



**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Aplicação de calor no períneo durante o parto:  
cuidados do Enfermeiro Obstetra**

**Andreia Isabel Alcântara Neves Ferreira**

---

**Lisboa  
2022**



**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Aplicação de calor no períneo durante o parto:  
cuidados do Enfermeiro Obstetra**

**Andreia Isabel Alcântara Neves Ferreira**



Orientadora: Professora Doutora Maria Helena de Carvalho  
Valente Presado



**Lisboa  
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Sei que o melhor de mim está por chegar.”

AC Firmino

## AGRADECIMENTOS

Quero dedicar esta página às pessoas que me ajudaram a percorrer este caminho,  
por vezes sinuoso e cheio de desafios.

**Nelson**, por me incentivares e aplaudires sempre. Sem ti nunca teria conseguido.

**Laura, Maria Clara e Simão**, pelo vosso amor incondicional.

A melhor **Mãe** do mundo, por tudo o que fazes e fizeste sempre por mim.

**Manelinho**, pelo apoio constante.

**Mana**, pelas tuas palavras e conselhos sábios.

Amigas de sempre e para sempre, **Marisa e Marta**, por estarem sempre cá para  
mim.

Obrigada a todos pelo vosso amor.

**Colegas de equipa**, pelo vosso companheirismo.

**Professora Helena**, por me ajudar a conduzir este barco e me iluminar o caminho.

A todas as minhas orientadoras, com um louvor especial à **Goretti**, pelo carinho e  
cuidado com que me transmitiu décadas de saber.

A todos vós, muito obrigado!

## RESUMO

Inserido no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, este relatório pretende espelhar o percurso de aquisição de competências especializadas e de mestre desenvolvidas no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório.

Para o desenvolvimento das competências ao longo deste percurso académico, o quadro de referência escolhido para fundamentar os cuidados de enfermagem foi a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson. O tema de enfoque deste relatório é a aplicação de calor no períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto e os cuidados do enfermeiro obstetra.

Como metodologia privilegiámos uma prática reflexiva e baseada na evidencia. Utilizámos a revisão *Scoping* de acordo com a Joanna Briggs Institute, realizada nas bases de dados Medline, CINAHL e *Cochrane Database of Systematic Reviews* com a questão de investigação “Quais os efeitos da aplicação de calor no períneo da parturiente no 2º estágio de trabalho de parto?”. Efetuámos a aplicação de calor no períneo a 22 parturientes e os dados foram submetidos a análise de conteúdo e estatística descritiva.

Os principais resultados demonstraram que a aplicação de calor no períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto levou a uma maior capacidade de gestão da dor, à prevenção de lacerações perineais graves e uma experiência de parto mais positiva.

Concluimos que esta é uma prática com efeitos positivos para a mulher e recomendada por várias organizações obstétricas internacionais.

**Palavras-chave:** calor; enfermeiro obstetra; períneo; segunda fase do trabalho de parto

## ABSTRACT

This report's main goal was to describe the specialized and mastered skills obtained within the 11<sup>th</sup> Master's degree in Midwifery of Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. The Nursing Theory chosen to support this learning process was Kristen Swanson's Theory of Caring.

The focus of this report is the application of heat in the perineum during the second stage of labor and the corresponding practice of obstetrician nurses.

The method we privileged was a reflexive and evidence-based practice. We carried out a *Scoping review* according to the Joanna Briggs Institute, performed in Medline, CINAHL and *Cochrane Database of Systematic Reviews* with the research question "What are the outcomes of heat application on the parturient's perineum during the 2nd stage of labor?". We applied heat in the perineum to 22 parturients and the data was submitted to content analysis according to Bardin and descriptive statistics.

The main results that were obtained demonstrated that applying heat during the second stage of labor led to an improvement on coping with pain, prevents 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> degree perineal tears and an overall more positive birthing experience.

We concluded that this is a practice with positive effects for women and recommended by several international obstetric organizations.

**Keywords:** heat/therapeutic use; labor stage, second; nurse midwife; perineum

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL .....	13
1. Trabalho de parto .....	13
1.1. A dor do trabalho de parto .....	15
1.2. Trauma perineal .....	16
1.3. Aplicação de calor no períneo no 2º estágio do trabalho de parto .....	20
2. O cuidado do EEESMO à luz da Teoria do Cuidar de Swanson .....	23
II. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO .....	26
III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	34
1. <i>Revisão Scoping</i> .....	34
2. Aplicação de calor no períneo no 2º estágio do TP .....	35
3. Análise do Desenvolvimento das Competências .....	41
IV. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM .....	62
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65

## **ANEXOS**

Anexo I - *JBI Critical Appraisal*

Anexo II - Livro de síntese de atividades práticas do estágio

Anexo III - Diplomas de participação em Webinares

## **APÊNDICES**

Apêndice I - Revisão *Scoping*

Apêndice II - Critérios de inclusão e exclusão

Apêndice III - Termos de pesquisa

Apêndice IV - Estratégia de pesquisa

Apêndice V - Artigos excluídos da Revisão *Scoping*

Apêndice VI - Extração dos dados dos artigos

Apêndice VII- Síntese dos resultados da Revisão *Scoping*

Apêndice VIII - Instrumento de colheita de dados

Apêndice IX - Poster realizado em contexto de Bloco de Partos

Apêndice X - Folheto informativo para profissionais de saúde

Apêndice XI - Folheto informativo para Grávidas

Apêndice XII - Consentimento informado das participantes

Apêndice XIII - Tabelas de análise de conteúdo

## LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1. Períneo .....	16
Figura 2. Pavimento pélvico .....	17
Tabela 1. Classificação das lacerações perineais segundo o RCOG (2018)....	19
Gráfico 1. Idade das parturientes .....	35
Gráfico 2. Etnia das participantes .....	35
Gráfico 3. Paridade das participantes .....	36
Gráfico 4. Idade gestacional das participantes .....	36
Gráfico 5. Posição materna no 2ºestádio TP .....	36
Gráfico 6. Peso do RN.....	36
Gráfico 7. Classificação do trauma perineal das participantes.....	36
Gráfico 8. Dor antes da técnica .....	37
Gráfico 9. Dor depois da técnica .....	37
Tabela 2. Sistema de categorização da Comunicação Verbal .....	38
Tabela 3. Sistema de categorização da Comunicação Não-Verbal .....	40

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde  
ACNM - American College of Nurse-Midwives  
ACOG - American College of Obstetricians and Gynaecologists  
APPT - ameaça de parto pré-termo  
ARS -Administração Regional de Saúde  
CCU - cancro do colo do útero  
CIRMA - Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente assistida  
CSP - Cuidados de Saúde Primários  
CTG - cardiocotografia  
DPP - data provável de parto  
ECR - ensaio clínico randomizado  
EEESMO - Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia  
ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
EVA - Escala Visual Analógica  
FIGO - Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics  
GND - Gravidez Não Desejada  
HPV - *Human Papiloma Virus*  
ICM - International Confederation of Midwives  
IG - idade gestacional  
IMC - índice de massa corporal  
IST - infeções sexualmente transmissíveis  
MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PMA - procriação medicamente assistida  
RCM - Royal College of Midwives  
RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists  
RN - recém-nascido  
RMP - rotura prematura de membranas  
RSL - Revisão sistemática da literatura  
SR - *Scoping Review*  
TP - Trabalho de parto  
UC - Unidade curricular  
UR - Unidade de registo  
USF - Unidade de Saúde Familiar  
WHA - *Women's Healthcare Australasia*

## INTRODUÇÃO

A dor do trabalho de parto (TP) é inevitável, sendo uma grande preocupação para as mulheres. As mães contam as suas experiências às familiares e amigas, disseminando o medo e provocando o aumento de pedidos de cesariana (Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016; Alihosseni et al., 2018; Behmanesh et al., 2009). (Alihosseni et al., 2018). A dor atinge o seu pico máximo no segundo estágio do TP com dores abdominais associadas às contrações uterinas e dor perineal intensa, relacionada com a distensão e frequente laceração do pavimento pélvico (Ibrahim et al., 2017). Os métodos não farmacológicos de alívio da dor apresentam uma tendência crescente por não possuírem efeitos nocivos maternos ou fetais e por conduzirem a uma experiência de parto positiva (Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016). Outro aspeto relevante associado ao parto é a enorme incidência de trauma perineal, que pode variar entre 53 e 79% de todos os partos vaginais (ACOG, 2016b). As lacerações perineais graves, embora menos frequentes, estão mais frequentemente associadas ao aumento do risco de disfunções do pavimento pélvico, tais como a incontinência urinária e fecal, dor e disfunção sexual, com sintomas que podem persistir muitos anos após o parto (ACOG, 2016b). Estas disfunções têm um impacto negativo na qualidade de vida de milhões de mulheres em todo o mundo, refletindo-se no seu bem-estar físico, emocional e social (Dahlen et al., 2009; Edqvist et al., 2017; Magoga et al., 2019; Naidu et al., 2017; Priddis, 2013). Os custos inerentes à sintomatologia associada passam pela prescrição medicamentosa, absentismo laboral e a correção cirúrgica, sendo um problema de saúde pública mundial (Kenton & Mueller, 2006; Kim et al., 2005; Milsom, 2015).

O nascimento de um bebé é dos momentos mais especiais da vida de qualquer pessoa e poder participar desse momento é um verdadeiro privilégio. No meu contexto profissional, trabalho com EEESMO que procuram prestar cuidados de enfermagem baseados na mais recente evidência científica, de acordo com as preferências das grávidas e contribuir para nascimentos com qualidade e segurança. Um dos cuidados oferecidos que captaram o meu interesse foi a aplicação de água aquecida no períneo no 2º estágio do TP. Tenho assistido a testemunhos verdadeiramente positivos de parturientes a quem foi oferecida esta medida. De acordo com a ICM (2019) os cuidados do EEESMO devem basear-se na premissa de que a gravidez é uma experiência profunda para a mulher, o seu convivente significativo e a sua família e devem ocorrer em parceria com os mesmos, reconhecendo o seu direito à

autodeterminação, devendo ser respeitoso, personalizado e centrado nas mulheres. Os cuidados de enfermagem durante o parto têm como foco o alívio da dor das parturientes através de métodos eficazes e seguros, bem como a prevenção do trauma perineal. Um dos métodos não-farmacológicos evidenciados pela literatura para a gestão da dor do parto e simultaneamente a prevenção de lesões do pavimento pélvico é a aplicação de calor local, técnica sobre a qual incide a produção de conhecimento a que me proponho na elaboração deste relatório de estágio. No âmbito do 11º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o presente relatório tem como meta principal descrever o percurso formativo realizado na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, sendo também um instrumento de avaliação da mesma. Para conduzir o processo de desenvolvimento de competências ao longo deste percurso académico, o quadro de referência escolhido para fundamentar os cuidados de enfermagem foi a Teoria do Cuidar de Kristen M. Swanson. A metodologia utilizada foi a revisão de literatura Scoping (JBI, 2020) e a implementação de um projeto de investigação. A análise dos dados obtidos, decorrentes da prática de cuidados, foi realizada através do método de análise de conteúdo (Bardin, 2016) e através de estatística descritiva. De forma a desenvolver uma prática de enfermagem avançada, um pensamento reflexivo e crítico e a mobilização da evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados, delinearam-se como objetivos:

- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a);
- Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b) - científicas, técnicas e relacionais no cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e período preconcepcional, período pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Desenvolver competências relacionadas com a aplicação de calor no períneo durante o 2º estadio do TP;
- Desenvolver competências do 2º Ciclo.

Destaco este último, uma vez que na consecução dos objetivos a que me proponho como EEESMO, importa igualmente incorporar as competências previstas nos

descritores de Dublin, como futura Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Estruturalmente, este documento está organizado por 5 capítulos sendo que no primeiro capítulo é feito um enquadramento teórico da evidência científica analisada acerca da aplicação de calor no períneo durante o 2ºestádio do TP e relativamente ao modelo conceptual de enfermagem escolhido. Segue-se a metodologia e processos de trabalho, a apresentação e discussão de resultados e as limitações ao processo de aprendizagem. Para finalizar, apresentam-se as considerações finais, as referências bibliográficas que suportaram o trabalho e os apêndices e anexos considerados relevantes para a compreensão do documento.

Este relatório foi redigido conforme as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição (2020).

# I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL

Neste capítulo abordam-se os conceitos principais da temática em estudo, tais como o trabalho de parto, a dor e o trauma perineal associado, a aplicação de calor no períneo e os cuidados do enfermeiro obstetra de acordo com a Teoria de Cuidar de Swanson.

## 1. Trabalho de parto

A vivência do trabalho de parto é tida como inigualável, um processo individual e ímpar na vida de uma mulher. As experiências durante este processo poderão afetar a saúde da mãe, do recém-nascido, bem como da tríade mãe-filho-cônjuge. São múltiplas as variáveis que podem interferir nas experiências vivenciadas durante o parto, onde se inclui: o apoio do profissional de saúde, a duração do trabalho de parto, a dor, as expectativas da grávida, o tipo de parto e a ocorrência de emergências. Neste sentido, uma experiência de parto negativa e o medo gerado na parturiente poderá estar na base de desfechos como a escolha pela cesariana ou até mesmo a interrupção voluntária de uma gravidez futura (Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016; Alihosseni et al., 2018; Behmanesh et al., 2009). Nesta ótica, destaco a relevância da intervenção de enfermagem especializada no decorrer do trabalho de parto sustentada por vários estudos que apontam para a importância da comunicação, do apoio e da perícia dos enfermeiros obstetras para que a experiência do parto seja considerada positiva (Hosseini Tabaghdehi et al., 2020). Tornando-se evidente que uma das prioridades dos EEESMO, em busca da excelência dos cuidados passa por melhorar a qualidade dos mesmos, com o intuito das parturientes vivenciarem experiências de parto normais e saudáveis (APEO/OE, 2012). No que concerne ao trabalho de parto, este é dividido em quatro estádios. O primeiro estádio inicia-se com as primeiras contrações uterinas até à dilatação completa do colo, dividindo-se em fase latente, fase ativa e fase de transição. O **segundo estádio** situa-se entre a dilatação completa e a expulsão do feto. O terceiro estádio decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta, denominado de dequitação. Finalmente o quarto estádio corresponde às duas horas seguintes após a dequitação, denominado de puerpério imediato (Bobak et al., 1999). A **aplicação de**

**calor** é descrita como uma técnica utilizada desde as civilizações antigas (Taavoni et al., 2013), sendo considerado um método não farmacológico para a gestão da dor. A **parturiente** é a mulher grávida que se encontra em trabalho de parto, alvo dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica (OE, 2018). Os **cuidados de enfermagem especializados** assumem um papel preponderante em todos os estádios do trabalho de parto e são designados como “aqueles que são prestados por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, ou seja, enfermeiros com formação específica no domínio de conhecimento próprio e com título de especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros” (OE, 2018, p.3). No presente relatório irei referir-me, de agora em diante, ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia como EEESMO, tendo sido usado a designação “enfermeiro obstetra” apenas no título do trabalho para simplificar a compreensão do mesmo e, ao mesmo tempo, por ser um termo utilizado como descritor em saúde.

Remontando ao conceito de parteira importa referir que desde sempre foi evidente a sua importância numa comunidade pela responsabilidade que assumia na assistência da mulher em trabalho de parto. Importa igualmente integrar o termo "obstetrícia" que deriva do latim "*obstare*" e significa ficar ao lado, apoiar. Integrando os conceitos supradescritos, a parteira surge como a cuidadora que assiste a parturiente durante o trabalho de parto. Na minha perspetiva pessoal, considero-a uma das profissões mais gratificantes e especiais que existem, pela oportunidade de testemunhar, todos os dias, um dos dias mais felizes nas vidas de um casal: o nascimento de um filho.

De acordo com o gabinete estatístico europeu (2020), foram registados cerca de 4 milhões de nascimentos na União Europeia no ano passado e cerca de 140 milhões de nascimentos em todo o mundo. Se por um lado, sabemos que a principal causa de hospitalização da mulher está intrinsecamente ligada ao nascimento de um filho, por outro lado é pertinente identificar as principais complicações e consequências destes acontecimentos na saúde da mulher e do bebé. Sendo neste contexto que os dados fornecidos pela investigação assumem especial importância. Nomeadamente, a investigação científica na área da enfermagem em saúde materna e obstetrícia tem aumentado significativamente na última década, fornecendo evidência que contribui para a diminuição da morbilidade e mortalidade materno-fetal. A prática baseada na evidência deve ser norteadora dos cuidados de enfermagem especializados. O enfoque das várias

organizações mundiais ligadas à obstetrícia está na importância da prevenção de complicações, em vez do seu tratamento (Berghella et al., 2008). Corroborando a importância da prática baseada na evidência na enfermagem de saúde materna e obstétrica, bem como o enfoque que as várias organizações atribuem à área da prevenção, temos o enfermeiro especialista como o profissional que procura permanentemente “a excelência do exercício profissional, prevenindo complicações para a saúde do cliente” procurando nomear os elementos para a “satisfação do cliente”, entre as quais a “prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados”, bem como “o rigor técnico científico na implementação das intervenções de enfermagem.” (OE, 2018, p.4). A evidencia internacional salienta também que os EEESMO no exercício da sua profissão devem utilizar estratégias com benefícios comprovados de forma a melhorar o serviço prestado às utentes (ICM, 2019). Nesta ótica, a gestão da dor associada ao trabalho de parto surge como uma das intervenções autónomas, não farmacológicas do EEESMO com especial relevância para o bem-estar e satisfação da mulher ao longo do trabalho de parto.

