

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

O processo de tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na prática da episiotomia, em partos vaginais.

Ana Isabel Henriques Correia



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

O processo de tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na prática da episiotomia, em partos vaginais.

Ana Isabel Henriques Correia

Orientadora: Professora Rosa Maria Santos Moreira, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

"A episiotomia é um exemplo crasso de como na prática clínica uma crença - os corpos das mulheres não podem dar à luz saudavelmente sem intervenção - pode realmente sobrepor-se à evidência científica, que neste caso apoia não fazer a episiotomia" Christiane Northrup (2000, p.400)

$\Delta \alpha$	rade	CIM	nani	tne
ΛЧ	auc	-		LUG

À minha orientadora Professora Rosa Moreira, pela preciosa ajuda na orientação desta dissertação e pelo apoio durante a sua realização.

Aos enfermeiros que participaram neste estudo, pelo seu interesse e contributo imprescindível para a concretização do mesmo.

Ao Conselho de Administração da instituição onde o estudo foi realizado, por ter facilitado o seu desenvolvimento.

Aos colegas e amigos que me apoiaram nos últimos quatro anos.

A todos, o meu sincero bem-haja.

ABREVIATURAS E SIGLAS

Doi - Digital Object Identifier

Dr. - Doutor

Ed. - Edição

EESMO - Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESenfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Et al. - E outros

Lda. – Limitada

MDM - Maternidade Dr. Daniel de Matos

OMS - Organização Mundial de Saúde

UGI- Unidade de Gestão Intermédia

WHO- World Health Organization

RESUMO

Enquadramento: A episiotomia é uma prática antiga e muito frequente nas salas de parto portuguesas. Apesar das suas complicações e contraindicações serem conhecidas e divulgadas, e das recomendações de organismos como aOMS para restringir o seu uso, a sua prevalência em Portugal continua elevada. Os motivos que levam os enfermeiros EESMO a realizar a episiotomia não são claros e a evidência disponível que os explore é limitada.

Objetivos:a) Identificar as razões que levam os enfermeiros EESMO a decidir praticar ou não a episiotomia; b) Conhecer a que influências os enfermeiros EESMO estão sujeitos quando decidem praticar ou não a episiotomia; c) Conhecer que orientações ou evidência científica guia os enfermeiros EESMO na decisão de praticar ou não a episiotomia.

Métodos:Desenvolvemos um estudo de caso naturalístico, priorizando a abordagem qualitativa da investigação. Para concretizá-lo, realizámos nove entrevistas semiestruturadas, com recurso a um guião orientador. A seleção dos participantes foi feita através de uma seleção intencional de casos tipo. O conteúdo das entrevistas foi transcrito e validado com os participantes. Após a transcrição das entrevistas procedeu-se a uma análise de conteúdo do tipo temático. Esta análise passou pela codificação, categorização, a inferência e a descrição, com a consequente interpretaçãodados. Foram salvaguardados os princípios éticos e tidos em conta os critérios de validação do estudo.

Resultados: Os participantes reconhecem razões maternas, fetais, organizacionais, e pessoais/profissionais como influenciadoras da prática da episiotomia. As razões maternas incluem as expetativas da mulher, a qualidade de vida, as características do períneo e a colaboração no expulsivo. Das razões fetais fazem parte a extração rápida do feto, facilitar a extração do feto e proteger o feto. A inexistência de protocolos, a gestão de vagas e a medicalização do trabalho de parto são as razões organizacionais apontadas. As razões pessoais/profissionais são: a avaliação inicial, "estar com" a mulher, autoconfiança, evidência científica e *guidelines*.

Conclusão: As razões apontadas pelos participantes para a prática da episiotomia são vastas e complexas. Apesar das limitações inerentes a este estudo, os resultados encontrados podem contribuir para o desenvolvimento de futura investigação e fomentar a reflexão sobre a prática obstétrica atual.

Palavras-chave: Episiotomia, tomada de decisão em Enfermagem, autonomia dos enfermeirosEESMO.

ABSTRACT

Background: Episiotomy is an old and very common practice in Portuguese delivery rooms. Although its complications and contraindications are known and disseminated, and the recommendations of agencies such as WHO to restrict its use, its prevalence in Portugal remains high. The reasons that lead the EESMO nurses to perform the episiotomy are not clear and the available evidence to explore them is limited.

Aims:a) To identify the reasons that lead EESMO nurses to decide whether or not to practice episiotomy; b) To know to what influences the EESMO nurses are subject when they decide to practice or not the episiotomy; c) Knowing what guidelines or scientific evidence guides the EESMO nurses in the decision to practice or not the episiotomy.

Methods:We have developed a naturalistic case study, prioritizing the qualitative approach of the research. To accomplish this, we conducted nine semi-structured interviews, using a guiding guide. The selection of the participants was made through an intentional selection of type cases. The content of the interviews was transcribed and validated with the participants. After transcribing the interviews, a thematic content analysis was performed. This analysis went through the coding, categorization, inference and description, with consequent interpretation data. The ethical principles were safeguarded and the validation criteria of the study were considered.

Results: Participants recognize maternal, fetal, organizational, personal / professional reasons as guiding the practice of episiotomy. Maternal reasons include women's expectations, quality of life, perineum characteristics, and expulsive collaboration. Fetal reasons include rapid fetal removal, fetal extraction, and fetal protection. The lack of protocols, the management of vacancies and the medicalization of labor are the organizational reasons pointed out. Personal / professional reasons are the initial assessment, "being with" woman, self-confidence, scientific evidence and guidelines.

Conclusion: The reasons pointed out by the participants for the practice of episiotomy are vast and complex. Despite the limitations inherent to this study, the results found may contribute to the development of future research in this field and encourage reflection on the current obstetric practice.

Keywords: Episiotomy, decision-making in nursing, autonomy of ESMO specialist nurses.

1 19	STA	DE	= T/	ARF	ELAS
-	<i>, , ,</i>	V P L	_ !/	701	

Tabela 1 - Caracterização dos participantes.	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	I - A (deci	são centrada na r	mulher (tema 1)				•••••	56
Figura 2	2 - A d	deci	são centrada no f	eto (tema 2)					56
Figura 3	3 - A (deci	são por factores o	organizacionais	(tema 3	3)			56
Figura 4	1 - A (deci	são por razões pe	essoais/profissi	onais (te	ema 4	4)		57
Figura 5	5 - Re	pre	sentação esquem	nática da Qualid	ade de	vida	da mulher		60
Figura 6	6 - Re	pre	sentação esquem	nática das Cara	cterístic	as do	períneo		64
Figura 7	7 - Re	pre	sentação esquem	nática da Colabo	oração r	no ex	pulsivo		68
Figura 8	3 - Re	pre	sentação esquem	nática geral da d	decisão	centr	ada na mi	ulher	70
Figura 🤉) - Re	pre	sentação esquem	nática geral da d	decisão	centr	ada no fet	0	73
Figura			Representação zacionais	•	•			-	
Figura 1	1 1 - R	Repr	esentação esque	mática do "esta	r com" a	a mul	her		83
Figura 1	1 2 - R	Repr	esentação esque	mática da autoc	confianç	a			87
Figura			Representação ais/profissionais	•	_			-	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I - SOBRE A EPISIOTOMIA	22
I.1 - CONTEXTO HISTÓRICO	23
I.2 - TÉCNICA PARA A REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA	23
I.3- INDICAÇÕES PARA A EPISIOTOMIA	25
I.4 - IMPLICAÇÕES DA EPISIOTOMIA	26
I.5 - LACERAÇÕES PERINEAIS	28
I.5.1 - Factores predisponentes para as lacerações graves do períneo	28
I.5.2 - Prevenção das lacerações graves do períneo	31
I.6 - TENDÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA	32
CAPÍTULO II- SOBRE A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM	36
II.1 - MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO	38
II.2 - FACTORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO	39
CAPÍTULO III - O PERCURSO METODOLÓGICO	42
III.1-OPÇÃO METODOLÓGICA	43
III.2- LOCAL DO ESTUDO	43
III.3- PARTICIPANTES NO ESTUDO	45
III.4- COLHEITA DE DADOS	47
III.5- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	49
III.6- PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	51
III.7-CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DO ESTUDO	53
CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTA	ADOS 55
IV.1 - A DECISÃO CENTRADA NA MULHER	57

IV.1.1 - Expectativas da mulher	57
IV.1.2 - Qualidade de vida da mulher	58
IV.1.3 - Características do períneo	61
IV.1.4 - Colaboração no expulsivo	66
IV.2 - A DECISÃO CENTRADA NO FETO	71
IV.2.1 - Extração rápida do feto	71
IV.2.2 - Facilitar extração do feto	72
IV.2.3 – Proteger o Feto	73
IV.3 - A DECISÃO POR FACTORES ORGANIZACIONAIS	75
IV.3.1 - Inexistência de protocolos	75
IV.3.2 - Gestão de vagas	76
IV.3.3 - Medicalização do parto	76
IV.4 - A DECISÃO POR RAZÕES PESSOAIS/PROFISSIONAIS	79
IV.4.1 - Avaliação inicial	80
IV.4.2 - "Estar com" a mulher	81
IV.4.3 - Autoconfiança	85
IV.4.4 - Evidência científica	89
IV.4.5 - Guidelines	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
BIBLIOGRAFIA	102
ANEXOS	
ANEXO I- Autorização do Diretor do Serviço de Obstetrícia da Instituição	
ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Instituição el	mitido em

ANEXO III -Autorização do Presidente do Conselho de Administração da Instituição para a realização do estudo

junho de 2016

ANEXO IV- Parecer da Comissão De Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

APÊNDICES

APÊNDICE I - Guião da Entrevista

APÊNDICE II - Pedido de autorização ao Diretor do Serviço de Obstetrícia da Instituição

APÊNDICE III - Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição

APÊNDICE IV - Pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Instituição

APÊNDICE V - Novo pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Instituição

APÊNDICE VI - Consentimento informado aos Participantes.

INTRODUÇÃO

A episiotomia é um procedimento antigo na prática de obstetrícia e consiste na incisão do períneo. Foi desenvolvida para ampliar o canal de parto e ajudar no desprendimento fetal nos partos difíceis. A episiotomia sistemática foi disseminada com o propósito de otimizar o período expulsivo e prevenir complicações no períneo, canal de parto e para o feto. No entanto, esta prática não está isenta de complicações que têm sido bastante estudadas. As principais complicações associadas à prática da episiotomia são hemorragias, infeções, lacerações de terceiro e quarto graus, dor perineal, dispaneuria e incontinência urinária ou anal (Viana et al., 2011).

Apesar de não cumprir a maioria dos seus objetivos, isto é, não diminui o risco de lesões perineais severas, não previne o desenvolvimento de relaxamento pélvico e não tem impacto sobre a morbilidade ou mortalidade do recém-nascido, o uso da episiotomia continua a ser rotineiro. Diversos estudos têm comparado o uso generalizado com o uso seletivo da episiotomia, concluindo que o uso seletivo está associado a melhores resultados como a diminuição das lesões severas e maior número de períneos intactos. Assim, parece ser correto recomendar um uso seletivo da episiotomia, sendo 10% o valor sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Borges, Serrano, & Pereira, 2003; Organização Mundial de Saúde, 1996).

Segundo os dados apresentados pelo European Perinatal Health Report (2010), a episiotomia em Portugal alcança os 72,9%, valor amplamente distanciado dos 10% preconizados pela OMS. Este relatório não especifica os grupos profissionais que estão implicados nesta prática, nem as razões que estão na sua origem.

Exercendo a nossa atividade profissional em dois serviços de internamento de puérperas prestamos, com frequência, cuidados a mulheres que foram submetidas a esta prática. Conhecemos, portanto, as implicações que a episiotomia tem na autonomia e na qualidade de vida da mulher.

Reforçando o nosso interesse pela temática da episiotomia, a realização do ensino clínico na sala de partos, integrado no Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, proporcionou-nos o contacto com diferentes situações da prática em que foi necessário decidir realizar ou não a episiotomia. Contudo, a decisão nem sempre foi autónoma, atendendo à influência que o enfermeiro tutor exercia na decisão. Esta experiência levou-nos a supor que também poderá acontecer

o mesmo com os profissionais que assistem a mulher no parto. Tal como referemWu et al. (2013), a tomada de decisão individual, que leva à episiotomia, pode ser influenciada por uma combinação de fatores clínicos, experienciais e pessoais.

Aparentemente, existe uma falta de clareza nos motivos que levam os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) à prática da episiotomiaque, aliada ao nosso conhecimento profissional, despertou o nosso interesse e motivação para a realização deste estudo. Apesar das orientações conhecidas para a prática da episiotomia, consideramos importante conhecer o processo de tomada de decisão individual do enfermeiro EESMO, na prática de episiotomia. É oportuno aprofundar as principais razões que levam os enfermeiros a praticarem ou a evitarem a episiotomia, se esta decisão esteve sujeita a alguma influência da organização de saúde onde prestam cuidados, de colegas ou de outro profissional de saúde. Por outro lado, apesar de existirem orientações internacionais e evidência científica que sustentam ou não a prática a prática da episiotomia, relevante considera-se conhecer até que ponto as mesmas guiam enfermeirosEESMO quanto à decisão de realizar ou evitar a episiotomia.

Face ao exposto, a questão de investigação deste estudo é:

 Qual o processo de tomada de decisão dos enfermeiros EESMO na prática da episiotomia, nos partos vaginais?

Perante o contexto descrito anteriormente delineou-se este trabalho de investigação, com o qual se pretende conhecer o processo de tomada de decisão dos enfermeiros EESMO na prática da episiotomia, nos partos vaginais realizados num bloco de partos de um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado da Zona Centro de Portugal.

No sentido de atingir o nosso objetivo, considerámos que a melhor estratégia seria desenvolver um estudo de caso naturalístico, priorizando a abordagem qualitativa da investigação. Na nossa ótica, esta abordagem é aquela que melhor permite obter respostas em profundidade à questão de investigação que formulámos.

Estruturalmente, a presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos fundamentais.

O primeiro capítulo aborda o contexto histórico da prática da episiotomia, a técnica para a realização da episiotomia, as indicações para a episiotomia, as implicações da episiotomia e aslacerações perineais, explorando de forma mais específica os fatores predisponentes para as lacerações graves do períneo e estratégias para a prevenção

das lacerações graves do períneo. Ainda durante o primeiro capítulo é feita uma referência à tendência que se tem verificado para a prática da episiotomia.

O segundo capítulo refere-se ao processo de decisão em enfermagem, centrando-nos de forma mais específica nos modelos de tomada de decisão em Enfermagem e nos fatores que influenciam a tomada de decisão.

Do terceiro capítulo consta o percurso metodológico do estudo e nele se apresenta a opção metodológica, o local do estudo,o processo de seleção dos participantes e sua caracterização,o processo de colheita de dados,os procedimentos formais e éticos necessários para a sua concretização, os procedimentos de análise de dados e os critérios de validação do estudo.

No quarto capítulo é apresentada a análise dos dados com a exploração das áreas temáticas emergentes do estudo. Simultaneamente, é realizada a discussão dos achados através da sua confrontação com a evidência existente.

O trabalho é finalizado com as considerações finais que refletem sobre os dados encontrados, as limitações do estudo e o seu potencial de contribuir para repensar as práticas de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, mais especificamente no que diz respeito à prática da episiotomia.

CAPÍTULO I SOBRE A EPISIOTOMIA

I.1 - CONTEXTO HISTÓRICO

De acordo com Nugent (1935) como referido por de Amorim e Katz (2008), a episiotomia consiste na realização de uma incisão no períneo para ampliar o canal de parto. O autor refere que esta prática foi historicamente introduzida no século XVIII por Sir Fielding Ould em 1742, obstetra irlandês, para ajudar o desprendimento fetal em partos difíceis. Contudo, este procedimento não ganhou popularidade no século XIX, uma vez que não havia anestesia disponível e era responsável por elevada taxa de infeções.

De Amorim e Katz (2008) atribuem a popularidade da episiotomia, e a sua grande difusão, aos obstetras Pomeroy (1918) e DeLee(1920). As autoras, referindo Pomeroy (1918) e DeLee (1920), referem que a episiotomia sistemática e a utilização de fórceps eram recomendadas, como medida de alívio, a todas as primíparas.

Para DeLee (1920) como referido por de Amorim e Katz (2008), a finalidade da episiotomia é reduzir a probabilidade de lacerações perineais graves e a associação com fórceps serve para minimizar o risco de trauma fetal, prevenindo a hipoxia.

A ideia de que a episiotomia seria necessária para preservar a integridade do pavimento pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição de pré-parto, é contemporânea desses obstetras e prolongou-se até aos dias de hoje, embora não existissem evidências científicas da sua efetividade e segurança (de Amorim & Katz, 2008).

Lima, Silva, Souza e Souza (2013) referem que a episiotomia surgiu para auxiliar os partos vaginais mais complicados, no entanto passou a ser indicada sistematicamente por importantes ginecologistas desde 1918 e, entre 1915 e 1925, era usada periodicamente sob a justificativa de evitar traumas perineais, prevenir a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos, tais como retocelo, cistocelo e relaxamento da musculatura pélvica.

1.2 - TÉCNICA PARA A REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA

Figueiredo et al. (2011) referem a episiotomia como uma das intervenções mais utilizadas na assistência ao parto.

É realizada com o intuito de minimizar a lesão nos tecidos moles, quando a musculatura perineal se encontra muito distendida (Lowdermilk & Perry, 2009).

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. A episiotomia lateral está abandonada por seus inconvenientes pois, além de essa região ser muito vascularizada, pode lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus. A episiotomia médio-lateral, por sua vez, é a mais usada e é realizada segundo um ângulo de 45º 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. 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 anatómica 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).

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 correcta 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 continua subcuticular em substituição dos pontos separados transcutâneos, o desconforto pós-parto será muito diminuído (Graça, 2010).

I.3- INDICAÇÕES PARA A 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, os autores referem 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 açãoprotetora desta intervenção, alegando razões tais como: a prevenção de lacerações no períneo, melhor cicatrização, redução da duração do segundo estádio 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.

I.4 - IMPLICAÇÕES DA EPISIOTOMIA

Carvalho, Souza e Moraes-Filho (2010) identificam a episiotomia como uma prática considerada prejudicial e que tem sido identificada em altos índices, constituindo-se como um procedimento rotineiro que, no entender dos profissionais de saúde, está relacionado com a redução da morbilidade materna e fetal. A episiotomia pode trazer desvantagens quando utilizada sem respeitar critérios individuais de indicação pois, com base nas evidências científicas, essa prática está associada a maior risco de laceração severa.

Os benefícios da episiotomia têm sido questionados. O argumento de que previne lacerações perineais encontra-se ultrapassado, uma vez que a episiotomia mediana aumenta o risco destas lacerações e apenas parece constituir um fator de proteção das lacerações do reto em nulíparas (Graça 2010).

Porém, Anglioli et al. (2000) como referido por Borges et al. (2003) complementam o último dado, destacando que parturientes nulíparas de idade avançada estão em maior risco de lacerações severas devendo evitar-se a realização de episiotomias medianas e partos vaginais distócicos.

Outro dos benefícios apontados pelo uso rotineiro da episiotomia, a profilaxia do relaxamento pélvico e suas consequências (incontinência urinária e fecal) também não é suportada por evidência científica, existindo dados de que até pode constituir um fator de risco (Borges et al., 2003; Graça, 2010).

Apesar de ser frequente afirmar que a episiotomia é mais fácil de reparar do que uma laceração espontânea, não existe confirmação desta afirmação. Mesmo que seja verdadeira, a facilidade de reparação para quem faz o parto pode ser considerada como uma razão para realizar a episiotomia, apenas se for provado que a mulher não é prejudicada com o procedimento. As lacerações que ocorrem quando a episiotomia não é realizada são mais fáceis de reparar, necessitando de menos material de sutura e de menos tempo (Islam et al., 2013).

Figueiredo et al. (2011) reportam-se a estudos que comprovam que o uso rotineiro da episiotomia não traz tantos benefícios quanto os profissionais revelam, pois aumentou a taxa de infeção em mulheres que foram submetidas a esta prática, os riscos de lesões graves no períneo, a perda sanguínea, o desconforto e o tempo de recuperação pós-parto, o que se refletiu até em problemas com a amamentação. Os autores salientam que a evidência científica é clara ao relacionar a episiotomia com complicações na zona genital, em vez de protegê-la. Assim, se entendermos trauma como todo procedimento externo, invasivo e doloroso à fisiologia do parto e do corpo

feminino, que impossibilita a mulher de reagir, a episiotomia constitui-se no próprio trauma para a mulher.

Lowdermilk e Perry (2009) mencionam que a realização rotineira de episiotomias durante o parto consiste num cuidado provavelmente prejudicial ou ineficaz.

Não é possível dissociar os efeitos adversos da realização de episiotomias: lesões ano-retais por episiotomias extensas, assimetria introito vaginal, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal, fístula anal, perdas hemáticas aumentadas, hematoma, dor e edema no local, infeção, deiscência e disfunção sexual (Lowdermilk & Perry, 2009).

MacLeod et al. (2008) referidos por Jansen, Gibson, Carlson, Bowles e Leach (2013) corroboram que a episiotomia e as lacerações perineais aumentam o risco de dor, infeção, hemorragia e tempo de recuperação no pós-parto.

O aumento da incidência da episiotomia está relacionado com um período expulsivo arrastado e com esforços expulsivos prematuros que, por sua vez, colocam a mulher em risco de ter um parto instrumentado comfórceps ou ventosa (Jansen et al., 2013).

Islam et al. (2013) acrescentam que os riscos severos da episiotomia incluem riscos fetais, maternos e para a pessoa que faz o parto. A episiotomia no primeiro parto vaginal aumenta o risco de lacerações espontâneas nos partos seguintes. Este facto deveria encorajar os prestadores de cuidados obstétricos a restringir o uso da episiotomia. A episiotomia pode afetar a vida sexual da mulher durante o segundo ano pós-parto, existindo mais dor e menos lubrificação durante o ato. Não se observaram vantagens, no estudo nas mulheres que foram submetidas a episiotomia quando comparadas às mulheres que tiveram um parto vaginal sem episiotomia. De facto, verifica-se, entre as mulheres que foram submetidas a episiotomia, mais morbilidade no que se reporta a dor e dispareunia.

De Amorim e Katz (2008) expõem as complicações anteriormente descritas, sendo que, quando é realizada por rotina, a episiotomia é considerada uma mutilação genital feminina.

Tal como corroboram Progianti, Araújo e Mouta (2008) referindo que a episiotomia é a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento. Por esta razão, é um procedimento que viola os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e desrespeita os princípios éticos e profissionais, evita que as mulheres vivenciem o parto como evento sexual, além de representar um ritual de mutilação genital que impede a vivência da sexualidade durante o parto e o nascimento. Os autores chamam a atenção para o fato de que o parto não foi vivido pela mulher como

uma das expressões da sexualidade e sim como um corte, que inclusive interfere negativamente sobre sua sexualidade.

Também Mouta, Pilotto, Vargens e Progianti (2008) ressalvam que o trauma causado pela episiotomia é reforçado pelas representações e simbolismos que a mulher, em idade adulta, dá aos seus genitais. Assim esta pode ter a sensação de violação à sua integridade corporal quando lhe é realizada a episiotomia.

I.5 - LACERAÇÕES PERINEAIS

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

As lacerações do períneo espontâneas ou associadas a episiotomia são classificadas como de primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau, de acordo com os tecidos que são afetados. As de primeiro grau atingem apenas a pele, fúrcula ou a mucosa vulvovaginal. Nas lacerações de segundo grau a fáscia e os músculos do diafragma urogenital sofrem solução de continuidade. As lacerações que atingem o esfíncter anal são consideradas de terceiro grau e as que atingem a mucosa retal são de quarto grau (Graça, 2010).

1.5.1 - Fatores predisponentes para as lacerações graves do períneo

De Silva et al. (2014) mencionam a idade materna, a nuliparidade, o parto vaginal intervencionado, a episiotomia, a posição occipito posterior e o aumento do peso de nascimento como fatores de risco para lacerações de terceiro e quarto graus. Os autores salientam que, em estudos mais recentes, também a raça/etnia materna tem sido mencionada como um fator de risco. No entanto, concluem que a raça/etnia materna não interfere no risco de lacerações perineais severas.

Já Garretto et al. (2016) concluíram que a obesidade materna estava, significativamente, relacionada com uma incidência muito mais baixa de lacerações perineais severas. Acrescentam que, se as mulheres obesas apresentam taxas mais elevadas de problemas anais e urinários, estudos como o que desenvolveram apontam para o aumento da pressão intra-abdominal, hábitos dietéticos e outros fatores de morbilidade associados à obesidade como os causadores, desresponsabilizando o trauma associado ao parto.

