conhecimento científico que vai surgindo amiúde. Também podemos verificar as dificuldades que surgem quanto à liberdade de exercer a sua autonomia e as consequências que isso traz para a mudança de práticas, nomeadamente para a não realização da episiotomia. Estas dificuldades relacionam-se não só com a resistência à mudança pelos pares, mas também pelo desconhecimento de evidencia científica recente sobre os benefícios e/ou consequências da não realização da episiotomia.

De um modo geral, os participantes acham que têm autonomia, no entanto por vezes, segundo os seus discursos, sentem-se condicionados na sua atuação autónoma, tanto pelos pares como por outros elementos integrantes da equipa multidisciplinar, ou seja, têm autonomia que lhe é conferida pelo seu estatuto de EEESMO de acordo com a legislação, no entanto, devido às críticas ou ao medo, sentem que não atuam de forma livre. Se para uns, isto condiciona a sua atuação, outros, detetores de conhecimento científico onde se baseia a sua prática, atuam de acordo com as orientações mais atuais, apesar de terem precessão das pressões a que estão sujeitos.

Podemos verificar que os EEESMO que baseiam a sua prática em evidencias científicas, são aqueles que apresentam um discurso de mudança indo ao encontro das orientações da OMS, embora reconheçam dificuldades neste percurso. Reconhecem ainda que, é notório uma mudança das práticas tendo em consideração que a episiotomia se apresenta como um novo indicador na qualidade dos cuidados. Para alguns EEESMO esta mudança ainda não é aceite como benéfica, evidenciando défice de conhecimento sobre dados concretos, como por exemplo a prevalência da taxa de episiotomia e das lacerações e a sua evolução.

No domínio da não realização da episiotomia, os EEESMO cuja atuação se baseia essencialmente no conhecimento científico, raramente referem a experiência como um fator preponderante para a não realização da episiotomia.

Assim sendo penso que, este estudo poderá contribuir positivamente para a melhoria das práticas na prestação de cuidados às parturientes.

Trata-se de um tema de grande pertinência, pois estamos em plena mudança deste paradigma, cuja evolução decorreu ao longo dos séculos, fazendo crer que a implementação da episiotomia era indicadora de melhores cuidados à mulher. Assim, estudos como este vêm evidenciar outras perspetivas, que tendem a ser cada vez mais

incorporadas nos cuidados de saúde materna e obstétrica no sentido da melhoria contínua da qualidade.

BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, B. M., Silva, T. F., Pereira, S. L., Sousa, A. M., Gerra, R. B., Souza, K. V., e Matozinhos, F. P. (5 de outubro de 2020). *Fatores Associados à Realização da Episiotomia*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n°73, suppl4. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0899>
- Amado, J. (2014). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação 2.ª edição*. Imprensa da Universidade de Coimbra.: http://www.uc.pt/imprensa_uc
- Andrews V, T. R. (abril de 2008). *Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia a prospective study*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*,137(2):152–6.: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.06.005>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70 LDA/ Almedina Brasil.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: A thinking-in-action approach*. SpringePublishing Company New York: LLC. New York: SpringePublishing Company New York: LLC.
- Bharathi, A., Reddy, D. B., e Kote, G. S. (24 de dezembro de 2012). *A prospective randomized comparative study of vicryl rapide versus chromic catgut for episiotomy repair*. *Journal of Clinic e Diagnostic Research*, 7(2): 326–330. 10.7860/JCDR/2013/5185.2758
- Borges, B. B., Serrano, F., e Pereira, F. (2003). *Episiotomia: Uso Generalizado versus Seletivo. Artigo de Revisão. Ata Médica Portuguesa 2003; 16: 447-454*. https://run.unl.pt/bitstream/10362/21881/1/1214_1788_1_PB.pdf
- Bortolotti, L. (2013). *Introdução à Filosofia das Ciências*. Lisboa: Gradiva. ISBN 9789896165574.
- Carvalho, C. C., Souza, A. S., e Filho, O. B. (2010). *Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências*. *FEMINA vol 38 | n° 5, pag. 266-270*. Portal Regional da BVS.: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>
- Child., E. W. (2016). *Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030)*. https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf
- Classificação Intrenacional das Profissões*. Instituto Nacional de Estatística. (2011). <file:///C:/Users/USER/Downloads/PPP2010.pdf>
- Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012). *Maternidade com Qualidade. Episiotomia realização seletiva ou rotineira*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2013). *Episiotomia: realização seletiva ou rotineira. Indicador de Evidência*. file:///C:/Users/USER/Desktop/artigos%20episiotomia/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Cordeiro, F. d., Cordeiro, H. P., Pinto, L. O., Sefer, C. C., Santos-Lobato, E. V., Mendonça, L. T., e Sá, A. M. (5 de junho de 2023). *Estudos descritivos exploratórios*

qualitativos: um estudo bibliométrico. Qualitative exploratory descriptive studies: a bibliometric study. Brazilian Journal of Health