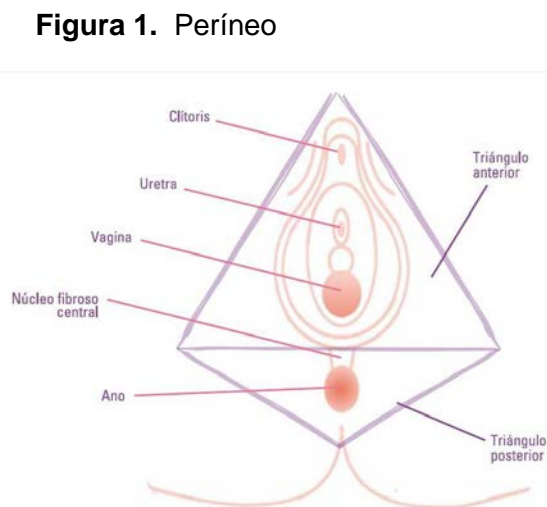
### **1.1. A dor do trabalho de parto**

A dor do trabalho de parto é inevitável, sendo uma grande preocupação para as mulheres. É descrita como das piores dores alguma vez sentidas e influencia as atitudes das mulheres acerca do parto vaginal, além de propagar este medo porque as mães contam as suas experiências negativas às familiares e amigas (Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016). É um fenómeno multifatorial influenciado por aspetos económicos, sociais, culturais, psicológicos e biológicos (Fisher et al., 2006). A dor prolongada associada ao trabalho de parto e parto afeta o sistema respiratório, circulatório, endócrino, entre outros, agravando o medo e vice-versa. Aumenta a circulação de catecolaminas pelo aumento do *stress* associado, havendo uma maior produção hormonal de adrenalina e noradrenalina, hormonas responsáveis pelo mecanismo de “fuga ou luta”, que bloqueiam a ocitocina interferindo negativamente na dinâmica uterina favorável à evolução do trabalho de parto (Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016). Para além de não trazer qualquer benefício, existem alguns efeitos nocivos associados à dor do TP também para o feto, tais como o aumento do stress, alterações na frequência cardíaca e alterações

hormonais, que podem interferir negativamente na progressão normal do trabalho de parto (Fahami et al., 2011). As dores começam com o início da fase latente e atingem o seu pico máximo no segundo estágio com dores abdominais e lombares intensas associadas às contrações uterinas involuntárias e à dor perineal intensa, relacionada com a distensão e frequente laceração do pavimento pélvico (Ibrahim et al., 2017). O alívio da dor urge como tema fundamental para a sociedade em geral e para a saúde materna e obstetrícia em particular.

## 1.2. Trauma perineal

Outro aspeto relevante associado ao parto é a enorme incidência de trauma perineal espontâneo ou através da realização de episiotomia, que pode variar entre 53 a 79% de todos os partos vaginais (ACOG, 2016 ). Sequeira et al. (2020) citando Carnide et al. (2011) afirma que a episiotomia “é definida como uma incisão cirúrgica efetuada na região do períneo, com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto” (p.137). O trauma perineal é, atualmente, um problema de saúde que afeta milhões de mulheres em todo o mundo (Dahlen et al., 2007; Magoga et al., 2019; Priddis, 2013). Para melhor compreensão do trauma perineal é pertinente compreender a anatomofisiologia do **períneo**, que faz parte do pavimento pélvico e é a área limitada anteriormente pela margem inferior da sínfise púbica, posteriormente pela extremidade do cóccix e, lateralmente pelas tuberosidades isquiáticas, representada na figura por um losango. É dividido teoricamente em dois triângulos (triângulo anterior urogenital e triângulo posterior anorretal), por uma linha transversa imaginária que une as tuberosidades isquiáticas (Drake et al., 2019).



Fonte: <https://blogmaternoinfantil.files.wordpress.com/2015/02/masaje-perineal>

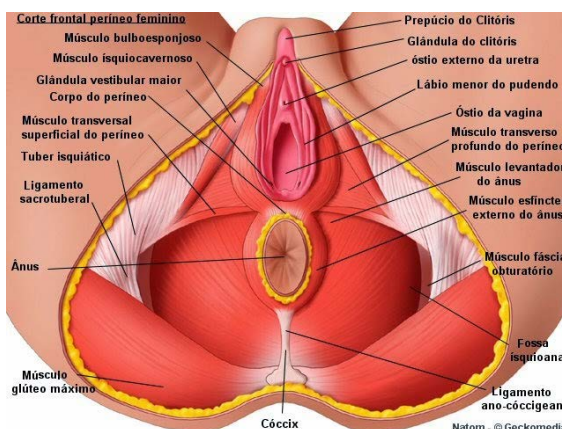
O **pavimento pélvico** é o conjunto complexo de músculos, ligamentos e fâscias (tecido conjuntivo) que sustentam os órgãos abdominais e pélvicos (principalmente a bexiga, o útero e o reto) e atuam no controle da continência urinária e fecal, além de terem um papel importante na função sexual e reprodutiva. Os músculos são formados por 3 camadas:

**Camada superficial** constituída por 2 músculos Isquiocavernosos, 2 Bulboesponjosos, 1 Transverso superficial do períneo e 1 Esfíncter anal externo. São perfurados por três estruturas tubulares: a uretra e a vagina, anteriormente, e o ânus, posteriormente;

**Camada intermédia** constituída pelo musculo Transverso profundo do períneo e pelo Esfíncter externo da uretra;

**Camada profunda**, também chamado de diafragma pélvico, possui o formato de funil, convexo do lado de fora e concavo do lado de dentro. É constituída pelo músculo elevador do ânus (puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo) e o músculo coccígeo (Ashton-Miller, J. A. DeLancey, 2014).

**Figura 2.** Pavimento pélvico



Fonte: <http://doulaembelem.blogspot.com/2015/05/o-perineo-e-pelve>.

Para além deste conjunto complexo de tecido muscular, o pavimento pélvico é composto ainda por ligamentos e fâscias, estruturas que fazem parte integrante de um conjunto de tecidos conjuntivos. A fâscia é constituída por colagénio, elastina e músculo liso. O colagénio garante resistência à fâscia pélvica, enquanto a elastina, oferece elasticidade. Os ligamentos são compostos por nervos, vasos sanguíneos e músculo liso (Ashton-Miller, J. A. DeLancey, 2014). Durante o TP o feto vai progredindo ao longo do canal de parto, distendendo os músculos, fâscias e ligamentos que formam o pavimento pélvico. Esta distensão pode provocar lacerações. Algumas lacerações são de fácil diagnóstico e respetiva reparação, outras só se manifestam tardiamente, com necessidade de correção cirúrgica. Consequentemente, a mulher é mais suscetível à

incontinência urinária, fecal e prolapso de órgãos pélvicos (Ashton-Miller, J. A. DeLancey, 2014).

É de extrema importância os EEESMO estarem familiarizados com as boas práticas associadas à prevenção do trauma perineal, que irão reduzir a morbidade associada, com conseqüente bem-estar físico, emocional e social (Dahlen et al., 2007). Algumas destas medidas foram associadas à prática dos EEESMO ao longo dos tempos, tendo a literatura demonstrado que algumas **intervenções de enfermagem** diminuem a probabilidade de laceração. Estas técnicas incluem a manobra de Ritgen (que tem como objetivo evitar a deflexão abrupta da apresentação fetal durante o período expulsivo, com a colocação de uma mão sobre a apresentação fetal controlando a velocidade de saída e a deflexão, enquanto se mantém a outra mão a apoiar o períneo), a técnica *hands-off/hands-poised* e a aplicação de calor local (WHO, 2018). As técnicas com investigação mais recentes incluem os esforços expulsivos expiratórios (também denominados de glote aberta) e a extração fetal em dois passos. Cada uma destas estratégias deve ser utilizada em conjunto para aumentar os *outcomes* perineais (Naidu et al., 2017; East et al., 2015; NICE, 2021; Women's Healthcare Australasia, 2019).

As lacerações perineais são classificadas em quatro graus. A **laceração de Grau 1** envolve a pele e mucosa vaginais, sem comprometimento muscular; na **laceração de Grau 2**, além da pele e mucosa, ocorre comprometimento muscular com preservação do músculo esfíncter anal; a **laceração de Grau 3** atinge o esfíncter anal e na **laceração de Grau 4** ocorre lesão do esfíncter anal externo e interno e da mucosa retal (RCOG, 2020).

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
<b>Períneo íntegro</b>	Sem lacerações visíveis
<b>Laceração grau 1</b>	Laceração perineal que envolve apenas pele e/ou mucosa vaginal
<b>Laceração grau 2*</b>	Laceração que envolve adicionalmente à pele e/ou mucosa a camada muscular do períneo, mas não envolve esfíncter anal *Uma episiotomia é considerada uma laceração iatrogénica de Grau 2
<b>Laceração grau 3</b>	Laceração que engloba, para além das estruturas envolvidas nas Lacerações de Grau 1 e 2, o esfíncter anal 3a: menos de 50% esfíncter anal externo 3b: mais de 50% do esfíncter anal externo 3c: rotura de ambos os esfíncteres
<b>Laceração grau 4</b>	Laceração que engloba todas as estruturas anteriores e a mucosa anorretal

**Tabela 1.** Classificação das lacerações perineais, segundo o RCOG (2018)

A **morbilidade associada** ao trauma perineal, inclui dor a médio e longo prazo, que pode permanecer até um ano ou mais (Akbarzadeh et al., 2016; Glazener et al., 1995), diminuição da mobilidade, menor capacidade para amamentar e cuidar do recém-nascido e no caso de lacerações mais severas como as de grau 3 e 4 pode mesmo ocorrer disfunções do pavimento pélvico (Dahlen et al., 2007; East et al., 2012; Magoga et al., 2019; Petrocnik, 2015; Wilson & Homer, 2020).

Tem-se verificado uma preocupação com a diminuição das taxas de episiotomia, já que a evidência comprovou que o seu uso rotineiro não contribuiu para diminuir as taxas de lacerações perineais, sendo que a dor, perda sanguínea, dispareunia, dificuldade na cicatrização perineal e retoma da função muscular do períneo são piores nas mulheres submetidas a esta técnica (OE, 2014). Por outro lado, à medida que as taxas de episiotomia diminuíram, tem havido um número crescente de lacerações espontâneas de primeiro e segundo grau.

A evidência demonstrou que existem **fatores de risco** que estão associados ao trauma perineal. Os fatores maternos são a idade, a primiparidade, o aumento ponderal excessivo durante a gravidez, a nutrição, etnia asiática e a constituição dos tecidos (especialmente a deficiência de colagénio). As condicionantes associados ao feto são o peso (superior a 4Kg) e a variedade occipito-posterior. As intervenções intraparto incluem, partos instrumentados, manipulação do períneo, a manobra de Kristeller (que

consiste na aplicação de pressão manual na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê e a realização de episiotomia num parto anterior (Albers, 2003; Eskandar & Shet, 2009; Hastings-Tolsma et al., 2007; Wilson & Homer, 2020). As lacerações mais graves, ou seja as de Grau 3 ou 4 foram descritos por alguns autores como associados a esforços expulsivos dirigidos com manobra de Valsalva, a ocorrência de emergências obstétricas como a distócia de ombros e um 2º estágio do TP superior a 1 hora (Eskandar & Shet, 2009). Foram também identificados outros fatores de risco que necessitam de estudos adicionais por terem originado conclusões controversas tais como a adoção de posições verticalizadas durante o período expulsivo, o TP precipitado, cervicometrias frequentes, a utilização de analgesia locoregional, a indução do trabalho de parto ou a aceleração do TP com perfusão ocitócica (Naidu et al., 2017; Wilson & Homer, 2020).

A recuperação das lacerações perineais depende da sua extensão e da perícia de quem as sutura. De uma forma geral, as lacerações de 1º e 2º graus têm bom prognóstico e não estão associadas a complicações a longo prazo, enquanto as de 3º e 4º graus têm pior prognóstico porque estão associadas a disfunções do pavimento pélvico que podem ter um forte impacto na qualidade de vida das mulheres afetadas. Alguns exemplos são a deiscência da sutura, hematomas perineais, fístulas, incontinência urinária e fecal (de fezes ou gases) e dispareunia, comprometendo a sexualidade entre o casal (Edqvist et al., 2017; Ibrahim et al., 2017). Algumas investigações recentes demonstraram que as lacerações de Grau 1 não necessitem da realização de sutura quando não atingem vasos ou não apresentam alterações anatómicas importantes, sendo preferível a cicatrização espontânea, pelo desconforto associado ao fio de sutura.

### **1.3. Aplicação de calor no períneo no 2º estágio do trabalho de parto**

Por entre os diversos métodos não farmacológicos de alívio da dor do trabalho de parto destaco a aplicação de calor local. Ao provocar o aumento da temperatura local e o metabolismo dos tecidos profundos, estimula os recetores de calor, provocando uma redução na percepção da dor, fenómeno explicado pela *Gate Control Theory of pain*, que de uma forma resumida afirma que as sensações não dolorosas, por exemplo a temperatura, fecham o acesso do sistema nervoso central à sensação dolorosa, o que

impede a dor de ser percebida. Esta teoria descreve como as sensações não dolorosas (neste caso o calor) podem sobrepor-se às sensações dolorosas. Um estímulo doloroso nas fibras primárias transmite-se para o cérebro através das células de transmissão. O aumento da atividade das células de transmissão resulta num aumento da dor percebida. Inversamente, a diminuição da atividade das células de transmissão reduz a dor percebida. O "portão" fecha quando a entrada para as células de transmissão é bloqueada, reduzindo assim a sensação de dor. (Behmanesh et al., 2009; Taavoni et al., 2016). O calor provoca igualmente um relaxamento muscular com consequente diminuição do espasmo muscular, aumentando o limiar da dor. Quando é aplicado calor local, as fibras sensitivas são estimuladas, originando uma sensação de conforto, explicada também através da libertação de endorfinas, que são analgésicos endógenos, tendo a dor que competir pelo acesso à medula espinhal, levando assim a uma diminuição da mesma (Ahmad & Turkey, 2010). Este método não farmacológico é um cuidado centrado na mulher, que permite a sua participação ativa no parto, o apoio contínuo do EEESMO e uma experiência de parto mais positiva (Edqvist et al., 2017; Taavoni et al., 2016). O calor produz energia que é absorvida pelos tecidos, originando um efeito terapêutico pelo aumento da flexibilidade e capacidade de extensão do colagénio nos tecidos, diminuição da rigidez muscular e articular, pela redução da tensão muscular, aumentando o fluxo sanguíneo local, promovendo o relaxamento dos músculos (Coelho, 2008; Santoro et al., 2010). A rigidez muscular é provocada pela isquemia dos tecidos, que reverte com um aumento do fluxo sanguíneo local. O calor atua em vários mecanismos, incluindo: aumento da temperatura, aumento do metabolismo, diminuição do nível de pH e o aumento da permeabilidade capilar. Músculos descontraídos contribuem para diminuir a resistência à apresentação fetal, aquando da sua passagem pelo períneo, que preserva a sua elasticidade (Thenou et al., 2019).

Ao longo da pesquisa bibliográfica efetuada procurou-se toda a evidência disponível sobre quais os *outcomes* da aplicação de calor no períneo no segundo estágio do TP. Após um parto vaginal, as mulheres com períneos íntegros ou lacerações de grau reduzido têm menos perdas hemáticas, menor risco de infeção puerperal e referem menor dor comparadas com mulheres que sofreram lacerações espontâneas ou submetidas a episiotomias (Albers, 2003). O nível de dor perineal é tanto maior, quanto mais grave a laceração (East et al., 2012). De forma a preservar a segurança materno-

fetal, os princípios a respeitar incluem assegurar que a temperatura da água é confortável para a parturiente, tendo especial atenção às mulheres com risco de bloqueio sensitivo-motor (quando submetidas a analgesia locoregional) para evitar queimaduras; aplicar as compressas no período expulsivo, apenas quando a apresentação fetal começa a distender o períneo, de forma a evitar o edema dos tecidos e evitar a apresentação fetal (Dahlen et al., 2007; QCG, 2020). A aplicação de calor durante o 2º estágio do TP é uma técnica fácil de implementar, económica e não-invasiva, sem menção a efeitos nocivos quando utilizada de forma segura. Pode impedir muitas mulheres de sofrer de morbilidades ginecológicas no futuro e ainda poupar milhões de euros ao serviço nacional de saúde, pela diminuição de prescrição de analgésicos ou até mesmo da necessidade de correção cirúrgica da incontinência urinária, fecal ou prolapsos uro-ginecológicos (Dahlen et al., 2007).

A evidência científica é perentória em relação aos *outcomes* da aplicação de calor no períneo no 2º estágio do TP:

- Diminuição da dor durante o 2º estágio do TP - Ahmad & Turkey (2010); Akbarzadeh et al. (2016); Albers et al. (2005); Behmanesh et al. (2009); Dahlen et al. (2007 e 2009); Fahami et al. (2011); Ibrahim et al. (2017); Lindgren et al. (2011); Modoor et al. (2021);
- Aumento do conforto - Akbarzadeh et al. (2016); Dahlen et al. (2007 e 2009); Essa & Ismail (2015); Lindgren et al. (2011); Modoor et al. (2021);
- Diminuição incidência e/ou grau de laceração - (Aasheim et al., 2017); Akbarzadeh et al. (2016); Dahlen et al. (2007 e 2009); Ibrahim et al. (2017); Modoor et al. (2021); Thenu et al. (2019);
- Aumento períneos íntegros - Akbarzadeh et al. (2016); Alihosseni et al. (2018); Modoor et al. (2021);
- Diminuição das taxas de episiotomia - Akbarzadeh et al. (2016); Alihosseni et al. (2018); Diminuição da duração do 2º estágio TP - Ahmad & Turkey (2010); Behmanesh et al. (2009);
- Experiência de parto positiva - Dahlen et al. (2007 e 2009); Essa & Ismail (2015); Ibrahim et al. (2017); Modoor et al. (2021);
- Diminuição das taxas de incontinência urinária (Dahlen et al., 2007);
- Redução da necessidade de sutura perineal (Essa & Ismail, 2015);

- Diminuição da dor no períneo imediatamente após o parto e no primeiro dia pós-parto, para além de diminuir a necessidade da toma de analgésicos (Ahmad & Turkey, 2010; Dahlen et al., 2007).

Em relação à forma como se aplica o calor, nos artigos encontrados, a maioria dos investigadores utilizou compressas embebidas em água quente, outros utilizaram uma almofada térmica (“*heating pad*” - Alihosseni et al., 2018) e outros ainda uma garrafa com água quente embrulhada numa compressa (Fahami et al., 2011). Nos ensaios clínicos analisados, os benefícios associados ao efeito térmico de calor húmido ou calor seco foram idênticos.

A aplicação de calor no períneo durante o 2º estágio do TP é considerada uma boa prática de cuidados do EEESMO defendida por várias organizações nacionais e internacionais como a Ordem dos Enfermeiros (2019), American College of Obstetricians and Gynecologists (2016a), American College of Nurse-Midwives (2016), Royal College of Midwives (2012), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2018&2020), Women’s Healthcare Australasia (2019) e World Health Organization (2018).