De igual modo Blomberg (2014) conclui que o risco de danos parciais e totais do esfíncter anal, bem como as lacerações perineais de quarto grau diminuem à medida que o índice de massa corporal materno aumenta. O risco de qualquer tipo de lesão no esfíncter anal, em mulheres obesas, reduz em 25% em relação ao risco apresentado por mulheres com peso normal. Já no que diz respeito aos danos totais do esfíncter anal, o risco de morbilidade nas obesas foi metade em relação às mulheres com peso normal. A autora acrescenta que o maior risco para os danos do esfíncter anal é o tamanho da criança, mas que este risco diminui levemente com o aumento do índice de massa corporal materno, o que também acontece no parto instrumentado.

Hirayama et al. (2012) consideram, no estudo realizado em vários países em desenvolvimento sobre a prevalência e fatores de risco de lacerações perineais, de terceiro e quarto grau, durante o parto vaginal, os seguintes fatores de risco: a idade materna, o índice de massa corporal, a paridade, o peso de nascimento do recémnascido, o recurso a instrumentação durante o parto e a indução do trabalho de parto. Concluem que não existe associação entre a idade materna e lacerações do terceiro e quarto graus, contudo foi observada uma tendência ligeira de mulheres asiáticas e latino-americanas mais velhas, apresentarem mais lesões desse tipo. Em segundo lugar, não encontraram associações significativas entre o índice de massa corporal e as lacerações de terceiro e quarto graus, mas reportam-se a alguns estudos que admitem existir um fator de proteção nas nulíparas com um índice de massa corporal mais elevado, o que poderá ser explicado pelo aumento de tecido "suave" no períneo. Associam a multiparidade com um efeito protetor do períneo o que, na sua opinião, está de acordo com muitos estudos realizados nos Estados Unidos da América e do Reino Unido. Em quarto lugar, defendem que pesos de nascimento iguais ou superiores a 4000 g aumentam o risco de lacerações do terceiro e quarto graus, o que está de acordo com os estudos existentes. A mesma tendência é observada nos partos instrumentados e quando existe indução do trabalho de parto embora, neste caso, os resultados encontrados não sejam considerados significativos. Estes autores salvaguardam que as diferenças encontradas em diferentes regiões geográficas podem estar relacionadas com as elevadas taxas de cesarianas em alguns como, por exemplo, a China. Defendem que, nos países com taxas de cesariana mais elevadas, menos mulheres com risco de sofrer lacerações de terceiro e quarto graus passam por um parto vaginal, o que vai originar as diferenças encontradas entre as diversas regiões.

A posição Occipito Posterior, apesar de ser muitas vezes omitida da lista dos fatores de risco de grande parte da literatura, está amplamente associada a lesões graves do períneo, o que está provavelmente relacionado com a incapacidade da cabeça do feto fletir sobre o peito. Existem, no entanto, medidas que podem diminuir o risco: a utilização de ventosa em vez de fórceps nos partos instrumentados e a rotação da posição para occipito anterior (Hirsch et al., 2014).

Destaque-se que existem fatores que, associados a episiotomia, são potenciais fatores de risco para as lacerações graves do períneo: posição occipitosagrada, experiência do profissional que realiza a episiotomia, analgesia epidural, relação entre a dimensão do períneo e posição do ânus, posição litotómica e, por fim, presença de estrias vaginais (Borges et al., 2003).

Groutz et al. (2011) consideram que a identificação do risco materno para as lesões graves do períneo pode facilitar a adoção de algumas medidas obstétricas que minimizem o trauma perineal associado ao nascimento. Os autores referem que a prática obstétrica tem sido submetida a mudanças importantes, salientam o aumento das cesarianas, a redução do uso de fórceps, o uso seletivo da episiotomia, a realização preferencial da episiotomia médio-lateral e o aumento da idade materna nas primíparas. A primiparidade e a posição occipito posterior são considerados fatores de risco significativos para as lesões do períneo. Reciprocamente, a episiotomia médio-lateral, a analgesia epidural, o parto instrumentado na posição occipito anterior, são consideradas protetoras. Como fatores de risco mais significativos são apontados pelos autores: a primiparidade, o parto com ventosa e o peso mais elevado do feto. Recomenda-se as seguintes medidas protetoras: a identificação pré-natal do peso do feto, a identificação do risco materno, evitar o parto com fórceps e a episiotomia mediana e utilizar, seletivamente, a episiotomia médio-lateral.

Lorenzo-Pliego e Villanueva-Egan (2013) corroboram que a primiparidade, o peso do recém-nascido e a utilização de fórceps em detrimento da utilização de ventosa são fatores de risco para as lesões graves do períneo. Acrescentam a episiotomia (tanto a mediana, como a médio-lateral), o período expulsivo superior a uma hora, o bloqueio epidural, a indução e condução do trabalho de parto e o tamanho do recém-nascido superior a 50 cm como fatores de risco. Os autores aconselham, no sentido de reduzir as lacerações perineais mais graves, limitar a exposição a condições que atuam de forma sinérgica, o que, em certas condições, pode representar um problema como no caso da utilização de fórceps e realização de episiotomia, uma vez que a técnica correcta do uso de fórceps requerer a sua associação. Sugere-se, em alternativa, o

uso de ventosa, uma vez que comporta um risco menor. Os autores salientam que, apesar de alguns fatores de risco não serem suscetíveis de ser corrigidos (primiparidade, peso e tamanho do recém-nascido) é possível melhorar o tipo de assistência ao parto.

No que concerne à episiotomia, o ponto de incisão, o comprimento, a profundidade e o ângulo em que é realizada são, para Stedenfeldt et al. (2012), os parâmetros associados com os danos do esfíncter anal. Para os autores, as incisões muito próximas da fúrcula, episiotomias curtas, ângulos inferiores a 15º ou superiores a 60º e pouca profundidade são os fatores que aumentam o risco de lacerações de terceiro e quarto graus. Contudo, a profundidade e o comprimento da episiotomia são as características mais significativas, associadas a menor risco de danos perineais graves. Assim, para os autores, o efeito protetor da episiotomia depende da forma como é realizada.

1.5.2 - Prevenção das lacerações graves do períneo

Prevenir lacerações não é tarefa fácil porque não depende apenas de técnicas de manipulação perineal como também de uma série de fatores como a posição em que se encontra o RN no nascimento, os tecidos da mulher e a rapidez do nascimento. A nuliparidade, a posição da mãe, a desadequação pélvica, a apresentação e a variedade do feto, o uso de instrumentos para facilitar o nascimento, segundo estadio trabalho de parto prolongado e sofrimento fetal, são fatores de risco associados ao trauma perineal. Por outro lado existem novos posicionamentos para adoção durante o trabalho de parto, bem como técnicas de proteção perineal (manipulação perineal) que podem ser usadas e que minimizam o trauma perineal. Aasheim, Nilsen, Lukasse e Reinar(2012) complementam esta ideia mencionando que, no que se refere ao uso de instrumentos para facilitar o nascimento, os partos distócicos por ventosa estão associados a menor trauma perineal quando comparado com o uso de fórceps. A inatividade física antes da gravidez também pode ser um fator de risco para lacerações do 3º e 4º grau. Acrescentam que há uma diminuição de prevalência de episiotomias em métodos alternativos de nascimentos (como parto de cócoras, sentado e na água) e partos em casa.

Atualmente, há diferentes técnicas para abrandar o nascimento e ajudar o períneo a distender. Está demonstrado que a utilização de medidas alternativas para o cuidado do períneo, tais como: a aplicação de compressas mornas, suporte manual e massagem (pré-natal e intraparto), reduz a incidência de episiotomias/lacerações

(Lowdermilk &Perry, 2009). A realização de massagem perineal a partir das 35 semanas de gestação e o uso de gel obstétrico durante o primeiro estadio de trabalho de parto reduzem a probabilidade de trauma perineal, favorecendo a manutenção do períneo intacto. Também os exercícios de Kegel, no período pré-natal e pós-parto, melhoram e restabelecem a tonicidade e a força dos músculos do períneo, tanto quanto outras práticas saudáveis, como uma boa alimentação e medidas de higiene apropriadas, que ajudam a manter a integridade e a elasticidade do tecido perineal (Lowdermilk & Perry, 2009).

I.6 - TENDÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA

A Ordem dos Enfermeiros (2012), através do seu documento de consenso "Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada", defende o nascimento como um processo fisiológico no qual só se deverá interferir para corrigir desvios da normalidade, de modo a que a parturiente possa tomar decisões informadas e participar ativamente no decurso do parto. Muitos procedimentos usados durante o trabalho de parto aumentam a intervenção clínica posterior e devem ser evitados, sempre que não exista um motivo clínico que os recomende.

No mesmo documento, a Ordem dos Enfermeiros (2012) estabelece, com base na OMS, a definição de parto normal. Assim, parto normal é "um parto de início espontâneo, mantendo-se assim até ao nascimento. Α criança espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição. Poderão ser incluídos nesta classificação partos sujeitos a intervenções, não implementadas por rotina, mas suportadas pela evidência científica, com o objetivo de facilitar a progressão do trabalho de parto e o parto vaginal, tais como: rotura artificial de membranas (sempre que não se realize com o intuito de induzir o trabalho de parto), monitorização fetal contínua, controlo da dor com métodos farmacológicos e não farmacológicos, correção de distócias dinâmicas, episiotomia (justificada por razões maternas ou fetais), conduta ativa no 3º período do trabalho de parto, parto com complicações minor (como a hemorragia pós-parto ligeira e facilmente controlada), laceração de 1º e 2º grau, reparação perineal e administração de antibióticos para profilaxia da infeção neonatal.

Como medidas promotoras do parto normal na prática clínica são referidas (entre outras): evitar a utilização por rotina, em parturientes de baixo risco, de práticas cujo benefício não esteja demonstrado: a tricotomia, clisteres, descolamento de

membranas do pólo inferior, rotura artificial de membranas, indução do trabalho de parto, aceleração do trabalho de parto, exames vaginais repetidos, restrição de alimentos e água, confinamento à cama, administração de fluidos intravenosos, controlo farmacológico da dor, algaliação, posição de litotomia, esforços expulsivos dirigidos pelo pessoal de saúde, manobra de Kristeller, episiotomia, exploração manual do útero, aspiração orofaríngea do recém-nascido que nasce vigoroso, separação da mãe e recém-nascido para prestar cuidados de rotina a este último (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Ali, Malik, Iqbal e Faruqi (2016) reconhecem que o melhor resultado para a gravidez é um parto vaginal com um períneo intacto, mas salientam que a episiotomia é uma intervenção obstétrica comum. Há quem defenda que a sua utilização deva ser rotineira de forma a reduzir complicações vaginais e perineais graves, assim como incontinência e prolapsos vaginais ou uterinos. Outros defendem que a episiotomia deve ser restrita apenas quando há indicações fetais, uma vez que lacerações espontâneas causam menos problemas do que as episiotomias que são feitas para preveni-las. Isto influencia o protocolo de uso em vários hospitais (Ali et al., 2016).

A institucionalização do parto, desde a década de 40 do século passado, levou ao uso de intervenções muitas vezes inúteis e desnecessárias e que se tornaram cada vez mais frequentes. A realização de episiotomia é apontada como um destes exemplos. Devido ao seu uso rotineiro, este procedimento perdeu o seu carácter seletivo e ganhou o estatuto de ação(quase) obrigatória (Previatti & Souza, 2007).

Wu et al. (2013) defendem que a redução do uso da episiotomia, tanto em primíparas como em multíparas, está relacionado com benefícios para a saúde, menos dor e recuperação mais rápida no pós-parto.

Não existe evidência que a utilização rotineira da episiotomia tenha efeitos benéficos. Pelo contrário, existe evidência clara que esta possa causar mais prejuízo ao lesionar o períneo e ao requerer mais reparação cirúrgica. Com base na evidência disponível a episiotomia de rotina deve ser abandonada em primíparas, parecendo razoável sugerir a todos os profissionais obstetras que determinem a necessidade de episiotomia caso a caso (Ali et al., 2016).

Já em 1985 a OMS defendia que o uso sistemático da episiotomia não se justifica (Organização Mundial de Saúde como referido por Beech, 2004).

Em 1996, a mesma organização, indica que a episiotomia deve ser realizada apenas em 10% dos partos e classifica o seu uso rotineiro como uma prática inadequada e prejudicial à mulher. Esta organização defende, ainda, que estudos realizados em

diversas partes do mundo corroboram a falta de sustentação científica no uso rotineiro da episiotomia (Organização Mundial de Saúde, 1996).

Para de Amorim e Katz (2008), a recomendação atual da OMS não é de proibir a episiotomia, mas de restringir o seu uso porque, em alguns casos, ela pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, que foi o índice encontrado no ensaio clínico randomizado inglês sem associação com riscos maternos ou neonatais.

As autoras defendem que a divulgação dos resultados dos ensaios clínicos controlados e da revisão sistemática da Cochrane sobre episiotomia tem acarretado significativo declínio das suas taxas, apesar do procedimento continuar a ser realizado rotineiramente por diversos profissionais em vários países. As evidências sugerem que as taxas podem ser ainda mais reduzidas a partir de programas de educação médica continuada e documentação da indicação do procedimento. Todos os serviços, que oferecem assistência obstétrica, devem documentar as suas taxas de episiotomia, analisar os principais fatores associados à sua realização e monitorizar a sua redução progressiva depois de implementada política de restrição do procedimento (de Amorim e Katz, 2008).

Ali et al. (2016) defendem que a prevalência da episiotomia está a decair em todo o mundo e que a indicação para realizar episiotomia durante o parto vaginal é um tópico controverso que necessita de ser revisto.

Já Carvalho et al. (2010) salientam que, apesar das recomendações atuais contra o uso rotineiro da episiotomia, a sua incidência continua elevada.

O European Perinatal Health Report(2010) revelou grande disparidade entre as taxas de episiotomia verificadas nos diferentes países europeus. A Dinamarca (4,9%), a Islândia (8,4%) e a Suécia (6,6%) são os países que apresentam as percentagens de episiotomia mais baixas, conseguindo valores abaixo dos 10%. Por outro lado, o Chipre (75%), Portugal (72,9%) e a Roménia (68,2%) são os três países com percentagens de episiotomia mais altas, ultrapassando os 50%. Os indicadores deste relatório não especificam o profissional que realizou a episiotomia.

A Ordem dos Enfermeiros (2013), através do comunicado onde estabelece 15 propostas para melhorar a eficiência do Serviço Nacional de Saúde, indica o trabalho de parto e o parto como o motivo mais frequente para o internamento hospitalar no Serviço Nacional de Saúde Português, considerando esta área como sendo de eleição quando é necessário aumentar a eficiência, reduzir os custos e diminuir os dias totais de internamento. Para alcançar estes objetivos considera-se essencial envolver todos

os intervenientes no nascimento em Portugal, nomeadamente os enfermeiros especialistas em ESMO, através da análise das suas práticas e introduzindo as alterações necessárias nas mesmas.

De igual forma, Pereira (2011) salienta a importância do profissional reavaliar as suas práticas de atendimento à parturiente, considerando as atualizações científicas e adotando a postura de realizar cuidados individualizados, respeitando a singularidade de cada mulher. O abandono da episiotomia como ato rotineiro é medida promotora do parto normal e permitirá diminuir as suas consequências na saúde da mulher, assim como o internamento hospitalar.

CAPÍTULO II SOBRE A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

Os autores Tariman et al. (2012) defendem que a tomada de decisão é o equilíbrio entre os riscos e benefícios das várias opções.

Para Neves (2005), a tomada de decisão é um processo dinâmico, flexível e contínuo, que abarca fenómenos individuais e sociais baseados em factos, valores e crenças e que terminam numa escolha. A tomada de decisão é um ato que está sempre presente na nossa vida pessoal, social e profissional.

Thompson (1999) refere que, em relação ao processo de decisão na enfermagem, têm sido utilizadas numerosas expressões para o que é, na essência, o mesmo fenómeno: decisões tomadas por enfermeiros relacionadas com diagnósticos de enfermagem ou intervenções em contextos clínicos.

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2015), a decisão não pode ser dissociada da prática baseada na evidência. No processo da tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

A decisão é tomada com base nas características de cada cliente, nos múltiplos problemas, sinais e sintomas que cada um apresenta e que necessitam de ser interpretados. A maioria das decisões tem de ser tomada em contextos de incerteza, com informação escassa e ambígua. Mesmo o facto de não se decidir é uma decisão, porque para optar por essa solução tiveram que ser analisadas várias hipóteses e optou-se por não escolher nenhuma (Neves, 2002 como referido por Martins, 2011).

Segundo Neves (2005), o que cada enfermeiro transpõe para o momento da decisão tem um carácter único. O que leva o enfermeiro a decidir-se por determinada intervenção é resultado das suas experiências, conhecimentos, princípios, valores e crenças.

Para os enfermeiros desenvolverem competências nesta área e ensinar os outros é essencial compreender as diversas dimensões de processo de tomada de decisão em enfermagem. Tomar decisões em enfermagem é caminhar para profissionalização e autonomia profissional (Neves, 2002 como referido por Martins, 2011).

Na teoria interpretativa de Benner (2001), a tomada de decisão em Enfermagem é caracterizada pelos seguintes pressupostos: a atividade precede o pensamento racional-analítico em vez de surgir como resultado do mesmo, o uso de estratégias formais na tomada de decisão tem utilidade limitada, as decisões têm como base a totalidade da situação e não elementos isolados. Assim, a atividade também envolve pensamento-racional analítico, ainda que a intuição seja preponderante.

A intuição é um rápido reconhecimento de padrões baseados em inúmeras experiências análogas vividas anteriormente. A autora caracteriza o pensamento intuitivo como apanágio exclusivo dos peritos, visto que o principiante, por não estar familiarizado com a situação, não tem como atuar antes de pensar (Benner, 2001).

Para Jesus (2006), a decisão clínica da enfermagem exige maior responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão do enfermeiro, além da qualidade de informação, de raciocínio e de decisão clínica. Essas habilidades não estão relacionadas com a idade ou antiguidade profissional.

A utilização, pelo enfermeiro, da abordagem racional ou intuitiva no processo de decisão é influenciada pela posição que a tarefa de decisão ocupa no contínuo. Assim, se a tarefa for pouco estruturada, existir muita informação clínica e pouco tempo para tomar decisões, aproximamo-nos do pólo da intuição no processo cognitivo. Caso contrário, perante uma atividade bem estruturada, se existir pouca informação clínica e muito tempo para tomar decisões, o processo cognitivo torna-se mais racional e analítico (Thompson et al., 2004).

II.1 - MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO

Os modelos mais mencionados em enfermagem são, essencialmente, os normativos e os descritivos, enquadrando-se em duas categorias teóricas: a sistemática/positiva e a intuitiva/humanista (Thompson, 1999).

De acordo com Thompson (2002) como referido por Martins (2011), os modelos normativos assumem que os indivíduos são racionais e lógicos, baseiam-se em estatísticas, o julgamento e decisões são realizados num mundo real. As teorias descritivas tentam descrever como é que os indivíduos chegam ao julgamento e à decisão. Concentram-se mais no processo de decisão e julgamento. A teoria descritiva é das mais utilizadas como base para muitos estudos sobre a tomada de decisão em enfermagem.

O modelo na tomada de decisão é estruturado por quatro conceitos: responsabilidade, autoridade, autonomia, dever. Estes conceitos têm como componentes fundamentais: a responsabilidade na tomada de decisão sobre as intervenções de enfermagem, a avaliação e acompanhamento integral e continuado, a comunicação direta entre os cuidadores e a descentralização da enfermeira principal (Marquis & Huston, 1999 como referidos por Almeida, Segui, Maftum, Labronici, & Peres, 2011; Ciampone, 1991 como referido por Martins, 2011)

O modelo de Ciampone (1991) como referido por Martins(2011) define nove etapas. O processo de decisão deve começar a partir da perceção de algum problema, em seguida é a fase de tentar definir o problema tendo em atenção que a delimitação do problema deve ser feita com base apenas na situação descrita. A fase da colheita de dados é muito importante, uma vez que a informação é a base para a decisão. Após o registo dos dados colhidos, a autora apresenta a etapa da análise dos dados, caracterizando-a pelas informações mais relevantes quanto à situação em questão (com suporte nestas informações é possível procurar soluções alternativas). A fase da escolha e decisão é introduzida, sendo essencial a compatibilidade com a filosofia do serviço de Enfermagem e, se possível, deve ser compartilhada por todos os profissionais envolvidos na instituição para diminuir conflitos e dificuldades na implementação da decisão e avaliação.

No seu modelo, Marquis e Huston (1999)como referidos por Almeida et al. (2011)adotam quatro etapas e apresentam-nas como instrumentos essenciais no processo de decisão. Salientam que as decisões devem ser baseadas nos conhecimentos e nas informações suficientes para iniciar o processo. A primeira etapa refere-se à identificação do problema, afirmando que esta fase se dirige à procura de informações pertinentes e verídicas sobre a situação em questão, com base nos dados colhidos. Os autores denominam a segunda etapa como a geração de alternativas, as quais precisam de ser fundamentadas para serem analisadas. A terceira etapa é a escolha da solução e, por último, a etapa da implementação.

A estrutura teórica destes modelos é semelhante no que diz respeito aos seus passos, diferenciando-se pelo número de etapas.

No processo de tomada de decisão clínica devem ser percorridas várias etapas. As etapas, por vezes, estão ligadas de tal forma que é difícil estabelecer o limite entre elas, o que leva a que a sequência com que são utilizadas nem sempre seja a mesma. Independentemente do seguimento, a exatidão de cada uma depende sempre da precisão da anterior (Neves, 2002 como referido por Martins 2011).

II.2 - FACTORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO

A Ordem dos Enfermeiros (2015) salienta que o processo de enfermagem se desenvolve ao adotar a metodologia científica nos cuidados de saúde e ao desenvolver intervenções nos domínios do observar, do analisar, do formular problemas ou diagnósticos de enfermagem, do conceber e implementar intervenções

criativas para resolver os problemas e do avaliar os resultados sem preconceitos para rever as intervenções.

Considerando o processo de enfermagem como um processo contínuo que dá lugar a um ciclo composto por avaliação inicial, diagnóstico, planeamento de resultados e intervenções, prestação do cuidado e avaliação final, a decisão ética interrompe este processo ao interrogar a intervenção. A decisão ética provoca um corte no desenrolar deste processo metodológico, não sendo possível a sua concretização com a execução do cuidado que seria esperado (Deodato, 2010).

A decisão ética de enfermagem é aquela que é construída pelo enfermeiro através de uma atividade mental, que é desencadeada pelo confronto com um problema ético de enfermagem. Esta construção desenrola-se em diversas fases, podendo verificar-se alguma sobreposição no tempo e mesmo um retomar de uma fase anterior (Deodato, 2010).

A tomada de decisão clínica e ética em qualquer contexto é influenciada por vários fatores. Tomamos decisões pelos contornos do saber ser e estar na vida pessoal e profissional, pelas competências que adquirimos e pela natureza dinâmica e incerta do ambiente de cuidados de saúde (Neves, 2002 como referido por Martins, 2011).

Pode afirmar-se que, no processo de tomada de decisão, intervêm fatores internos (individuais) e externos (contextuais/ambientais) ao indivíduo (Deodato, 2010; Neves, 2005).

No conjunto dos fatores contextuais/ambientais, ou seja, externos ao enfermeiro, podemos considerar os inerentes à natureza e ao contexto da atividade, complexidade do problema ou da situação a resolver, nível de risco envolvido, características dos clientes, recursos disponíveis, intensidade de trabalho, as fontes de informação, tempo disponível e fatores de stress como, por exemplo, a existência de uma equipa inadequada e de conflitos interpessoais. Como fatores individuais salientam-se o conhecimento e a experiência do enfermeiro, mas também o tipo de locus de controlo, os valores, a flexibilidade, o género, a capacidade de pensamento crítico, a educação, o nível de compromisso, a idade, a ideologia, entre outros (Neves, 2005).

Neves (2005) acrescenta nos conflitos interpessoais, a relação médico-enfermeiro, e a colaboração da equipa.

Lipp (1998) como referido por Deodato (2010) refere que no processo de decisão ética são identificados fatores que influenciam a decisão, resultantes das atitudes dos

médicos, dos colegas, dos constrangimentos organizacionais e dos limites impostos pela autonomia das pessoas cuidadas.

Nesta linha de pensamento, o estudo desenvolvido por Thompson, Cullum, McCaughan, Sheldon e Raynor, (2004) refere que a maior fonte de informação são os colegas, como fonte útil e acessível à informação, em vez da pesquisa noutro formato. Os colegas fornecem informação no contexto específico, clinicamente relevante, que tem em conta as necessidades da situação, em tempo eficiente e requer o mínimo de avaliação crítica. No entanto, esta informação pode não ser de qualidade ou válida (Thompson et al., 2004).