Review, Curitiba, v. 6, n.3, p.11670-11681, may./jun., 2023: DOI:10.34119/bjhrv6n3-259

Couto, C. M. (2013). *O Processo de Aquisição de Competências: estratégias para a prevenção da episiotomia – uma revisão integrativa da literatura*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Repositório comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/9450>

Diário da República (6 de agosto de 2009). *Lei n.º 60/2009 - Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/60-2009-494016>

Diário da República (21 de julho de 2014). *Despacho n.º 9456-C/2014. Enquadramento de Princípios Orientadores - Código de Conduta Ética dos Serviços e Organismos do ministério da Saúde*. . <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/07/138000002/0001100013.pdf>

Diário da República (16 de abril de 2014). *Lei n.º 21/2014 de 16 de abril. Lei da Investigação Clínica. Diário da República, 1.ª série - N.º 75 de 16 de abril*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/04/07500/0245002465.pdf>

Diário da República (16 de setembro de 2015). *Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento*. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 - 8105: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Diário da República (5 de agosto de 2015). *Lei n.º 83/2015, Artigo 144.º A - Mutilação Genital Feminina*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/83-2015-69951093>

Diário da República (27 de março de 2019). *Depacho n.º 3410/2019, de 27 de março*. Diário da República, 2.ª Série - N.º 61. Direção geral do Ensino Superior. <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/2s/2019/03/2S061A0000S00.pdf>

Diário da República (6 de fevereiro de 2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26 - II Série. Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Diário da República (3 de maio de 2019). *Regulamento n.º 391/2019. Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. Diário da República n.º 85 - II Série de 03/05/2019*. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>

Dias, C., e Lopes, M. (2010). *Raciocínio Clínico em Enfermagem*. Revista Portuguesa de Enfermagem, 21, pp. 33-45.

Desafios da Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem. Workshop da Área Urgência Geral e Cuidados Intensivos - Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos. (2016). Repositório comum: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18072/1/Desafios%20da%20tomada%20de%20decisao%20autonoma%20em%20Enfermagem.pdf>

Direção Geral da Saúde (julho de 2015). *Programa Nacional Saúde Escolar 2015*. <http://hdl.handle.net/10400.26/46036>

- Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2020). *Cursos de Preparação Para o Parto e Parentalidade - CPPP e Cursos de Recuperação Pós-Parto - CRPP. Equidade na Transição para Maternidade e Parentalidade*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>
- Dicionário de Português Online - Léxico.pt*. (s.d.). In Léxico. Recuperado em 17 de dezembro de 2023: <https://www.lexico.pt/>
- Dudley, L., Kettle, C., Thomas, P. W., e Ismail, K. M. (10 de fevereiro de 2017). *Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehisced wound (PREVIEW): a pilot and feasibility randomised controlled trial*. National Library of Medicine. 10.1136/bmjopen-2016-012766
- Européristat. (2010). *European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies*. file:///C:/Users/USER/Desktop/artigos%20episiotomia/Peristat%202013%20V2.pdf
- Fentanes, L. R., Hermann, A. P., Chamma, R. d., e Lacerda., M. R. (30 de setembro de 2011). *Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa*. Universidade Federal do Paraná: 10.5380/CE.V16I3.24227
- Fernandes, S. J. (outubro de 2010). *Decisão ética em enfermagem : do problema aos fundamentos para o agir*. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa: <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>
- Ferreira, M., e Fernandes, M. (s.d.). *Realizar precocemente o contacto pele a pele entre mãe e filho dando apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno*. Projeto da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Ferrer, R. M. (2010). *Estudio comparativo de incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural. Conducta expectante en IV plano de hodge frente a conducta activa*. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 12-32: <https://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/123>
- Ferrer, R. M. (2010). *Estudio comparativo de incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural. Conducta expectante en IV plano de hodge frente a conducta activa*. Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología . file:///C:/Users/USER/Desktop/artigos%20episiotomia/Estudio%20comparativo%20de%20incidencia%20de%20episiotom%C3%ADa.pdf
- Fodstad, K., Catrine, E. A., & Laine, K. (2014 de maio de 2014). *Efeito de diferentes técnicas de episiotomia na dor perineal e na atividade sexual 3 meses após o parto*. 10.1007/s00192-014-2401-2
- Fortin, m.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 9789898075185.