## **2. O cuidado do EEESMO à luz da Teoria do Cuidar de Swanson**

Um modelo conceptual é uma estrutura que fornece um quadro de referência para as diferentes abordagens dos fenómenos (Tomey & Alligood, 2004). Para nortear a minha prática diferenciada enquanto futura EEESMO ao longo deste percurso académico, foi escolhida a Teoria do Cuidar da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kristen M. Swanson. Sustento esta escolha, norteadora do meu pensamento e ação, no facto desta teoria ser base de orientações fundamentais para o avanço da enfermagem como ciência, para a investigação e o ensino, bem como para a melhoria da qualidade dos cuidados em todos os contextos clínicos, em particular em contextos de gravidez, trabalho de parto e puerpério. Há muito que o cuidar é reconhecido como basilar para a enfermagem (Swanson, 1991). Como já foi referido anteriormente, ao EEESMO é reconhecida a competência específica de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra uterina” (OE, 2019b). Cuidar é definido pela autora como

uma forma de nutrir um relacionamento com o outro, de quem valorizamos e para quem sentimos um dever de empenho pessoal e de responsabilidade (Swanson, 1993). A escolha desta teoria baseou-se no pressuposto principal do modelo: Cuidar do outro através de uma relação de respeito, promovendo a dignidade e empoderando-o para tomar decisões informadas (Swanson, 1993). Os pressupostos subjacentes desta teoria são: As peessoas são seres únicos que vivenciam um processo de transformação que se manifesta em sentimentos, pensamentos e comportamentos. A vida de cada pessoa é influenciada por um patrimônio genético, um legado espiritual e livre-arbítrio. As pessoas moldam-se e são moldadas pelo ambiente que as rodeia. O ambiente é qualquer contexto que influencia ou é influenciado pelo cliente, incluindo os domínios cultural, político, económico, social, biológico, psicológico e espiritual. A saúde é definida como a ausência de doença, a capacidade de desempenhar os variados papéis de cada pessoa, a capacidade de adaptação e a busca pelo **bem-estar**, vivenciado de forma distinta por cada indivíduo. Por último, Enfermagem é o ato de fornecer cuidados informados que culminam no bem-estar do outro. É saber como o outro quer ser tratado de forma a melhorar a sua saúde e bem-estar (Swanson, 1993).

Nesta teoria, o cuidar envolve cinco componentes, tendo como principal meta o bem-estar da pessoa cuidada e consistem em: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença. Analisando cada pressuposto desta teoria isoladamente, **conhecer** o outro significa centrar-nos na pessoa cuidada. O enfermeiro ao querer conhecer verdadeiramente o outro, deseja compreender a sua realidade, sem juízos de valor ou ideias pré-concebidas e reconhecê-lo como um ser único. Foi fundamental **conhecer** a mulher/casal aos meus cuidados, de forma a respeitar os seus desejos e expectativas, honrando a premissa de prestar cuidados centrados nas pessoas. **Estar com** no sentido de demonstrar interesse nas preferências e expectativas dos clientes. Esteve-se emocionalmente presente para as grávidas/parturientes/puérperas/mulheres e seus conviventes significativos (**estar com**), construindo uma relação terapêutica. **Fazer por** significa que o enfermeiro deve fazer pelo outro tudo o que ele faria se lhe fosse possível, antecipando necessidades, mantendo a sua dignidade nesse momento de vulnerabilidade e evitando constrangimentos. No que se refere a **possibilitar**, este processo implica ajudar a pessoa cuidada a transitar por situações desconhecidas, ensinando, instruindo e capacitando o autocuidado, dando suporte, mostrando

alternativas e validando os seus sentimentos. Em todos os contextos de aprendizagem foram possibilitadas escolhas informadas através da respetiva educação para a saúde. Por último, **manter a crença** significa acreditar nas capacidades do outro para superar um acontecimento e encarar um futuro com significado, ajudando a manter uma atitude positiva e favorecendo a autoestima (Swanson, 1991). Os enfermeiros devem promover relações terapêuticas com as pessoas ao seu cuidado. A teoria do Cuidar proporciona aos EEESMO um enquadramento ideal para criar relações atenciosas e respeitosas com os seus clientes (McKelvey, 2018).

## II. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO

A qualidade dos cuidados relaciona-se com a competência profissional, sendo que as competências do EEESMO devem acompanhar a evolução contínua do conhecimento científico (OE, 2018). De modo a desenvolver competências de EEESMO e aprofundar os meus conhecimentos técnico-científicos baseados em evidência, recorri à Revisão Scoping, para fundamentar as minhas opções ao longo de todo o Estágio com Relatório. Esta revisão foi realizada diversas vezes ao longo deste percurso de dois anos, de forma a atualizar a evidência encontrada.

De acordo com as competências do enfermeiro especialista, este deve participar ativamente na produção de investigação que promova resultados sensíveis aos indicadores de qualidade em saúde (OE, 2019a). Desta forma foi desenvolvido um projeto de investigação. A prática baseada na evidência científica aliada a uma constante prática reflexiva, permite exercer uma enfermagem avançada, conforme as minhas competências de mestranda, melhorando os resultados globais em saúde (OE, 2006).

### 1. Revisão da literatura Scoping

A meta principal de uma Revisão *Scoping* é mapear toda a literatura existente na área a investigar, desde artigos de opinião até estudos científicos, fornecendo uma visão geral do que existe sobre o assunto e identificar lacunas na evidência (Peters et al., 2020). As decisões clínicas e todas as outras relacionadas com cuidados de saúde devem basear-se na investigação com qualidade (Pearson et al., 2005). Deste modo, as *Scoping Review* são usadas para mapear os conceitos-chave subjacentes a uma área de investigação, bem como para clarificar as definições de trabalho e os limites conceptuais de um assunto (JBI, 2015). Foi realizada uma pesquisa preliminar na plataforma EBSCO *Host Integrated Search*, utilizando a base de dados MEDLINE e CINAHL e na JBI Evidence Synthesis e não foram identificadas revisões scoping atuais ou em curso sobre o tema. A Revisão *Scoping* realizada seguiu todas as orientações da *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses para Scoping Reviews - PRISMA-ScR* (Tricco et al., 2018) e do manual JBI para elaboração deste tipo de

revisões. Os objetivos, critérios inclusão/exclusão e extração de dados podem ser consultados no Apêndice I.

## 2. Aplicação de calor no períneo - Projeto de investigação

No âmbito da prestação de cuidados, procedeu-se à colheita de dados e realizado um projeto de investigação. Para tal foi utilizada a observação participante e a entrevista semidiretiva (Gonçalves et al., 2021). A **observação participante**, segundo os autores Polit et al. (2004, p.265), “é usada para reunir informações como as características e as condições do indivíduo, as atividades, a comunicação não-verbal, as expressões faciais, os gestos, a ambientação”.

A entrevista “é uma situação de interação pessoal (...) e um método apropriado quando existe a necessidade de recolher informações detalhadas sobre as opiniões, os pensamentos, as experiências e os sentimentos das pessoas” (Gonçalves et al., 2021, p.67). Uma **entrevista semidiretiva** “parte de um guião de perguntas e permite questões abertas”. (Gonçalves et al., 2021, p.70). Foi elaborado um instrumento de colheita de dados (Apêndice VIII), baseado nos resultados da evidência científica proveniente da revisão *Scoping*. Após a transcrição das notas de campo obtidas pelas observações e entrevistas, surge a necessidade de tratar e analisar os dados obtidos, com vista a dar resposta à questão de investigação inicial. Procedeu-se, então, ao tratamento de dados recorrendo à técnica de **Análise de Conteúdo**, segundo Bardin (2016), que abrange três etapas sequenciais. A primeira etapa denomina-se de pré-análise e corresponde à organização do material colhido. Foram selecionados os documentos a serem analisados, formuladas as questões de pesquisa e as hipóteses (Amado, 2000) . Esta etapa iniciou-se durante a realização do projeto, onde se fez a análise dos artigos provenientes da revisão *Scoping*, que fundamentou o instrumento de colheita de dados, através do enquadramento teórico encontrado. Os dados obtidos no instrumento constituem o *corpus* (Lima, 2014), respondendo à questão inicial de investigação: “Quais os efeitos da aplicação de calor no períneo da parturiente no 2º estágio de trabalho de parto?”. Posteriormente, foi feita uma leitura que Bardin denomina de flutuante, selecionado os dados que foram colhidos para análise, com base na exaustividade (não excluir nenhum elemento) representatividade (que seja representativa do universo

inicial), homogeneidade (os dados devem ser homogêneos, obedecendo a critérios precisos de escolha) e pertinência (verificar se a fonte documental corresponde ao objetivo do estudo (Bardin, 2016)). Ao respeitar estes critérios, procurou-se aumentar a validade e confiabilidade dos resultados obtidos (Bardin, 2016). A segunda etapa passou pela exploração do material, que consiste na codificação para formulação de categorias, neste caso, segundo o critério semântico (Bernardes, 2019). Este sistema de categorização tem como foco principal a representação simplificada dos dados brutos. A organização da codificação compreende a escolha das unidades. Segundo Bardin (2016), a unidade de registo é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base. As unidades de registo mais utilizadas, segundo Bardin (2006), são a palavra, o tema, o objeto, o personagem, o acontecimento e o documento. Neste trabalho, assumiu-se como unidade de registo o tema, que é uma unidade de significação que surgiu naturalmente das notas de campo analisadas.

A terceira e última etapa constituiu o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação, onde se pretendeu captar as mensagens visíveis e ocultas, de forma a atribuir-lhes um significado e compará-las com a evidência científica encontrada inicialmente (Silva et al., 2015).

A colheita de dados decorreu em contexto de Bloco de Partos de um hospital público português, situado na ARS de Lisboa e Vale do Tejo de 10 de Maio a 29 de Outubro de 2021. Teve como finalidade desenvolver competências relacionadas com a aplicação de calor no períneo durante o 2º estágio do TP. Do ponto de vista metodológico, foi utilizada uma **abordagem mista**, já que combinou sistematicamente a recolha e análise de dados qualitativos e quantitativos. Esta abordagem é mais completa, uma vez que permite juntar as potencialidades individuais das abordagens quantitativas e qualitativas e superar as suas limitações, dando uma resposta mais abrangente ao fenómeno investigado, de forma a evitar lacunas na interpretação dos dados e nas respostas às questões de pesquisa (Guest & Fleming, 2014; Ingham-Broomfield, 2016; Santos et al., 2017). A estratégia utilizada foi a triangulação concomitante, já que os dados quantitativos e qualitativos foram colhidos simultaneamente e posteriormente comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações, contribuindo para a produção de resultados que se complementam reciprocamente

(Cresswell et al., 2007) . A incorporação de métodos qualitativos e quantitativos trouxe como principal benefício o aprofundamento da compreensão da temática em estudo. (Santos et al., 2017).

Recorreu-se a um **instrumento para a colheita de dados**, composto por 4 partes, as quais passo a explicar de seguida:

Parte I: Dados sociodemográficos (idade materna, escolaridade, etnia), antropométricos (peso, altura, IMC) e obstétricos (paridade, idade gestacional, TP induzido ou espontâneo, analgesia locoregional, duração do TP, duração dos esforços expulsivos, posição durante o 2º estágio TP, integridade perineal, Índice de Apgar RN, Peso RN e Tipo de CTG);

Parte II: Aplicação da Escala Visual analógica (Em que se questionava a parturiente em relação ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima alguma vez sentida).

Parte III: Observação dos comportamentos associados à dor com quatro dimensões (não verbais) - tensão muscular, inquietação, contração do rosto e sons emitidos pela parturiente, descritos e aplicados pelos autores (Essa & Ismail, 2015; Ibrahim et al., 2017). Observação da comunicação verbal durante a técnica.

Parte IV: Composta pela pergunta aberta “Como se sentiu com a aplicação de calor no períneo durante o parto?”

Em primeiro lugar explicou-se a finalidade da colheita de dados e obteve-se consentimento escrito de todas as participantes. As parturientes receberam os cuidados habituais durante o 1º estágio do trabalho de parto. Foi utilizada uma taça metálica esterilizada com 300ml de água da torneira fervida e 300ml de água da torneira fria, obtendo uma temperatura entre 45° e 50°C. De seguida, encharcava-se e torcia-se uma compressa grande e colocava-se a compressa no períneo durante as contrações, assegurando o conforto da parturiente. Entre contrações a compressa era novamente embebida em água quente, de forma a manter a temperatura. Trocava-se a compressa e mudava-se a água, se necessário, de forma a manter a higiene. Foram respeitados todos os princípios de segurança materno-fetal.

A Parte I composta pelos dados sociodemográficos, antropométricos e obstétricos foram colhidos após o parto. A Parte III, composta pela observação da comunicação verbal e não verbal (comportamentos associados à dor) era colhida em 2 momentos: aquando

dos esforços expulsivos, antes da aplicação da técnica e imediatamente depois da aplicação da técnica, registados à posteriori em documento criado para o efeito (anexo). A Parte II e IV composta pela aplicação da escala visual analógica (EVA) e a pergunta aberta eram questionadas à puérpera no puerpério imediato. A análise dos dados obtidos, decorrentes da observação da prática de cuidados, foi realizada através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016). Os dados quantitativos foram analisados recorrendo a estatística descritiva, com apresentação de percentagens, medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão).

### **3. Desenvolvimento de competências clínicas e de Mestre**

De acordo com as atividades planeadas para o percurso formativo no Projeto de Estágio com Relatório inserido na UC Opção II, procedeu-se à análise da evidência científica encontrada, referente aos cuidados do EEESMO na aplicação de calor no períneo durante o parto, de forma a fundamentar e aplicar os cuidados nos vários contextos de estágio. Teve-se igualmente em consideração as competências clínicas comuns de enfermeiro especialista (OE, 2019a), específicas da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia, (OE, 2019b e ICM, 2019) e as competências de Mestre, segundo os descritores de Dublin para o 2º ciclo (Joint Quality Initiative, 2004). Procurou-se, de igual forma, ter como base uma prática de enfermagem avançada, com uma filosofia de cuidados centrados na pessoa, procurando a obtenção de ganhos em saúde através do aumento da satisfação dos utentes (McCormack & McCance, 2006) pelo investimento na formação, investigação e respetiva divulgação do conhecimento adquirido (Canadian Nurses Association, 2008) Sendo que a prática reflexiva, que procura analisar as próprias ações através da autoconsciência, foi um pilar extremamente importante em todo o processo, pelo potencial de crescimento que representa (Helyer, 2015). Teve-se também em conta os padrões centrais que devem permanecer como objeto central da enfermagem - compaixão, competência, comunicação, coragem, compromisso e o cuidar, defendidos por Cummings & Bennett (2012). É de ressaltar que nos vários contextos de estágio, procurei integrar-me no seio das equipas e contactar com os protocolos em vigor nos vários serviços por onde estagiei. Foi igualmente importante, a reflexão conjunta com os profissionais de saúde acerca do uso do calor no períneo

durante o 2º estágio do TP, de forma a identificar as necessidades formativas das equipas sobre a temática, com o intuito da implementação desta prática na prestação de cuidados.

No decorrer dos contextos de estágio, as reuniões com a docente orientadora, as autoavaliações relatadas, os vários momentos de avaliação tanto formais como informais com as orientadoras de estágio, bem como os vários trabalhos académicos efetuados em cada contexto (Planeamento fundamentado de Formação em serviço do contexto de CSP, Relatório de Aprendizagem do contexto de Ginecologia, Estudo de Caso do contexto de Medicina Materno-Fetal, Relatório de Aprendizagem do contexto de Puerpério, Estudo de Caso do contexto de Bloco de Partos, Reflexão de Aprendizagem do contexto de Neonatologia) e as apresentações orais às docentes e colegas dos drafts do Relatório de estágio, contribuíram para o meu crescimento enquanto futura EEESMO, na medida em que permitiram desenvolver competências de comunicação das conclusões e conhecimentos adquiridos a públicos especializados e não especializados de forma clara e inequívoca (Joint Quality Initiative, 2004).

#### **4. Outras atividades**

Ainda referente à metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto de estágio, realizei **sessões de formação** aos profissionais nos vários contextos de aprendizagem. As sessões de formação em contexto de trabalho assumem uma importância extrema para a reflexão conjunta entre os profissionais, de forma a existir uma atualização dos conhecimentos imprescindíveis para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes, assim como a satisfação dos profissionais. Considero que foi uma aprendizagem importante para o meu processo de aquisição de competências enquanto futura enfermeira especialista e mestre.

Foi elaborado um **poster** sobre a evidência encontrada na *Scoping Review* que foi afixado no Bloco de Partos (Apêndice IX) e um **folheto informativo** para os profissionais dos vários contextos (Apêndice X) em função das necessidades verificadas. Também foi elaborado um folheto informativo para as grávidas que foi distribuído no contexto de Unidade de Saúde Familiar e Bloco de Partos, de forma a sensibilizá-las para o tema e capacitá-las para uma decisão informada (apêndice XI).

Por fim, procurei todas as oportunidades formativas através da **participação em congressos online**, que podem ser consultados no Anexo III. Foi recebido um convite da APEO para **publicação de um artigo** sobre esta temática na sua revista. O artigo foi elaborado e encontra-se em processo de análise pelos respectivos revisores.

## 5. Considerações e procedimentos éticos

O Código de Nuremberga e a Declaração de Helsínquia foram redigidos com o intuito de regulamentar os parâmetros éticos para as pesquisas científicas na área da saúde (Araújo, 2003). Durante todo este percurso formativo, foi tido sempre em atenção os princípios que resultaram destas declarações, que estão mencionadas no REPE, Artigo 8.º (OE, 1996, p.4) e no Código Deontológico do Enfermeiro (OE,2015) onde pode ler-se “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

O olhar ético na investigação deve sempre abranger todas as etapas do processo de investigação, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos de colheita de dados, da existência de resultados anteriores às regras de publicação e divulgação dos resultados (Nunes, 2013, p.5).

No decorrer deste percurso de aprendizagens houve respeito pelos direitos e dignidade das pessoas e pelos princípios éticos e deontológicos inerentes. Praticou-se, nomeadamente a beneficência e não-maleficência - de forma a beneficiar as participantes e não lhes causar danos (Gonçalves et al., 2021) e a justiça - proceder com equidade entre as participantes. Elaborou-se um projeto com um **pedido formal à comissão de ética**, conselho de administração, Enfermeira Chefe e Diretor de Serviço da instituição em questão. A autorização da comissão de ética ficou publicado em ata a 8/03/2021.

Solicitou-se uma **autorização escrita a todas as parturientes**, obtendo o seu consentimento informado e voluntário acerca da sua vontade na participação no estudo, disponibilizado no apêndice XII. Cada participante foi informada sobre os benefícios da técnica, bem como o motivo e objetivos do estudo (princípio da veracidade), respeitando os princípios de possibilitar e estar com, de forma a proporcionar bem-estar durante os cuidados prestados, em consonância com os pressupostos teóricos de Swanson (1993).

Todas as parturientes autorizaram a colheita dos seus dados e no registo, extração e apresentação dos mesmos, respeitou-se o seu anonimato e confidencialidade.

Por último, foi estabelecido uma relação de confiança com as parturientes (estar com), ciente da minha responsabilidade profissional de forma a respeitar o princípio da fidelidade. Resta referir que há o compromisso de apresentar resultados verdadeiros, sem invenção ou manipulação dos mesmos, divulgando-os à comunidade científica, respeitando o princípio da integridade (Gonçalves et al., 2021).