A comunicação é outro fator capaz de influenciar a tomada de decisão. O enfermeiro tem de ser capaz de contextualizar a informação para que a possa analisar e processar, retirando os dados realmente importantes e minimizando as interferências individuais. Como muitas vezes a informação se encontra dispersa, fragmentada e sujeita às diversas interferências, o processo de tomada de decisão será mais efetivo quando ocorre o trabalho em equipa, em que todas as opiniões são escutadas e analisadas em conjunto, sendo possível obter um consenso. Assim, toma-se a melhor opção, fruto não só dos recursos materiais e humanos, mas também do tipo de cliente, do prognóstico, das diferentes intervenções e experiências vivenciadas (Nunes, 2007). Wu et al. (2013) salientam que a tomada de decisão individual, que leva à episiotomia, pode ser influenciada por uma combinação de fatores clínicos, experienciais e pessoais. A compreensão dos fatores subjacentes a este processo de decisão conduzirá à criação de novas estratégias para alterar a prática nas unidades de parto. Os inquéritos dos serviços de saúde e as auditorias às unidades de parto contemplam documentação sobre as práticas existentes, mas falham naquilo que diz respeito às razões que levam a essa prática. Assim, providenciam estratégias limitadas para desenhar programas educacionais efetivos que alterem o comportamento vigente. As razões pessoais que levam os enfermeiros especialistas em ESMO a realizar ou a evitar a episiotomia são complexos e afetam as taxas de episiotomia nas unidades de parto. Os pontos de vista e as experiências dos enfermeiros ESMO devem ser incorporados nas estratégias para mudar a prática da episiotomia (Wu et al., 2013).

CAPÍTULO III O PERCURSO METODOLÓGICO

III.1-OPÇÃO METODOLÓGICA

Considerando a natureza do objeto de estudo, a estratégia metodológica enquadrousena perspetiva qualitativa no âmbito do paradigma interpretativo. De acordo comFlick (2005), este tipo de abordagem valoriza a experiência humana, atribuindo importância aos significados do comportamento humano. O ponto de partida empírico é o significado que os sujeitos atribuem às atividades e ao seu contexto. Assim, o imperativo metodológico é reconstituir o ponto de vista do sujeito em diversos aspetos.O autor refere ainda que nos métodos qualitativos os objetos não são reduzidos a simples variáveis, sendo estudados na sua complexidade e globalidade, integrados no seu contexto quotidiano.

Entre as diferentes formas de pesquisa qualitativa, o estudo de caso naturalístico foi a opção escolhida, na medida em que permite investigar profundamente um determinado grupo, serviço ou organização, retratandoa realidade da forma mais completa possível, através de diferentes fontes de informação e revelando diferentes pontos de vista sobre a problemática em estudo (Ludke & André, 1986; Bogdan & Bilken, 1994).

Partindo da questão de investigação, os objetivos deste estudosão:

- Identificar as razões que levam os enfermeiros EESMO a decidir praticar ou não a episiotomia.
- Conhecer a que influências os enfermeiros EESMO estão sujeitos quando decidem praticar ou não a episiotomia.
- Conhecer que orientações ou evidência científica guia os enfermeiros EESMO na decisão de praticar ou não a episiotomia.

Assim, recorreu-se a uma variedade de dados, recolhidos em diferentes momentos, em situações variadas e com uma variedade de informantes, para conhecer de forma aprofundada como os enfermeiros EESMOconduzem a decisãode realizar ou não uma episiotomia, face ao juízo clínico inicial.

III.2- LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado da Zona Centro de Portugal. Trata-se de uma instituição com longa história na assistência ao parto, com cerca de 3000 partos por ano, sendo uma instituição de referência, ao serviço das mulheres, casais, feto/recém-nascido, da família e da comunidade, oferecendo

variedade de meios técnicos e humanos, a par dos avanços científicos que caracterizaram as últimas décadas.

Foi escolhido este local para efetivar este estudo pela acessibilidade, uma vez que exercemos a nossa atividade profissional nesta instituição, e por uma parte do Ensino Clínico de sala de Partos do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia ter sido realizado neste serviço.

A 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 atrium central, onde estão os computadores e o ecrã central que exibe os registos cardiotocográficos.

À entrada da sala de partos, do lado direito, ficam os vestiários dos profissionais e, do lado esquerdo, o primeiro quarto, equipado com um Bloco Operatório de Emergência. Este facto leva a que a admissão das parturientes seja feita por seis camas. Caso a afluência de parturientes à sala de partos não justifique, o segundo quarto é reservado para as situações de expulsão fetal, quando há interrupção da gravidez.

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 recémnascido, mas que comunica de forma independente através de duas portas que podem ser fechadas em caso de necessidade.

A equipa de enfermagem deste serviço é constituída por dezoito enfermeiros EESMO. A enfermeira chefe também é responsável pelo Bloco Operatório e, já há alguns anos, que oito enfermeiros EESMO desenvolvem a sua atividade quer na Sala de Partos, quer no Bloco Operatório, mediante distribuição prévia na escala de serviço. Esta medida vai de encontro à tendência institucional de preparar todos os enfermeiros para todo o tipo de atividade. Assim, está-se, gradualmente, a proceder à integração de enfermeiros da Sala de Partos no Bloco Operatório e reciprocamente.

O horário praticado pelos enfermeiros é o horário rotativo, com exceção da enfermeira chefe e de alguns enfermeiros que, por questões de legislação laboral (licenças de amamentação e outros), praticam horário fixo. Os turnos são sempre assegurados por três enfermeiros. A gestão da unidade é feita pelo enfermeiro 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, quem 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 numa base de dados existente na sala de partos 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 sistema STAN (equipamento de cardiotocografia) e no partograma.

Existem vários protocolos que orientam a prática de enfermagem, mas nenhum deles se dirige concretamente para a prática da episiotomia.

Relativamente aos partos realizados pelos enfermeiros especialistas em ESMO, entre 1 de junho de 2015 e 31 de dezembro de 2015, obtidos após contagem na base de dados facultada pela instituição, apurou-se queforam realizados 197 partos vaginais por enfermeiros EESMO. Desses 197 partos, 107 (54,3%) foram partos comepisiotomia e 90 (45,6%) foram partos sem episiotomia.

III.3- PARTICIPANTES NO ESTUDO

Considerando que a ideia de amostragem não é a mais indicada para certas pesquisas sociais, especialmente as de carácter qualitativo, uma vez que o "universo" em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes optou-se por definir o número de sujeitos por inclusão progressiva (sem demarcar *a priori* o número de participantes, interrompendo-

se pelo critério de saturação, isto é quando as conceções, explicações e sentidos atribuído pelos sujeitos começam a ter uma regularidade na apresentação (Minayo, 2009)

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 população estudada. Contudo, é perfeitamente válida a sua contribuição para a perceção de fenómenos semelhantes, ocorridos em contextos idênticos e para a realização de estudos posteriores.

Os participantes no estudo são enfermeiros EESMO que trabalham na Sala de Partos do local de estudo selecionado. A seleção dos participantes foi feita por seleção intencional de casos tipo, por se basear no conhecimento específico dos indivíduos, considerando as suas vivências em relação à temática em estudo. A finalidade era a partilhadesse conhecimento, para se poder selecionar casos ricos de informação para estudar em profundidade (Streubert & Carpenter, 2002).

Os participantes foram abordados pessoalmente no serviço, após a enfermeira chefe da Sala de Partos ter enviado mensagem por correio eletrónico a informar a existência do estudo e os seus objetivos.

Este contacto prévio facilitou a abordagem dos participantes, que foi feita a todos os que se encontravam na Sala de Partos quando lá nos deslocámos.

Foram entrevistadas nove enfermeiras que respondiam aos critérios para a participação no estudo. Na **Tabela 1** apresenta-sealgumas das características dos participantes, sendo na sua totalidade do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 40 e 58 anos. O tempo de experiência na sala de partos oscila entre 1 e 26 anos.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes.

			Tempo de experiência na sala de
Identificação	Idade	Sexo	partos
P1	46 anos	Feminino	8 anos
P2	58 anos	Feminino	21 anos
P3	58 anos	Feminino	24 anos
P4	57 anos	Feminino	25 anos
P5	54 anos	Feminino	18 anos
P6	50 anos	Feminino	26 anos
P7	40 anos	Feminino	1 ano
P8	53 anos	Feminino	19 anos
P9	40 anos	Feminino	2 anos

III.4- COLHEITA DE DADOS

No sentido de aprofundar a questão em estudo, no contexto onde se realizou o presente estudo, foi realizada **pesquisa documental** para: a) identificar a prevalência de episiotomia nos partos vaginais realizados por enfermeiros EESMOentre 1 de junho de 2015 e 31 de dezembro de 2015, b) identificar existência de protocolos orientadores para a prática de episiotomia.

Para além da pesquisa documental foram ainda realizadas *entrevistas* semiestruturadas a enfermeiros especialistas em ESMO do serviço, no sentido de obter o relato da experiência vivida de cada um e o significado atribuído à decisão da prática da episiotomia. Atendendo à inexperiência da investigadora, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, com recurso a um guião orientador (**Apêndice I**).

Asentrevistas semiestruturadas são amplamente utilizadas por permitirem que os indivíduos expressem com mais facilidade as suas opiniões do que numa entrevista estruturada ou num questionário (Flick, 2005). Este tipo de entrevista tem a vantagem de combinar perguntas fechadas com abertas e dá ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (Minayo, 2009).

Estas características permitiram que, no decurso das entrevistas, fossem colocadas questões que não constavam no guião orientador, mas que serviram para a clarificação das respostas. O guião foi construído com base em pesquisa bibliográfica prévia, na nossa prática profissional e experiência enquanto estudante ESMO e foi sujeito a um processo de análise e de aperfeiçoamento, sofrendo as devidas alterações até à sua aplicação.

Depois de obtida autorização para acesso ao campo de estudo, em outubro de 2016, contactámos a enfermeira chefe da sala de partos para lhe comunicar o estudo que pretendíamos desenvolver e solicitar a sua colaboração. Através de correio eletrónico a enfermeira chefe informou os enfermeiros da sala de partos sobre a existência e propósito do estudo. Apesar deste contributo, falámos individualmente com os enfermeiros que fomos encontrando nas nossas visitas à sala de partos, pedindo-lhes a sua colaboração.

As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e dezembro de 2016 e tiveram uma duração que oscilou entre os trinta minutos e uma hora e vinte e quatro minutos, numa média de 40 minutos cada.

Fez-se uma primeira entrevista de ensaio que serviu como validação do guião, uma vez que o participante referiu ter compreendido todas as questões. Esta participação não foi incluída no estudo pois, durante a audição da sua gravação, verificámos a nossa tendência, enquanto entrevistador, para liderar a conversa e induzir respostas. Esta tendência foi reprimida nas entrevistas subsequentes e que foram incluídas no estudo. Procurámos, portanto, empreender esforço no sentido de ajudar os participantes a responder, através do aprofundamento ou reformulação das questões.

As entrevistas foram gravadas com recurso a um gravador digital e foram preservadas em suporte áudio, informático e papel, para que o seu acesso fosse possível, se necessário.

O local onde as entrevistas decorreram teve em conta a disponibilidade e o conforto dos participantes. A maioria aconteceu num gabinete do serviço que estava disponível. Apenas uma foi realizada numa sala de aulas da Escola superior de Enfermagem de Coimbra, por sugestão do entrevistado.

Após a realização das entrevistas foi feita a sua transcrição integral e, após cada transcrição, foi ouvida novamente a gravação para detetar qualquer tipo de falha e proceder à sua correção.

Foram realizadas nove entrevistas. Após a sua transcrição e leitura considerou-se estarmos na posse de dados que permitiriam descrever os fatores subjacentes à tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO, na prática da episiotomia em partos vaginais. A colheita de dados prolongou-se até acreditarmos que a saturação foi alcançada, ou seja, quando não surgiram novos temas dos participantes e os dados se repetiam (Streubert & Carpenter, 2002).

Entrevistou-se, ainda, a enfermeira chefe da sala de partos que nos elucidou sobre aspetos importantes relativos ao funcionamento da sala de partos (nomeadamente aspetos relacionados com a prática da episiotomia) e sua caracterização.

III.5- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Minayo (2009) destaca a importância de não comprometer a ética na elaboração de textos científicos. Os comportamentos antiéticos que a autora salienta como mais comuns são: a prática do plágio, a fraude e a falta de preocupação em não causar malefícios aos sujeitos envolvidos no estudo. No sentido de não causar qualquer prejuízo aos sujeitos envolvidos no estudo, a autora defende a sua autonomia para tomarem a decisão de participar e a garantia do seu anonimato. De igual modo, algumas áreas de conhecimento exigem que o projeto antes de ser realizado deva ser submetido a um comité de ética em pesquisa.

O acesso ao campo de estudo foi negociado, inicialmente, através de um pedido de autorização colocado, por escrito, ao Diretor do Serviço de Obstetrícia da Instituição (**Apêndice II**), em março de 2016. Após a autorização (**Anexo I**), foi realizado novo pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição (**Apêndice III**) e pedido parecer à Comissão de Ética para a Saúde da mesma instituição (**Apêndice IV**), durante o mês de abril de 2016.

Nestes pedidos apresentou-se: a justificação do estudo, seus objetivos, o tipo de estudo em causa, a identificação dos participantes, o método de colheita de dados e da sua análise e o compromisso de respeitar integralmente todas as formalidades éticas que um estudo científico exige. Foi dado a conhecer o motivo da escolha da instituição, com o compromisso de manter o anonimato de todos os participantes e de não perturbar o funcionamento dos serviços.

O parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Instituição emitido em junho de 2016 (**Anexo II**) considerou que, para se tornar favorável, carecia de consentimento

informado das titulares dos processos clínicos nos quais se pretendia identificar a prevalência de episiotomia em partos vaginais.

Como se trata de um estudo com carácter retrospetivo, no que se refere a este tipo de dados, tornava-se inexequível pedir consentimento informado a todos os titulares dos processos clínicos que pretendíamos consultar. Assim, solicitámos novo parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Instituição (**Apêndice V**), em julho de 2016, no qual assegurávamos que era possível obter a mesma informação, de forma anónima, não comprometendo o direito à privacidade dos titulares dos processos clínicos, através do gestor da base de dados que existe na Sala de Partos.

A autorização do Presidente do Conselho de Administração da Instituição, para a realização do estudo, veio favorável em outubro de 2016 (**Anexo III**).

Foi pedido parecer à Comissão De Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), que foi emitido como favorável a 25/05/2016 (**Anexo IV**).

Após obtermos as devidas autorizações contactámos os participantes das entrevistas. Tivemos a preocupação de tratar respeitosamente os informantes, obtendo o seu consentimento informado, por escrito, para participar no estudo (**Apêndice VI**).

Na abordagem para pedir a colaboração, caso notássemos falta de interesse em participar, pedíamos a colaboração a outro enfermeiro mais disponível.

O pedido de consentimento informado escrito foi facultado a todos os participantes, tendo sido fornecida informação verdadeira e suficiente sobre a natureza do estudo, para os ajudar a tomar a decisão de participar na investigação.

Foi ainda explicada a necessidade de gravar a entrevista em suporte digital e obtido o consentimento para o efeito. Foi ainda reforçada a natureza confidencial das entrevistas, com a garantia de que nenhum tipo de informação cedido seria divulgado ou deixado acessível a terceiros que não estivessem envolvidos nesta investigação. Na transcrição das entrevistas, os nomes dos participantes foram omitidos, bem como os nomes de outras pessoas ou locais referidos pelos participantes. Na apresentação e análise de dados, assim como na discussão, as unidades de registo (UR) são atribuídas de forma codificada aos participantes que as produziram, de acordo com a ordem da realização da entrevista (P1, P2, P3...P9).

III.6- PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados qualitativos é considerada, muitas vezes, como o núcleo da pesquisa qualitativa, sendo a colheita de dados um passo preliminar para prepará-la (Flick, 2005).

Gibbs (2009) considera que o texto é o tipo mais comum de dado qualitativo, podendo tratar-se, por exemplo, de uma transcrição de entrevistas. A maior parte de dados, em áudio e vídeo, é transformada em texto para ser analisada. Para o autor, a análise qualitativa não tem como objetivo reduzir ou condensar os dados, uma vez que, a maior parte da análise aumenta esse volume, buscando melhorar os dados, sua densidade e complexidade. Contudo, Flick (2005) salienta que a análise de conteúdo qualitativa, contrariamente a outras abordagens, tem como objetivo a redução do material.

Após a realização das entrevistas transcreveu-se o seu conteúdo *verbantim* para o processador de texto Word. Depois da transcrição das entrevistas procedeu-se à sua leitura e correspondência com o ficheiro áudio. Após transcritas e relidas, as entrevistas foram transferidas para o programa ATLAS/ti1.5.2 e procedeu-se a uma análise de conteúdo de tipo temático, de acordo com as indicações de Minayo (2009).

Para Minayo (2009), a análise e interpretação, dentro de uma perspetiva de pesquisa qualitativa não tem como finalidade contar opiniões ou pessoas, focando-se na exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se investiga. É função da análise qualitativa dar conta da diversidade de opiniões e crenças dentro de um mesmo segmento social.

A autora salienta que numa análise de conteúdo temático, o conceito central é o tema. É o tema que comporta um feixe de relações que pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo.

O primeiro procedimento consistiu na leitura atenta e ativa, várias e sucessivas vezes, verticais, documento a documento, cada vez mais minuciosas, com o intuito de possibilitar a inventariação dos temas relevantes do conjunto, ideologia ou conceitos mais utilizados (Amado, 2000).

Inerente a este processo surge a codificação. A codificação é, para Gibbs (2009), a forma como se define o que os dados em análise tratam. Envolve a identificação e o registo de uma ou mais passagens de texto ou outros dados, como partes do quadro geral e que exemplificam a mesma ideia teórica e descritiva. Por norma, várias passagens são identificadas e estão relacionadas com um nome para uma ideia, isto

é, o código. Desta forma, todo o texto que se refere à mesma coisa ou exemplifica a mesma coisa é codificado com o mesmo nome. A codificação é uma forma de indexar ou categorizar o texto para estabelecer uma estrutura de ideias temáticas que se lhe relacionam.

Minayo (2009) destaca, como procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, utilizados a partir da perspetiva qualitativa: a categorização, a inferência, a descrição e a interpretação. É feita ressalva para que estes procedimentos ocorram de forma sequencial. A autora enumera como as seguintes etapas: decompor o material em partes (a parte vai depender da unidade de registo e da unidade de contexto que se escolhe), distribuir as partes em categorias, fazer uma descrição do resultado da categorização (expondo achados encontrados na análise), fazer inferências dos resultados (lançando-se mão de premissas aceites pelos pesquisadores) e interpretar os resultados obtidos com auxílio de fundamentação teórica.

Na fase de codificação determinaram-se primeiro as Unidades de Registo (UR). Essas unidades referem-se aos elementos obtidos através da decomposição do conteúdo da mensagem (Minayo, 2009).

Assim, considerando os objetivos do trabalho e a natureza do material a analisar, a determinação das unidades de registo consistiu na procura de palavras, temas e significados. De acordo com a análise efetuada, criou-se uma estrutura constituída por: Categorias, Subcategorias, Indicadores, e UR.

A categorização surgiu a partir da análise do material de pesquisa e foram tidos em consideração os princípios definidos por Minayo (2009) para este processo:

- Homogeneidade cada categoria deve ser obtida a partir dos mesmos princípios utilizados para toda a categorização e, apesar de se poder utilizar mais de um critério de classificação do material a ser utilizado, o importante é submeter todo o conjunto de material analisado aos mesmos critérios.
- Exaustividade as categorias devem dar conta de todo o conjunto do material a ser analisado (se num determinado aspeto não se enquadrar nas categorias, devemos formular outra categorização).
- Exclusividade isto significa que um aspeto do conteúdo do material a ser utilizado não pode ser classificado em mais de uma categoria.

- Objetividade as categorias devem ser concretas, isto é, não devem ser expressas em termos abstratos que trazem muitos significados.
- Adequação a categorização deve ser adaptada ao conteúdo e ao objetivo a que se quer chegar.

III.7-CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DO ESTUDO

Flick (2005) defende que no caso dos dados de entrevistas, é possível aumentar a fiabilidade com o treino dos entrevistadores e pelo controlo dos guiões de entrevista ou das questões geradoras em entrevistas de teste ou após a primeira entrevista. Na fase de interpretação de dados é defendida, como forma de aumentar a fiabilidade, a troca de opiniões sobre os procedimentos de interpretação e os métodos de codificação.

Durante a nossa investigação, todo o processo de realização de entrevistas foi levado a cabo por um único investigador. Considerando a nossa inexperiência na técnica de condução de entrevistas, foi realizado um treino prévio com um investigador mais experiente. Após esta fase realizámos a primeira entrevista que, como foi referido, serviu para a validação do guião e para o aperfeiçoamento da técnica, razão pela qual optámos por não a utilizar no estudo.

Streubert e Carpenter (2002) relacionam o rigor da investigação qualitativa com a atenção que o investigador dá à confirmação da informação descoberta, descrevendo de forma rigorosa e autêntica as experiências dos participantes no estudo.

Como forma de confirmar a credibilidade dos dados, após a transcrição e leitura aprofundada das entrevistas, foi realizada validação das mesmas junto dos participantes, tendo-lhes sido dada a possibilidade de verificar os dados, clarificá-los e de introduzir as alterações necessárias.

Procedemos ainda, segundo a orientação de Flick (2005), à *triangulação do investigador*. Nesta perspetiva, no decurso da análise de dados, foi solicitada a colaboração de dois investigadores experientes, que analisaram os excertos representativos dos dados, no sentido de validar a categorização realizada. Este procedimento foi efetuado com o objetivo de minimizar a perspetivasubjetiva do investigador. Não se tratou de uma divisão do trabalho ou de delegação de atividades, mas de uma comparação sistemática das influências dos diferentes investigadores sobre o problema e o resultado da pesquisa (Flick, 2005).

Os verdadeiros testes de autenticidade do estudo dependem da identificação que os seus leitores façam com ele, transportando para as suas experiências pessoais e profissionais os dados obtidos (Streubert & Carpenter, 2002).

Considerando esta perspetiva, e atendendo à natureza deste estudo, salvaguardamos que as conclusões deste estudo não permitem a generalização dos dados, mesmo tendo em conta os seus processos de validação.

CAPÍTULO IV APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos os resultados do estudo de acordo com os procedimentos metodológicos descritos anteriormente. Uma vez que na investigação qualitativa não existem fronteiras nítidas entre as diversas fases do processo, julgámos pertinente discutir os nossos achados, partindo de premissas já aceites noutros estudos sobre o assunto analisado, à medida que os resultados vão surgindo (Minayo, 2009).

Da análise de conteúdo das entrevistas, que foram realizadas, emergiram quatro áreas temáticas e que caracterizam o processo de tomada de decisão da prática de episiotomia dos enfermeiros EESMO, participantes no estudo.

- A decisão centrada na mulher (Figura 1);
- A decisão centrada no feto (Figura 2);
- A decisão por fatores organizacionais (Figura 3);
- A decisão por razões pessoais/profissionais (Figura 4).



Figura 1 - A decisão centrada na mulher (tema 1)



Figura 2 - A decisão centrada no feto (tema 2)



Figura 3 - A decisão por fatores organizacionais (tema 3)



Figura 4 - A decisão por razões pessoais/profissionais (tema 4)

IV.1 - A DECISÃO CENTRADA NA MULHER

A tomada de decisão centrada na mulher emergiu, sobretudo, com enfoque no respeito pelas expectativas da mulher/casal, visando a qualidade de vida da mulher, com enfoque nas características do períneo e resultante da colaboração da parturiente no expulsivo, tal como já havia sido exposto na **Figura 1**.

IV.1.1 - Expectativas da mulher

Do discurso dos participantes, sobressaiu a influência que podem ter as *expectativas da mulher* na não realização de uma episiotomia, na prática dos enfermeiros EESMO. Esta opção parece levar os enfermeiros a evitar ou a ponderar melhor a decisão de a executar, por respeito à vontade da mulher/casal:

- "(...) o facto de alguém que não quer, ou (...) está esclarecida sobre e que, por esse motivo, está empenhada em colaborar para que o resultado seja o melhor possível nesse âmbito, é óbvio que essa pessoa influencia a minha decisão!" (P1: 119).
- "(...) respeito pelo pedido que eles estão a fazer (...) e nós temos que respeitar as pessoas, mesmo que passado um bocado mudem de opinião, têm esse direito!" (P2:36).
- "O facto de a pessoa ter a expectativa de ter um parto natural, que às vezes dizem natural, um parto vaginal, mas que pensaram sempre que não queriam uma episiotomia (...) se aquela mulher tem uma aversão tão grande, por que é que eu não hei-de fazer tudo o que está ao meu alcance para ela sair satisfeita?" (P6:25).
- "(...) para evitar fazer episiotomia, que ela não queria (...) por vezes, há situações em que tu queres tanto favorecer, ou queres tanto que as coisas corram da melhor maneira, não falhar com as expectativas da senhora que é não fazer episiotomia, se calhar protelas mais, ou aquardas mais (...)." (P8: 110).

Esta perspetiva vai de encontro à responsabilidade que o enfermeiro tem, no exercício da sua profissão, "de adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos" (Decreto-Lei nº 161/96).