- Galeffi, D. A. (2009). *O rigor nas pesquisas qualitativas - uma abordagem fenomenológica em chave transdisciplinar*. <https://books.scielo.org/id/s6/pdf/macedo-9788523209278-02.pdf>
- Gaudêncio, A. P., Rocha, V., e Bastos, T. (s.d.). *Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com Qualidade - Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido. Indicador de Evidência*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Gerrish, K., & Lathlean, J. (2016). *The Research Process in Nursing*. UK, ISBN: 978-1-118-52258-5: Wiley Blackwell.
- Guimarães, N. N., Silva, L. S., Matos, D. P., & Douberin, C. A. (Abril de 2018). *Análise de Factores Associados à Prática da Episiotomia*. *Revista de Enfermagem. UFPE on line* 12(4): 1046-1053. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018>
- Jesus, A. A. (2023). *Epi-no na prevenção de lacerações perineais e episiotomia: revisão integrativa*. *Pontifícia universidade católica de goiás - escola de ciências sociais e da saúde*. Repositório Acadêmico da Graduação (RAG) TCC Fisioterapia. <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/6319>
- Johnson, A., Thakar, R., e Sultão, A. H. (21 de março de 2012). *Infecção obstétrica de ferida perineal: há subnotificação?* 10.12968/bjon.2012.21.Sup5.S28
- Loureiro, L. M. (7 de março de 2007). *Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades*. *Revista Referência*, II.^a Série - n.º 2 : [file:///C:/Users/USER/Downloads/21-32%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/21-32%20(2).pdf)
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., e Gouveia, M. J. (16 de setembro de 2022). *A Tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura*. *Gestão E Desenvolvimento*, 30 (2022), 557-578, Universidade Católica Portuguesa: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Martins, A. P., Martins, A. P., Júnior, P. P., e Passos, C. M. (2018). *Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto*. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25025>
- Martins, J. C. (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>
- Martins, Z. d. (2010). *Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente (Dissertação de Mestrado, Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar)*. Repositório aberto da Universidade do Porto.: <https://hdl.handle.net/10216/44613>
- Materno-fetal, S. P. (2022). *Normas de Orientação Clínica SPOMMF - Episiotomia*. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Episiotomia.pdf
- Mendes, J. M. (2006). *Relação de Ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem*. <file:///C:/Users/USER/Downloads/Artigo%20Rev.%20Informar%20-%202006.pdf>
- Moreira, H. (2018). *Crítérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa*. *Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia*. 10.3895/rbect.v11n1.6977

- Moura, L. B., Priteo, L. N., & Grek, M. A. (2017). *Episiotomia de Rotina è uma Prática Baseada em Evidência? Cuidartenfermagem*. <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v2/269.pdf>
- Muraca, G. M., Liu, S., Sabr, Y., Lisonkova, S., Skoll, A., Brant, R. e Joseph, K. (2019). *Uso de episiotomia em partos vaginais e associação com lesão do esfíncter anal: estudo de coorte retrospectivo de base populacional*. *Cmaj*. 2019;191(42):E1149–58.: 10.1503/cmaj.190366
- Neves, L. M. (2020). *Tomada de Decisão do Enfermeiro Obstetra sobre a Realização da Episiotomia*. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37113/1/L%3%a9nea%20M%3%b3nica%20Rocha%20Mendes%20Neves.pdf>
- Nunes, F. (2007). *Tomada de decisão em enfermagem em emergência*. *Revista Nursing Portuguesa*.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem*. https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Nunes, R. D., Mapelli, A. d., Nazário, N. O., E. T., Seemann, M., e Traebert, J. (2019). *Avaliação dos fatores determinantes à realização da episiotomia no parto vaginal*. *Enfermagem em Foco*. <file:///C:/Users/USER/Desktop/artigos%20episiotomia/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20fatores%20determnantes%20%C3%A0%20realiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20episiotomia%20no%20parto%20vaginal.pdf>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Meio Caminho Andado - Relatório Primavera 2018*. <file:///C:/Users/USER/Downloads/relatorio-primavera-2018.pdf>
- Oliveira, S. M., e Miquilini, E. C. (2005). *Frequência e critérios para indicar a episiotomia*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(3):288-95. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000300006>
- Oliveira, S. M., e Miquilini, E. C. (2005). *Revista da Escola de Enfermagem da USP - Frequência e critérios para indicar a episiotomia*. <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033282006.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiro especialista em Saúde Materna*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2018). *WHO recommendations - Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA3D2?sequence=1>
- Pedone, J. C., & España, J. A. (2008). *Analgesia epidural para el trabajo de parto*. <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v21n4/v21n4a1.pdf>