### III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo pretende explicitar os resultados do processo de aprendizagem com evidência nos achados dos vários contextos de prática clínica. Durante o Estágio foram desenvolvidas as competências comuns dos enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019), específicas da especialidade em ESMO (Regulamento 391/2019) e do International Confederation of Midwives (2019), sempre de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade (OE, 2018), o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 1996), o Código Deontológico (OE, 2015) e mobilizando a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991).

#### 1. *Revisão Scoping*

Realizou-se uma análise criteriosa dos artigos provenientes da *revisão scoping* e foram identificadas 15 publicações com um total de 18178 participantes provenientes de países como a Arábia Saudita, Austrália, Espanha, Estados Unidos da América, Egito, Indonésia, Irão e Noruega. Uma publicação correspondeu a uma Revisão Sistemática de literatura da Cochrane, cinco foram estudos experimentais (3 ensaios clínicos randomizados e 2 estudos quase-experimentais), um deles diz respeito a um estudo qualitativo com 20 parteiras e oito dizem respeito a recomendações de peritos da área. Os resultados da *Revisão Scoping* estão descritos em formato de artigo no Apêndice I, destacando-se a evidência transversal a todas as publicações analisadas que a aplicação de calor no períneo produz efeitos benéficos na gestão da dor durante o 2º estágio do TP e na prevenção da ocorrência de lacerações perineais graves. Iguais benefícios foram percebidos pelos EEESMO envolvidos na utilização da técnica. Trata-se de uma prática sustentada em evidência científica, que contribui para uma experiência de parto positiva, com forte recomendação de várias organizações obstétricas internacionais. Enquanto futura EEESMO, cabe-me fazer tudo o que estiver ao meu alcance para promover uma experiência de parto positiva, indo de encontro à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, aplicando os resultados da evidência científica que encontrei.

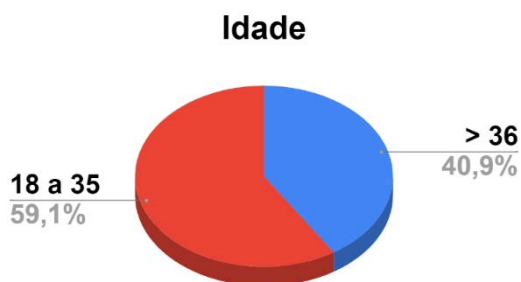
## 2. Aplicação de calor no períneo no 2º estágio do TP

Implementou-se a técnica da aplicação de calor no períneo junto das parturientes durante o 2º estágio do TP. Do instrumento de colheita de dados resultaram as notas de campo decorrentes da minha interação com 22 parturientes. Fez-se uma amostragem por exaustão, pelo que todos os indivíduos disponíveis para o estudo foram incluídos na amostra (Gonçalves et al., 2021).

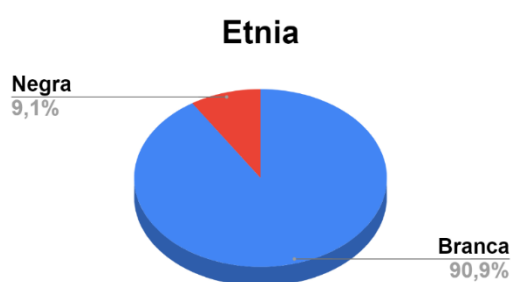
### Caracterização sociodemográfica

As parturientes apresentaram idades compreendidas entre os 19 e os 41 anos de idade, sendo que 59,1% (n=13) tinham entre 18 e 35 anos de idade (gráfico n.º 1). Quanto à escolaridade, identificou-se que 36,4% (n=8) tinham o ensino básico, 31,8% (n=7) terminaram uma licenciatura, 22,7% (n=5) tinham o ensino secundário e 9,1% (n=2) apresentavam mestrado. Em relação à etnia 92,9% (n=20) eram caucasianas e 7,1% (n=2) eram negras (gráfico n.º 2). Quanto ao IMC, 45,5% (n=10) ficaram classificadas ao nível da obesidade.

**Gráfico 1.** Idade das parturientes



**Gráfico 2.** Etnia das parturientes

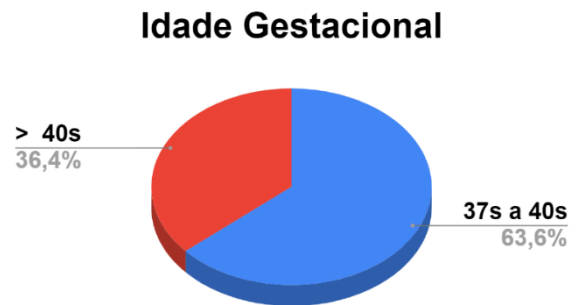


Em relação à paridade, 59,1% (n=13) eram múltíparas e as restantes primíparas (gráfico n.º 3). 63,6% (n=14) apresentaram uma idade gestacional entre 37 e 40 semanas (gráfico n.º 4). 68,2% (n=15) tiveram um TP induzido e 31,8% (n=7) espontâneo. Em relação à analgesia locoregional, 86,4% (n=19) optaram por recorrer a esta técnica.

**Gráfico 3.** Paridade das parturientes



**Gráfico 4.** Idade gestacional das parturientes



**Gráfico 5.** Posição materna das parturientes



**Gráfico 6.** Peso dos recém-nascidos

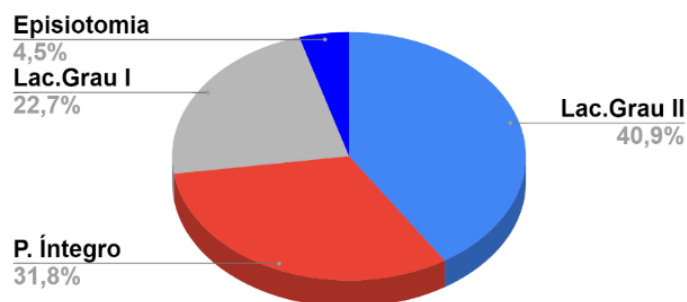


Quanto à duração do TP, 40,9% (n=9) tiveram um TP situado entre 3 e 6 horas. A duração dos esforços expulsivos apresentou resultados muito heterogêneos, sendo que a maioria (cerca de 90%) situou-se abaixo dos 20 minutos. Relativamente à posição durante o 2º estágio do TP, 63,6% adotaram a posição sentada (gráfico n.º 5).

Todos os RN tiveram um Índice de Apgar superior a 8 no primeiro minuto de vida e os CTG's foram todos classificados como normais (FIGO, 2015). Por último, 59,1% (n=13) pesaram entre 3 e 3,5 Kg (gráfico n.º 6).

Um dos efeitos da aplicação de calor encontrados na literatura diz respeito à diminuição da incidência e grau de trauma perineal e um aumento de períneos íntegros.

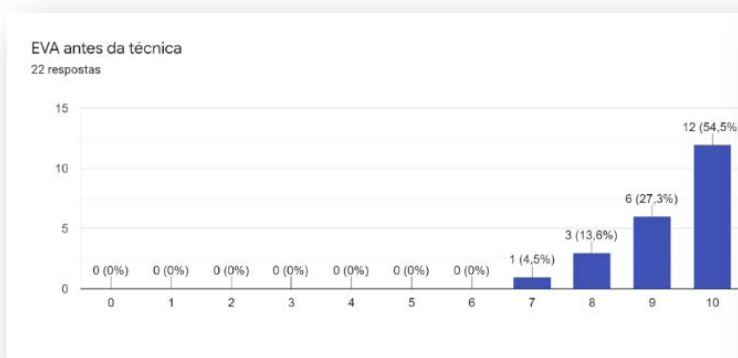
**Gráfico 7.** Classificação trauma perineal



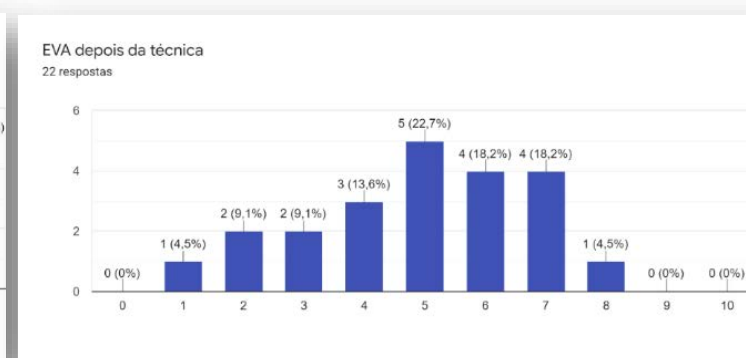
Relativamente ao trauma perineal, nesta amostra 40,9% (n=9) das mulheres apresentaram uma Laceração de Grau 2, 31,8% (n=7) um períneo íntegro, 22,7% (n=5) uma Laceração de Grau 1.

Apesar do tamanho da amostra não permitir generalizações somado ao facto de ser um fenómeno multifatorial, nesta situação de cuidados, **não ocorreram lacerações graves** (Grau 3 e 4), o que corrobora a evidência encontrada nos artigos de Dahlen et al. (2007 e 2009); Essa & Ismail (2015); Ibrahim et al. (2017) Modoor et al. (2021) e Thenu et al. (2019).

**Gráfico 8.** Dor antes da técnica



**Gráfico 9.** Dor depois da técnica



No que concerne ao **nível de dor** sentida durante o período expulsivo, **reduziu significativamente** após a aplicação de calor no períneo (Gráficos 8 e 9).

**A média baixou de 9,32 para 4,91, a mediana de 10 para 5, o valor de dor mínima baixou de 7 para 1 e máxima de 10 para 8 e a moda baixou de 10 para 5.** Em relação ao desvio padrão, passou de 0,89 para 1,87, ou seja, depois da técnica, as classificações de dor diminuíram mais em relação ao nível de dor inicial. Estes resultados são semelhantes aos encontrados nos estudos dos autores (Akbarzadeh et al., 2016; Behmanesh et al., 2009; Dahlen et al., 2007; Essa & Ismail, 2015; Fahami et al., 2011; Ibrahim et al., 2017; Lindgren et al., 2011) que reportaram uma diminuição da percepção da dor após a aplicação da técnica. De igual forma, na revisão sistemática da literatura efetuada pelos autores Kataoka et al. (2012) houve um aumento no limiar da dor durante o 2º estágio do TP. Relativamente aos dados obtidos, procedeu-se à técnica da análise de conteúdo, que é um método amplamente aplicado para analisar dados qualitativos. Analisa o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo investigador, visando a obtenção

de deduções lógicas acerca do conteúdo das mensagens, que permitam a inferência de conhecimento acerca das mesmas (Bardin, 2016). Nas notas de campo foi registada a observação das dimensões não verbais associadas à dor bem como o registo de algumas reações verbais. A documentação desta observação participante não se revelou um processo simples devido à logística do processo, pelo facto do observador e a pessoa a efetuar o parto serem a mesma pessoa. Para ultrapassar esta dificuldade, foram feitas tentativas de fazer registos mentais da observação enquanto decorria o parto, para escrever no instrumento *a posteriori*. Ao longo deste subcapítulo serão referidos alguns excertos dos dados transcritos considerados demonstrativos das unidades de registo. Serão apresentados de forma codificada (por exemplo NV1 significa Não-verbal da parturiente nº1 e V12 significa Verbal da parturiente nº12).

**Tabela 2.** Sistema de categorização da Comunicação Verbal

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<b>DOR</b>	Intensidade Tipo Alívio
<b>SENSAÇÃO</b>	Concentração Conforto Bem-estar
<b>EMPODERAMENTO</b>	Autoeficácia Autocontrolo

Durante a prática de cuidados foi notória a satisfação das parturientes com a aplicação de calor no períneo durante o parto. As várias leituras das notas de campo fizeram emergir dois grandes temas: comunicação verbal e não-verbal. Analisando em primeiro lugar a **Comunicação Verbal**, surgiram as categorias: Dor, Sensação e Empoderamento. De seguida irei analisar alguns excertos representativos de cada unidade de registo (UR).

Foi evidente uma **redução na intensidade da dor**, como é visível nos excertos “Não dói tanto” (V4); “diminuiu mesmo muito... (V6); “Não tive tanta dor” (V7); “Senti menos dor quando colocava a compressa...” (V21). A redução da dor após a técnica vai ao encontro do explanado nos artigos de Ahmad & Turkey (2010); Essa & Ismail (2015);

Behmanesh et al. (2009); Akbarzadeh et al. (2016); Fahami et al. (2011) e Dahlen et al. (2007).

As parturientes referiram que com a aplicação de calor, **o tipo de dor modificou-se**, como se pode verificar nos excertos “Tolero melhor o ardor...” (V10); “A pressão diminui...” (V11); “Parece que não sinto tanto ardor” (V12); Senti que estava tudo a rasgar e com o quente essa sensação passou” (V19) e “Tolerei aquele ardor muito melhor” (V22). Estes relatos ilustram a evidência encontrada pelos autores Dahlen et al. (2009), Modoor et al. (2021). Os autores Ahmad & Turkey (2010), referem que a aplicação de calor parece ter ajudado as mulheres a lidar melhor com a sensação de picada no períneo durante o período expulsivo. Em relação ao alívio da dor, o estudo de Ahmad & Turkey, (2010) concluiu que algumas parturientes não precisaram de recorrer a métodos farmacológicos potencialmente nocivos pelo alívio provocado por esta técnica. As parturientes referiram um **manifesto alívio da sua dor** “Aliviou bastante a dor” (V6); “No momento a dor aliviou muito” (V16); “Aliviou bastante” (V19).

Alguns testemunhos indicaram o **aumento da concentração** após a aplicação da técnica. “Consegui abstrair-me da dor” (V1); “Consegui concentrar-me na minha música” (V13). Ibrahim et al.(2017) mencionou a importância de manter a concentração durante o parto para uma experiência mais favorável. Outro aspeto relevante apurado foi o conforto. Foi constante a referência ao **aumento do conforto** com a aplicação de calor no períneo, nos diversos artigos analisados (Albers et al., 2005;; Ahmad & Turkey, 2010; Akbarzadeh et al., 2016; Dahlen et al., 2007 e 2009; Essa & Ismail, 2015; Ibrahim et al., 2017; Lindgren et al., 2011; Modoor et al., 2021). As participantes corroboram este benefício ao relatarem: “...Senti o meu corpo relaxar” (V1); “...consegui relaxar” (V7); “Senti-me mais confortável...” (V9).

A sensação de **bem-estar** proporcionado por esta técnica durante o período expulsivo é mencionado por autores como Dahlen et al. (2009), Ahmad & Turkey (2010) e Lindgren et al. (2011). Os excertos seguintes comprovam o aumento do bem-estar: “A parte da saída do bebé foi mais fácil” (V2); “...foi terapêutico.” (V6); “Gostei muito do meu parto” (V9); “Senti-me bem, muito melhor do que antes” (V12); “Senti-me melhor com aquele calor...” (V14) e “...gostei muito do meu parto” (V18).

Nos artigos analisados são diversas as referências ao conceito de empoderamento que as mulheres vivenciaram através da aplicação de calor no períneo, sentindo-se como

participantes ativas durante todo o processo de nascimento (Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016). Na prestação de cuidados, as puérperas **referiram autocontrole e autoeficácia**, que são visíveis nas expressões: “...consigo fazer melhor a força.” (V1); “...fiz melhor a força” (V5); “...ajudou a fazer a força já sem tantas dores.” (V8); “Controlei-me melhor na saída do bebê.” (V15) e “Fiz a força como deve ser...” (V18).

**Tabela 3.** Sistema de Categorização da Comunicação Não-Verbal

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<b>MÚSCULOS</b>	Tensão Relaxamento
<b>INQUIETAÇÃO</b>	Extrema Ligeira
<b>CONTRAÇÃO DO ROSTO</b>	Constante Esporádica
<b>SONS EMITIDOS</b>	Gritos Gemidos

Relativamente à **Comunicação não-verbal**, surgiu na literatura analisada uma escala “*Modified Behavioural Pain Scale*” (Essa & Ismail, 2015; Ibrahim et al., 2017) que avalia quatro dimensões associadas à dor que foram organizadas nas categorias: músculos, inquietação, contração do rosto e sons emitidos. No que diz respeito ao relaxamento muscular, são vários os autores que referem este efeito terapêutico da aplicação de calor no períneo - Modoor et al. (2021), Akbarzadeh et al. (2016), Essa & Ismail (2015) e Ibrahim et al. (2017). Este efeito é reportado nas UR representadas: “Quando apliquei o calor o bebê nasceu” (NV1); “Os glúteos relaxaram (NV2); “Antes todo o corpo estava tenso...mãos cerradas” (NV13); “Os olhos que estavam fechados, descontraíram e abriram depois da técnica.” (NV21). No que reporta a inquietação, alguns excertos reportados são os seguintes: “...comportamento inquieto antes da técnica.” (NV6); “Muito irritada antes da técnica, depois mais calma.” (NV15); “...a mexer-se muito. Depois da técnica acalmou.” (NV17); “Postura alterou muito depois da técnica, ficou muito mais tranquila.” (NV20).

Por último, relativamente à contração do rosto e sons emitidos, é notório os efeitos positivos que o calor no períneo originou. “Rosto contraído, a fazer caretas e a gemer antes da técnica. Depois descontraíu.” (NV8); “Antes da técnica estava a chorar e a gritar,

depois acalmou”; “Estava a gemer bastante alto, depois da técnica parou” (NV12); “...tinha a cara franzida e depois relaxou.” (NV13); “Estava a gritar de forma incontrolável. Depois da técnica parou. (NV16); “Estava a chorar antes da técnica e minutos depois acalmou.” (NV19).

Todas estas reações observadas espelham a evidência demonstrada pelos autores Essa & Ismail (2015) e Ibrahim et al. (2017), tendo relatado nos seus ensaios clínicos que depois da aplicação de calor as parturientes passaram de músculos severamente tensos a músculos ligeiramente tensos, de uma inquietação extrema a uma inquietação ligeira, de caras constantemente contraídas a caras por vezes contraídas e de gritos altos a gemidos. Todas as unidades de registo assinaladas podem ser consultadas nas respetivas tabelas onde foram organizadas no apêndice XIII.

Sintetizando, foram desenvolvidas as competências relacionadas com a aplicação de calor no períneo durante o parto e aprofundados os seus benefícios e cuidados inerentes. Esta técnica não farmacológica de baixo custo e acessível aos EEESMO deve ser integrada na sua prática diária pelo impacto tão positivo que representa na forma como as mulheres vivenciam o seu parto. Todas as mulheres podem beneficiar desta técnica, especialmente se estiverem presentes os fatores de risco preditivos de lacerações perineais, como primiparidade, suspeita de macrosomia fetal, etnia asiática, e variedade occipito-sagrada (Albers, 2003; Eskandar & Shet, 2009; Hastings-Tolsma et al., 2007; Wilson & Homer, 2020).