Também o Código Deontológico do Enfermeiro consagra que "as intervenções do Enfermeiro são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro" (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.21). O mesmo documento clarifica que "são valores universais a observar na relação profissional, (...) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum..." (Ordem dos enfermeiros, 2003, p.24).

Ainda, o enfermeiro "no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter" (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.71).

Não obstante seja dever do enfermeiro respeitar os pedidos e decisões da mulher durante o trabalho de parto, o estudo realizado por Jomen (2007) aborda também o facto de as suas escolhas poderem tornar-se negativas em algumas situações, pois muitas opções das mulheres não são realizáveis, mesmo tratando-se de escolhas racionais. Todavia, se a mulher já esperar que a sua escolha pudesse não ser realizável, esta terá uma menor repercussão emocional negativa do que se nunca ter tido opção de escolha. Cabe ao enfermeiro transmitir à mulher uma consciência de flexibilidade e orientá-la no sentido de realizar as escolhas mais racionais.

IV.1.2 - Qualidade de vida da mulher

Ponderar a *qualidade de vida da mulher* sobressaiu nos discursos dos participantes como uma razão presente na decisão de evitar a realização de uma episiotomia. A preocupação relacionada com a qualidade de vida da mulher pondera, sobretudo, o seu *bem-estar*:

"(...) é desconfortável, que limita a qualidade de vida (...)" (P9: 50).

"(...) acima de tudo, de alguma forma tens a preocupação do conforto (...)" (P8: 26,28).

"(...) em termos de bem-estar da própria mulher. Porque, quer queiramos quer não, tu ao fazeres uma episiotomia não deixa de ser uma mutilação." (P3: 71).

Por outro lado, os participantes consideraram que as mulheres que não foram sujeitas a episiotomia recuperam mais facilmente a sua *autonomia* no dia-a-dia, retomando as suas *atividades de vida diária* com mais facilidade e sem limitações na capacidade para *cuidar do recém-nascido*:

"A sua capacidade para cuidar do seu bebé, de retomar a casa para as suas atividades da vida diária, da família. Pronto, é incomparável!" (P1: 177).

"A forma, a mobilidade que uma mãe tem sem episiotomia e a mobilidade que uma mãe tem com episiotomia. Tanto no dia do parto como nos dias seguinte." (P3: 71).

"As senhoras começam logo com autonomia após o parto. Nós vemos se é uma senhora com uma episiotomia e com episiorrafia após, tem muito mais dificuldade na deambulação, a sentar-se, depois começa a seguir, o amamentar o cuidar do recémnascido, a dor. (...) se não tem episiotomia é uma senhora muito mais colaborante, porque consegue logo mobilizar-se bem, consegue amamentar, sentar, levantar, auto cuidar-se." (P7: 80).

Surge também nos discursos dos participantes uma decisão ponderada e com a intenção de salvaguardar a *recuperação no pós-parto*, uma vez que a episiotomia poderá conduzir a *morbilidade* no pós-parto, associada a complicações:

"(...) Em termos de morbilidade, do pós-parto e tudo mais." (P1: 177).

"Quer dizer, para já, porque a mãe ela, a senhora, grávida, a puérpera nesse caso fica muito mais liberta de tudo, não é? E a nível de infeções. De tudo, a nível geral é o ideal, para a mulher é o ideal. Tanto é o ideal para o bebé como para a mãe, tanto para um como para outro." (P4: 69).

"Claro que isto da episiotomia tem os seus contras, porque depois temos as hemorragias, às vezes também provoca aquelas deiscências (...) porque sabemos que é sempre um procedimento de alguma forma cirúrgico, porque estás a fazer um corte...é sempre um procedimento cirúrgico com todos os efeitos secundários...infeciosos, acima de tudo (...)" (P8: 26,28).

As implicações que a episiotomia pode ter a nível da *vida sexual* da mulher também são consideradas na tomada de decisão:

"(...) tendo em conta que uma episiotomia poderá ser uma episiorrafia, não feita nas melhores condições pode, depois, vir a causar danos a nível das relações sexuais da mulher (...)." (P6: 26).

"Porque, segundo os estudos, a episiotomia leva a que haja lacerações de terceiro e quarto grau, dispareunia, incontinência urinária, hemorragia pós-parto, desconforto no pós-parto entre outras que não me estou a recordar (...)." (P9: 50).

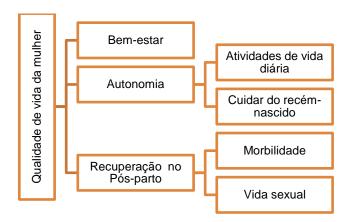


Figura 5 - Representação esquemática da Qualidade de vida da mulher

A evidência aponta para que, após uma episiotomia (independentemente do tipo), a dor intraparto é maior, tornando-se mais incómoda no pós-parto imediato (Borges et al., 2003).

Lopes, Bonfim, Sousa, Reis, e Santos (2012) corroboram a perspetiva de que a dor no pós-parto imediato, causada pela episiotomia, afeta a capacidade de autocuidado da mulher e a sua capacidade de cuidar do recém-nascido quando descrevem as consequências que este procedimento tem no organismo materno, assim como os incómodos na realização de atividades básicas, como no deambular e nas eliminações. Acrescem ainda incómodos em segurar ou amamentar os filhos, associando este evento à limitação corporal imposta pela episiorrafia, o que mostra que o procedimento pode interferir no vínculo entre mãe e filho no puerpério imediato.

Tratando-se de um ato cirúrgico, a episiotomia tem as complicações associadas a esse tipo de procedimento. Os principais riscos associados são: a extensão da lesão, hemorragia, dor no pós-parto, edema, infeções, hematoma, dispareunia, fístulas rectrovaginais e, apesar de ser uma ocorrência rara, a endometriose da episiorrafia (Barranger, Haddad, & Paniel como referidos por Borges et al., 2003).

Myers-Helfgott e Helfgott como referidos por Borges et al., (2003) associam a episiotomia a uma importante perda de sangue intraparto e hemorragia pós-parto, em especial na médio-lateral.

Também os participantes neste estudo relatam as complicações que podem advir da prática da episiotomia e que estão associadas ao seu carácter cirúrgico.

A dispareunia foi uma das morbilidades, que advêm da prática da episiotomia, salientadas pelos participantes. Esta morbilidade é, para alguns autores, frequente no pós-parto, observaram-se taxas maiores de dispareunia em mulheres com episiotomia do que naquelas em que não se realizou a intervenção. Os fatores associados com a dispareunia relacionam-se com as complicações da episiotomia e suas possíveis sequelas, como a infeção, a deiscência da episiorrafia e o aperto do intróito vaginal (Arellano et al., 2008; Silva, Oliveira, Silva, & Santos, 2013).

Como estratégia para evitar as complicações da episiotomia que afetam a qualidade de vida da mulher, nomeadamente nos aspetos referidos pelos participantes: bemestar, autonomia e recuperação no pós-parto, há autores que defendem a seleção mais apropriada das mulheres a quem se realiza a episiotomia e a preferência por evitar a sua realização (Arellano et al., 2008; Myers-Helfgott & Helfgott como referido por Borges et al., 2003).

IV.1.3 - Características do períneo

Na decisão da prática da episiotomia, os participantes no estudo referiram que as características do períneo guiavam esta decisão:

- "(...) quando sou eu a realizar o parto, o parto eutócico, a decisão de sem ou com episiotomia, depende das características do períneo." (P6: 114).
- "(...) temos de avaliar as características do períneo." (P7: 5).

Uma das características a nível do períneo que sobressaiu, com influência na tomada de decisão dos participantes no estudo, foi a *elasticidade* do períneo:

- "(...) se passar a cabeça, não é? Há-de distender, minimamente, minimamente, há-de distender o suficiente para passar o resto, para passarem os ombros (...) a decisão de fazer ou não, tem a ver precisamente com a distensão do períneo, não é? (...)" (P1:10,152).
- "(...) o que me faz fazer a episiotomia (...) é os períneos pouco distendidos e a pouca elasticidade do períneo." (P2: 63).

"(...) quando eu decido fazer uma episiotomia é porque eu vejo que um períneo não é elástico (...) para que seja um parto normal (...)" (P3:22,59).

"Eu realizo episiotomia quando o períneo não distende (...) até posso fazer um parto normal, sem episio, mas tudo depende da elasticidade do períneo da mulher (...) o períneo tem de ser elástico, para podermos fazer as manobras, sem estar a rasgar por um lado e pelo outro." (P5:1,7).

- "(...) se é um períneo duro, se é um períneo mole, se tem elasticidade, se é elástico, se não é elástico (...)" (P7: 5).
- "(...) tendia a rasgar, então foi nessa situação que fizemos episiotomia (...) já tive uma situação que não tomei a decisão de fazer episiotomia e deixei porque parecia que ele distendia (...) e depois, quando estava mesmo ali à vulva (...) os tecidos estavam a ficar muito esticados (...) e fiz episiotomia." (P8: 25).

No que diz respeito à elasticidade do períneo, a falta de **exercício físico** é apontada como uma das causas que a comprometem:

"(...) nós temos pessoas cada vez mais sedentárias, pessoas que não praticam exercício físico, que não promovem a mobilidade pélvica e que acham que indo à farmácia comprar um creme vão resolver a situação da falta da elasticidade, por falta de exercício físico (...) se as pessoas não praticam exercício como antes, as mulheres trabalhavam arduamente e tal, e andavam muito a pé, se as pessoas (...) são mais sedentárias, logo o períneo é menos elástico também (...)" (P1: 125,128).

A existência de uma *episiotomia anterior* pode comprometer a elasticidade do períneo, dependendo do processo de cicatrização que foi feita:

- "(...) temos uma questão que, muitas das vezes, parece-nos que temos condições para ter um parto sem episiotomia, mas temos uma questão que é a cicatriz da episiotomia do primeiro parto (...) tudo depende da cicatrização que ela fez na primeira episio." (P2: 8,14).
- "(...) a informação que se tem é que, com uma cicatriz, já com uma episiotomia e perineorrafia anterior (...) as pessoas vão: "Ah, se já tem episiotomia anterior agora também leva com outra no mesmo sítio." (P6:16).
- "(...) independentemente da situação de a grávida ter ou não já um trabalho de parto, num parto anterior, não significa que, ao ter feito episiotomia que justifique outra episiotomia, porque está tudo relacionado com as características do períneo." (P6: 114).

Outro fator que emerge, e que pode afetar a elasticidade do períneo, é a *preparação* do *períneo* que a mulher faz durante a gravidez e que está, por sua vez, dependente dos ensinos que foram feitos durante a preparação para o nascimento:

"(...) depende da preparação que a mulher fez àquele períneo, a preparação para o nascimento (...) mais focado para o trabalho de parto (...) se as pessoas forem ensinadas a preparar aquele períneo, a aproveitar o momento do banho, em água morna, massajarem aquele períneo, tudo isso contribui para... aí está, para a preparação e para a proteção do períneo." (P3:38).

"(...)a preparação do períneo durante a gravidez, também facilita muito. Os tecidos não ficarem tão friáveis e não rasgarem com tanta facilidade, não lacerar, com tanta facilidade." (P7:72).

Para os participantes, a *paridade* interfere com a elasticidade do períneo, razão pela qual se torna mais fácil não realizar episiotomia em multíparas:

"Tenho mais facilidade em não fazer episiotomia numa multípara, porque o períneo é mais elástico (...) o períneo, por vezes, está mais elástico, o canal de parto já está mais...a estrutura óssea já está mais adaptada, os tecidos já estão mais...o canal de parto...já houve a saída do primeiro bebé...a estrutura está toda muito mais adaptada para um segundo bebé e verifica-se, realmente, nas multíparas, geralmente os partos são normais." (P9:18).

A presença de um *períneo curto*, anatomicamente, também é salientada como importante para a tomada de decisão, assim como um períneo com os *tecidos friáveis*:

"Quando nós vemos que tem um períneo muito curto (...) quando se vê, realmente que os tecidos estão mais friáveis, aí nós, realmente, fazemos, pronto." (P4: 3,6).

"Realizo a episiotomia em situações em que verifico (...) o períneo muito rígido, uma altura baixa, uma altura pequena" (P9:1,6,7).

"(...) se tem tecidos mais friáveis ou não, isso (...) interfere." (P7: 5).

Associado às características do períneo aparece, também, o *risco de laceração* como fator que leva à prática da episiotomia:

"(...) para evitar lacerações, para evitar lacerações para locais indesejáveis (...) não se realizando, quando não há lacerações graves. Porque, muitas vezes, é preferível fazer, não é?" (P1:69,139).

"Sempre na perspetiva da prevenção da laceração. Para mim, preocupa-me muito mais haver uma laceração, que nunca sei para onde é que ela vai, do que eu estar a fazer uma episio (...)." (P2:4).

"Portanto, se eu verifico que aquele períneo vai lacerar, aí, forçosamente, eu tenho que fazer uma episiotomia (...) quando eu entendo que devo fazer estou perante um períneo que vejo que vai lacerar (...)." (P3:2,15).

"Se ele não distender, então eu realizo episiotomia, porque eu acho que vale mais fazer episio do que ele rasgar por outro lado (...) se tu te apercebes que está a começar a lacerar em cima, então, nesse momento, vale mais fazer, cortar, do que rasgar para aqui e ali. Estás a perceber? Eu decido assim." (P5: 8,16).

"O que vai acontecer é que, no momento, se tiver essas características pode dar uma indicação "ok, isto é preferível lacerar", mas depois até te arrependes porque numa situação de laceração de segundo grau é assim, por acaso não correu tão mal, mas pode acontecer que rasgue, tens ali o compromisso do esfíncter anal que está logo ali à mão e tu não consegues prever isso e é muito difícil." (P8:15).

"(...) e que pode lacerar para uma laceração de terceiro ou quarto grau, verifico que não tem grande elasticidade (...) verifico que o períneo vai lacerar, risco eminente de laceração a partir de grau dois (...)." (P9:2,34).

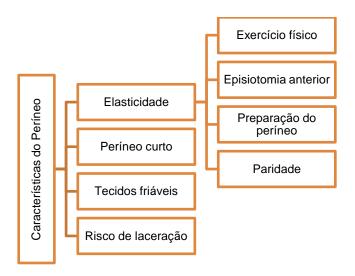


Figura 6 - Representação esquemática das Características do períneo

A falta de elasticidade do períneo é considerada relevante pelos participantes. Também para a OMS (1996), o períneo pouco distensível é uma das situações reservadas para a prática da episiotomia.

Um dos fatores encarados pelos participantes do nosso estudo, como estando na etiologia da falta de elasticidade do períneo é o exercício físico. A preparação do períneo durante a gravidez é defendida como medida promotora da sua elasticidade, consistindo, essencialmente, na prática de massagem.

Ao defenderem que a mulher deve ser incentivada a manter exercício físico regular desde o início da gravidez, Couto e Carneiro (2017) convergem neste sentido. Para os autores, o exercício físico vai fortalecer a musculatura pélvica o que, por sua vez, leva a uma menor incidência de lacerações e episiotomia. Este exercício deve ser realizado com acompanhamento profissional específico. A massagem do períneo com gel lubrificante durante a gravidez também é aconselhada, pois prepara os tecidos perineais para o parto, aumenta a sua elasticidade e diminui a sua resistência durante a distensão.

Oliveira e Miquilini (2005) identificaram, no seu estudo, a episiotomia anterior como justificação para a prática da episiotomia, embora não sejam explícitos a relacionar estas duas ocorrências.

Diversos estudos relacionam a prática da episiotomia com a paridade. Associa-se a nuliparidade a um aumento da prática da episiotomia e, quanto maior o número de partos vaginais anteriores, menor é a utilização da episiotomia. As mulheres sem parto vaginal anterior têm três vezes mais possibilidade de serem submetidas a esse procedimento. Os autores associam esse resultado à indicação rotineira em nulíparas, considerando ainda que estas são mais jovens. Outra indicação seria a prevenção de traumas perineais (Costa & Souza, 2009; Oliveira & Miquilini, 2005; Riesco, Costa, Almeida, & Basile, 2011).

Estes estudos vêm confirmar os nossos achados, embora as indicações apontadas pelos participantes para a utilização de episiotomia em nulíparas não seja justificada pela prática rotineira, mas pela melhor adaptação das estruturas anatómicas das multíparas ao parto.

Apesar da altura do períneo ter sido referida como uma das características que leva à opção pela prática da episiotomia, este fator não tem associação significativa com a ocorrência de lacerações perineais (Scarabotto & Riesco, 2006).

O risco de laceração aparece como um motivo para realizar episiotomia, no entanto, a episiotomia não previne lacerações perineais graves. Realizar episiotomia sem indicação em todas as mulheres é uma medida iatrogénica e não tem benefício consistente (Monteiro et al., 2016).

A principal indicação para realização da episiotomia rotineira, e que foi amplamente difundida, foi a proteção do períneo no período expulsivo. Acreditava-se que o corte impedia a rotura das fibras musculares que compõem o assoalhado pélvico. Contudo, a perineotomia lesa o tecido muscular, nervoso, vasos, mucosa e pele. Assim, um procedimento que se acreditava proteger, na verdade é, por si só, uma lesão de segundo grau. As lacerações espontâneas, na maioria das vezes, são de baixo grau. Lesam apenas pele e mucosa, apresentam cicatrização mais rápida e menores complicações (Carvalho et al., 2010).

Nesta perspetiva, Pérez et al. (2014) estabelecem que a não realização de episiotomia aumenta a percentagem de lacerações de primeiro e segundo grau, principalmente as de primeiro grau. Porém, a não realização de episiotomia não aumentou a percentagem de lacerações mais severas (terceiro e quarto grau). Considerando que a episiotomia configura, em si mesma, uma lesão de segundo grau, pode-se concluir que, não a realizando, não se incorre num risco maior de lesão perineal, quando muito numa laceração do mesmo grau.

Apenas a episiotomia realizada como resultado de um indicador clínico é fatorprotetor das lesões severas do esfíncter anal em primíparas, em oposição ao uso de episiotomia por rotina, pelo que tem de ser considerado o uso restrito das episiotomias sobre as episiotomias de rotina no cenário clínico (Priddis, 2013).

IV.1.4 - Colaboração no expulsivo

A *colaboração* materna *no expulsivo* emergiu dos discursos dos participantes como influenciadora da decisão de realizar a episiotomia.

"Tal como eu disse, o comportamento da mãe (...) se eu tiver a pessoa como aliada (...) em sintonia comigo para aquele objetivo, é óbvio que é mais fácil cumpri-lo (...)" (P1:28,32,159).

Os participantes referiram que nas situações em que a parturiente demonstra estar agitada, com sinais de **descontrolo** associado à **dor**, mais facilmente podem decidir realizar episiotomia:

"(...) a senhora está extremamente agitada (...) ou seja, a situação de ter de controlar esta senhora, o ter de vigiar a frequência cardíaca daquele bebé, a agitação, é mais difícil porque tenho menos colaboração materna (...) e a probabilidade de lacerar é maior." (P6: 44,45,47).

"(...) uma senhora que esteja descontrolada com a dor, por exemplo, (...) não estamos ali a protelar mais tempo, se a senhora está descontrolada, não colabora (...) faz com que tenha de fazer a episiotomia, não é só as características do períneo. Lá está, se a senhora não colaborar, temos que a ajudar, ao ajudar, temos que avançar para episiotomia." (P7:110).

"(...) a colaboração da senhora é muito importante, tens uma pessoa que psiquicamente não se controla, não consegue de alguma forma ajudar, está sempre muito obcecada e muito focada na dor (...) depois não consegue colaborar nos posicionamentos que nós pedimos que ela faça, se há um contexto de dor ela contrai e depois não consegue puxar." (P8: 68, 71).

Por outro lado, a falta de colaboração materna pode estar relacionada com a **sensibilidade diminuída** à contração relacionada com a **analgesia epidural** que, segundo o relato dos participantes, geralmente interfere na adequação dos **esforços expulsivos**, levando a que a mulher não faça força ou faça força excessiva, o que poderá levar também à decisão de realizar uma episiotomia:

"(...) pessoas cuja sensibilidade está comprometida, inclusivamente, que não têm noção da força que estão a fazer, quer, quer força ineficaz, quer força em excesso em relação à velocidade que se pretende, para não realizar a episiotomia." (P1:28,32,159).

"(...) outra coisa que faz toda a diferença (...) há 20 anos não havia epidurais e as senhoras puxavam, tinham que puxar mesmo, não é? Elas agora não puxam, com a epidural (...)A partir do momento em que querem uma epidural tudo modifica (...) porque as senhoras não puxam. Se não puxam o períneo não distende" (P2:25,26)."

"De maneira que elas, com epidural, como não têm o reflexo de puxo, às vezes aí torna-se mais difícil fazer partos normais. A colaboração da mãe é muito importante, para o parto normal. Não é? Por isso (...) a mulher, realmente, se não puxa, influencia, não é? Uma pessoa se vê que ela está ali, que não puxa temos que realmente fazer episiotomia, não é? Se ela está assim não dá!" (P4: 21, 22, 48).

"(...) muitas vezes as senhoras por causa da analgesia epidural não sabem quando têm a contração, não sabem onde hão-de fazer a tal força (...)" (P9:13).

Um outro aspeto em que é sentida a falta de colaboração da parturiente e que, na perspetiva dos participantes, conduz à decisão de episiotomia, é quando a mulher revela *cansaço*:

"(...) uma senhora que está ali, em posição, a puxar, mas que está tão cansada e tu vês, se fizeres um bocadinho de episiotomia (...), como ela está tão exausta, se tu fizeres um bocadinho o bebé nasce." (P3:61)

"Quando a mãe fica completamente cansada, (...), já tive partos normais de primíparas, mas elas colaboravam bastante." (P9:10,20).

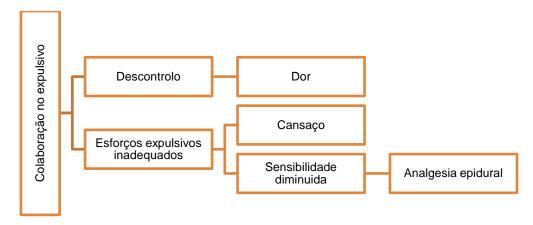


Figura 7 - Representação esquemática da Colaboração no expulsivo

Na tentativa de comparar os achados obtidos no nosso estudo, no que diz respeito à relação da **colaboração da mulher no expulsivo** com a prática da episiotomia, verificámos que não existe literatura que estabeleça relação direta entre estas duas variáveis. No entanto, há vários autores que se referem à importância de desenvolver estratégias que promovam o alívio da **dor** durante o trabalho, como forma de melhorar os resultados de todo o processo.

Acredita-se que a parturiente sem dor terá uma experiência de parto mais serena. Como tal, pensa-se que uma intervenção mais orientada para as necessidades específicas de alívio da dor da parturiente pode ajudá-la a ter um trabalho de parto e um parto mais satisfatórios (Rocha, Monteiro, Ferreira & Duarte, 2016).

No que diz respeito ao alívio da dor durante o trabalho de parto, tem-se defendido a opção por métodos não farmacológicos, em detrimento da utilização de anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto. Isto deve-se ao facto dos cuidados não farmacológicos serem mais seguros e implicarem menos intervenções. A opção por medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto implica que a equipa de enfermagem tenha um papel fundamental nesses cuidados (Sescato, Souza, & Wall, 2008).

A analgesia obstétrica ideal deve reduzir ao máximo a dor provocada pelas contrações e dilatação do colo uterino (e por outros fenómenos do parto) e permitir que a mulher

participe ativamente na experiência do parto, garantindo a sua condição de saúde, do feto e do recém-nascido, sem interferir com a evolução fisiológica do trabalho de parto. Os anestésicos com vasoconstritor utilizados na **analgesia epidural** podem ter um efeito tocolítico, contribuindo para o prolongamento do trabalho de parto. Associa-se, também, a utilização de analgesia epidural, durante o trabalho de parto, com o aumento do índice de cesarianas, especialmente quando aplicada em fases muito iniciais do trabalho de parto. O bloqueio motor associado a esta técnica analgésica pode dificultar ou impedir a livre mudança da posição materna (Souza, Silva, & Maia Filho, 2009).

Sabe-se que a dor não está relacionada somente com o processo fisiológico. Vários fatores influenciam a sua perceção: o medo, a ansiedade, a tensão, **o cansaço**, o frio, a fome, a solidão, o desamparo social e afetivo e o desconhecimento do que está a acontecer. O acompanhamento da grávida pelo enfermeiro durante o trabalho de parto e a utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor promovem o relaxamento da mulher através da descontração dos músculos do organismo, levando à diminuição do seu tónus o que, por sua vez, impede que essa tensão interfira, negativamente, com a dinâmica uterina (Sescato et al, 2008).

Nilsen, Sabatino e Lopes (2011) associaram a dor ao comportamento da mulher durante o trabalho de parto. Os autores concluíram que quanto maior é a dor da mulher no trabalho de parto e parto, pior é o seu comportamento.