- Pelissari, L. C., Zilly, A., Ferreira, H., Spohr, F. A., Casacio, G. D., e Silva, R. M. (janeiro de 2022). *Prática da episiotomia: fatores maternos e neonatais relacionados*. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/66517/37875>
- Pereira, G. V., e Pinto, F. A. (2011). *Episiotomia: Uma Revisão de Literatura*. file:///C:/Users/USER/Desktop/artigos%20episiotomia/episiotomia%20uma%20revis%C3%A3o%20da%20literatura.pdf
- Pimenta, L. F., Silva, S. C., Barreto, C. N., e Resse, L. B. (JULHO de 2014). *A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto*. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/lil-719743?lang=pt>
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hunler, B. P., & Thorell, A. (2006). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. . Porto-Alegre: Artmed. 5.^a edição.
- Prazeres, V. M. (Setembro de 2020). *Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos: Prespetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Santa Maria]. Repositório da Escola Superior de Saúde de Santa Maria : <https://repositorio.santamariasaude.pt/handle/123456789/100>
- Ribeiro, J. M. (2009). *Autonomia Profissional dos Enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem*. Repositório aberto da universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: <https://hdl.handle.net/10216/20083>
- Ribeiro, J. M. (dezembro de 2011). *Autonomia profissional dos enfermeiros*. Revista de Enfermagem Referência pp.27-36 III Série - n.º 5 - Dez. 2011: <https://doi.org/10.12707/R11062>
- Rimolo, M. L. (2011). *Critérios Para Realização da Episiotomia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/35932>
- Rito, B., Sousa, C., Mira, F., Mineiro, A. L., Cardoso, V., & Marques, R. (2012). *Norma de Procedimento GINEC-OBST-3067*. http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/15564/7/ANEXO%20VILI%20-%20Guia%20Orientador%20parto%20cocoras_alterada_18_9_2012.pdf
- Salge, A. K., Lôbo, S. F., Siqueira, K. M., Silva, R. C., & Guimarães, J. V. (2012). *Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados*. *Revista Eletronica de Enfermagem*. file:///C:/Users/USER/Desktop/artigos%20episiotomia/episiotomia%20e%20fatores%20maternos%20e%20neonatais%20relacionados.pdf
- Sandall J, S. H. (2016). *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8663203/pdf/CD004667.pdf>
- Silva, L. S., Guimarães, N. N., Matos, D. P., & Douberin, C. A. (2018). *Análise de factores associados à prática da episiotomia*. *Revista de Enfermagem UFPE* . <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231010>
- Silva, M. A. (2011). *Intenções Dominantes Nas Concepções de Enfermagem*. <http://hdl.handle.net/10400.14/8685>
- Silva, S., & Dixe, M. d. (2020). *Sebenta de Apoio à Unidade Curricular de Investigação II - Conteúdo Programático P3/Investigação Qualitativa*. https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5250/1/Manual%20de%20apoio_Investiga%C3%A7%C3%A3o%20II_Qualitativa_Silvia_silva_FINAL_alunos_29.09.2020.pdf

Simões, V. (26 de abril de 2019). *Episiotomia à luz da lei*. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. <https://associacaogravidezparto.pt/episiotomia-luz-da-lei/>

TOMORROW. *teste pré-natal não invasivo (Unilabs)*. (13 de junho de 2023). <https://www.unilabs.pt/pt/servicos/produtos/produtos-exclusivos/tomorrow/faqs>

Velloso, I. S., & Tizzoni, J. S. (2020). *Critérios e Estratégias de Qualidade e Rigor na Pesquisa Qualitativa*. 10.29393/CE26-22CEIS20022