### **3. Análise do Desenvolvimento das Competências**

Neste subcapítulo é feita uma descrição e análise reflexiva das atividades que possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns como Enfermeira Especialista, específicas como EEESMO e competências previstas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, comuns para uma prática de enfermagem avançada, tendo como base a evidência científica e o referencial teórico que norteou este processo formativo. Irei descrever o percurso realizado pela sequência cronológica dos diversos contextos clínicos, sendo que o livro de síntese de atividades práticas realizadas pode ser consultado no anexo II.

O **contexto de Cuidados de Saúde Primários** decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região da grande Lisboa no período compreendido entre 30 de Novembro de 2020 e 24 de Janeiro de 2021 e teve como meta geral “desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, cuidando a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional, pré-natal, pós-natal e climatério” (ESEL, 2021).

“O conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e decidir se, quando e com que frequência têm filhos” (DGS, 2008, p.6). As consultas de Planeamento Familiar são uma componente fundamental da prestação de cuidados em saúde reprodutiva e asseguram igualmente outras atividades de promoção da saúde como a prevenção e diagnóstico precoce de infeções sexualmente transmissíveis (IST), o rastreio do cancro do colo do útero e da mama, os cuidados pré e pós concecionais e a prevenção do tabagismo (DGS, 2008).

Neste contexto pude realizar 29 consultas de planeamento familiar, onde abordei temas como: benefícios do espaçamento adequado entre gravidezes, consequências da gravidez não desejada, informação completa e com fundamento científico sobre os diversos métodos contraceptivos adequados a cada situação, orientação de casais em situação de infertilidade, prevenção das ITS, utilização de contraceção de emergência, bem como a promoção de estilos de vida saudáveis. Tive também a oportunidade de explicar o funcionamento e eficácia de diferentes métodos contraceptivos e sua forma de utilização; efeitos secundários, riscos e benefícios da sua utilização, sinais e sintomas suscetíveis de avaliação e o retorno da fertilidade após a suspensão do método (DGS, 2008).

Em relação a consultas pré-concecionais, que são “consideradas determinantes para melhorar o prognóstico de futuras gravidezes” (Sequeira et al., 2020, p.11) realizei 6 consultas onde aconselhei a mulher/casal a adotar comportamentos saudáveis, promovendo o seu bem-estar (Bobak et al., 1999). Realizei anamneses detalhadas sobre o historial clínico, antecedentes obstétricos e familiares, estado vacinal, exame físico e abordei assuntos como alimentação equilibrada, prevenção de doenças infecciosas como a toxoplasmose, a importância da suplementação com ácido fólico e iodo (Sequeira et al., 2020) e a importância da realização de consultas futuras de vigilância pré-natal (DGS,

2008). Participei ativamente em consultas pré-natais, onde fiz a vigilância da gravidez de baixo risco nos 3 trimestres. A gravidez de baixo risco é “aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de morbidade materna, fetal e/ou neonatal” (Direção Geral da Saúde, 2015, p.33). “Tem como objetivos principais a avaliação do bem-estar materno-fetal, a identificação de fatores de risco e a promoção da saúde, onde se inclui a preparação para o parto e parentalidade” (Sequeira et al., 2020, p. 25). Estas consultas foram realizadas "em parceria com o casal, de forma a serem respeitados as suas crenças, opiniões e desejos, capacitando-os para decisões informadas e esclarecidas” (NICE, 2021, p.18). As consultas eram baseadas no Manual “Procedimentos para o Programa Saúde Materna” da respetiva USF. Eram abordados diversos temas, baseados nos desconfortos sentidos pela grávida, no esclarecimento das suas dúvidas e de acordo com a idade gestacional. Relativamente ao período pós-natal e transição para a parentalidade, participei em 18 consultas, onde foi abordado a importância da vigilância em Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, a contraceção (uso correto, cuidados, compatibilidade com amamentação), o reinício da vida sexual do casal, o reforço da importância das Consultas de Saúde Infantil e Vacinação, amamentação e cuidados às mamas, alimentação, depressão pós-parto (sinais e sintomas), relação mãe/bebé, higiene perineal, observação de episiorrafia/sutura abdominal e observação da mamada. Uma situação em particular que vivenciei foi quando ajudei uma puérpera nos cuidados às mamas após a subida do leite, em que abordei as várias técnicas de massagem e esvaziamento mamário, adaptação correta do RN à mama, os vários posicionamentos de amamentar, o horário livre, sinais de saciedade do RN, importância do repouso e alimentação adequada. Consegui apoiar e transmitir tranquilidade à recente mãe, que 2 semanas depois desta consulta estava satisfeita por ter conseguido manter a amamentação. Participei ainda em consultas de vigilância da mulher na menopausa e de rastreio do cancro do colo do útero, com respetiva educação para a saúde relativamente a adoção de estilos de vida saudáveis, espaçamento entre rastreio e cuidados a ter. De acordo com a Teoria do Cuidar de Swanson (1991) em todas as consultas procurei mostrar empatia, adequar as informações à mulher/casal em particular, encorajar o esclarecimento de dúvidas e receios, sem fornecer informação excessiva e assegurar a compreensão das informações

essenciais. Procurou-se **conhecer** as mulheres, perguntando quais eram os seus desejos, expectativas e experiências de partos anteriores. Eram questionados os seus conhecimentos acerca da temática em estudo, sendo que apenas uma utente conhecia a técnica, que tinha sido utilizada no seu parto anterior. Foi facultado um folheto informativo de forma a aumentar os seus conhecimentos acerca da temática, possibilitando uma decisão informada. Adotou-se uma postura disponível, estabelecendo uma relação terapêutica (**estar com**). Todas estas intervenções conduziram a um aumento do **bem-estar** das utentes aos meus cuidados. Neste contexto de estágio pude desenvolver as competências de EEESMO no âmbito do planeamento familiar e período preconcecional, no âmbito do período pré-natal, durante o período pós-natal, cuidando da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério (OE, 2019b).

O **contexto de Medicina Materno-Fetal** decorreu no serviço de internamento de um hospital da ARS de Lisboa e Vale do Tejo de 25 de Janeiro a 14 de Março de 2021. Teve como finalidade “Capacitar os estudantes para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/família em situação de risco materno-fetal” (ESEL, 2021). O período pré-natal é composto por variadíssimas adaptações físicas e psicológicas. É um momento de grandes transformações e ajuste a um novo papel - o de mãe - que exige uma reestruturação das relações familiares e sociais (Bobak et al., 1999). Todavia, as situações que exigem internamento numa unidade hospitalar por uma situação clínica de risco materno-fetal, acresce a esta adaptação natural, uma preocupação relativamente à saúde do seu bebé. É neste sentido que o EEESMO assume um papel fundamental na facilitação deste processo, pela relação privilegiada que tem com a grávida durante o seu internamento hospitalar. Neste contexto foi elaborado um estudo de caso que permitiu desenvolver um pensamento crítico sobre as práticas de cuidados. A organização e análise da informação recolhida, conduziu ao planeamento e avaliação das intervenções de enfermagem individualizadas e centradas nas necessidades da grávida em questão, de forma a melhor compreender a razão dos procedimentos. De acordo com os objetivos deste contexto de estágio, foi desenvolvida uma prática baseada em evidência científica, tendo sustentado os cuidados de enfermagem. Segundo a Competência nº 1 da International Confederation of Midwives

(2019), os EEESMO “Possuem os conhecimentos e competências necessários, de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé”. Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a grávidas com inúmeras patologias e situações de risco, tais como grávidas com Diabetes Tipo 1 e Gestacional, com APPT, Colestase Gravídica, RPM, HTA crónica, Pré-eclâmpsia, Hemorragia do 2º e 3º Trimestres, Pielonefrite, Gravidez Gemelar, Interrupção Médica da Gravidez, Restrição do crescimento fetal, Hidrâmnios, Oligoâmnios e uma gravidez com feto morto. Foi potenciada a saúde das grávidas aos meus cuidados, detetando precocemente complicações e promovendo o bem-estar materno-fetal, de acordo com a Competência nº 3, segundo a ICM (2019), os EEESMO “Prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações”. Neste contexto foi também promovida a saúde da mulher em situação de abortamento, potenciando a sua saúde, através da prestação de cuidados especializados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as suas necessidades individuais, indo ao encontro da competência nº 7 da International Confederation of Midwives (2019): “As parteiras prestam cuidados individualizados e culturalmente sensíveis à mulher em situação de aborto, perda ou termino da gravidez que sejam congruentes com a lei e regulamentos aplicáveis de acordo com os protocolos nacionais”. Procurou-se sempre mobilizar e integrar conhecimentos em todas as situações procurando soluções com a informação disponível. De igual forma desenvolveu-se a capacidade de comunicação com as grávidas internadas e também com a equipa multidisciplinar, incluindo os enfermeiros especialistas, de cuidados gerais, os médicos e as assistentes operacionais. Foi desenvolvida uma prática reflexiva diária sobre as intervenções e cuidados, de forma a consolidar e melhorar a prestação.

O **contexto de Ginecologia** abarcou o Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente assistida (CIRMA), a Consulta de Gravidez Não Desejada (GND), o Internamento de Ginecologia e a Unidade de Técnicas de Ginecologia num hospital da ARS de Lisboa e Vale do Tejo de 15 de Março a 8 de Abril de 2021. O objetivo geral deste contexto foi o desenvolvimento de competências na “prestação de cuidados

especializados na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, cuidando da mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” (ESEL, 2021). Foi realizada a observação e participação em consultas, realização de técnicas e procedimentos, exames auxiliares de diagnóstico, tratamentos, prestação de cuidados e respetiva educação para a saúde a mulheres a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. De acordo com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros, o objetivo geral deste contexto de estágio foi o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, cuidando da mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, potenciar a saúde da mulher durante o climatério, promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades desta população (OE, 2019). No CIRMA foram realizadas consultas de apoio à fertilidade, composta pela avaliação do casal com história de infertilidade. Segundo a OMS, infertilidade define-se como “uma doença do sistema reprodutivo traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção”(DGS, 2011). É consensual entre os peritos que após um ano deve ser iniciado uma avaliação de eventuais fatores determinantes. Os EEESMO podem ter um papel importante na prevenção da infertilidade, já que são os profissionais com competências acrescidas no âmbito do planeamento familiar, tais como a prestação de cuidados na prevenção e diagnóstico de infeções sexualmente transmissíveis, o rastreio do cancro do colo do útero e referenciação para outros profissionais nas situações de risco. Têm também competências para disponibilizar informação baseada em evidência científica sobre as etapas a percorrer perante uma infertilidade e referenciar para tratamentos diferenciados, em caso de necessidade. No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pode ler-se que “Os EEESMO possuem os conhecimentos, as capacidades e as competências para identificar com rigor os diagnósticos no âmbito dos seus principais focos de atenção, com ganhos em conhecimento sobre comportamentos que potenciam a fertilidade” (OE, 2018, p. 11 e 12). Foi fundamental o treino da identificação dos problemas relacionados com a fertilidade nos casais, encaminhando-os para cuidados diferenciados, de forma a prevenir problemas de saúde comuns relacionados com a fertilidade - Competência 1.k da ICM (2019), tendo em conta que as listas de espera para tratamentos de procriação medicamente assistida são morosos.

Desenvolvi as competências 1.3- “Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis” (OE, 2019), através da participação em várias consultas de enfermagem ao casal onde se fez o seu acolhimento, a avaliação dos dados antropométricos, o encaminhamento e agendamento de exames complementares de diagnóstico, a organização de documentação para ciclos de PMA, o ensino sobre todo o ciclo de PMA, apoio emocional, análise e discussão de situações clínicas e resultados de meios complementares de diagnóstico com as EEESMO e as médicas ginecologistas.

Foi uma etapa importante na minha formação enquanto futura EEESMO, na medida em que foram testemunhadas as etapas que os alguns casais têm de vivenciar para terem a oportunidade de concretizar o projeto da parentalidade, o papel importante que as EEESMO têm em todo este processo, contribuindo com as suas competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados ao casal com infertilidade, para além da oportunidade de aprofundar os conhecimentos teóricos no mundo da procriação medicamente assistida.

Ainda neste contexto, foram prestados cuidados durante a Consulta de gravidez não desejada (GND). Segundo o Parecer nº30/2013 da OE, o EEESMO é o profissional mais habilitado e competente para a realização de consultas de interrupção voluntária da gravidez (OE, 2013), já que implica um conhecimento técnico, científico e humano, exclusivo dos cuidados em enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia.

Foram prestados cuidados durante o processo de GND através da educação para a saúde sobre planeamento familiar e aconselhamento contraceutivo. Os métodos não cirúrgicos de interrupção da gravidez têm provado ser seguros e eficazes, com resultados equivalentes aos dos métodos cirúrgicos (Ashok et al., 1998). Desenvolveram-se as competências 2.12 - Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto (OE, 2019) através da colocação de 6 de DIU's e da realização de 7 consultas de aconselhamento sobre uso correto de anticoncepcional oral, anel vaginal e implante hormonal. Desenvolveram-se também as competências 6.1 - Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. (OE, 2019) através da realização de 11 observações ginecológicas e 11 colposcopias. Houve também a oportunidade de desenvolver capacidades na observação de achados normais em ecografias pélvicas

transvaginais. Procurou-se ter uma postura empática, sabendo escutar e estabelecer um ambiente terapêutico (Swanson, 1991) com cada mulher/casal/família. Desenvolveu-se a competência 2.1- Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. (OE, 2019), através da interpretação dos meios complementares de diagnóstico e da realização da ecografia de controlo. Foi promovida a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade, tal como o médico de família e a psicóloga da instituição. Durante as 26 consultas realizadas foram acolhidas as mulheres e seus acompanhantes de forma personalizada, proporcionando conforto à mulher, realizando ensinamentos sobre métodos contraceptivos, salvaguardando a privacidade das utentes, garantindo o consentimento informado, livre e esclarecido, estabelecendo estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como a distração (através de conversas informais) e o reforço positivo durante e após os procedimentos de colocação de DIU, remoção de 1 implante e realização de colpocitologias e observação ginecológica.

Durante o internamento de Ginecologia, houve oportunidade de prestar cuidados a utentes internadas neste serviço. Foi realizada pesquisa bibliográfica de modo a relembrar as afeições ginecológicas e cirurgias mais comuns neste internamento, tais como Histerectomia Total Abdominal, Histerectomia totalmente laparoscópica ou assistida por via vaginal, com ou sem correção de Retocistocelo, Miomectomia, Quistectomia, Laqueação de Trompas por laparotomia, laqueação de trompas por laparoscopia e Salpingectomia. Foram prestados cuidados à mulher com patologia ginecológica, executando o planeamento, a implementação, avaliação das intervenções efetuadas. Realizou-se o acolhimento a várias utentes que iam ser submetidas a intervenções cirúrgicas, tais como miomectomia, histeroscopia com remoção de pólipo uterino, correção de cistocelo, histerectomia total vaginal e salpingectomia bilateral, tentando perceber o conhecimento acerca da intervenção que iriam realizar e esclarecer as suas dúvidas, que se prenderam com o pós-operatório. Realizou-se o despiste de possíveis complicações do período pós-operatório de algumas utentes, nomeadamente, hemorragia, instabilidade hemodinâmica, trombose venosa profunda, infeção, alterações da eliminação vesical e/ou intestinal, dor ou desconforto. Verificaram-se na maioria das utentes a quem foram prestados cuidados a presença de dor, compatível com o período pós-operatório imediato. Estas intervenções permitiram-se o treino das competências 6.3

- Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genitourinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação” (OE, 2019). Ao longo de todos os cuidados prestados foi sempre realizada uma avaliação física, de forma sistemática, no sentido de avaliar o despiste de complicações. No que diz respeito à educação para a saúde, foi possível informar e orientar as mulheres no tratamento de afeções do aparelho genitourinário, ao longo do internamento e no momento da alta. Uma situação em particular vivenciada foi na elucidação de uma utente submetida a aspiração e curetagem uterina após situação de aborto incompleto, em que mostrou ter dúvidas sobre qual seria o método contraceptivo mais adequado na sua situação. O EEESMO, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), tem competências para informar e orientar a mulher sobre contraceção no período pós-aborto. Referiu que a médica de família tinha aconselhado o DIU de Cobre, mas informei que o SIU hormonal era mais adequado para a sua situação, já que sofria de anemia crónica. O DIU de cobre está desaconselhado em mulheres com reservas de ferro diminuídas, já que pode aumentar a quantidade ou duração do fluxo menstrual, agravando a anemia. Com a utilização do SIU medicado existe uma diminuição do fluxo menstrual (DGS, 2008), melhorando a qualidade de vida de quem sofre de anemia. Foi aconselhada a informar-se melhor com o Ginecologista, aquando da sua alta. Houve a oportunidade de prestar cuidados no âmbito do período do climatério a uma utente internada no serviço para realização de anexectomia por torção de quisto do ovário, a quem foi feita educação para a saúde relativamente a alterações físicas e emocionais no período da menopausa. Assim, pude desenvolver a competência 5.1 - “Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.”

Neste contexto de Ginecologia foram ainda prestados cuidados a mulheres durante a consulta de Enfermagem da Saúde da Mulher. A essência desta consulta passa pela educação para a saúde, de forma a sensibilizar e responsabilizar as mulheres para a prevenção do cancro do colo do útero, que passa pela eliminação de fatores de risco, como sejam o tabagismo, a realização regular do rastreio, a vacinação contra o HPV e ainda o uso de métodos contraceptivos adequados. Esta consulta tem também uma importância considerável na desmistificação do que significa ter um teste positivo para HPV (aproximadamente 80% das mulheres têm contacto com algum subtipo de HPV ao longo da sua vida) e no apoio emocional prestado, tornando evidente a importância do EEESMO na área da promoção da saúde /prevenção da doença ginecológica.