Perante o exposto, podemos considerar que a preparação para o parto tem um papel preponderante na preparação da mulher para lidar com a dor durante o trabalho de parto. Ziegel e Cranley (1985) validam esta ideia, quando referem que a mulher preparada é menos afetada pela dor do trabalho de parto em comparação com a mulher que não está preparada.

Perante o exposto, o acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto pelo enfermeiro EESMO e a opção pela utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, parecem estar associadas a maior colaboração da mulher durante o trabalho de parto e parto. Embora os estudos não relacionem diretamente a prática da episiotomia com a **colaboração** materna **no expulsivo**, acreditamos que a colaboração da mulher permitirá, ao enfermeiro que assiste o parto, tomar uma decisão mais ponderada no momento de optar pela prática da episiotomia.

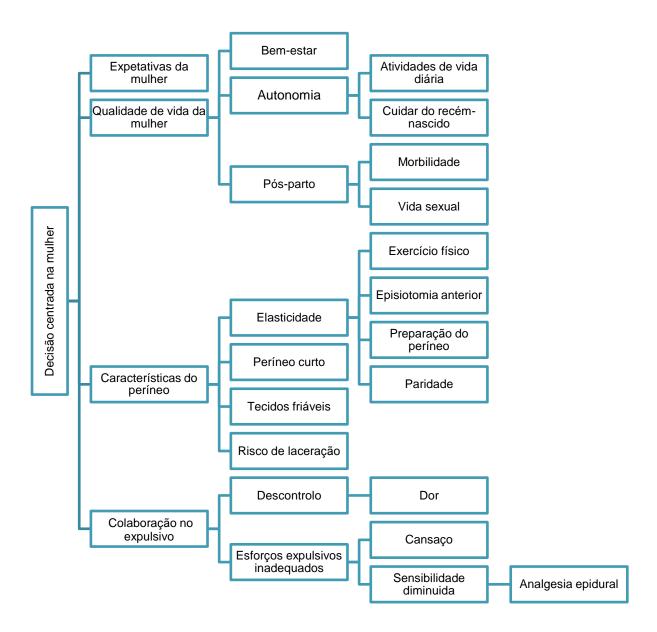


Figura 8 - Representação esquemática geral da decisão centrada na mulher

IV.2 - A DECISÃO CENTRADA NO FETO

O segundo tema refere-se á tomada de decisão centrada no feto, com enfoque na extração fetal: quando é necessária uma extração rápida, associada a presença de sinais de sofrimento fetal; para facilitar a extração do feto nas situações de macrossomia, associada a dificuldades na desflexão da cabeça e à distocia de ombros; assim como para proteger o feto prematuro (**Figura 9**).

IV.2.1 - Extração rápida do feto

Na perspetiva dos participantes, a decisão de realizar uma episiotomia relaciona-se com a necessidade de **extração rápida do feto**, sendo o **sofrimento fetal**uma das situações, referidas pelos participantes, em que há essa necessidade:

"(...) se eu vejo que um bebé está em sofrimento (...) faço uma episiotomia (...) se eu acho que aquele bebé precisa nascer, aí não estou com hesitações, faço episiotomia sem problema nenhum." (P3:11,88).

"Também se virmos que um bebé já está em sofrimento (...) se o líquido tiver mecónio ou não mecónio (...)." (P4:11).

- "(...) eu também tenho de ter em conta o estado fetal (...) nós começamos a ver que aquele bebé precisa mesmo de nascer (...) que há necessidade mesmo, recorre-se à episiotomia (...)" (P6:31).
- "(...) nós começamos também a avaliar a frequência cardíaca fetal e temos de ponderar, ou deixamos, a frequência está bem (...) ou se a frequência começa (...) a desacelerar, a ficar em bradicardia, teremos de avançar mais rápido, para facilitar, muitas vezes, a episio (...) facilita com que a desflexão se faça um bocadinho mais rápida (...)" (P7:13,95).
- "(...) provavelmente temos que fazer, alargar o canal para o bebé nascer com alguma rapidez (...) se o bebé fizer alguma bradicardia fetal, ou chamo ajuda, ou não permito que ele faça a próxima, portanto, é para puxar para o bebé nascer (...) sofrimento fetal, a bradicardia (...) são aquelas situações em que acaba por comprometer a sobrevivência do feto (...)" (P8: 73).
- "(...)e o bebé está em sofrimento, está com umas desacelerações tardias bastante frequentes, realizo a episiotomia (...), no último parto que realizei fiz episiotomia (...), o bebé estava com (...) um registo não tranquilizador, com bastantes desacelerações (...) o registo não era muito tranquilizador, eu estava acompanhada por uma colega

que me disse que o períneo tinha elasticidade, só que tinha mau registo, a senhora colaborava, mas chegou a um ponto em (...) achámos melhor para evitar complicações fazer a episiotomia." (P9:9,36).

IV.2.2 - Facilitar extração do feto

Os participantes referiram também que, tomam a decisão de realizar a episiotomia para *facilitar a extração do feto*, principalmente nas situações de *macrossomia*:

"Então, quando é um bebé muito grande (...), o bebé era muito grande, quase que passou dos quatro quilos (...), estive a suturar, fizemos episiotomia, o bebé era grande, teve que ser." (P4:40).

"(...) uma situação em que não fiz episiotomia e o bebé era muito grande, foi essa laceração (...) estava acima dos quatro quilos (...) é uma situação que se podia ter evitado, mas também não havia informação se o bebé era muito grande ou não (...)." (P8:76).

Um dos participantes referiu já ter tido que realizar uma episiotomia quando se confrontou com um feto com o *pólo cefálico grande* que não conseguia fazer a desflexão da cabeça:

"(...) posso recordar um parto, dum percentil noventa, que o períneo até era bastante elástico, só que, portanto, o pólo cefálico era grande, era uma cabeça com um diâmetro acima (...) dos dez centímetros (...) chegou ali a...mesmo junto ao períneo e não conseguia fazer ao fim e ao cabo a elevação da...a desflexão da cabeça, não é? (...) a episio serve, realmente, para prevenir as lacerações, fundamentalmente, e para facilitar a saída do pólo fetal (...)" (P7:9).

Para além do risco de polo cefálico grande pode também ocorrer *distocia de ombros*, situação em que os participantes referiram realizar a episiotomia, uma indicação necessária para facilitar a extração do feto:

"(...) em situações de distócia de ombros às vezes temos que alargar o períneo, não é? (...) na distócia de ombros tu tens minutos para atuar, ou atuas ou não atuas." (P8:12,167).

"(...) desse parto que eu recordo fez-se a desflexão da cabeça e depois teve uma distócia de ombros em que, perante essa situação, não consegui resolver com todas as manobras (...) e aí foi fundamental uma boa episiotomia, uma boa episiotomia

mesmo, não é um bocadinho, mas sim uma episiotomia com dois, três centímetros de comprimento." (P7:95).

IV.2.3 - Proteger o Feto

A *prematuridade* determina a realização da episiotomia por ser, na ótica dos participantes, um procedimento que está preconizado nestas situações com o objetivo de *proteger o feto*:

- "(...) a não ser que seja prematuro e nos prematuros eu faço sempre uma episio (...) porque, bebés prematuros, ali com cabeças muito molezinhas, as fontanelas ali muito...tudo muito frágil, eu faço e está indicado fazer." (P2:5).
- "(...) quando se realiza o parto, quem o está a fazer deve ter noção de que, qual é a última ecografia, qual era o percentil do feto (...) por exemplo, nos prematuros, que se preconiza a episiotomia." (P6:27).
- "(...) às vezes, naquelas situações de bebés prematuros, há necessidade de fazer episiotomia (...)." (P8:141).

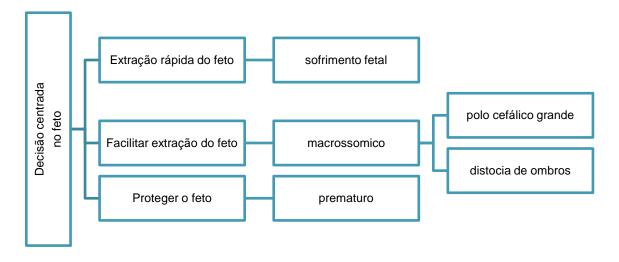


Figura 9 - Representação esquemática geral da decisão centrada no feto

Embora a episiotomia seja considerada, pelos participantes do nosso estudo, um procedimento indispensável nas situações de sofrimento fetal, o uso da episiotomia não foi associado a sinais de sofrimento fetal durante o parto e às condições de nascimento do recém-nascido (Apgar e peso), razão pela qual não se encontra significância estatística para justificar o procedimento como benefício para o feto (Carvalho et al., 2010).

A situação de distócia de ombros, relatada pelos participantes, configura uma emergência obstétrica que tem assumido grande importância nos últimos anos devido à sua imprevisibilidade e aos problemas de foro médico e legal que acarreta. São recomendados procedimentos como a manobra de McRoberts associada, ou não, a pressão supra-púbica e a extensão da episiotomia, uma vez que esta permite reduzir o risco de lacerações perineais graves e reduz o acesso posterior, necessário à realização das manobras de rotação interna (Marques & Reynolds, 2011).

O estudo de Oliveira e Miquilini (2005), realizado com médicos e enfermeiros obstetras num hospital universitário, associa o uso da episiotomia às condições fetais de prematuridade, já que é indicada como procedimento que encurta o período expulsivo, evitando, desse modo, a compressão da cabeça do feto pelo canal do parto. Esse mesmo estudo revelou que a macrossomia fetal foi responsável pela maioria das mulheres submetidas a episiotomia.

As duas situações (prematuridade e macrossomia) são igualmente mencionadas pelos participantes do nosso estudo.

Costa e Souza (2009) encontraram resultados semelhantes, mas verificaram que a macrossomia não foi o único critério indicativo da episiotomia, tendo sido verificada a opção pelo procedimento nas diversas categorias de peso.

Diversos estudos associam a utilização da episiotomia à prematuridade e à macrossomia. Riesco et al. (2011) reconheceram que a possibilidade de se proceder a uma episiotomia, em mulheres com parto prematuro, aumenta 2,3 vezes. Nas mulheres com recém-nascidos acima dos 3300g, a possibilidade de ocorrer uma laceração de segundo grau aumenta 1,6 vezes. Este risco é apontado pelos autores como justificação para a prática de episiotomia.

Já, anteriormente, Scarabotto e Riesco (2006) tinham associado o peso do recémnascido, quando maior ou igual a 3000g, com um risco maior para trauma perineal, mas não foi encontrada diferença estatisticamente significativa com as outras faixas de peso. Neste estudo, a vitalidade do recém-nascido apresentou-se protegida, não se tendo verificado nenhum caso de asfixia ao nascer, pelo que se concluiu que a indicação da episiotomia, como sendo benéfica para o recém-nascido, não se justifica.

O peso fetal relacionado com a ocorrência de lacerações perineais tem sido estabelecido noutros estudos, mas com a referência a peso superior a 4000g ou percentil superior a 95. O risco estaria associado ao maior perímetro cefálico e ao maior diâmetro biacromial do recém-nascido, ao aumento da duração do trabalho de parto e à presença de distócias durante o período expulsivo. Este peso fetal foi

igualmente associado a lesão da fascia pélvica e do nervo pudendo (González, Villareal, Cruz, & Romero, 2009).

Mais recentemente, Mosquera, Lavandeira e Chousa (2017), também observaram um aumento significativo do risco de lesões do esfíncter anal relacionado com o peso do recém-nascido superior a 4000g.

IV.3 - A DECISÃO POR FACTORES ORGANIZACIONAIS

O terceiro tema refere-se à tomada de decisão dos participantes do estudo, relativamente à prática da episiotomia, centrada em fatores pertencentes à organização onde desenvolvem a sua atividade profissional. Estes fatores, influenciadores da decisão, surgem com enfoque na inexistência de protocolos, resultante da gestão de vagas quando a lotação está completa e na medicalização do parto (**Figura 10**).

IV.3.1 - Inexistência de protocolos

A *inexistência de protocolos* na instituição, que explicitem e orientem a prática da episiotomia, é referida pelos participantes, acentuando que este facto leva a que a decisão de realizar episiotomia dependa somente da avaliação individual e autónoma de quem assiste ao parto:

"(...) não há nenhuma regra. Quando eu digo que não há nenhuma regra, não há nada escrito (...) se nós entendermos que, perante um parto, devemos fazer, fazemos, se entendermos que conseguimos fazer aquele parto sem episiotomia, não fazemos. Não há nada que nos obrigue." (P3:25,56).

"É assim, quanto ao executar o parto, a decisão de realizar episiotomia, não existe, que eu tenha conhecimento, qualquer indicação normativa de termos de fazer episiotomia..." (P6:82).

Wu et al. (2013) são da opinião que a introdução de protocolos nas instituições, que orientem os profissionais no que diz respeito à realização da episiotomia, não é suficiente para a otimização das práticas. Na perspetiva dos autores, além da implementação de linhas orientadoras, é necessária a implementação de um programa de melhoria de qualidade dirigido às crenças subjacentes, combinar feedback, "coaching" entre pares, formação participativa e prática colaborativa.

IV.3.2 - Gestão de vagas

As condições da sala de partos, no que diz respeito à *gestão de vagas* nas situações de lotação completa da *sala*, pode interferir na decisão dos participantes realizarem episiotomia:

"Mas é completamente diferente nós termos uma sala cheia e não estarmos com a situação "olhe estão mais duas senhoras para vir da medicina materno-fetal e está uma da urgência para subir", que acaba por (...) em vez de darmos tempo àquela parturiente para estar a fazer esforços expulsivos dentro das suas possibilidades e das suas contrações (...) estamos a forçar (...)." (P6:97).

"(...) nos últimos dias, que a sala tem estado sempre lotada e há uma grande pressão para pôr as senhoras na sala, às vezes é a despachar (...) as mulheres vão mais precocemente para a sala, não fazem aquele trabalho de parto inicial (...)." (P8:114).

Achados semelhantes foram encontrados por Melo Júnior, Lima e Freire (2006), ao verificarem uma diferença significativa na realização da episiotomia conforme o turno de trabalho, sendo mais evidente no período diurno. Associa-se este facto ao fluxo intenso de parturientes durante este período, o que leva o profissional a optar por abreviar o trabalho de parto, com o objetivo de dar resposta às solicitações.

IV.3.3 - Medicalização do parto

Aspectos associados à *medicalização do parto* foram referidos pelos participantes como envolvidos neste processo de tomada de decisão:

"(...) nós passámos de um período de grande medicalização do trabalho de parto e do parto e que, na verdade, até de uma maneira geral, a sociedade no geral, não sendo apenas neste âmbito, estava muito virada para a medicalização e para tudo o que tem que ter aparelhos e medicamentos e influência dos técnicos de saúde, pronto!" (P1:121).

"(...) a perceção que eu tenho é que o parto está muito medicalizado (...) em que de alguma forma têm todos os fatores que os nossos antepassados também tiveram e não havia parto medicalizado (...)." (P8:133).

Um dos aspetos que espelha esta medicalização é o *tipo de analgesia* que é largamente oferecido na instituição, nomeadamente analgesia epidural que é oferecida

por rotina à parturiente durante o trabalho de parto e o pouco investimento da organização na promoção de estratégias não-farmacológicas:

"Aqui falta-nos essa parte, acho que deveríamos ter um serviço de retaguarda à sala de partos em que tivesse mais respostas pelas estratégias não farmacológicas e que não tem (...) as senhoras cada vez mais ficam presas ali na sala quando, muitas vezes, podiam ficar na enfermaria, deambular, tomar o seu duche, a fazer bola de pilates, a sentar-se, a levantar-se, a deitar-se, se tivessem oportunidade e quisessem, mas não, não é isso que se passa (...) depois não querem puxar (...) depois, desencadeia a prática da episiotomia." (P7:79).

Na perspetiva dos participantes, a falta deste espaço leva a que a parturiente fique condicionada ao espaço do quarto na sala de partos, o qual não oferece condições para a *deambulação*. Esta imobilidade da mulher, durante o trabalho de parto, pode iniciar uma cadeia de situações que compromete os acontecimentos relacionados com o parto e a prática da episiotomia:

"(...) o Bloco de Partos que não tem condições para as senhoras deambularem. Portanto, as senhoras chegam lá, ficam presas na cama: é o soro, é o registo cardiotocográfico, ali uma veia caracterizada. (...) isso dificulta um bocadinho tudo isso, depois a saturação instala-se também nas senhoras e depois má colaboração (...) e tudo isso depois desencadeia a prática da episiotomia (...)." (P7:79).

Os participantes referem que a *posição no parto* adotada pela mulher é outro fator que influencia a prática da episiotomia, nomeadamente a adoção de posições verticais:

"(...) em relação à episiotomia, partos de pé ou de cócoras (...) quase não precisam de episiotomia, porque o bebé depois vai de alguma forma ter competência para se adaptar à bacia e com os movimentos da mãe (...)" (P8:133).

O parto é um evento natural e biológico, pelo que o modelo de parto medicalizado trata a mulher como incapaz (Priszkulnik & Maia, 2009).

Desde que o parto foi medicalizado e inserido no ambiente hospitalar, as práticas de cuidar foram modificadas, intervindo-se desnecessariamente nos mecanismos fisiológicos do parto, nomeadamente em relação ao posicionamento da mulher (Fatia & Tinoco, 2016).

A medicalização do trabalho de parto foi abordada pelos participantes do nosso estudo que salientam aspetos como: o **tipo de analgesia**, a **deambulação** durante o parto e a **posição** da mulher **no parto**.

A deambulação da mulher durante o trabalho de parto é muito importante na medida em que aumenta, significativamente, o espaço no interior da bacia pélvica devido à maior flexibilidade das articulações pélvicas. Na posição vertical, as pernas da mulher funcionam como uma alavanca para a pélvis, o que facilita a abertura do seu estreito inferior, representando uma passagem mais fácil para o feto. O outro mecanismo que favorece a descida fetal, na posição vertical, verifica-se quando os ossos da cabeça são capazes de se moldarem em resposta a um ajuste rígido com que a apresentação se depara (Cecatti & Calderon, 2005).

Desde 1996 que a OMS defende a utilização da posição ortostática durante o trabalho de parto (OMS, 1996).

Considera-se posição vertical, todas as posturas que garantem um ângulo superior a 45º entre o tronco e os membros inferiores da mulher. Inclui a posição de cócoras, ajoelhada, de pé, sentada e de gatas. As vantagens que estão descritas, e que estão associadas a esta posição, são a diminuição dos partos instrumentados, uma vez que as posições verticais melhoram a dinâmica fetal e diminuem a percentagem de posições anómalas da cabeça fetal, além de potenciar os máximos diâmetros pélvicos, especialmente nas posições de cócoras e de gatas. A posição horizontal configura-se nas posições de litotomia, supina e semi-reclinada, isto é, posições cujo ângulo é inferior a 45º. As desvantagens associadas a esta posição são: tornar os esforços expulsivos mais difíceis, uma vez que são contra a força da gravidade e não permitirem que a cabeça fetal exerça pressão mantida sofre o períneo, o que dificulta a sua extensão gradual (Fatia & Tinoco, 2016).

Mouta et al. (2008) demonstram que, na adoção da posição vertical, mesmo não sendo realizada episiotomia de rotina, não aconteceram lacerações perineais que exigissem sutura ou reconstrução.

Meseguer, García, Pedro, Jordana e Roche (2016), ao defenderem que a posição de litotomia aumenta a realização de episiotomia, partilham a mesma perspetiva. Os autores corroboram os seus resultados citando estudos onde a utilização de posições alternativas durante o parto está associada ao uso menos frequente da episiotomia.

É neste contexto que Vasco e Poveda (2015) recomendam posturas alternativas (verticais, decúbito lateral) para a redução de taxas de episiotomia.

Pérez et al. (2014) defendem que a utilização de analgesia epidural e de anestesia local durante o parto não apresentam associação com a realização da episiotomia.

Perspetiva oposta têm Meseguer et al. (2016), ao verificarem que, nos partos em que a mulher escolhe a analgesia epidural para alívio da dor, a prevalência da episiotomia aumenta, relativamente aos partos em que não é utilizado qualquer método farmacológico ou nos partos em que se utiliza anestesia local. Estes resultados não são afetados pela paridade da mulher, nem pelo desfecho do parto.

Preconiza-se a alteração das rotinas hospitalares excessivamente intervencionistas, desnecessárias, geradoras de risco e de custos adicionais como a episiotomia. Esta mudança permitirá a diminuição dos custos adicionais tanto no parto como no puerpério (Priszkulnik & Maia, 2009).

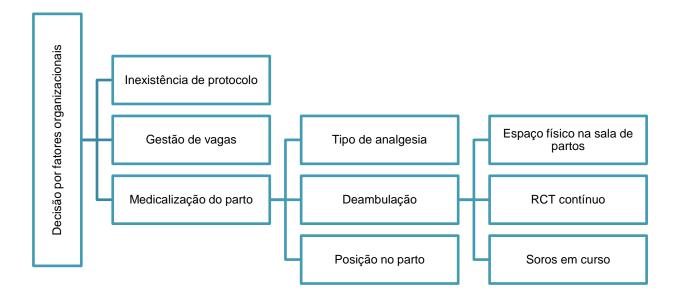


Figura 10 - Representação esquemática geral da decisão por fatores organizacionais

IV.4 - A DECISÃO POR RAZÕES PESSOAIS/PROFISSIONAIS

O quarto tema refere-se à tomada de decisão dos participantes do estudo, relativamente à prática da episiotomia, centrada em razões pessoais/profissionais. Estas razões intrínsecas aos próprios enfermeiros surgem com enfoque na importância que tem a avaliação inicial na decisão de episiotomia e também com enfoque no acompanhamento da mulher ao longo do trabalho de parto, transmitindo confiança, orientando o posicionamento e os esforços expulsivos, assim como preparando o períneo. Por outro lado, razões como a autoconfiança, a prática baseada

na evidência científica e as *guidelines*, surgem também com impacto na decisão da prática da episiotomia (**Figura 13**).

IV.4.1 - Avaliação inicial

A *avaliação inicial*, realizada quando o enfermeiro inicia o acompanhamento da mulher, assume uma dimensão importante que guia a decisão de executar ou não uma episiotomia. A recolha de informação sobre os partos anteriores com episiotomia é, na perspetiva dos participantes relevante para a decisão, assim como a avaliação diagnóstica da condição do risco presente de ocorrer laceração:

"(...) depende muito das características daquelas senhoras, se já tiveram partos anteriores e que tipo de partos tiveram (...) se foi com episio ou não (...) é importante saberes a história dos partos anteriores, se teve uma cesariana, o motivo, se foi materno ou fetal." (P8: 14:140).

"Porque se eu não faço uma episio e se lacera também é uma má prática, não fiz uma boa avaliação, não é? Porque se a seguir tenho uma laceração de segundo grau é porque fiz uma má avaliação, devia ter feito episio." (P7:37).

A importância da avaliação inicial para a tomada de decisão dos enfermeiros, na prática da episiotomia, é reforçada por diversos autores, quando se referem ao processo de tomada de decisão.

O processo de tomada de decisão está relacionado com a resolução de problemas e consiste em etapas sequenciais que se iniciam com a identificação do problema, colheita de dados para a análise das causas e das consequências do problema, procura soluções alternativas, avaliação dessas alternativas, escolha da solução mais adequada, implementação da solução e avaliação dos resultados (Almeida et al., 2011).

De igual forma, Ciampone, Kron e Gray como referidos por Greco (2011) definem as fases do processo de tomada de decisão em enfermagem que, na sua ótica, são semelhantes ao método de solução de problemas. As fases do processo de tomada de decisão em enfermagem estabelecidas pelos autores são: a identificação do problema, a colheita de dados, a análise de dados, a descrição de soluções alternativas, a escolha ou decisão, a implementação e a avaliação. Em relação à colheita de dados descreve-se que consiste na recolha e levantamento de informações que permitam o exame da situação, razão pela qual se deve ouvir as pessoas envolvidas na situação.

Já na fase de análise dos dados, procura-se chegar às causas e aos determinantes da situação com o objetivo de visualizar o problema de perspetivas diferentes.

Assim sendo, a avaliação inicial, conforme foi referida pelos participantes no nosso estudo, constitui uma das primeiras fases do processo de tomada de decisão. Esta fase assume especial relevância, na medida em que lhes permite estar na posse dos dados que vão determinar a opção por determinada situação (realizar ou não realizar a episiotomia).

IV.4.2 - "Estar com" a mulher

Na perspetiva dos participantes, o "estar com" a mulher acompanhando-a durante o trabalho de parto, tanto a nível da vigilância que é feita como do apoio que é dado no período expulsivo, pode determinar a prática da episiotomia. Este acompanhamento contínuo, por parte do mesmo profissional, é considerado fundamental e determina o conhecimento, sobre as circunstâncias relacionadas com a progressão do trabalho de parto que poderá condicionar a prática de uma episiotomia:

"Quando se chega só para executar um parto é na hora, muitas vezes isso até desencadeia que se faça um maior número de episiotomias (...) quem vigia o trabalho de parto deveria executar o parto...tem este percurso todo para poder avaliar toda a evolução do...da...a nível do feto, toda a evolução daqueles tecidos também, tudo isso." (P7:46,94).

"(...) se nós estivermos a acompanhar a senhora algumas horas, temos a perceção se aquele períneo pode tornar-se elástico ou não (...) tu já estás a conhecer a senhora, conheces antecedentes, estás a acompanhar há algumas horas, estás a perceber como é que aquele períneo está a comportar-se." (P8:6, 16).

Por outro lado, consideram que a relação que os enfermeiros especialistas em ESMO estabelecem com a mulher, durante este acompanhamento, é fundamental. Agir com tranquilidade, acalmá-la e dialogar *transmitindo confiança* ajuda a conseguir que o parto ocorra sem necessidade de episiotomia:

"(...) tentamos acalmá-la, dialogar, para além do apoio, da senhora se sentir confiante com a pessoa que está com ela, com a enfermeira (...) eu acho que ajuda fundamentalmente para um parto normal sem episiotomia." (P9:12,22).

"Porque, se uma mulher em período expulsivo estiver a ser acompanhada convenientemente, puxar, com calma. (...) A tranquilidade, mas aí está, tem muito a ver com a nossa forma e com a relação que a enfermeira estabelece com o casal e as

situações mais difíceis para nós e, por exemplo, nas passagens de turno em que nós temos pouco tempo para estar com aquele casal." (P3:60)

Estão assim reunidas as condições para que seja possível trabalhar com a parturiente, orientando nos esforços expulsivos, englobando neste trabalho o companheiro/marido e os conhecimentos que possam ter sido adquiridos na preparação para o parto:

"E então é o que eu digo, há que apostar no acompanhamento da grávida de modo a que ela exercite os esforços expulsivos e a atuação seja o mais tardia..." (P6:18,133).

"(...) aliviar de alguma forma a posição, com massagem, tentar que o marido colabore e que explique (...) e se frequentou as aulas de preparação para o parto é fundamental, porque como ele também sabe a técnica do esforço expulsivo ele ajuda a mulher a controlar a respiração, a verificar se está com contração (...)" (P9:12,22).

Por outro lado, *orientar o posicionamento* da parturiente foi também referido pelos participantes como um procedimento que poderá ajudar a evitar uma episiotomia:

"(...) no sentido de posicionar a senhora e o pólo cefálico estar mesmo ali à vulva (...) vamos poder ajudar aquele bebé a nascer e a mulher a não ter uma episiotomia, não vai haver necessidade." (P6:18,133).

A *preparação do períneo* surge como uma intervenção, que deve ser realizada pelo enfermeiro ao longo do trabalho de parto, com o objetivo de favorecer a sua elasticidade e consequentemente evitar a episiotomia:

"(...) ser acompanhada ali a distender, a ajudar a puxar, a distender aquele períneo, aquele períneo ficar fininho, o parto ocorre..., parto normal, sem episiotomia, sem problema (...)." (P3:4).

"E nós trabalhamos mais os períneos, temos o cuidado de massajar, com a vaselina ou com o hibitane e acabamos por fazer uma proteção melhor também quando faz a deliberação da cabeça, conseguimos proteger melhor o períneo...é fundamental uma boa proteção (...)" (P7:71).

"O que é que tu podes fazer? No momento em que ele já está no período, a senhora começa a puxar, já podes começar a lubrificar ali aquele períneo, se ela não fez, não teve essa preocupação, durante o parto para promover alguma elasticidade (...) de alguma forma fazer ali alguma massagem, lubrificar aquela zona." (P8:30).

"(...) eu acho também que é importante preparar o períneo...sendo assim, muitas vezes nem precisa de episiotomia...o períneo ficar bem lubrificado, bem

elástico...ajuda que não seja necessário fazer episiotomia (...) a partir do momento em que a senhora entra na sala...ao longo das observações tentar sempre massajar o períneo (...)." (P9:23,24).

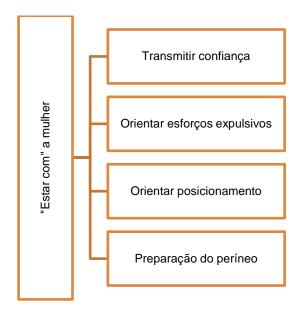


Figura 11 - Representação esquemática do "estar com" a mulher

Corroborando a importância de "estar com" a mulher durante o trabalho de parto, Priszkulnik & Maia (2009) defendem que escutar as parturientes, percebendo os seus medos e angústias, permite que o trabalho de parto flua de forma mais natural e fisiológica. Salientam, ainda, que a falta de relação entre a enfermeira e a parturiente pode causar grande angústia na mãe, a ponto de comprometer a ocorrência dum trabalho de parto fisiológico

A enfermeira especialista em ESMO tem como responsabilidade empoderar as mulheres, estimulando a confiança no seu corpo e na sua capacidade de experienciar o trabalho de parto. Deve ainda ajudar a mulher a compreender o trabalho de parto como um processo natural e fisiológico e como sendo uma experiência única na vida das mulheres. Devem ser dados motivos à mulher para confiar na enfermeira que a acompanha, reconhecendo nesta uma profissional competente que a vai ajudar durante a progressão do trabalho de parto (Moore & Moorhead, 2013).

No que diz respeito a orientar **esforços expulsivos**, em estudos onde foram comparados grupos de mulheres incentivadas a puxar espontaneamente durante o período expulsivo, com mulheres que foram incentivadas a realizar a manobra de Valsava (manter a glote fechada e puxar o máximo de tempo), a segunda fase do

trabalho de parto e a duração do período expulsivo, foram mais longas em no grupo de mulheres que foi incentivado à manobra de Valsava. Contudo, no que diz respeito à prática da episiotomia, as diferenças não foram significativas. Em contrapartida, verificaram-se melhores resultados neonatais (melhores índices de Apgar, de Ph e de PO2 na artéria umbilical) no grupo que puxou espontaneamente. Este facto, permite concluir que é benéfico educar as mulheres sobre as técnicas de "puxo" espontâneo, apoiando-as na sua realização (Yildirim & Beji, 2008).

Afirma-se, ainda, a importância da presença de um acompanhante na sala de partos e flexibilidade na mobilidade da mulher, uma vez que essas medidas influenciam o bemestar da parturiente, transmitindo-lhes segurança e apoio. A presença de um acompanhante durante o período expulsivo reforça a sensação de apoio, fundamental nessa fase (Priszkulnik & Maia, 2009).

Já as mulheres que foram **orientadas** a alternar o **posicionamento**, durante os esforços expulsivos espontâneos e que adotaram a posição de decúbito lateral durante a expulsão fetal tiveram uma redução significativa de partos instrumentados e de taxas de episiotomia. Conclui-se, por isso, que as mudanças posturais durante a fase passiva do trabalho de parto e o uso de decúbito lateral, durante a fase ativa do período expulsivo, estão associadas à redução de trauma perineal (Walker et al., 2012).

A **preparação do períneo**, abordada pelos participantes do nosso estudo é, de igual forma, recomendada por Dahlen et al. (2007), quando se referem à aplicação de compressas quentes durante o segundo período do trabalho de parto. Esta recomendação baseia-se nos seus achados, que comprovam que a aplicação de compressas quentes durante o segundo período do trabalho de parto em nulíparas reduz, significativamente, as lacerações de terceiro e de quarto grau, a dor durante o parto, a dor no 1º e 2º dias de puerpério e a incontinência urinária. No entanto, verificaram que esta medida não tem impacto na redução das lacerações de primeiro e segundo graus.

Tem-se associado a massagem perineal a vantagens como: a redução do stress, o aumento da circulação sanguínea e o alívio da dor. A mulher submetida a massagem perineal com vaselina tem menor probabilidade de lesão perineal, uma vez que esta medida leva ao aumento da elasticidade e suavidade dos tecidos e pode ajudar a mulher a familiarizar-se com as sensações de pressão provocadas pela apresentação do feto, no momento do parto. Estudos realizados evidenciaram que a duração do segundo período de trabalho de parto foi menor e existiu maior taxa de períneo intacto

em mulheres a quem o períneo foi massajado. Verifica-se, portanto, que a massagem perineal com vaselina, no segundo período do trabalho de parto, aumenta a integridade perineal e reduz o trauma perineal (episiotomia e lacerações) (Geranmayeh et al., 2012).

IV.4.3 - Autoconfiança

A *autoconfiança*, que leva a que o enfermeiro tome a decisão com segurança e transmita confiança aos outros elementos da equipa, é referida como um factor importante na tomada de decisão: "

"(...) porque eu acho que transmito essa confiança e mesmo a equipa médica, acho que tem toda a confiança (...) porque nós é que estamos aqui, não é? E é que sabemos se temos que intervir ou não." (P2: 19,27,53).

"Mas, também, se disseres assim: "Ah, bem há muita gente que está aqui na sala há muito tempo e não tem talvez essa tomada de decisão!". Mas eu sou capaz de a tomar (...) sinto-me confiante por aquilo que tomei, com a decisão que tomei." (P5: 22,23).

"(...) sinto autoconfiança (...), tenho confiança perante aquela situação, porque até consigo verbalizar ao próprio elemento da equipa médica (...) eu disse-lhe que aquele partinho iria ocorrer sem episiotomia." (P6: 59).

"Acho que quanto mais segura eu me sinto, menos episiotomias eu faço." (P7: 76)

A falta de confiança surge, por vezes, associada ao **receio de complicações** que possam advir da não realização da episiotomia, constituindo um fator que incrementa a sua prática:

"Eu penso que é mais fácil tomar a decisão de fazer do que de não fazer, é muito mais fácil cortar (...) é mais fácil estar confiante quando se realiza episiotomia. Quando não se realiza, para mim, quando eu não a realizo, é uma decisão ponderada, mas cujo estrago só se avalia no fim, quando o bebé nasce (...) mas quando faço e no fim penso: "podia não ter feito", não me arrependo de o ter feito, no sentido em que isso para mim foi um sinal...foi um ato que me deu segurança." (P1:84,91).

"(...) eu, praticamente, sempre trabalhei na sala e nós, no nosso início, tínhamos já muito mais autonomia do que têm hoje as colegas quando acabam. Têm muito medo, de iniciar, de fazer (...) é que os medos depois são maiores e (...) a pessoa pega na tesoura, nem sabe se faz nem se não faz, estás a perceber?" (P2:66).

"Ou às vezes a gente vai com aquele intuito de tentar e depois mudamos de posição: "Vale mais fazermos episiotomia, porque é mais seguro". Para a criança, para a mãe e para nós!" (P5:20).

"(...) os colegas mais novos que neste momento estão em integração por vezes têm pavor que ocorra uma laceração e estão naquela fase, aceitam as opiniões todas." (P6: 55).

"(...) o receio depois de não dar resposta a uma laceração e então: "antes que lacere, vamos fazer a episiotomia", é um bocadinho assim (...). Muitas vezes nem é pelo desconhecimento, nem é por não conseguirem avaliar os tecidos que estão ali à frente (...), é um bocadinho pela insegurança do que poderá acontecer. Então, "para que não aconteça vou prevenir", um bocadinho mais como prevenção". (P7:52).

Os participantes consideraram que a *experiência* na sala de partos, nomeadamente na assistência ao parto, é também influenciadora da tomada de decisão da prática de uma episiotomia. O treino surge como fundamental para que os enfermeiros possam sentir-se seguros da sua decisão e agir com a autoconfiança necessária. Por isso, a presença de enfermeiros na equipa com pouca experiencia, leva geralmente ao aumento da decisão de episiotomia:

"(...) No início há muito mais dúvidas (...) e acho que se executa mais a episiotomia e que depois se chega à conclusão que: "é pá, não devia ter feito". (...) obviamente que quando novos estão a executar o parto têm mais dúvidas." (P1:15, 21).

"(...) Nós sabemos o básico e sabemos o que é se pretende e o que se preconiza, mas isto não está nos livros, isto é com a nossa prática, que nós vamos percebendo, vamos perceber se é um parto que se deve fazer episio ou não deve fazer episio, não é?" (P2:62).

"Talvez o tempo, talvez (...) uma enfermeira de sala de partos não se faz em pouco tempo, num ano, nem dois (...). Portanto, posso dizer-te: é a prática, é o tempo? É, sim senhor. "(P3:43,45).

"Olha, eu acho que é os anos de serviço. Que nos dá essa segurança. Porque são muitos anos já com essa experiência, não é? Eu acho que é a experiência. É! É a vivência na sala (...). Olha, sabes porque eu sinto bastante confiança naquilo que eu faço? Eu sou do tempo de fazermos partos sozinhas. Sabes o que era uma sala de partos, estares a fazer o parto e ter que vestir a criança? Tu tens que tomar a decisão sozinha (...). Eu acho que é isso que nos dá maturidade, crescimento e uma certa autonomia e uma certa segurança, na sala." (P5:24).

"(...) já trabalho há muitos anos na sala de partos (...) são muitas horas, são muitas vigilâncias feitas, são muitos partos" (P6: 55).

"É o tempo da prática, penso que se calhar mais o tempo da prática, a destreza que se vai conseguindo com o tempo de sala, pronto! Não é uma coisa que se consegue construir num ano ou dois ou três, não! É com alguns anos de prática que se consegue (...). Depois o treino, na prática diária. E muitas avaliações, não é? E muito parto e muita episiotomia e muitos sem episiotomia (...). Portanto, isso influência, porque a pessoa sente-se mais segura, já teve aquele percurso todo em que é capaz de fazer uma avaliação mais eficaz e acaba por levar a que haja uma diminuição da realização da episiotomia, sem dúvida nenhuma." (P7:22,25).

"(...) porque obstetrícia tem de ter treino, relativamente à episiotomia, e voltamos ao fulcral da questão, não é fácil, até podes ter algum conhecimento, podes discutir sobre o assunto com os colegas até com mais alguma experiência, tu até podes ter a perceção se tens um períneo favorável ou não, ao fazeres um parto normal ou não, mas a imprevisibilidade do acontecimento é sempre muito grande (...) porque na teoria sabes o que tens de fazer, depois na prática, se não tiveres muitas situações, isto gera-te mais stress e insegurança." (P8: 155).

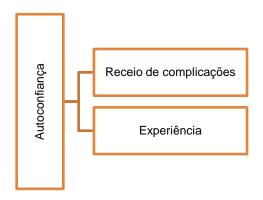


Figura 12 - Representação esquemática daautoconfiança

Jesus e Said (2008) referem-se à **autoconfiança** como elemento integrante da autonomia profissional, quando referem que a autonomia assenta numa condição de confiança. O enfermeiro exerce a sua atividade com outros profissionais, o que implica que exista respeito mútuo pelas decisões que são tomadas. Confiar é acreditar nas competências profissionais do outro, do mesmo modo que ter autoconfiança passa por

acreditar nas suas próprias competências profissionais. A autoconfiança gere um ambiente psicológico de segurança, trazendo satisfação profissional.

Daí que se possa entender que, quando os participantes do nosso estudo se referem ao **receio de complicações**, como motivo para praticar a episiotomia, estão, na verdade, a referir-se à falta de confiança e, consequentemente, à sua autonomia profissional.

Waterkemper, do Prado, Medina-Moya e Backes (2014) corroboram a nossa perspetiva ao defenderem que o exercício da autonomia depende da existência de liberdade, que substitua um espaço que era caracterizado por dependência, e que se baseia em assumir responsabilidades. O desenvolvimento da autonomia passa pela liberdade existente nas escolhas. Estas escolhas representam o assumir da liberdade e implicam, aventura, risco e criatividade.

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. A autonomia conquista-se e advém da prática e da experiência. Manifesta-se pela responsabilidade, pelas decisões, postura e comportamento (Fentanes, Hermann, Chamma, & Lacerda, 2011)

A associação da autoconfiança e, por consequência, da autonomia profissional à prática e à **experiência** são, analogamente, explanadas pelos participantes do nosso estudo.

Waterkemper et al. (2014) vêm reforçar esta associação (experiência, autoconfiança e autonomia) ao referirem que a autonomia constitui uma atitude desenvolvida no dia-adia, baseada em experiências que alguém teve durante a vida. Para os autores o desenvolvimento da aprendizagem requer: liberdade, curiosidade e tomada de decisão. A liberdade deve existir como meio que permita agir sem medo e assumir a responsabilidade pelas suas decisões.

O Enfermeiro pode ter autonomia na sua prática, mas esta tem de estar contextualizada na instituição onde é exercida, suas normas, outros profissionais, vários papéis e funções reguladoras do ambiente de trabalho. A autonomia implica um equilíbrio entre os fatores que são internos e os fatores externos ao enfermeiro. A autonomia pode ser dificultada ou facilitada por fatores como: conhecimento, ética, relações interpessoais, valorização pessoal, poder, hierarquia, recursos materiais e humanos, capacitação profissional, liderança, confiança no outro, negociação, acordo, consenso e trabalho em equipa (Jesus & Said, 2008).

Consideram-se relevantes para a autonomia do enfermeiro: a formação para a prática profissional autónoma, a utilização do conhecimento científico, resgatar o cuidado de enfermagem pelo enfermeiro, emprego de sistematização de assistência de enfermagem, responsabilização profissional, aplicação de conhecimentos éticos, construção de um saber específico de enfermagem, inserção política dos enfermeiros, prática amparada pela lei do exercício profissional (Fentanes et al., 2011).

IV.4.4 - Evidência científica

A evidência científica surgiu nos discursos dos participantes como influenciadora da tomada de decisão de realizar ou não uma episiotomia. O conhecimento obtido através de fontes de informação parece contribuir para a redução de episiotomias realizadas pelos enfermeiros. Todavia, há o reconhecimento de que isto só é possível se houver vontade na atualização de conhecimentos:

"Acho que os profissionais fazem menos devido a mais formação, mais estudos que apontam que a não realização da episiotomia que as mulheres têm um pós-parto melhor, melhor qualidade de vida." (P9: 51)

"Mas também eu posso estar muito tempo e não querer aprender (...). Se eu estiver muito tempo, a prática realmente é tudo, mas não basta. Se a pessoa não quiser aprender, tanto faz estar um ano, como cinco, como dez, como quinze, como vinte. Nunca passa dali." (P3:85)

"(...)conhecimento técnico científicos (...), estar mais por dentro da situação e a não avançar para a questão impulsivamente e mecanicamente (...). Para o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica que sai, não estou a dizer os de agora, mas os que saíram há cinco anos, dez anos, quinze anos, que bloquearam, que não fazem. Pronto, saíram da escola, não é preciso mais conhecimento, mais informação. Porque estão sempre muitas coisas a sair, muitas (...)." (P6:129)

"(...) é importante de alguma forma estarmos atualizados, é importante percebermos que a evidência vai mudando porque aquilo que era há um ano ou dois. As coisas mudam. Eu acho que devemos estar sempre atentos, abertos e disponíveis para a discussão e para, de alguma forma, irmos acompanhando aquilo que a evidência nos vai dando." (P8:145,151)

Uma das fontes de informação utilizadas, que foi referenciada pelos participantes, foi a *literatura científica*, quer seja livros técnicos ou artigos científicos:

"De vez em quando, quando eu ouço falar: "Olha agora preconiza-se isto ou aquilo". (...). Porque conversamos uns com os outros e vamos à procura também..." (P2:58).

"Por acaso nesse aspeto... "Olha aqui um artigo tão giro! Olha aqui! Anda, anda ver". Nesse aspeto gosto sempre. E mesmo quando há...imprimimos e fixamos." (P3:75).

"Sinto, quando vejo alguma literatura e mesmo até aqui a nível dos médicos, dos obstetras, também tento reforçar determinadas ideias." (P4:60).

"Os livros de obstetrícia que todos eles ensinam, não é? Mário Mendes (risos), agora é uns mais novinhos (...)" (P5:64).

"(...) naquele livro que saiu parto natural...da ordem dos enfermeiros e falam muito sobre isso e das percentagens e das orientações para a prática (...)" (P8:150).

"(...) os artigos científicos (...) a nível da pesquisa bibliográfica, gosto sempre de ver o que saiu de novidades, em questão de artigos ou isso (...) as pesquisas, não é? A leitura de artigos, os trabalhos de investigação também são uma fonte importante para nós conseguirmos ver a nossa evolução..." (P7:87).

"(...) em artigos científicos baseados na prática..." (P9:57).

A *formação em serviço* foi também referida pelos participantes, como relevante para a equipa aprofundar o conhecimento acerca da episiotomia e que ajuda a melhorar o desempenho:

"(...) recentemente, aqui no serviço, fizemos um workshop sobre isso mesmo..." (P1:145).

"Aliás até fazemos formação. Ainda há pouco tempo fizemos uma formação (...)" (P3:76).

"E fazemos também muita formação em serviço, também fazemos." (P4:61)

"Mas há tempos fizemos uma formação sobre isso (...) já fiz a formação há uns meses atrás (...) Eu e ela, com a formação que nós tínhamos feito já há uns meses atrás, ela conseguiu fazer impecável. Está a perceber?" (P5:62).

Para além desta formação em serviço, através de *workshops* e sessões de formação, dirigidas à equipa no sentido de melhorar a prática, também foi referido pelos participantes que a *reflexão sobre a ação* constitui uma fonte de aprendizagem constante. Analisar e debater a decisão da prática da episiotomia com os outros, ajuda a aprender:

"(...) é óbvio que, se eu estiver a assistir um colega que está a executar um parto e que não executa episiotomia em situações em que eu poderia executar, ou não, levame a reflexão, sempre (...) eu a ver os outros aprendo." (P1:166).

"Mas nós aprendemos, todos os dias aprendemos. Eu tenho um lema: eu aprendo contigo, aprendo com o colega mais novo, continuo a aprender com o colega mais velho, mas nós temos de estar, constantemente, a aprender (...) a conversar com outros colegas (...)." (P6:94).

"(...) Como se costuma dizer, fazes o "briefing" no final, no sentido de perceber se poderia ter evitado ou não (...). Se tu conseguires após um procedimento, fazer um "refresh" daquilo que poderia ter feito melhor... Eu sempre fiz isso em todas as minhas áreas. Tento perceber o que podia ter feito melhor, não no sentido do que é mau, às vezes as coisas nem sempre correm bem. Mas se eu conseguir fazer esta reflexão depois, na próxima situação, se calhar, já estás mais confortável. Se com o colega no fim do turno validares: "Olha, eu decidi assim ou fiz assim, o que é que tu entendes?" (...). Faço um bocadinho a técnica do espelho e tento validar com algumas pessoas (...)." (P8:62,92,101).

"O facto de refletirem sobre o assunto já é importante, para que as coisas comecem a caminhar no sentido de as diminuir, se houver uma boa reflexão e um bom debate (...), eu observei a execução daquele parto e achei que, na minha opinião, não necessitava de uma episiotomia e um colega até fez, por que não questionar: "Olha, por que é que fizeste a episiotomia?". É uma forma de ajudar as pessoas a refletir e a mudarem os seus comportamentos e a alterarem a sua tomada de decisão perante aquela situação, numa próxima vez." (P7:83).

O conhecimento é essencial para o trabalho do enfermeiro, estando associado ao planeamento da assistência, da educação, da atividade de gestão e da pesquisa (Jesus & Said, 2008).

A enfermagem experimentou uma mudança cultural profunda nas últimas décadas. Espera-se, cada vez mais, que os enfermeiros realizem pesquisas e fundamentem a sua prática profissional em dados provenientes de pesquisas científicas e que adotem uma prática baseada em evidências. A prática baseada em evidência define-se como a utilização dos melhores dados clínicos na tomada de decisões relativas ao atendimento do utente. Os dados utilizados na prática baseada em evidências podem vir de várias fontes. As fontes e evidência para a prática da enfermagem são: tradição

e autoridade, experiência clínica, tentativa e erro, intuição, raciocínio lógico, banco de dados, pesquisa científica (Polit & Beck, 2016).

Também os participantes do nosso estudo manifestaram a necessidade de recorrer a diversas **fontes de informação** na tentativa de adotarem uma prática baseada em evidência.

Em virtude da complexidade e da especialização nas áreas da saúde, o acompanhamento atualizado dos resultados de pesquisa torna-se muito difícil, uma vez que os profissionais devem planear o seu tempo para, periodicamente, selecionarem, lerem e analisarem os estudos publicados na sua área (de Domenico & Ide, 2003).

A **leitura científica** foi uma das **fontes de informação**, evidenciada pelos participantes deste estudo, como estratégia para obter e aplicar resultados válidos na sua prática diária.

É nesta ótica que se compreende porque os elementos básicos da prática baseada em evidência consistem na avaliação clínica e no processo de integração e aplicação de evidências externas à realidade observada. A prática baseada em evidência baseia-se em cinco etapas que integram esses elementos: a formulação de uma pergunta que surge da necessidade de um cuidado, a pesquisa bibliográfica da melhor evidência relacionada com a pergunta, avaliação das evidências encontradas em termos de validade e confiabilidade metodológica e da sua aplicabilidade clínica, aplicação dos achados na prática e clínica e avaliação dos resultados (de Domenico & Ide, 2003).