Relativamente às intervenções de educação para a saúde, foram sensibilizadas algumas clientes sobre a importância do rastreio do CCU, reforçando a importância para sua prevenção, permitindo-me treinar o desenvolvimento das competências 6.1 - “Promove a saúde ginecológica da mulher”; 1.2. - Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.” (OE, 2019), previstas no âmbito dos cuidados à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Estão identificados mais de 200 tipos de HPV. São classificados em vírus de baixo risco e de alto risco, em função do seu potencial oncogénico. A infeção por HPV é mais frequente nos jovens adultos e nos primeiros anos após o início da vida sexual, sendo a infeção de transmissão sexual mais frequente nestas idades. A evolução para cancro do colo do útero (CCU) é muito lenta e, geralmente, assintomática. Quase 100% dos casos de CCU estão relacionados com uma infeção por HPV (DGS, 2008). O CCU é o 2º cancro mais comum na população do sexo feminino mundialmente. Os genótipos 16 e 18 são responsáveis por 70 a 75% dos casos de CCU. Os genótipos 6 e 11 são responsáveis pela ocorrência de condilomas, também denominados por verrugas genitais. O uso de métodos de barreira como o preservativo não assegura uma proteção completa no caso do HPV, pois ao contrário de outros vírus de transmissão sexual, este vírus pode estar presente em zonas não cobertas pelo preservativo, como a pele que circunda os genitais. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2008), a melhor prevenção que existe para a infeção provocada pelo HPV é a vacinação (prevenção primária). Apesar de muitas mulheres se infetarem com HPV, raramente a infeção progride para CCU. Os cofatores que aumentam o risco de infeção persistente por HPV e a progressão para cancro são o genótipo do vírus (sendo o HPV 16 e o 18 os que apresentam maior potencial oncogénico), a coinfeção com vários genótipos de alto risco e/ou a carga viral elevada, a imunodeficiência, o início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais ou parceiros com múltiplos parceiros, a multiparidade, a predisposição genética, hábitos tabágicos e a coinfeção com outros microrganismos de transmissão sexual (principalmente vírus Herpes Simplex tipo 2 e Chlamydia trachomatis). O risco é maior nas mulheres que não realizam o rastreio regularmente (DGS, 2008). Foi desenvolvida a competência 1.2.1- Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher (OE,

2019), através da realização de citologias e educação para a saúde em mulheres onde foi identificada a presença de HPV.

O **contexto de Puerpério** foi realizado no serviço de internamento de Puérperas num Hospital localizado na ARS de Lisboa e Vale do Tejo de 12 de Abril a 2 de Maio e teve como objetivo “Capacitar os estudantes para desenvolver competências que demonstrem elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados no período pós-natal, apostando na melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (ESEL, 2021). O puerpério diz respeito ao período temporal de seis semanas após um parto, em que se verifica uma regressão das alterações fisiológicas correspondentes à gravidez (Graça, 2017). Segundo Lima et al. estas alterações requerem a vigilância e cuidados específicos de profissionais de saúde competentes (Sequeira et al., 2020). É um momento de transição para a mãe, recém-nascido, casal e família, em que a mãe recupera das alterações sofridas na gravidez e parto, enquanto o recém-nascido se adapta ao meio extrauterino e a nova família se adapta a novos papéis e novas dinâmicas. Este é um período chave para o processo de vinculação da tríade (Bobak et al., 1999). É um período crítico, tanto para a nova mãe, como para o seu recém-nascido, tendo uma influência importante na saúde e bem-estar de ambos. Os principais desafios nas primeiras seis semanas pós-parto estão relacionados com a falta de descanso, a dor, as dificuldades na amamentação, a ansiedade e o estabelecimento ou exacerbação de transtornos em saúde mental (Torgal et al., 2019). O período pós-natal é um momento privilegiado para os cuidados de enfermagem, nomeadamente, na área da educação para a saúde com o objetivo de ajudar os pais no desenvolvimento das várias competências parentais e na promoção da autonomia nos cuidados ao bebé. O EEESMO deve assim assegurar os cuidados pós-natais à mulher e recém-nascido, promovendo e apoiando na amamentação, detetando, tratando e estabilizando complicações, acompanhando as mulheres/casais em todo o seu planeamento familiar após o parto, no sentido de potenciar a saúde da puérpera, do recém-nascido e pai, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, referenciando para outros profissionais, situações para além da sua área de atuação (ICM, 2019).

Enquanto enfermeira de cuidados gerais num Bloco de Partos há 12 anos, senti-me privilegiada por estar muito familiarizada com os cuidados à puérpera e RN. Este contexto, permitiu-me desenvolver um pensamento crítico sobre a minha prática de

cuidados, mobilizar conhecimentos acerca do período pós-natal, bem como compreender a relevância que o EEESMO assume num internamento de Puerpério. A educação para a saúde é o aspeto com maior relevância neste contexto e o EEESMO é o profissional melhor habilitado para cuidar destas mulheres e suas famílias num momento tão delicado das suas vidas. A observação física da puérpera foi um dos aspetos mais relevantes neste contexto. Procedia-se à avaliação dos sinais vitais, pele e mucosas, mamas e mamilos, involução uterina, lóquios e períneo, restabelecimento das eliminações vesical e intestinal e observação dos membros inferiores e sinal de Homans, como o objetivo de identificar precocemente complicações como sejam, hemorragias pós-parto, infeções, ingurgitamento mamário, fissuras nos mamilos, trombozes venosas periféricas/profundas ou alterações vesicais ou intestinais, desenvolvendo a competência 4.2 - “Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período pós-natal” (OE, 2019). Procedeu-se também à observação física do RN com o objetivo de avaliar o seu comportamento geral, interações, reflexos e de modo a fazer o despiste de complicações como dificuldades na pega, eliminações vesicais ou intestinais menos frequentes, icterícia, hipoglicémia, entre outros. Manteve-se uma postura empática e gentil, mostrando disponibilidade, fazendo um acolhimento ao serviço, explicando procedimentos comuns, bem como esclarecendo dúvidas. Foi realizada educação para a saúde personalizada com todos os aspetos necessários para um regresso a casa o mais tranquilo possível. Aquando da alta foram lembrados aspetos como os cuidados às mamas e mamilos, a “subida do leite”, esvaziamento mamário, recolha e conservação de leite materno, sequência dos lóquios, sutura perineal e higiene, cuidados ao hemorroidal, retoma da sexualidade e contraceção pós-parto, os cuidados e segurança ao RN, como o seu registo na conservatória do registo civil e centro de saúde, a realização do diagnóstico precoce, consulta de saúde infantil e vacinas, os padrões de sono, a duração e intervalo das mamadas, as cólicas, pesagem, evolução das fezes, cuidados ao coto, surtos de crescimento. Foram abordados também todos os sinais e sintomas de possíveis complicações que suscitem a procura de ajuda especializada, tanto na puérpera (ingurgitamento mamário, mastite, endometrite, baby blues, depressão pós-parto) como no RN (prostração, recusa em mamar, ausência de eliminações, sinais inflamatórios do coto umbilical, icterícia). Abordou-se igualmente a importância do envolvimento dos irmãos nos cuidados ao RN para promover a harmonia familiar e a

prevenção de dificuldades relacionais, bem como informou-se sobre os recursos disponíveis na comunidade para eventuais necessidades (Competência 4.1.1 - OE, 2019). Houve uma situação que se destacou, pelo facto de nunca ter presenciado um episódio semelhante. Na passagem de turno as enfermeiras transmitiram que houve um bebé que tinha estado muito agitado e choroso durante a noite. Ao proceder à observação do mesmo foram identificadas convulsões, que segundo (Sarmiento & Soares, 2004) representam uma disfunção do sistema nervoso central e caracterizam-se por uma alteração súbita das funções neurológicas e podem corresponder a crises ocasionais resultantes de distúrbios funcionais, metabólicos ou orgânicos. A clínica é pouco definida, com padrões pouco organizados e por vezes difíceis de reconhecer. Podem observar-se um predomínio de fenómenos oculares, tais como o desvio horizontal do olhar com ou sem nistagmo, abertura sustentada dos olhos com fixação do olhar; Movimentos da boca e língua: movimentos de sucção, deglutição, mastigação e bocejos; Pausas apneicas e movimentos peculiares dos membros como “pedalagem, natação, *boxing*” (Sarmiento & Soares, 2004). Os fatores etiológicos descritos mais comuns são a encefalopatia hipoxico-isquémica perinatal, hemorragia intracraniana, malformações cerebrais, infeções como meningoencefalites (congénitas ou pós-natais), sépsis, alterações metabólicas, traumatismos ou síndrome de privação em mães consumidoras de cocaína, heroína ou metadona (Sarmiento & Soares, 2004). Este RN foi mais tarde diagnosticado com Meningite. Este episódio foi fundamental no percurso de desenvolvimento de competências, para saber identificar crises convulsivas no RN e distinguir de episódios de tremores fisiológicos. Identificou-se também uma situação de uma puérpera que apresentava lóquios com cheiro fétido. Foi feita educação para a saúde sobre cuidados de higiene ao períneo e mudança de penso higiénico com regularidade, desenvolvendo as competências 4.1 e 4.2 (OE, 2019). Durante este contexto de estágio e tendo em conta a pandemia por Covid19, já era permitido a visita do acompanhante durante uma hora por internamento. Foram envolvidos os pais/acompanhantes nos cuidados ao RN e respetiva educação para a saúde e na organização da casa e família, tanto presencialmente como recorrendo a videochamadas. Outra situação de cuidados que se destacou neste contexto diz respeito a um bebé que tinha dificuldades na pega e em que a mãe não tinha ainda colostro. Apesar de já ter sido oferecido leite por copo durante a noite e percebendo que a puérpera estava muito motivada para amamentar, foram feitos

ensinos de forma a capacitar as competências da mãe e do RN para que tudo decorresse de forma positiva. Foi avaliada a pega, a presença de colostro, uma pesquisa de glicémia capilar que estava dentro dos padrões normais e aconselhei a puérpera a insistir na frequência das mamadas, de forma a estimular a produção de colostro. No dia seguinte a puérpera já apresentava colostro e o bebé já tinha desenvolvido as competências necessárias para uma pega correta, não tendo sido mais necessário oferecer leite adaptado. A OMS e UNICEF defendem o aleitamento materno desde o nascimento, na primeira hora de vida até aos seis meses inclusive, sendo, indiscutivelmente, uma recomendação de saúde pública mundial segundo a *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* com benefícios cientificamente comprovados (WHO, 2003).

Fez-se a promoção de troca de experiências entre puérperas do mesmo quarto, para enriquecer os ensinamentos realizados, permitindo que ouvissem as respetivas dúvidas, de forma que os mesmos ficassem melhor consolidados, capacitando o autocuidado. Foram realizadas consultas por telefone em mulheres com alta dada pelo EEESMO, participando num protocolo piloto que é único no país, em que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia é responsável pela alta da díade saudável. Nestas consultas era feita uma avaliação do regresso a casa, avaliação puerperal e do RN, a avaliação do bem-estar emocional da puérpera, a sua autonomia, o apoio nas dificuldades verbalizadas, o esclarecimento de dúvidas e um importante reforço positivo das suas intervenções. Outra situação relevante diz respeito a uma puérpera que tentou amamentar, mas que decidiu suspender após uma cuidada ponderação. Foi discutido cuidadosamente as vantagens e desvantagens da sua decisão (estar com) aconselhámos uma decisão conjunta com a família, um período de reflexão para que não fosse uma decisão precipitada e pouco consolidada. Após ter tomado uma decisão informada, respeitámo-la e fizemos todos os ensinamentos relativamente à alimentação artificial, os cuidados a ter com os biberons, tetinas e todo o equipamento necessário e articulámos com a equipa médica a necessidade de prescrição de um inibidor lácteo para uma melhor readaptação funcional do seu organismo. Foram prestados cuidados a RN com icterícia. A icterícia neonatal caracteriza-se pela coloração amarelada da pele e das escleróticas, em consequência do aumento da bilirrubina indireta presente na corrente sanguínea. Na primeira semana de vida cerca de 60% dos RN de termo ficam icterícos e nos bebés pré-termo pode chegar aos 80%. Os RN apresentam uma eritropoiese ineficaz

devido à ausência de enzimas bacterianas. A icterícia é fisiológica quando surge nas primeiras 24 horas de vida, atingindo valores  $\leq 12$ mg/dl ou mães com grupos sanguíneos A/B/AB ou Rh positivo. É considerada patológica quando surge depois das primeiras 24 horas de vida e atinge valores  $\geq 12$  mg/dl ou em mães cujo grupo sanguíneo é do grupo 0 ou Rh negativo. Este valor ainda pode variar consoante alguns fatores como a idade gestacional, sexo, fatores genéticos, fisiológicos ou epidemiológicos (Gutierrez et al., 2019). Níveis séricos de bilirrubina elevados podem provocar toxicidade no sistema nervoso central. A avaliação da icterícia não é fácil, sobretudo em RN de pele escura ou pletórica. Para melhor visualização deve ser exercida uma pressão digital sobre a pele e a observação deve ser realizada num ambiente com luz natural. A evolução da icterícia é cefalo-caudal, aparecendo inicialmente nas escleróticas, rosto, tronco e por fim estendendo-se aos membros, que quando acontece já é significativa. Para um diagnóstico fiável e na presença de icterícia deverá ser efetuado o seu doseamento pelo método transcutâneo (Bilichack), ou mesmo através do doseamento sérico da bilirrubina total. O tratamento utilizado é a fototerapia que consiste na exposição do recém-nascido a luz de elevada intensidade, capaz de transformar a bilirrubina indireta (molécula lipossolúvel) numa molécula hidrossolúvel, favorecendo a sua eliminação através das fezes, reduzindo os níveis de bilirrubina indireta e, dessa forma, impedindo a sua passagem para o Sistema Nervoso Central (SPP, 2014).

A atuação do EEESMO é fundamental na deteção precoce da icterícia, através do exame físico do RN, no apoio emocional à puérpera e na educação para a saúde da mãe nos cuidados necessários ao bebé durante a realização da fototerapia. Foi também necessário realizar a colheita de sangue venoso para análises laboratoriais. Para a execução da técnica, foram envolvidas as mães no conforto do RN, minimizando a sua dor durante o procedimento. Foi realizada a vacinação dos RN segundo o Plano Nacional de Vacinação com a administração da primeira dose da vacina contra a hepatite B, realizando os respetivos ensinamentos à puérpera. Para a administração da vacina, houve sempre a tentativa de minimizar a dor dos RN, realizando a técnica em simultâneo com a amamentação, promovendo o maior conforto possível.

Num dos turnos foram prestados cuidados a grávidas durante a realização da técnica de amniocentese. Os EEESMO têm um papel fundamental no apoio emocional a estas grávidas, sobretudo neste contexto pandémico com a ausência do acompanhante.

Para além deste cuidado fundamental, o EEESMO realiza educação para a saúde relativamente aos cuidados após a realização do exame tal como o repouso relativo, aumento da ingestão hídrica, abstinência sexual, administração de Imunoglobulina anti-D (quando o grupo de sangue da grávida é Rh negativo e existe risco de isoimunização) e o ensino de sinais e sintomas de alarme. Relativamente ao motivo da realização das amniocenteses, duas foram por idade materna (superior a 35 anos), outra situação foi por infeção por *Toxoplasma gondii* no 1º Trimestre da gravidez e outra situação foi por translucência da nuca aumentada (risco de Trissomia 21), tendo sido um momento enriquecedor com novas aprendizagens sobre o mundo do diagnóstico pré-natal.

Perante tudo o que foi descrito sobre este contexto e tendo em conta as competências específicas do EEESMO, segundo a OE e ICM, considero ter alcançado com sucesso todas as atividades para esta etapa de aprendizagem. A prática de cuidados foi baseada em evidência científica, demonstrando conhecimentos e procurando sempre colmatar lacunas com mais pesquisa bibliográfica quando houve necessidade. Foram realizadas várias sessões de educação para a saúde, no sentido de promover intervenções que fomentassem o desenvolvimento das competências parentais, numa lógica de Cuidados Centrados na Família. Foram abordadas questões relacionadas com a retoma da sexualidade no período pós-parto, bem como a ajuda na tomada de decisão relativamente à escolha do melhor método contraceptivo, de acordo com as especificidades de cada puérpera. Este contexto permitiu o desenvolvimento de todas as competências da Categoria 4, descritas pela ICM “*Ongoing care of women and newborns*”, tais como a avaliação contínua da saúde da mãe e do RN, a educação para a saúde, o apoio à amamentação, a deteção de complicações, a estabilização e encaminhamento em situações de emergência e a prestação de aconselhamento em planeamento familiar.

O **contexto de Bloco de Partos** foi realizado num Hospital situado na ARS de Lisboa e Vale do Tejo de 10 de Maio a 7 de Novembro de 2021, com um total de 447 horas concretizadas ao longo de 16 semanas. De acordo com o Regulamento das competências específicas do EEESMO, delineou-se como finalidade para o contexto de Bloco de Partos “Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e

período neonatal” (ESEL, 2021). O trabalho de parto e o nascimento são eventos fisiológicos, no qual o EEESMO se destaca como sendo o profissional com melhores competências técnicas, relacionais e humanas, que permitem a vivência de uma experiência positiva para os intervenientes. O EEESMO para além de basear a sua prática no regulamento de competências específicas, deve igualmente ter em conta os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001), procurando sempre na sua prestação de cuidados, ir ao encontro dos enunciados descritivos seguintes: Satisfação da utente, Promoção da saúde, Prevenção de complicações, Bem-estar e autocuidado da grávida e Readaptação funcional a uma nova condição de vida. Assim, neste sentido, deverão ser realizados ensinamentos ao longo do internamento, a fim de preparar a alta desde o primeiro dia, esclarecendo dúvidas, assegurando a continuidade dos cuidados, de forma a prevenir complicações e promover a saúde da parturiente (OE, 2018). Ao longo deste contexto de estágio foi feita a condução do TP a 94 mulheres, realizados 40 partos eutócicos e colaborado ativamente em 19 partos distócicos, sendo que 13 por ventosa, 1 fórceps e 5 cesarianas. Em todas as grávidas foi realizada uma monitorização cardiotocográfica contínua, de acordo com a norma em vigor no serviço, sempre que possível com telemetria para possibilitar a liberdade de movimentos. Foi necessário o desenvolvimento de competências relativamente à monitorização cardiotocográfica, avaliando a frequência cardíaca fetal basal, a sua variabilidade, a presença de acelerações ou desacelerações (precoces, variáveis ou tardias), de acordo com a FIGO (2015), alertando a equipa médica nas situações de suspeita de sofrimento fetal. Houve a oportunidade de efetuar a técnica de monitorização cardiotocográfica interna por indicação médica em 4 situações.