A atual ênfase na prática baseada em evidência responsabiliza cada enfermeiro por se empenhar na continuidade do processo. Os papéis extremos dessa continuidade são o de consumidor da pesquisa em enfermagem (enfermeiros que lêem relatórios de pesquisa com o objetivo de desenvolver novas habilidades ou manterem-se atualizados) e enfermeiros que produzem pesquisa em enfermagem.

Entre os dois extremos deste processo há um vasto leque de atividades nas quais o enfermeiro se pode envolver como: participar em grupos de estudo no trabalho que promovam discussão de pesquisa científica, assistir a conferências profissionais, resolver problemas clínicos com base em pesquisas criteriosas, ajudar a desenvolver ideias para estudos clínicos, rever planos de pesquisa e oferecer os seus conhecimentos para melhorar estes planos, ajudar os pesquisadores em diversas fases da sua pesquisa e discutir as implicações e a relevância de descobertas científicas com os utentes (Polit & Beck, 2016).

Um dos processos mais utilizados pelos enfermeiros para se formarem é através da formação.

Os enfermeiros utilizam de forma mais frequente a formação profissional contínua e a autoformação como estratégias de atualização profissional, constituindo um dos grupos que mais investe na formação em serviço.

A formação em serviço surge regulamentada no Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de novembro. A formação em contexto de trabalho surge aqui designada por formação em serviço, definindo-se, inclusivamente, o conceito de formação em serviço como "atualização e aperfeiçoamento profissional". O Decreto-Lei nº 437/91 determinou que em cada unidade prestadora de cuidados deveria existir formação em serviço, de acordo com a "satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerando como um grupo profissional com objetivos comuns e das necessidades individuais de cada membro do grupo". Acresce ainda a organização da formação referindo que, "o trabalho desenvolvido no âmbito da formação em serviço em cada unidade deve ser planeado, programado e avaliado de forma coordenada com a estrutura de formação do respetivo estabelecimento ou serviço prestador de cuidados de saúde" e, ao mesmo tempo institucionaliza a formação, criando a figura de enfermeiro formador que assumia a dinamização da formação sob a responsabilidade do enfermeiro chefe. A seleção deste enfermeiro seria realizada pelo enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor, tendo como base a preferência por um enfermeiro especialista e avaliação do curriculum profissional.

Enquadrada nesta realidade, surge a importância que é dada pelos participantes do nosso estudo, à formação em serviço como **fonte de informação** que orienta a prática da episiotomia.

A formação em serviço pretende contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática de cuidados de enfermagem. As organizações devem criar ambientes reflexivos, de aprendizagem, em equipa, que promovam a autonomia, novos estilos de liderança, tendo uma visão partilhada nas redes funcionais de comunicação entre todos os intervenientes. As novas teorias das organizações promovem as pessoas e favorecem a integração da formação nos contextos de trabalho (Menoita, 2011).

A **reflexão sobre a ação** constitui, de acordo com os achados do nosso estudo, uma fonte de aprendizagem profissional e assume um papel relevante na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros. A prática reflexiva assume-se como condição fundamental para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos. Por este

motivo a prática reflexiva é uma habilidade indispensável na formação dos estudantes de enfermagem. A prática reflexiva leva à formação de profissionais auto-conscientes, capazes de prestar melhores cuidados com atitudes reflexivas antes, durante e após a ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

IV.4.5 - Guidelines

A decisão de realizar episiotomia seletiva em detrimento da rotineira, apareceu nos discursos dos participantes com enfoque em *guidelines* de referência para a prática da Obstetrícia, nomeadamente emanadas da *OMS* e da Ordem dos Enfermeiros, como organismos que emitem linhas orientadoras que vão no sentido de realizar episiotomia seletiva:

"Porque houve períodos em que era episio para toda a gente, depois começámos a perceber que não havia necessidade de ser episio para toda a gente. E começou-se a fazer, então, digamos que a triagem daquelas situações em que nós temos que fazer episio e perceber aquelas que não necessitam dela. (...) o que nós temos na nossa cabeça é da OMS." (P2:51).

"Ainda antes, de eu terminar a especialidade, havia um lema, diferente de agora: "Mais vale uma episio pequena do que uma laceração". Agora é ao contrário. (...) A OMS diz que devemos evitar as episios e eu também concordo! (...) Portanto, reprova, reprova ou desaconselha as episiotomias e as lacerações são mais facilmente reparáveis." (P3:50).

"A OMS preconiza que a episiotomia, sendo considerada uma laceração de segundo grau, só deve ser executada quando existem critérios que não podem ser ultrapassados de outra maneira, sem recorrer à episiotomia. (...) E, enquanto, a minha tomada de decisão "este parto irá decorrer sem necessidade", por vezes pode vir a lacerar, vamos de encontro ao que preconiza a OMS, é preferível ocorrer uma laceração (...)." (P6:58,71).

"(...) a ordem dos enfermeiros tem os indicadores de evidência onde referem muito bem quais são as situações em que devemos partir para a episiotomia, não fazer de forma rotineira, mas seletiva e são esses que nós utilizamos, os organizacionais, os da ordem e os da organização mundial de saúde. (...) a ordem dos enfermeiros, a organização mundial de saúde e estes estudos científicos vão ajudar...ajudar na minha tomada de decisão porque é algo que é credível e que me ajuda a ter...a tomar

de decisão...vai de encontro àquilo que acho que é correto e ajuda-me a tomar esta decisão..." (P9:53).

"A OMS e mesmo a nossa associação dos enfermeiros obstetras diz que devemos prevenir ou evitar ao máximo a episiotomia ou que é preferível lacerar (...). Claro que essas linhas orientadoras e essa orientação te podem dar uma ajuda no sentido de te defender também um pouco porque tomaste essa decisão." (P8:13).

As guidelines ou diretrizes, às quais os participantes do nosso estudo se referem, como orientação para a prática da episiotomia, são emanas por organizações consideradas idóneas no que diz respeito à prática da enfermagem: a OMS e a Ordem dos Enfermeiros. Contudo, é sabido que a simples existência e conhecimentos de diretrizes, não viabilizam, por si só, as condições e os processos necessários à sua efetivação. Elas podem dar forma à vontade, orientarem caminhos, expressarem posições, concentrarem e direcionarem esforços coletivos, mas não concretizam todas as condições para o fazer. As diretrizes, de carácter mais ou menos flexível, perdem a potencialidade se permanecerem desacompanhadas de uma política nacional/local de investimentos que permitam gerar condições que contemplem: a valorização do trabalhador (mediante a produção de condições de trabalho), mudanças na estrutura organizativa das instituições (condições académicofinanceiras, compromissos interinstitucionais), englobar a democratização das relações no interior das instituições (enfrentando as culturas de isolamento, burocracia, negligência e rigidez), articulação com outros sectores (como a educação) e processo de inclusão do que é produzido na instituição no conjunto das políticas, projetos e processos nacionais/locais, em diversas áreas (Mandú, 2003).

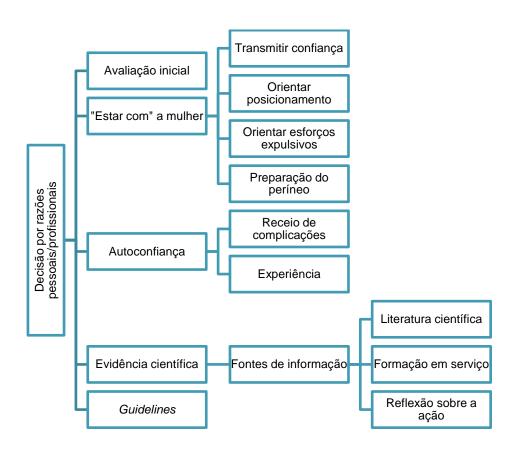


Figura 13 - Representação esquemática geral da decisão por fatores pessoais/profissionais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As razões relatadas pelos participantes do nosso estudo, para praticar ou evitar a episiotomia, são vastas e complexas. Consideramos que a metodologia adotada, na concretização deste estudo, foi facilitadora da obtenção de uma resposta à nossa questão de investigação.

Os nossos achados permitem concluir que os participantes fundamentam a sua tomada de decisão em fatores relacionados com a mulher, o feto, a organização onde exercem a sua prática e razões pessoais/profissionais.

De forma global, foi manifestada a vontade de exercer uma prática que obtenha os melhores resultados para a mulher e para o recém-nascido, o que corresponde à inexistência de lesões graves do períneo, à melhor recuperação da mulher no pósparto e ao nascimento do feto sem complicações.

Os participantes também estão cientes da necessidade de reduzir a prevalência da episiotomia, evitando a sua prática por rotina. Fundamentam esta necessidade com *guidelines* nacionais e internacionais, embora não existam protocolos no serviço a convergirem neste sentido.

Outros fatores que, na sua perspetiva, podem aumentar a prática da episiotomia são a gestão de vagas do serviço e a medicalização do trabalho de parto. Em oposto, uma avaliação inicial cuidada, "estar com" a mulher durante o trabalho de parto, a autoconfiança do enfermeiro que realiza o parto e a evidência científica facilitam a tomada de decisão mais ponderada o que, consequentemente, diminui a prática da episiotomia.

A prevalência de episiotomia praticada por enfermeiros EESMO neste serviço, embora longe da prevalência verificada a nível nacional, ainda se encontra distante dos valores recomendados pela OMS. Pelos achados obtidos, somos levados a colocar a hipótese de ser o receio de complicações o motivo que está subjacente a este facto. Este receio está implícito em quase todas as categorias emergentes. O receio de ocorrerem complicações para a mãe e para o feto, o receio de tomar uma má decisão por não se ter feito o melhor acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto (devido às condicionantes do serviço), o receio de não se ter a experiência necessária para tomar a decisão.

Os participantes reconhecem a necessidade de integrar a evidência científica na sua prática através da procura de informação em literatura científica, da formação em serviço e da reflexão sobre a ação.

À semelhança dos nossos achados, a evidência diverge ao definir especificamente as indicações para o uso da episiotomia. Consequentemente, a prática da episiotomia é difícil de avaliar devido à diversidade e subjetividade na interpretação da informação clínica durante o acompanhamento do trabalho de parto.

Considerando a natureza qualitativa do estudo e as questões de fidelidade e validade inerentes, assim como a experiência da investigadora, consideramos que o presente trabalho apresenta algumas limitações. Os dados encontrados não podem ser generalizados, permitindo apenas conhecer os fatores que influenciam a prática da episiotomia dos enfermeiros EESMO da sala de partos onde o estudo foi desenvolvido. A seleção dos participantes foi condicionada pela sua disponibilidade e vontade em participar, o que levou a que a todos fossem do sexo feminino e a maioria detentora de largos anos de experiência na sala de partos, condição que limitou a abrangência do estudo. Acresce a limitação temporal da investigadora e das participantes, o que pode ter condicionado a profundidade das entrevistas.

Tendo em conta as pesquisas realizadas e a escassez, ou até mesmo a inexistência, de evidência que corrobore ou refute os nossos achados, consideramos que estamos perante um estudo inovador em Portugal, quer na sua questão de investigação, quer nos resultados encontrados.

Não obstante, consideramos que a perspetiva dos nossos participantes tem potencial para contribuir para a definição de estratégias que levem à mudança da prática da episiotomia, o que implica o desenvolvimento de investigação mais alargada nesta área.

O presente estudo pode originar reflexão sobre estratégias para diminuir a prevalência da episiotomia. Apesar de considerarmos que a introdução de protocolos, que orientem a prática da episiotomia, possa ser relevante, compartilhamos a perspetiva de Wu et al. (2013), ao considerá-la insuficiente na otimização da prática. As estratégias adotadas devem ser manifestamente mais abrangentes. Sugere-se: a estruturação de programas de preparação para o parto que promovam o exercício físico e a massagem perineal durante a gravidez; a introdução de práticas durante o trabalho de parto como a alternância de posicionamentos, o "puxo" espontâneo, a aplicação de compressas quentes no períneo, a massagem perineal, a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, o empoderamento da mulher, dar

apoio e transmitir confiança à mulher/casal; a otimização e adequação de recursos humanos às necessidades verificada; a promoção da autonomia dos enfermeiros EESMO nas salas de parto e formação em serviço com momentos de partilha e reflexão sobre o trabalho de parto em geral e a prática da episiotomia em particular.

Partilhando a perspetiva de Couto e Carneiro (2017), defendemos que as intervenções dos enfermeiros especialistas em ESMO, no sentido de prevenir o trauma perineal, devem ser iniciadas no princípio da gravidez no âmbito da consulta de vigilância prénatal. A mulher deve, portanto, ser incentivada a manter exercício físico de intensidade moderada, com acompanhamento profissional. No âmbito da preparação para o parto (a partir das 28-30 semanas de gestação), os enfermeiros especialistas em ESMO devem promover e ensinar a massagem perineal com o uso de um gel lubrificante com propriedades que favoreçam a elasticidade e a extensibilidade perineal.

A evidência atual aponta intervenções, durante o trabalho de parto, que podem contribuir para a prevenção do trauma perineal: a mudança postural da parturiente durante a fase latente do trabalho de parto e o uso do decúbito lateral durante a fase ativa do segundo período; incentivar e apoiar a mulher para puxar espontaneamente (o "puxo" espontâneo contribui para encurtar a segunda etapa do trabalho de parto, diminuir a instrumentalização e melhorar os resultados neonatais); restringir a manipulação do períneo e aplicar compressas quentes (reduz as lacerações graves e a dor no trabalho de parto e nos dois dias a seguir ao parto); massajar o períneo com vaselina durante a segunda fase do trabalho de parto (aumenta as possibilidades de prevenção do períneo) e promover o empoderamento das mulheres e as capacidades necessárias para a tomada de decisão sobre o seu parto (Couto & Carneiro, 2017).

A utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor representa uma necessidade nos dias atuais devido à elevada medicalização verificada no parto. Em virtude desta realidade, será positivo que os profissionais de saúde reflitam até que ponto uma intervenção é necessária, bem como sobre os cuidados que praticam e a sua efetividade. A evidência remete para a aplicação de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor como a técnica de distração e o relaxamento muscular (Sescato et al, 2008).

Contudo, amenizar os desconfortos vai além das intervenções biológicas. A intervenção deve permitir a expressão de sentimentos, de forma que as subjetividades possam emergir. Para isso, é necessário ouvir a mulher em situação de dor e procurar alternativas para amenizar o seu sofrimento como a posição de parto que melhor lhe

convém e oferecer meios para que seja respeitado o seu direito de parir com dignidade (Nilsen et al., 2011).

Em resposta aos achados do presente estudo, e à sua confirmação pela evidência científica, que relacionam o maior fluxo de parturientes com um incremento da prática da episiotomia, será conveniente tomar medidas que assegurem recursos humanos suficiente nos turnos de maior movimento, para que a prestação de cuidados de enfermagem à mulher/casal durante o trabalho de parto e parto sejam globais e personalizados. Neste sentido, devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam a adequação dos recursos humanos às reais necessidades das pessoas. Salienta-se que o cálculo de dotação dos enfermeiros não se restrinja ao número de horas de cuidados necessárias ou aos tempos médios necessários para a efetivação de determinado procedimento. A determinação de um rácio adequado deve considerar aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Quando os enfermeiros se sentem livres e se percecionam como livres, desenvolvem a capacidade de tomar decisões em relação ao que experiencia (Waterkemper et al., 2014).

A aposta na promoção da autonomia dos enfermeiros especialistas em ESMO na sala de partos, pode dar um contributo muito significativo para a diminuição da prevalência da episiotomia. No sentido de refletir sobre esta questão, colocam-se várias inquietações: a necessidade de resgatar as ações de cuidados que foram atribuídas aos enfermeiros especialistas em ESMO, o fortalecimento da identidade profissional e a visão de que o enfermeiro especialista em ESMO é um profissional com autonomia para intervir. A lei do exercício profissional é um instrumento determinante na procura de mais espaço para a tomada de decisão por parte dos enfermeiros. Ela regulamenta as atividades que são exercidas por este profissional. Com este instrumento de poder, as decisões tomadas pelo enfermeiro são validadas e apoiam a sua autonomia. A prática exige comprometimento do enfermeiro como valor assistencial, consciência competências científicas, técnicas humanísticas, políticas, gerenciais e educativas. As escolhas que o enfermeiro toma de forma autónoma implicam que ele tenha capacidade para se auto-organizar com o intuito de se aproximar de escolhas eficazes e estratégias de ação (Jesus & Said, 2008).

A auto-organização de trabalho do enfermeiro remete-nos para a necessidade de estruturação do processo clínico de enfermagem e para a necessidade de um sistema

informático de suporte na sala de partos, realidade que ainda não se verifica na sala de partos onde efetivámos o nosso estudo.

Podem ser enumeradas algumas competências essenciais para o desenvolvimento da autonomia profissional: a procura e a atualização de conhecimento, a sistematização do trabalho em equipa, a responsabilidade assumida pelos procedimentos e pelo compromisso político com a consequente elevação social da profissão de enfermagem. Intensifica-se a importância dos órgãos representativos da classe manterem a discussão dos aspetos relacionados com a autonomia profissional da enfermagem atualizada, incentivando os profissionais a lutarem contra as formas de opressão e injustiças, que comprometem a sua autonomia (Jesus & Said, 2008).

O desenvolvimento da autonomia dos enfermeiros especialistas em ESMO, que exercem a sua prática nas salas de partos, originará o aumento da autoconfiança, fator que foi referido pelos participantes do nosso estudo como influenciador da sua tomada de decisão.

Tendo em conta a evidência encontrada, reforçamos a importância das instituições de saúde promoverem e facilitarem a formação em serviço como meio de divulgação de informação e espaço de reflexão sobre as práticas em uso. Só a reflexão sobre a ação pode conduzir ao delineamento de estratégias que modifiquem rotinas hospitalares consideradas desnecessárias, geradoras de risco, de custos adicionais e excessivamente intervencionistas como a episiotomia.

BIBLIOGRAFIA

- Aasheim, V., Nilsen, A., Lukasse, M., & Reinar, L.M. (2012). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 6, CD006672 doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub2
- Ali, S., Malik, M., Iqbal, J., & Faruqi, N. (2016). Routine episiotomy versus selective episiotomy in primigravidae. *Annals of King Edward Medical University, 10*(4), 482-484. Recuperado de http://www.annalskemu.org/journal/index.php/annals/article/view/1272.
- Almeida, M. D., Segui, M. L., Maftum, M. A., Labronici, L. M., & Peres, A. M. (2011). Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto e Contexto Enfermagem*, 20, 131-137. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17
- Amado, J.S. (2002). A técnica de análise de conteúdo. Referência, 1(5), 53-54.
- Arellano, E., Arrizón, A., Soberanis, J., Turanzas, M., de la Cruz, J., & Andersson, N. (2008). Dispareunia en mujeres después del parto:estudio de casos y controles en un hospitalde Acapulco. *Revista Panama Salud Publica*,23(1), 44-51. Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n1/a06v23n1.pdf
- Beech, B. (2004). The history of episiotomy in the United Kingdom. Association for Improvements in The Maternity Services, 1-4. Recuperado de http://www.aims.org.uk/OccasionalPapers/historyEpisiotomyInTheUK.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito.* Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Blomberg, M. (2014). Maternal body mass index and risk of obstetric anal sphincter injury. *Biomed Research International*, 2014, 395803 doi: 10.1155/2014/395803
- Bogdan, R. & Bilken, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Borges, B. B., Serrano, F. & Pereira, F. (2003). Episiotomia Uso generalizado *versus*seletivo. *Acta Médica Portuguesa*,16, 447-454. Recuperado de https://run.unl.pt/bitstream/10362/21881/1/1214_1788_1_PB.pdf

- Carvalho, C. C., Souza, A. S., & Moraes Filho, O. B. (2010). Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife. *Revista Associação Médica Brasileira*, 56(3), 333-339. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300020.
- Carvalho, V. F., Kerber, N. P., Busanello, J., Costa, M. M., Gonçalves, B. G., & Quadros, V. F. (2010). Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 11, 92-98. Recuperado de http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/466/pdf
- Cecatti, J. G., & Calderon, I. D. (2005). Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 357-365. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000600011
- Costa, L., & Souza, L. (2009). Prevalência e correlação de fatores associados à prática de episiotomia em um hospital público do distrito federal. *Comunicação em Ciências daSaúde*, 20(4), 314-324. Recuperado de http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4art5prevalenciacorrelacao.pdf
- Couto, C., & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, *16*(3), 552-563. Recuperado de http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=c40f3cd1-c054-44b9-a449-4a7ec9ec92d2%40sessionmgr4008
- Dahlen, H. G., Homer, C. S., Cooke, M., Upton, A. M., Nunn, R., & Brodrick, B. (2007). Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth*, *34*(4), 282-290. Recuperado dehttp://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=cb702484-b492-45e4-9b1c-8aa4cceafda8%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saxZI#AN=CN-00637197&db=cgh
- de Amorim, M. M., & Katz, L. (2008). O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. Femina, 36 (1), 47-54. Recuperado de https://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&as_sdt=0%2C5&q=O+papel+da+episiotomia+na+obstetr%C3%ADcia+moderna&btnG=

- de Domenico, E. B., & Ide, C. A. (2003). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, *11*(1), 115-118. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568
- de Silva, K., Tsai, P. S., Kon, L. M., Hiraoka, M., Kessel, B., Seto, T., & Kaneshiro, B. (2014). Third and fourth degree perineal injury after vaginal delivery: does race make a difference? *Hawai'i Journal Of Medicine & Public Health: A Journal Of Asia Pacific Medicine & Public Health*, 73(3), 80-83. Recuperado de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=673ca15f-b7c3-44bd-beae-4b3cb75b45f7%40sessionmgr120
- Decreto-Lei nº 437/1991 de 8 Novembro. *Diário da República nº257/1991 I Série A.* Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei nº 161/96de 4 de Setembro. *Diário da República nº205/1996 I Série A.* Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Deodato, S. (2010). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir (Tese de Doutoramento). UniversidadeCatólica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.Recuperado de http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese Dout SD Final 23.10.10. paginada.pdf
- European Perinatal Health Report. (2010). Euro-Peristat perinatal health indicators 2010. Recuperado de http://www.europeristat.com/our-indicators/euro-peristat-perinatal-health-indicators-2010.html
- Fatia, A., & Tinoco, L., (2016). In Nené, M., & Sequeira, C. (Coord.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.) Lisboa, Portugal: Lidel Edições técnicas, LDA.
- Fentanes, L., Hermann, A., Chamma, R. & Lacerda, M. (2011). Autonomia Profissional do enfermeiro: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 16(3), 530-535. Recuperado de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=d8cc419d-3bf8-470d-a5d3-23185a543814%40sessionmgr120
- Figueiredo, G. D., Santos, T. T., Reis, C. S., Mouta, R. J., Progianti, J. M., & Vargens, O. M. (2011). Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Revista de Enfermagem. UERJ*, 19 (2), 181-185. Recuperado de http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a02.pdf.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Monitor Projectos e Edições, Lda.

- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Garretto, D., Lin, B. B., Syn, H. L., Judge, N., Beckerman, K., Atallah, F., & Bernstein, P. S. (2016). Obesity may be protective against severe perineal lacerations. *Journal Of Obesity*, 1-5 doi:10.1155/2016/9376592
- Geranmayeh, M., Habibabadi, Z. R., Fallahkish, B., Farahani, M. A., Khakbazan, Z., & Mehran, A. (2012). Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Archives of gynecology and obstetrics*, *285*(1), 77-81 doi:10.1007/s00404-011-1919-5
- Gibbs, G. (2009). Análise de dados qualitativos. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- González, F., Villareal, A., Cruz, A., & Romero, J. (2009). Fatores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(2), 143-151. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/1952/195214328004/
- Graça, L.M. (2010). *Medicina materno-fetal*. (4.ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Greco, R. M. (2011). Tomada de decisão em enfermagem (Apostila de curso). Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Brasil.Recuperado de: http://www.ufjf.br/admenf/files/2009/08/TOMADA-DE-DECIS%C3%83O-EM-ENFERMAGEMI.pdf
- Groutz, A., Cohen, A., Gold, R., Hasson, J., Wengier, A., Lessing, J. B., & Gordon, D. (2011). Risk factors for severe perineal injury during childbirth: a case-control study of 60 consecutive cases. *Colorectal Disease: The Official Journal Of The Association Of Coloproctology Of Great Britain And Ireland*, 13(8), 216-219 doi:10.1111/j.1463-1318.2011.02620.x
- Hirayama, F., Koyanagi, A., Mori, R., Zhang, J., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2012). Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 119(3), 340-347 doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03210.x
- Hirsch, E., Elue, R., Wagner, A., Nelson, K., Silver, R. K., Zhou, Y., & Adams, M. G. (2014). Severe perineal laceration during operative vaginal delivery: the impact of

- occiput posterior position. *Journal Of Perinatology*, 34(12), 898-900 doi:10.1038/jp.2014.103
- Islam, A., Hanif, A., Ehsan, A., Arif, S., Niazi, S. K., & Niazi, A. K. (2013). Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc*, 63(6), 696-701. Recuperado de http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/4229.pdf
- Jansen, L., Gibson, M., Bowles, B., & Leach, J. (2013). First do no harm: interventions during childbirth. *Journal Of Perinatal Education*, 22(2), 83-92 doi:10.1891/1058-1243.22.2.83
- Jesus, É. H. (2006). Decisão clínica de enfermagem. Sinais Vitais, 90.
- Jesus, M., & Said, F. (2008). Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, *13*(3). Recuperado de http://www.redalyc.org/html/4836/483648980013/
- Jomeen, J. (2007). Choice in childbirth: a realistic expectation?. *British Journal of Midwifery.* 15(8), 485-490. Recuperado de http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&hid=126&sid=0c80fd8 aa249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112.
- Lima, M. G., Silva, M.B., Souza, T.A. & Souza, L.P. (2013). A episiotomia e o retorno à vida sexual pós-parto. *Revista UNINGÁ Review*, 2(16), 33-37. Recuperado de http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131101_112358.pdf
- Lopes, D. M., Bonfim, A. S., Sousa, A. G., Reis, L. S. O., & Santos, L. M. (2012). Episiotomia: sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental*, 4 (1), 2623-2635. Recuperado de http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1532/pdf_472
- Lorenzo-Pliego, A. M., & Villanueva-Egan, A. L. (2013). Fatores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. *Revista CONAMED*, 18(3), 111-116. Recuperado de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=5dddec98-ee6f-4bf0-89ac-3638a5b1b597%40sessionmgr101&hid=118
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2009). *Enfermagem na maternidade* (7ªed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Ludke M, André M. (1986). Pesquisa em educação: abordagens qualititivas. São Paulo, Brasil: EPU.

- Mandú, E. (2003). Diretrizes curriculares e a potencialização de condições para mudanças na formação de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *56*(4). Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019641005.pdf
- Marques, J., & Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros, uma emergência obstétrica.
 Acta médica Portuguesa, 24(4), 613-620. Recuperado de http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/480/188.
- Martins, Z. D. (2011). Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal. Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/44613/2/DISSERTA%C3%83Ox.pdf
- Melo Júnior, E. F., Lima, M. C., & Freire, S. (2006). Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em hospital universitário. *RevistaCiências Médicas*, 15(2), 95-101. Recuperado de http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1119/1094
- Menoita, E. (2011). Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Meseguer, C., García, C., Pedro, M., Jordana, M., & Roche, M. (2016). Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis clínicas que influenciam sua realização. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *24*, 2793. Recuperado de https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/115584/113177
- Monteiro, M., Pereira, G., Aguiar, R., Azevedo, R., Correia-Junior, M., & Reis, Z. (2016). Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *International Urogynecology Journal*, *27*(1), 61-67 doi:10.1007/s00192-015-2795-5
- Moore, E., & Moorhead, C. (2013). Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour. *British Journal of Midwifery*, 21(9). 616-620. Recuperado dehttp://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=cb702484-b492-45e4-9b1c-8aa4cceafda8%40sessionmgr103
- Mosquera, M., Lavandeira, S., & Chouza, J. (2017). El desgarro intraparto del esfínter anal puede prevenirse?. *Ginecologia Y Obstetricia De Mexico*, *85*(1), 13-20. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom171d.pdf
- Mouta, R.J., Pilotto, D.T., Vargens, O.M. & Progianti, J.M. (2008). Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-

- nascido. *Revista de enfermagem UERJ*, *Rio de Janeiro*, 16(4), 472-476. Recuperado de http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a03.pdf.
- Minayo, C.S. (Org.). (2009). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (28ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Neves, M. (2005). Intervenções de enfermagem razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. *Pensar Enfermagem*, 9(2), 2-13.
- Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. (2011). The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *45*(3), 557-565. Recuperado dehttp://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a02.pdf
- Northrup, C. (2000). *Corpo de mulher sabedoria de mulher*. Lisboa, Portugal: Sinais de Fogo.
- Nunes, F. M. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Revista Nursing Portuguesa*, 17(219), 7-11.
- Oliveira, S. M., & Miquilini, E. C. (2005). Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista Escola de Enfermagem*, 39(3), 288-295. Recuperado de http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/9.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Documento de consenso "Pelo direito ao parto normal uma visão partilhada"*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). 15 propostas da Ordem dos Enfermeiros para melhorar a eficiência do serviço nacional de saúde: contributos da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). Care in normal birth: a practical guide. Genebra, Suiça: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit.

- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Referência-Revista de Enfermagem*, *4*(11). Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/3882/388249570013.pdf
- Pereira, G. V. (2011). Episiotomia: uma revisão de literatura. *Ensaios e Ciência*, *15*(3), 183-196. Recuperado de http://sare.anhanguera.com/index.php/rensc/article/view/1870/1265.
- Pérez, J., López, E., Ramos, E., Berzosa, R., Lechuz, B. & Donoso, Á. (2014). Fatores que influyen en la realización de una episiotomía selectivaen mujeres nulíparas. Revista electrónica trimestral de Enfermeria Global, 13(35), 398-410. Recuperado de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=3367db8c-f26e-4c6d-8c42-f346d110d4ea%40sessionmgr101
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:

 Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. Recuperado de
 https://books.google.pt/books?id=2AKpDAAAQBAJ&pg=PA53&lpg=PA53&dq=Fund
 amentos+de+Pesquisa+em+Enfermagem
- Previatti, J. F., & Souza, K. V. D. (2007). Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(2), 197-201. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a12v60n2.pdf
- Priddis, H. (2013). Protecting the perineum. *Australian Midwifery News*, *13*(1), 12-13. Recuperado de http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=152afdca-e4a7-46a4-91fb-4ce0bec3536c%40sessionmgr104
- Priszkulnik, G., & Maia, A. (2009). Parto humanizado: influências no segmento saúde. *Mundo saúde (Impr.)*, 33(1), 80-88. Recuperado de http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/66/80a88.pdf
- Progianti, J.M., Araújo, L. M., & Mouta, R. O. (2008). Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 12 (1). 45 49. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf
- Riesco, M., Costa, A., Almeida, S., Basile, A., & Oliveira, S. (2011) Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *RevistaEnfermagem*, 19(1), 77-83. Recuperado de http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf
- Rimolo, M. L. (2011). *Critérios para realização da episiotomia*. (Revisão integrativa). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem da

- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Recuperado dehttp://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35932/000816637.pdf?sequence=1
- Rocha, A., Monteiro, C., Ferreira, M., & Duarte, J. (2016). Cuidados no alívio da dor: perspetiva da parturiente. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (38), 299-309. Recuperado dehttp://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8264
- Scarabotto, L., & Riesco, M. (2006). Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Revista Escola Enfermagem*, 40(3), 389-395. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a10.pdf
- Sescato, A. C., Souza, S. R., & Wall, M. L. (2008). Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. Cogitare Enfermagem, 13(4). Recuperado de https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-
 PT&as_sdt=0%2C5&q=Os+cuidados+n%C3%A3o-farmacol%C3%B3gicos+para+al%C3%ADvio+da+dor+no+trabalho+de+parto%3A+orienta%C3%A7%C3%B5es+da+equipe+de+enfermagem&btnG=
- Silva, N., Oliveira, S., Silva, F., & Santos, J. (2013). Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Revista de enfermagem*, 21(2), 216-220. Recuperado de http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7189/6476
- Souza, M. A., Silva, J. L., & Maia Filho, N. L. (2009). Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 485-491. Recuperado de http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/29864/1/S0100-72032009001000003.pdf
- Stedenfeldt, M., Pirhonen, J., Blix, E., Wilsgaard, T., Vonen, B., & øian, P. (2012). Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 119(6), 724-730 doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03293.x
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem:* avançando o imperativo humanista (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Tariman, J., et al. (2012). Physician, patient, and contextual factors affecting treatment decisions in older adults with cancer and models of decision making: a literature review. Oncology Nursing Forum, 39(1), 70-83 doi:10.1188/12.ONF.E70-E83
- Thompson, C. (1999). A concept treadmill: the need for "middle ground" in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5), 1222-1229 doi/10.1046/j.1365-2648.1999.01186.x/full
- Thompson, C., Cullum, N., McCaughan, D., Sheldon, T., & Raynor, P. (2004). Nurses, information use, and clinical decision making: The real world potential for evidence based decisions in nursing. Evidence Based Nursing, 7(3), 68-72. doi:10.1136/ebn.7.3.68
- Vasco, M., & Poveda, C. (2015). Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. *Matronas profesion*, 16(3), 90-95. Recuperado de http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=6f8aae45-79ed-4e17-aab5-6a335bda4851%40sessionmgr4007
- Viana, I. O., Quintão, A., Andrade, C. R., Ferreira, F. A., Degani, R., Dumont, F. O., ... Osanan, G. C. (2011). Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(2), 43-46. Recuperado dehttps://scholar.google.pt/scholar?lookup=0&q=Episiotomia+e+suas+complica%C 3%A7%C3%B5es:+revis%C3%A3o+da+literatura&hl=pt-PT&as_sdt=0,5
- Walker, C., Rodríguez, T., Herranz, A., Espinosa, J. A., Sánchez, E., & Espuña-Pons, M. (2012). Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. *International urogynecology journal*, 23(9), 1249-1256. Recuperado dehttp://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=cb702484-b492-45e4-9b1c-8aa4cceafda8%40sessionmgr103
- Waterkemper, R., do Prado, M., Medina-Moya, J., & Backes, V. (2014). From "being to the self" to "become to be": on development of autonomy construction in nursing students. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*, 32(1), 33-40 doi:10.1590/S0120-53072014000100004
- Wu, L. C., Lie, D., Malhotra, R., Allen, J.J., Tay, J.L., Tan, T.C., & Ostbye, T. (2013). What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. *Midwifery*, 29(8), 943-949 doi:10.1016/j.midw.2012.11.017

- Yildirim, G., & Beji, N. K. (2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*, *35*(1), 25-30 doi:10.1111/j.1523-536X.2007.00208.x
- Ziegel, E.E., & Cranley, M.S. (1985). *Enfermagem obstétrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.



ANEXO I Autorização do Diretor do Serviço de Obstetrícia da Instituição

DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que não existe objeção à realização do estudo: "O processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO na prática de episiotomia em partos vaginais", desde que cumpridos todos os princípios éticodeontológicos expressos no projeto de investigação da investigadora Ana Isabel Henriques Correia.

O Diretor do Serviço de Obstetrícia

- Paulorame

ANEXO II Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Instituição emitido em junho de 2016.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE



Prof. Doutor José Pedro Figueiredo.

Director Clinico
Visto J. V.C.D. EPH
para difusio

Exmo. Senhor Prof. Doutor José Pedro Figueiredo Digm^o Director Clínico do CHUC

S/Refa

S/Comunicação

N/Ref. - Oficio n.º CES/0130 Data 28.06.2016

Assunto: [CHUC-045-16] — Estudo Observacional "O processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO na prática da episiotomia em partos vaginais" - Ana Isabel Henriques Correia, enfermeira da Maternidade Dr. Daniel de Matos e aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (estudo a ser realizado no Serviço de Obstetrícia A do CHUC). (Entrada do processo na CES a 29/04/2016)

Cumpre informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 24 de Junho de 2016, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, foi considerado que o estudo poderá vir a ter um parecer favorável, desde que haja resposta adequada á questão colocada na fundamentação. Parecer aprovado por unanimidade.

O estudo tem como objetivos: - Identificar a prevalência de episiotomia nos partos vaginais realizados por enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica (ESMO) no Serviço de Obstetrícia A do CHUC; - Conhecer o processo de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO na prática de episiotomia, nos partos vaginais realizados no Serviço de Obstetrícia A do CHUC.

A investigadora pretende consultar os processos clínicos de todas as mulheres assistidas na MDM entre 01/06/2015 e 31/12/2015, assim como o livro do bloco de partos e outros documentos (protocolos) da instituição, para perceber qual a prevalência de episiotomia nos partos vaginais realizados por enfermeiros especialistas. Neste sentido, foi considerado que. O

Contacto:

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra - Portugal Telefone: +351 239 400 400

Telefone: 239 400 408 Telefax: 239 405 646 E-mail: dirclinica@huc.min-saude.pt

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE



acesso a processos clínicos identificados para recolha e tratamento de informação de saúde está dependente de condições de legitimidade que passam pela obtenção de consentimento informado dos titulares do processo clínico. Assim, deve ser elaborado um consentimento informado.

Com os melhores cumprimentos.

PL'A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DO CHUC

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barro Presidente da CES do CHUC

2

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.^a Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário R.i. Almeida Branco; Enf.^a Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.^a Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Contacto:

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra - Portugal Telefone: +351 239 400 400

Telefone: 239 400 408 Telefax: 239 405 646 E-mail: dirclinica@huc.min-saude.pt

ANEXO III Autorização do Presidente do Conselho de Administração da Instituição para a realização do estudo.



Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. Unidade de Inovação e Desenvolvimento Centro de Ensaios Clínicos

AUTORIZAÇÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

	СНИС	045	16
OME DO PROJECTO:			
O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO DOS ENFE ESMO NA PRÁTICA DA EPISIOTOMIA EM PARTOS VAGII	RMEIROS ESPE NAIS	CIALIST	AS E

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Enf.^a Ana Isabel Henriques Correia

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Martins Nunes Presidente do Conselho de Administração C.H.U.C. - EPE

(Dr. José Martins Nunes)

ANEXO IV

Parecer da Comissão De Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

COMISSÃO DE ÉTICA

da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Parecer Nº P345_04/2016

Título do Projecto: O processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO na prática da episotomia em partos vaginais.

Identificação do Proponente

Nome(s): Ana Isabel Henriques Correia

<u>Filiação Institucional</u>: Maternidade Dr. Daniel de Matos - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE — Projeto de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Investigador Responsável/Orientador: Rosa Maria dos Santos Moreira

Relator: Ana Margarida Coelho Abrantes

Parecer

O projecto tem como objectivos: a) Identificar a prevalência de episiotomia nos partos vaginais realizados por Enfermeiros Especialistas em ESMO na UGI Saúde Materno Fetal - Serviço de Obstetrícia A - Pólo MDM-CHUC; b) Conhecer o processo de tomada de decisão dos Enfermeiros ESMO na prática da episiotomia, nos partos vaginais realizados na UGI Saúde Materno Fetal - Serviço de Obstetrícia A - Pólo MDM-CHUC.

As proponentes definem o estudo como qualitativo e naturalístico, em que a amostra é constituída por enfermeiros especialistas em ESMO que trabalham na Sala de Partos do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE - UGI Saúde Materno Fetal - Serviço de Obstetrícia A - Pólo MDM. A informação recolhida será quantitativa e qualitativa através da análise de documentos e realização de entrevista semiestruturada.

Os critérios de exclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado e o guião da entrevista. As proponentes não apresentam autorização formal da Instituição onde será realizado o trabalho de investigação.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável. O presente parecer não dispensa a apresentação da autorização formal da Instituição onde decorrerá o presente estudo.

O relator: Alsactes

Data: 25/05/16 O Presidente da Comissão de Ética: Maiafronsia Botelho





FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÉNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



APÊNDICE I

Guião da Entrevista

GUIÃO PARA A ENTREVISTA

Questões chave para a entrevista

Questão	Questões pertinentes
Quais são as razões para realizar episiotomia.	1.Na assistência ao parto em que situações realiza episiotomia? Pode explicar com exemplos da prática?
	2.Neste momento sente ter autoconfiança na decisão de realizar episiotomia? Justifique.
	2.1.Quer partilhar algum momento em que não se tenha sentido confiante (desde o início na sala de partos)?
	3.Sente que transmite confiança aos outros elementos da equipa (enfermeiros, médicos) na decisão de realizar episiotomia? Quer dar um exemplo da prática?
A que influencias estão sujeitos na decisão de realizar episiotomia.	1- A sua decisão de realizar episiotomia é, ou foi, influenciadapela organização / maternidade (protocolos, normas, objetivos do serviço, etc.). Explicar.
	2-Algum elemento da equipa de serviço (enfermeiro, médico, etc) tem ou teve influência na sua decisão? Quer explicar com exemplo?
	3- Lembra-se de alguma situação crítica, relacionada com a realização de episiotomia, que tenha acontecido com a equipa e que tenha vindo

a influenciar as suas decisões face a este procedimento?

- 4- Sente que a utente/casal pode influenciar a sua tomada de decisão? De que forma? Pode exemplificar com algum exemplo?
- 3. Que orientações ou evidência guia a decisão de realizar a episiotomia.
- 1.Tem conhecimento da taxa de prevalência de episiotomia em Portugal? E na Maternidade?
- 1.1. Como teve acesso à informação?
- 1.2. Na sua opinião, qual é a tendência para a prática da episiotomia nos últimos 10 anos? Que razões aponta para essa tendência?Considera essa tendência positiva ou negativa? Porquê?
- 2.Conhece algumas linhas orientadoras (guidelines)para a prática da episiotomia?
- 2.1. Se sim, quais? Com é que essas guidelines a ajudam na prática da episiotomia?
- 3. Sente ou sentiu necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a prática de episiotomia?
- 3.1-Se sim, onde procurou informação?

Apêndice II Pedido de autorização ao Diretor do Serviço de Obstetrícia da Instituição

,

Ana Isabel Henriques Correia

Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Enfermeira, UGI Saúde Materno Fetal – Serviço de Obstetrícia A – Pólo MDM – CHUC anahenriquescorreia@gmail.com - 965088819

Coimbra, Março de 2016

Ex. Sr. Diretor do Serviço de Obstetrícia

Da Maternidade Dr. Daniel de Matos

Professor Dr. Paulo Moura

Assunto: Solicitação de autorização para investigação no Serviço de Obstetrícia

O projeto da investigação que pretendemos desenvolver intitula-se: "O processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO na prática da episiotomia em partos vaginais."

Os objetivos deste estudo são:identificar a prevalência de episiotomia nos partos vaginais realizados por enfermeiros especialistas em ESMO, no período compreendido entre01/06/2015 e 31/12/2015 e conhecer o processo de tomada de decisão dos Enfermeiros ESMO na prática da episiotomia.

A identificação da prevalência de episiotomia, nos partos vaginais realizados por enfermeiros especialistas em ESMO, depende da consulta do livro de registos do Bloco de Partos oudos processos clínicos de todas as mulheres assistidas na Maternidade Dr. Daniel de Matos, no período em questão.

Por sua vez, o conhecimento do processo de tomada de decisão dos Enfermeiros ESMO na prática de episiotomia basear-se-á na realização de uma Entrevista/Focus Group, com enfermeiros da sala de partos desta maternidade, durante o qual serão feitas questões abertas e na consulta de documentos (protocolos) da instituição.

Tendo em conta o exposto, e com vista à obtenção de autorização para aprovação de projeto de investigação junto do Diretor da Unidade de Inovação e Desenvolvimento, vimos solicitar a V. Ex. autorização para realização do estudo nos serviços de Obstetrícia da Maternidade Dr. Daniel de Matos.

Colocamo-nos ao dispor de V. Ex.ª para os esclarecimentos que forem entendidos como necessários.

Com os melhores cumprimentos.

APÊNDICE III

Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Ana Isabel Henriques Correia, enfermeira na Maternidade Dr. Daniel de Matos, estudante do curso de mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem, por este meio, solicitar a V.ª Ex.ª autorização para consultar os processos clínicos de todas as mulheres assistidas na Maternidade Dr. Daniel de Matos, entre 01/06/2015 e 31/12/2015, assim como o livro do Bloco de Partos e outros documentos (protocolos) da instituição.

Pede-se, ainda, a autorização de V.ª Ex.ª para realizar uma entrevista/Focus Group, com os enfermeiros da sala de partos desta maternidade.

Ambos os procedimentos surgem no âmbito da dissertação de mestrado com o tema "O processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO na prática da episiotomia em partos vaginais", trabalho orientado pela Prof. Rosa Moreira, docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Com a realização deste estudo, pretendemos identificar a prevalência de episiotomia nos partos vaginais realizados por enfermeiros especialistas em ESMO, no período compreendido entre 01/06/2015 e 31/12/2015 e conhecer o processo de tomada de decisão dos Enfermeiros ESMO na prática da episiotomia.

Comprometemo-nos a assegurar a colaboração voluntária de todos os participantes, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados, utilizados apenas para a concretização deste estudo.

Anexamos cópia do guião da entrevista/Focus Group a realizar, assim como modelo do consentimento informado.

Pede Deferimento

(Ana Isabel Henriques Correia)

Coimbra, Abril de 2016

APÊNDICE IV Pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Instituição

Ex^{mo}. Senhor

Presidente da Comissão de Ética dos

Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Ana Isabel Henriques Correia, enfermeira na Maternidade Dr. Daniel de Matos, estudante do curso de mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem, por este meio, solicitar a V.ª Ex.ª autorização para consultar os processos clínicos de todas as mulheres assistidas na Maternidade Dr. Daniel de Matos, entre 01/06/2015 e 31/12/2015, assim como o livro do Bloco de Partos e documentos (protocolos) da instituição.

Pede-se, ainda, a autorização de V.ª Ex.ª para realizar uma entrevista/*Focus Group*, com os enfermeiros da sala de partos desta maternidade.

Ambos os procedimentos surgem no âmbito da dissertação de mestrado com o tema "O processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO na prática da episiotomia em partos vaginais", trabalho orientado pela Prof. Rosa Moreira, docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Com a realização deste estudo, pretendemos identificar a prevalência de episiotomia nos partos vaginais realizados por enfermeiros especialistas em ESMO, no período compreendido entre 01/06/2015 e 31/12/2015 e conhecer o processo de tomada de decisão dos Enfermeiros ESMO na prática da episiotomia.

Comprometemo-nos a assegurar a colaboração voluntária de todos os participantes, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados, utilizados apenas para a concretização deste estudo.

Anexamos cópia do guião do *Focus Group* a realizar, assim como modelo do consentimento informado.

Pede Deferimento	
(Ana Isabel Henriques Correia	_

Coimbra, Abril de 2016

APÊNDICE V Novo pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Instituição

Exmo. Senhor

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros

Digmo Presidente da CES do CHUC

Assunto: Parecer para a realização do Estudo Observacional "O processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO, na prática da episiotomia em partos vaginais" — Ana Isabel Henriques Correia, enfermeira da Maternidade Dr. Daniel de Matos e aluna do curso de Mestrado de Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (estudo a ser realizado no serviço de Obstetrícia A do CHUC.

Considerando o parecer emitido, pela Comissão de Ética para a Saúde, relativo à realização do estudo supracitado, nomeadamente no que diz respeito à necessidade de consentimento informado dos titulares de processos clínicos para recolha e tratamento de informação de saúde, julgo que será possível obter a informação necessária, para a concretização do projeto, sem recorrer à consulta de processos clínicos.

Através de um gestor de uma base de dados hospitalar, existe a possibilidade de obter a mesma informação, de forma anónima, não comprometendo o direito à privacidade dos titulares dos processos clínicos.

Perante o exposto, venho, por este meio, solicitar a V.Exa. que se digne a autorizar, plenamente, a realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos.

Coimbra, Julho de 2016

APÊNDICE VI

Consentimento Informado aos Participantes.

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O meu nome é Ana Isabel Henriques Correia, sou Enfermeira no serviço de Cirurgia Obstétrica da UGI Saúde Materno Fetal - Serviço de Obstetrícia A - Pólo MDM-CHUC, a realizar o Mestrado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou a realizar investigação sobre "O processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO na prática da episiotomia, em partos vaginais." Os objetivos deste estudo são:identificar as razões que levam os enfermeiros EESMO a decidir praticar ou não a episiotomia; conhecer a que influências os enfermeiros EESMO estão sujeitos quando decidem praticar ou não a episiotomia e conhecer que orientações ou evidência científica guia os enfermeiros EESMO na decisão de praticar ou não a episiotomia.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo, através da participação numa entrevista com o objetivo de conhecer o processo de tomada de decisão na prática da episiotomia.

Para este estudo não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais. Vai ter a oportunidade de colaborar no desenvolvimento do conhecimento acerca o processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO sobre a prática de episiotomia e desta forma, contribuir para melhorar a qualidade da assistência ao parto normal.

A sua participação é voluntária, não terá qualquer custo e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido/a, podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-ei que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre alternativa de, em qualquer momento, recusar responder a qualquer questão, abandonando o estudo, o que não trará quaisquer consequências para si.

O uso da informação recolhida destina-se exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. É garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente com o investigador. Se tiver qualquer dúvida ou preocupação sobre o estudo, agora ou em qualquer altura, poderá contactar-me através do número de telemóvel: 965088819.

Obrigada pela colaboração.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver por Ana Isabel Henriques Correia, sobre "O processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em ESMO na prática da episiotomia em partos normais.", fui informado/a sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e caráter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento "Informação ao Participante". Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias, às quais obtive resposta satisfatória. Com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do participante			
	Data	/_	_/2016
Assinatura do investigador			
	Data	/	_/2016