Relativamente ao 1º estágio do TP, foram efetuados diversos tipos de métodos não farmacológicos de gestão da dor de acordo com as preferências de cada grávida, como por exemplo, massagem e pressão na região sagrada, musicoterapia, aromaterapia, hidroterapia com recurso a duche, técnicas respiratórias e a utilização de bola de Pilates. Para além destas técnicas as grávidas foram estimuladas a adotar posições verticalizadas que, de acordo com a evidência científica, trazem diversos benefícios tais como a diminuição da duração do 1º estágio do TP, aumento do conforto materno e controlo da dor, aumento da promoção dos mecanismos de encravamento do feto e aumento do bem-estar fetal (WHO, 2018). Os métodos farmacológicos que mais

foram utilizados foram a analgesia endovenosa (Paracetamol e Brometo de Butilescopolamina em simultâneo) e analgesia locoregional (sequencial ou epidural). É expectável que o EEESMO demonstre competências na condução do parto normal, de acordo com a ICM (2019). O boletim de saúde da grávida, bem como o processo informático e em papel eram sempre consultados de forma a verificar a conformidade nas serologias, vacinas, grupo sanguíneo e presença de infeção com Streptococcus do grupo B, de forma a manter a segurança materno-fetal. Foi feita a avaliação do TP de todas as parturientes acompanhadas, registando a sua evolução no partograma, através da realização de cervicometrias quando houve necessidade, com o consentimento da parturiente e explicando de seguida o que tinha sido apurado. Foram reduzidas ao mínimo possível de forma a respeitar o conforto das parturientes. A cervicometria permite a avaliação de vários parâmetros importantes para o parto, tais como as características do colo uterino (posição, consistência, trajeto e permeabilidade) a estática fetal (atitude, situação, apresentação e variedade), a apresentação com base nos planos de DeLee, as características da bacia e a integridade das membranas. Foi necessária a realização da técnica de amniotomia em 4 parturientes, evitando a sua realização de forma rotineira e tendo sempre em conta os riscos inerentes, tais como o prolapso do cordão umbilical e a infeção (Graça, 2017). Foi **possibilitado** a ingestão de bebidas, gelatinas e gomas durante o TP (consoante o protocolo em vigor no serviço), fator que aumenta a satisfação das parturientes (WHO, 2018). Foi feita a vigilância de grávidas em situações de risco como hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, diabetes tipo 1, oligoâmnios, hidrâmnios, restrição do crescimento fetal e febre. Em 3 situações de presença de líquido amniótico com mecónio foi realizada a técnica de amnioinfusão.

Em relação ao 2º estágio do TP foram seguidas as recomendações das principais organizações obstétricas internacionais, efetuando os partos de forma segura, de forma a prevenir complicações (competência 1.g, 1.i e 3.b da ICM). Foi respeitada a posição e realização de esforços expulsivos durante o parto de acordo com a preferência das parturientes, sendo que a maioria preferiu a posição sentada e esforços expulsivos expiratórios, apoiando-as simultaneamente na expulsão lenta da apresentação fetal, com recurso à manobra de Ritgen modificada, aplicando pressão perineal com a mão dominante e evitando a deflexão rápida da apresentação com a outra mão (Graça, 2017). Foi evitada a utilização rotineira da técnica de episiotomia (ICM 2019), apenas tendo sido

efetuada em 3 partos. Foi feita a aplicação de calor no períneo para a gestão da dor no 2ºestádio do TP, consoante o projeto pessoal. Foi efetuada a clampagem tardia do cordão umbilical sempre que possível. Nas situações de circulares cervicais, quando eram largas eram removidas e nas situações de circulares apertadas, eram laqueadas de forma a manter o bem-estar fetal, de acordo com a recomendação da EEESMO orientadora. Foi efetuada a colheita de sangue para recolha de células estaminais em 2 situações. Foi promovido o contacto pele-a-pele superior a 1 hora, sempre que possível, de forma a possibilitar a termorregulação, a melhor adaptação à vida extrauterina, a colonização do RN pelo microbioma materno e a amamentação na primeira hora de vida. Foram prestados os cuidados imediatos aos RN sempre que possível junto dos pais, incluindo a avaliação do Índice de Apgar e a observação cefalo-caudal. A administração de vitamina K foi realizada de preferência com o RN já adaptado à mama.

Em relação ao 3º estágio do TP, foram seguidas as recomendações internacionais do respeito pelo processo fisiológico deste estágio, adotando a tração controlada do cordão umbilical simultaneamente com a pressão do fundo uterino, após a visualização dos sinais de descolamento da placenta (Sequeira et al., 2020). Procedeu-se à observação da placenta e nas situações de membranas fragmentadas, foi solicitado a presença da equipa médica que com controlo ecográfico auxiliaram na revisão digital da cavidade uterina, procedendo à remoção de restos placentares. Após a dequitação, foi administrado perfusão de ocitocina para prevenir o risco de atonia uterina, de acordo com o protocolo de atuação do serviço, explicando os seus benefícios às parturientes. Por último, foram desenvolvidas competências relacionadas com técnicas de avaliação do trauma perineal e respetiva sutura. Foi utilizada a técnica de sutura contínua na mucosa vaginal e de pontos separados no músculo e pele perineal, administrando quando necessário anestésico local com lidocaína 2%. Foi referenciada à equipa médica uma laceração de Grau 3, de forma que fossem decididas as medidas necessárias ao melhor prognóstico possível para aquela mulher.

Relativamente ao 4º estágio, sempre que era possível era realizada a avaliação física completa da puérpera (sinais vitais, observação da pele e mucosas, mamas, períneo, involução uterina, sinal de Homans), bem como do respetivo RN. Neste momento eram também realizadas pequenas sessões de educação para a saúde, com foco nas principais dúvidas das puérperas de forma a capacitá-las no seu processo de

transição para a parentalidade. Foi estabelecida uma relação empática com todas as utentes ao meu cuidado, de forma a promover o seu **bem-estar**. Perspetivar a alta desde o primeiro dia de internamento, permite a realização de ensinamentos com o objetivo de minimizar possíveis complicações. É determinante que a intervenção do EEESMO vise a promoção da autonomia para a tomada de decisão esclarecida da mulher. Uma grávida/parturiente/puérpera/mãe empoderada, adota intervenções promotoras de saúde, identifica riscos e procura os cuidados de saúde diferenciados de forma atempada, contribuindo para a diminuição da morbilidade e mortalidade materno-fetal.

Em jeito de síntese neste contexto de estágio, foram desenvolvidas todas as competências descritas na Categoria 3 da ICM (2019) "*competencies specific to care during labour and birth*" relativamente aos quatro estádios do TP e simultaneamente pela OE, na descrição da competência 3 e 4 "Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e período pós-natal".

Houve oportunidade de desenvolver competências em âmbito **de urgência obstétrica e ginecológica** no mesmo serviço. Foram efetuadas inúmeras triagens pelo sistema de Manchester, que segundo o Parecer n.º 24/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE-MCEESMO, 2017) deve ser sempre realizada por um EEESMO, de forma a ser garantida uma avaliação adequada da situação, permitindo o despiste de situações urgentes/emergentes atempadamente. Foram mobilizados os conhecimentos adquiridos nas sessões letivas, nos momentos de estudo autónomo e nas aprendizagens realizadas com a EEESMO orientadora, prestando cuidados a "mulheres em idade fértil de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população" em todas as etapas de vida (preconcecional, pré e pós-natal, durante o TP, durante processos de saúde/doença ginecológica e climatério). As principais atividades realizadas passaram pela datação da gravidez, avaliação do bem-estar materno-fetal através da realização de auscultação dos batimentos cardíacos fetais ou realização de CTG e respetiva interpretação, diagnóstico de fase ativa de TP, prestação de cuidados a grávidas com patologias associadas, nomeadamente, pielonefrites, aborto em evolução, APPT, RPM, aconselhamento sobre métodos contraceptivos em mulheres com idade fértil e educação para a saúde em mulheres na menopausa. Trabalhando neste serviço em questão há 12 anos, foi

denotado um crescimento tanto profissional como pessoal, crescimento este que foi bastante facilitado pela prática profissional prévia.

O **contexto de Neonatologia** foi realizado no período de 12 a 18 de Julho de 2021. Segundo a OE (2019), compete ao EEESMO a promoção da saúde da mulher/RN/família, diagnóstico precoce e prevenção de complicações no período pós-natal, bem como otimizar a saúde do RN na sua adaptação à vida extrauterina. Do mesmo modo, segundo o ICM (2019) “os enfermeiros obstetras possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebê, com o objetivo de assegurar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Foi-me possível colaborar nalguns cuidados aos RN prematuros internados nesta unidade, tais como a realização do exame objetivo do RN, vigilância da frequência e características da eliminação vesical e intestinal, avaliação da integridade do sistema nervoso central, através da pesquisa dos reflexos, monitorização dos sinais vitais, vigilância e monitorização da respiração/ventilação, administração de alimentação tanto por gavagem, como por tetina e copo, promoção do sono e conforto através da redução dos estímulos auditivos e visuais, implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor (colocação da mão na boca, a sucção não nutritiva através de chucas, a contenção com recurso aos ninhos, rolos, cobertas e lençóis, o toque, a preensão palmar e o recurso a polvos de croché, colocar ao colo, embalar, alteração do posicionamento e adoção de voz suave), despiste de hipoglicémia, diminuição da ansiedade materna através do envio de fotos e pequenos vídeos dos RN internados e promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados aos seus filhos prematuros. Por fim, resta dizer que os variados trabalhos académicos realizados em cada contexto de estágio representaram momentos privilegiados no processo de desenvolvimento de competências de EEESMO, aliando a prática clínica com a pesquisa pela melhor evidência científica, de forma a melhor compreender todos os fenómenos em estudo, refletir sobre as práticas e planear e intervenções.

#### **IV. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM**

Neste capítulo pretende-se uma reflexão sobre as limitações sentidas durante o processo de aprendizagem. Aponto, em primeiro lugar, a principal dificuldade que se refletiu não só na minha vida académica, como também, na vida de todos nós: a pandemia de Covid-19. Devido a esta pandemia que ainda decorre, foram suspensas as atividades letivas por um período longo durante o 1º ano de curso, que resultou numa reformulação do plano de estudos, bem como o seu prolongamento. No 2º ano, já em contexto de estágio, o facto de ter contraído a doença obrigou também a um esforço adicional de forma a cumprir os objetivos do respetivo contexto. No contexto de cuidados de saúde primários, houve uma diminuição dos contactos presenciais, o que limitou a quantidade de consultas realizadas durante a gravidez. Ainda devido à pandemia, nos serviços hospitalares por onde passei, houve necessidade de reformulações e reestruturações quase diárias, devido ao aumento de internamentos hospitalares, obrigando a um esforço adicional dos profissionais de saúde. Foi, de facto, um período muito exigente, tanto a nível profissional, como pessoal, tendo que cumprir o horário de trabalho normal, com acréscimo de horas extraordinárias para colmatar a falta de recursos humanos, para além das horas de estágio. Outro aspeto a lamentar foi o cancelamento dos congressos presenciais, optando pela participação em webinaries, de forma a colmatar essa lacuna.

No que concerne ao projeto de investigação individual, resta referir que os resultados obtidos não podem ser generalizados a toda a população feminina, pelo tamanho reduzido da amostra, pelas características da vertente qualitativa do estudo e pela falta de diversidade étnica na amostra estudada.

## V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UC Estágio com Relatório, com o seu percurso espelhado neste documento académico, está orientada para proporcionar uma formação especializada de elevado nível científico. A produção de conhecimento decorrente do mesmo foi assente num dos princípios da enfermagem avançada: a prática baseada na evidência. Essa prática avançada teve consequências ao nível do incremento da qualidade nos cuidados de enfermagem no âmbito do mestrado de especialidade em saúde materna e obstétrica, que me proponho atingir. A OE defende que os cuidados de enfermagem, quando prestados por enfermeiros especialistas contribuem para a redução das taxas de mortalidade e diminuem os dias de internamento hospitalar. As várias atividades que contemplaram este percurso convergiram para o desenvolvimento de competências comuns como enfermeira especialista, específicas como EEESMO, bem como as competências previstas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, permitindo uma prática de enfermagem avançada. Durante os vários contextos de estágio, foram desenvolvidas aptidões de resolução dos diferentes problemas dos utentes aos meus cuidados, aptidões de compreensão e conhecimento, aptidões de julgamento e tomadas de decisão, aptidões de comunicação com audiências especializadas, bem como aptidões de autoaprendizagem, todas elas previstas nos Descritores de Dublin para o Grau de Mestre. Relativamente ao projeto de investigação individual, escolhi este tema, por ser uma intervenção autónoma do EEESMO e como uma prática baseada na evidência. Ficou demonstrado através da realização da Revisão *Scoping* e do projeto de investigação que a aplicação de calor no períneo durante este período, levou a uma redução dos níveis de dor durante o parto, um aumento na perceção de autocontrolo e satisfação maternas e uma diminuição de Lacerações de Grau 3 e 4. É um método não-invasivo, simples, económico e não produz efeitos secundários quando utilizado corretamente. A escolha desta estratégia está relacionada com as necessidades da parturiente, respeitando a fisiologia do processo de nascimento (OE, 2019). No domínio da intervenção especializada para a capacitação da mulher para a aplicação de calor no períneo nas diferentes fases do TP, destaco as formações e sessões de educação para a saúde das diversas utentes ao meu cuidado, esperando desta forma ter contribuído

para a implementação e divulgação da técnica. Durante todo o percurso, as utentes e seus familiares demonstraram satisfação relativamente à minha prestação, sendo este um dos indicadores mais importantes relativamente à qualidade dos cuidados. Considero ter atingido o objetivo geral de descrever o meu percurso enquanto futura EEESMO, com a vertente reflexiva necessária ao desenvolvimento de competências comuns e específicas nesta área. Foram aplicados os conhecimentos adquiridos na componente letiva ao longo do primeiro ano do CMESMO que me conduziram a práticas fundamentadas, nas mais variadas situações com que me deparei. Descrevi ao longo deste relatório as competências adquiridas e que são exigidas aos enfermeiros especialistas, enquadradas nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a). Este percurso permitiu melhorias visíveis no quotidiano da minha prestação, com ganhos ao nível da qualidade dos cuidados prestados e do corpo de conhecimentos, dos quais me apropriei. O meu foco como futura EEESMO é o cuidado centrado na mulher e nesse sentido tudo farei para capacitar, incentivar e empoderar as parturientes para uma participação ativa, naquele que é um dos grandes acontecimentos das suas vidas - o nascimento de um filho. Nesse sentido, proponho-me a continuar a sustentar a minha prática na evidência, num foco de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, fazendo mais e melhor diariamente, com o objetivo major da satisfação das minhas utentes na vivência única e positiva do seu parto. Pretendo igualmente influenciar os meus colegas a apostar nesta técnica com as parturientes aos seus cuidados.

Pela literatura consultada, as áreas que necessitam de investigação adicional no campo da enfermagem são os *outcomes* das diversas técnicas que visam atrasar a expulsão da apresentação fetal de forma a reduzir o trauma perineal e os *outcomes* das várias opções relativamente à reparação do trauma perineal. Existe uma carência de estudos sobre as práticas dos EEESMO durante o 2º estágio do TP, tais como o apoio contínuo, a empatia e a comunicação utilizada e sua contribuição na vivência de uma experiência de parto satisfatória. Termina esta etapa com a sensação de dever cumprido. Com o objetivo de concluir este percurso, a comunicação das conclusões deste relatório será proposta para discussão pública.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad-Shirvani, M., & Ganji, J. (2016). Comparison of separate and intermittent heat and cold therapy in labour pain management. *Nursing Practice Today*, 3(1), 31–39. <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/223/0>
- Ahmad, E. R., & Turkey, H. A. (2010). *Effect of Applying Warm Perineal Packs During the second stage of labor on perineal pain among primiparous women*. 8, 1–26. <http://www.aamj.eg.net/journals/pdf/1286.pdf>
- Akbarzadeh, M., Vaziri, F., Farahmand, M., Masoudi, Z., Amooee, S., & Zare, N. (2016). The Effect of Warm Compress Bistage Intervention on the Rate of Episiotomy, Perineal Trauma, and Postpartum Pain Intensity in Primiparous Women with Delayed Valsalva Maneuver Referring to the Selected Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences in . *Advances in Skin and Wound Care*, 29(2), 79–84. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000476073.96442.91>
- Albers, L. L. (2003). Reducing genital tract trauma at birth: Launching a clinical trial in midwifery. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 48(2), 105–110. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00415-4](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00415-4)
- Albers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(5), 365–372. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.05.012>
- Alihosseni, F., Abedi, P., Afshary, P., Haghighi, M. R., & Hazeghi, N. (2018). Investigating the Effect of Perineal Heating Pad on the Frequency of Episiotomies and Perineal Tears in Primiparous Females. *Medical - Surgical Nursing Journal*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.5812/msnj.82588>
- Amado, J. da S. (2000). A técnica de Análise de Conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53–63. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2049&id\\_revista=5&id\\_edicao=20](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2049&id_revista=5&id_edicao=20)

- Araújo, L. Z. S. (2003). Ethical aspects of scientific research. *Pesquisa Odontológica Brasileira = Brazilian Oral Research*, 17 Suppl 1(Supl 1), 57–63.  
<https://doi.org/10.1590/S1517-74912003000500009>
- Ashok, P. W., Penney, G. C., Flett, G. M., & Templeton, A. (1998). An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 13(10), 2962–2965. <https://sci-hub.st/10.1093/humrep/13.10.2962>
- Ashton-Miller, J. A. DeLancey, J. O. (2014). *Functional anatomy of the female pelvic floor Evidence based physical therapy for the pelvic floor—Bridging science and clinical practice*, Bø K, Berghmans B, Mørkved S, van Kampen M (Elsevier (ed.); 2<sup>a</sup>).
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras/Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo direito ao parto normal: Uma visão partilhada* (Ordem dos Enfermeiros (ed.)).
- Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lemery, D., & Vendittelli, F. (2018). Practices during the active second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 60, 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.001>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70 LDA.
- Behmanesh, F., Pasha, H., & Zeinalzadeh, M. (2009). The effect of heat therapy on labor pain severity and delivery outcome in parturient women. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 11(2), 188–192.
- Berghella, V., Baxter, J. K., & Chauhan, S. P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(5), 445–454. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.06.093>
- Bernardes, Â. D. C. (2019). Análise de conteúdo. *Dialogia*, 32, 338–342. <https://doi.org/10.5585/dialogia.n32.13247>
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4<sup>a</sup>). Lusociência.

- Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced Nursing Practice A National Framework*. CNA. [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca)
- Coelho, L. F. dos S. (2008). O Treino Da Flexibilidade Muscular E O Aumento Da Amplitude De Movimento: Uma Revisão Crítica Da Literatura. / the Muscular Flexibility Training and the Range of Movement Improvement: a Critical Literature Review. *Revista Motricidade*, 4(4), 59–70.  
<http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=43937793&site=ehost-live>
- Cresswell, J. W., Plano-Clark, V. L., Gutmann, M. L., & Hanson, W. E. (2007). An Expanded Typology for Classifying Mixed Methods Research Into Designs. In *The Mixed Methods Reader* (pp. 209–240). [http://www.sagepub.com/upm-data/19291\\_Chapter\\_7.pdf](http://www.sagepub.com/upm-data/19291_Chapter_7.pdf)
- Cummings, J., & Bennett, V. (2012). Compassion in Practice Nursing, Midwifery and Care Staff - Our Vision and Strategy. In *Death Studies* (Vol. 20, Issue 2).  
<https://doi.org/10.1080/07481189608252747>
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., Cooke, M., Upton, A. M., Nunn, R. A., & Brodrick, B. S. (2009). “Soothing the ring of fire”: Australian women’s and midwives’ experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery*, 25(2).  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.08.002>
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., 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 (Berkeley, Calif.)*, 34(4), 282–290.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=18021143&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco - Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil* (Direção-Geral da Saúde (ed.)). <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

- Direcção-Geral da Saúde. (2008). Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV). *Relatório Da Comissão Técnica de Vacinação: Direcção-Geral Da Saúde.*, 8–19. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/vacinacao-contrainfecoes-por-virus-do-papiloma-humano-hpv-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). SAÚDE REPRODUTIVA INFERTILIDADE. *Norma Nº 003/2011 de 19/01/2011*, 1(1), 9. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
- Direcção Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar* (DGS (ed.)). SIG – Sociedade Industrial Gráfica, Lda. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>
- Drake, R., Vogl, A. W., & W.M. Mitchel, A. (2019). *Grey's Anatomia Clínica para Estudantes* (4ª). Elsevier.
- East, C. E., Lau, R., & Biro, M. A. (2015). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.002>
- East, C. E., Sherburn, M., Nagle, C., Said, J., & Forster, D. (2012). Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*, 28(1), 93–97. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.009>
- Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., Lundgren, I., & Lindgren, H. (2017). Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears—An Experimental Study. *Birth*, 44(1), 86–94. <https://doi.org/10.1111/birt.12267>
- ESEL. (2021). *Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório*.
- Eskandar, O., & Shet, D. (2009). Risk factors for 3rd and 4th degree perineal tear. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 29(2), 119–122. <https://doi.org/10.1080/01443610802665090>
- Essa, R. M., & Ismail, N. I. A. A. (2015). Effect of second stage perineal warm

compresses on perineal pain and outcome among primiparae. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(4). <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n4p48>

Fahami, F., Behmanesh, F., Valiani, M., & Ashouri, E. (2011). Effect of heat therapy on pain severity in primigravida women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(1), 113–116.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22039388&lang=pt-pt&site=ehost-live>

FIGO. (2015). *FIGO CONSENSUS GUIDELINES ON INTRAPARTUM FETAL MONITORING*.

Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science and Medicine*, 63(1), 64–75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.065>

Glazener, C. M. A., Abdalla, M., Stroud, P., Templeton, A., Russell, I. T., & Naji, S. (1995). Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 102(4), 282–287. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1995.tb09132.x>

Goh, Y. P., Tan, P. C., Hong, J. G. S., Sulaiman, S., & Omar, S. Z. (2021). Combined massage and warm compress to the perineum during active second stage of labor in nulliparas: A randomized trial. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 155(3), 532–538. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13613>

Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P., & Marques, C. G. (2021). *Manual de Investigacao Qualitativa* (1ª edição). Pactor.

Graça, L. mendes da. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª edição). Lidel.

Guest, G., & Fleming, P. J. (2014). Mixed methods research. In *Public Health Research Methods* (pp. 95–108). Thousand Oaks. <https://doi.org/10.4324/9781315740447-13>

Gutierrez, I., Cient, R., & As, N. (2019). *Assistência de enfermagem em cuidados com neonatos portadores de icterícia : revisão integrativa*. 1–14. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/ictericia>

- Hastings-Tolsma, M., Vincent, D., Emeis, C., & Francisco, T. (2007). Getting Through Birth in One Piece. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(3), 158–164. <https://doi.org/10.1097/01.nmc.0000269565.20111.92>
- Healy, M., Nyman, V., Spence, D., Otten, R. H. J., & Verhoeven, C. J. (2020). How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. *PLoS ONE*, 15(7 July), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226502>
- Helyer, R. (2015). Learning through reflection: the critical role of reflection in work-based learning (WBL). *Journal of Work-Applied Management*, 7(1), 15–27. <https://doi.org/10.1108/jwam-10-2015-003>
- Hosseini Tabaghdehi, M., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, 7(4), 1233–1238. <https://doi.org/10.1002/nop2.499>
- Ibrahim, H. A.-F., Elgzar, W. I., & Hassan, H. E. (2017). Effect of Warm Compresses Versus Lubricated Massage during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes among Primiparous Women. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(4), 64–76. <https://doi.org/10.9790/1959-0604056476>
- Ingham-Broomfield, R. (2016). A nurses' guide to mixed methods research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 46–52. <http://www.ajan.com.au/Vol33/Issue4/5Broomfield.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019\\_final\\_18-oct-5db05248843e8.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf)
- Joint Quality Initiative. (2004). Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards. In *Draft 1, Working Document on JQI Meeting in Dublin* (Issue October). [https://www.fibaa.org/fileadmin/files/folder/FIBAA-FBK-PROG/dublin\\_descriptors.pdf](https://www.fibaa.org/fileadmin/files/folder/FIBAA-FBK-PROG/dublin_descriptors.pdf)
- Kataoka, Y., Eto, H., Iida, M., Yaju, Y., Asai, H., Sakurai, A., Tadokoro, Y., & Horiuchi, S.

- (2012). Japan Academy of Midwifery: 2012 evidence-based guidelines for midwifery care during childbirth. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 26(2), 275–283.  
<https://doi.org/10.3418/jjam.26.275>
- Kenton, K., & Mueller, E. R. (2006). Editorial comment: The global burden of female pelvic floor disorders. *BJU International*, 98(SUPPL. 1), 6–7.  
<https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2006.06300.x>
- Kim, S., Harvey, M. A., & Johnston, S. (2005). A Review of the Epidemiology and Pathophysiology of Pelvic Floor Dysfunction: Do Racial Differences Matter? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 27(3), 251–259.  
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30518-7](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30518-7)
- Lima, J. Á. de. (2014). Por uma Análise de Conteúdo Mais Fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 7–29. [https://doi.org/10.14195/1647-8614\\_47-1\\_1](https://doi.org/10.14195/1647-8614_47-1_1)
- Lindgren, H. E., Brink, Å., & Klinberg-Allvin, M. (2011). Fear causes tears - Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-6>
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen G, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 240(June), 93–98.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McKelvey, M. M. (2018). Finding meaning through Kristen Swanson's caring behaviors: A cornerstone of healing for nursing education. *Creative Nursing*, 24(1), 6–11.  
<https://doi.org/10.1891/1078-4535.24.1.6>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. (2013). *Parecer nº 30 / 2013 - Ordem dos Enfermeiros*. 2–3.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO\\_Par](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Par)

ecer\_30\_2013\_Consulta\_de\_IVG.pdf

- Milsom, I. (2015). Can we predict and prevent pelvic floor dysfunction?: Ulf Ulmsten Memorial Lecture 2015. *International Urogynecology Journal*, 26(12), 1719–1723. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2868-5>
- Modoor, S., Fouly, H., & Rawas, H. (2021). The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 210–218. <https://doi.org/10.33546/bnj.1452>
- Naidu, M., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2017). Reducing obstetric anal sphincter injuries using perineal support: our preliminary experience. *International Urogynecology Journal*, 28(3), 381–389. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3176-4>
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Antenatal care. *Nursing Times*, 58(August), 571–573. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941>
- Nunes, L. (2013). *CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid\\_eticas\\_na\\_investig\\_academica\\_em\\_enfermagem.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid_eticas_na_investig_academica_em_enfermagem.pdf)
- OE-MCEESMO. (2017). *Parecer nº 24/2017- Triagem nos Serviços de Urgência Obstetria e Ginecologia por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). REPE Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. *Diário Da República, Decreto-Lei n.º161, 44(5)*, 267–270. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. 1–

4.

[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_26abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Maternidade com Qualidade*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Maternidade\\_Qualidade\\_Resultados\\_2014.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Maternidade_Qualidade_Resultados_2014.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In *Ordem dos Enfermeiros* (p. 14).

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento Nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. DR Nº 26/2019 – 2.ª Série., nº26, 4744–4750*. <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº 391/2019; Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 85 — 3 de Maio de 2019, 13560–13565*. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Ordem dos Enfermeiros, Torgal, A. L., Sales, C., Dias, I., Tavares, M., Odilon, N., Souto, P., Miguel, P., Pestana, R., Machado, S., Antunes, V., & Cardoso, V. (2019). *Livro de Bolso: Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto*. Ordem dos Enfermeiros.

Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. <https://synthesismanual.jbi.global>

Petrocnik, P. (2015). *Hands-on or hands-poised: what does the evidence say? August*,

10–12.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem (7ª)*. Artmed Editora.

Priddis, H. (2013). Protecting the perineum. *Australian Midwifery News*, 13(1), 12–13.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012144133&lang=pt-br&site=ehost-live>

QCG - Queensland Clinical Guidelines. (2020). *Maternity and Neonatal Clinical Guideline Perineal care*. [www.health.qld.gov.au/qcg%0ACultural](http://www.health.qld.gov.au/qcg%0ACultural)

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2018). The Management of Third and Fourth-degree Perineal Tears - Green-top Guideline No.29. In *Smart Obstetrics and Gynecology Handbook (Issue 29)*. [https://doi.org/10.5005/jp/books/13082\\_12](https://doi.org/10.5005/jp/books/13082_12)

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). *Reducing your risk of perineal tears*. <https://www.rcog.org.uk/en/patients/tears/reducing-risk/>

Santoro, G., Wieczorek, A., & Bartram, C. (2010). *Pelvic Floor Disorders-Imaging and Multidisciplinary Approach to Management*. *Velag Italia: Springer, 2010*. Springer.

Santos, J. L. G. dos, Erdmann, A. L., Meirelles, B. H. S., Lanzoni, G. M. de M., Cunha, V. P. da, & Ross, R. (2017). Integração Entre Dados Quantitativos E Qualitativos Em Uma Pesquisa De Métodos Mistos. *Texto Contexto Enferm*, 26(29), 1–9.  
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>

Sarmiento, A., & Soares, P. (2004). Convulsões neonatais - Qual a etiologia? *Nascer e Crescer, Vol.XIII, n.º2*, 106–112. <https://1library.org/document/zgg5kk6z-convulsoes-neonatais-qual-a-etilogia.html>

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (1ª)*. Lidel.

Silva, A. H., Ivete, M., & Foss, T. (2015). Análise De Conteúdo: Exemplo De Aplicação Da Técnica Para Análise De Dados Qualitativos. *Dados Em Big Data*, 1(1), 23–42.  
<https://doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113>

SPP, S. P. de P. (2014). Nascer prematuro em portugal. *Manual Para Pais de Bebés*

*Prematuros*, 7260, 1.

Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring.

*Nursing Research*, 40(3), 161–166. <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>

Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Image:*

*The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>

Taavoni, S., Abdollahian, S., & Haghani, H. (2013). Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: a randomized, controlled trial study. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 14(9), 1301–1306.

<https://doi.org/10.1111/pme.12161>

Taavoni, S., Sheikhan, F., Abdollahian, S., & Ghavi, F. (2016). Birth ball or heat therapy?

A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 99–102. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.04.001>

The American College of Nurse-Midwives. (2016). Share with women : Perineal massage in pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 143–144.

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016a). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 128(1), e1–e15.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001523>

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016b). *Practice Bulletin No. 165 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstet Gynecol.*

[https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/07000/Practice\\_Bulletin\\_No\\_\\_165\\_\\_Prevention\\_and.46.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/07000/Practice_Bulletin_No__165__Prevention_and.46.aspx)

The Joanna Briggs Institute. (2020). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2020: Methodology for JBI scoping reviews. *Joanne Briggs Institute*, 1–24.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

The Royal College of Midwives. (2012). Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: Care of the perineum. *Royal College of Midwives*, 9.  
<https://www.rcm.org.uk/media/2278/evidence-based-guidelines-care-of-the-perineum.pdf>

Thenu, U., Irianta, T., Madya, F., Sunarno, I., Lotisna, D., & Farid, R. B. (2019). Perineal Warm Compresses During the Second Stage of Labour Decrease Incidence and Degree of Perineal Laceration in Primiparous. *Gynecology & Reproductive Health*, 3(2), 3–8. <https://doi.org/10.33425/2639-9342.1078>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas\_de\_Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.<sup>a</sup>). Lusociência.

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., & Levac, D. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. In *Annals of Internal Medicine* (pp. 467-473.). JBI. <https://jbi-global-wiki.refined.site/download/attachments/3313795406/PRISMA-ScR-Fillable-Checklist-1.docx>

WHO. (2003). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. *Fifthy-Fourth World Health Assembly*, 1, 8.

Wilson, A. N., & Homer, C. S. E. (2020). Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60(2), 175–182.  
<https://doi.org/10.1111/ajo.13127>

Women's Healthcare Australasia. (2019). *The How to Guide: WHA CEC Perineal Protection Bundle*. August. <https://women.wcha.asn.au/collaborative/intervention-bundle>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*.  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

ANEXOS

Anexo I - JBI *Critical Appraisal*

JBI Critical Appraisal for Experimental Studies

Date 5/12/2021

Author: Ahmad & Turkey Year 2010

	Yes	No	Unclear
1. Was the assignment to treatment groups truly random?	x		
2. Were participants blinded to treatment allocation?		X	
3. Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?		X	
4. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?		X	
5. Were those assessing the outcomes blind to the treatment allocation?		X	
6. Were control and treatment groups comparable at entry?	X		
7. Were groups treated identically other than for the named interventions?	X		
8. Were outcomes measured in the same way for all groups?	X		
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
10. Was appropriate statistical analysis used?	X		

Overall appraisal: Include x Exclude Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): \_\_\_\_\_

## JBI Critical Appraisal for Experimental Studies

Date 5/12/2021

Author: Akbarzadeh et al Year 2016

	Yes	No	Unclear
1. Was the assignment to treatment groups truly random?	x		
2. Were participants blinded to treatment allocation?		X	
3. Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?		X	
4. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?		X	
5. Were those assessing the outcomes blind to the treatment allocation?		X	
6. Were control and treatment groups comparable at entry?	X		
7. Were groups treated identically other than for the named interventions?	X		
8. Were outcomes measured in the same way for all groups?	X		
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
10. Was appropriate statistical analysis used?	X		

Overall appraisal:    Include    x                    Exclude                    Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): \_\_\_\_\_

## JBI Critical Appraisal for Experimental Studies

Date 5/12/2021

### JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Date 5/12/2021

Author Healy et al.

Year 2020

	Yes	No	Unclear	Not applicable	Overall
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Was the search strategy appropriate?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	

appraisal:

Include

Exclude

Seek further info

Comments (including reasons for exclusion)

JBI Critical Appraisal for Experimental Studies

Date 5/12/2021

Author Ibrahim et al., Year 2017

	Yes	No	Unclear
1. Was the assignment to treatment groups truly random?		X	
2. Were participants blinded to treatment allocation?		X	
3. Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?		X	
4. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?		X	
5. Were those assessing the outcomes blind to the treatment allocation?		X	
6. Were control and treatment groups comparable at entry?	X		
7. Were groups treated identically other than for the named interventions?	X		
8. Were outcomes measured in the same way for all groups?	X		
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
10. Was appropriate statistical analysis used?	X		

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): \_\_\_\_\_

JBI Critical Appraisal Checklist for  
Qualitative Research

Date 5/12/2021

Author: Lindgren et al. Year 2011

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include            x    Exclude                Seek further info   

Comments (Including reason for exclusion)

## JBI Critical Appraisal for Experimental Studies

Reviewer \_\_\_\_\_ Date 5/12/2021  
 Author Modoor et al. Year 2021

	Yes	No	Unclear
1. Was the assignment to treatment groups truly random?	x		
2. Were participants blinded to treatment allocation?		X	
3. Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?		X	
4. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?			X
5. Were those assessing the outcomes blind to the treatment allocation?		X	
6. Were control and treatment groups comparable at entry?	X		
7. Were groups treated identically other than for the named interventions?	X		
8. Were outcomes measured in the same way for all groups?	X		
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
10. Was appropriate statistical analysis used?	X		

Overall appraisal:    Include    X    Exclude        Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): \_\_\_\_\_

JBI Critical Appraisal for Experimental Studies

Reviewer \_\_\_ Date 5/12/2021

Author Thenu et al Year 2019 Record Number \_\_\_

	Yes	No	Unclear
Was the assignment to treatment groups truly random?		X	
2. Were participants blinded to treatment allocation?		X	
Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?		X	
Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?		X	
Were those assessing the outcomes blind to the treatment allocation?		X	
Were control and treatment groups comparable at entry?	X		
Were groups treated identically other than for the named interventions?	X		
Were outcomes measured in the same way for all groups?	X		
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
10. Was appropriate statistical analysis used?	X		

Overall appraisal: Include X Exclude Seek further info

Comments (including reasons for exclusion):

JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text

Date 12/12/2021

Author American College of Obstetricians and Gynecologists

Year: 2016

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	X		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	X		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	X		
7. Is the opinion supported by peers?	X		

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (including reasons for exclusion):

---

## JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text

Date 12/12/2021

Author: American College of Nurse-Midwives

Year: 2016

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	X		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	X		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	X		
7. Is the opinion supported by peers?	X		

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (including reasons for exclusion):

---

## JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text

Date: 12/12/2021

Author: Japan Academy of Midwifery

Year \_\_\_\_\_ : 2012

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	X		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	X		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	X		
7. Is the opinion supported by peers?	X		

Overall appraisal: Include

Exclude

Seek further info

Comments (including reasons for exclusion):

---

## JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text

Date: 12/12/2021

Author: Ordem dos Enfermeiros

Year: 2019

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	X		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	X		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	X		
7. Is the opinion supported by peers?	X		

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (including reasons for exclusion):

---

## JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text

Date : 12/12/2021

Author: Royal College of Midwives

Year : 2012

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	X		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	X		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	X		
7. Is the opinion supported by peers?	X		

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (including reasons for exclusion):  

---

## JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text

Date 12/12/2021

Author: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Green-top Guideline No. 29

Year: 2015

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	X		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	X		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	X		
7. Is the opinion supported by peers?	X		

Overall appraisal: Include

Exclude

Seek further info

Comments (including reasons for exclusion):

---

## JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text

Date 12/12/2021

Author: Women's Healthcare Australasia Year: 2019

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	X		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	X		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	X		
7. Is the opinion supported by peers?	X		

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (including reasons for exclusion):

---

JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text

Date 12/12/2021

Author: World Health Organization (2018) Year: 2019

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	X		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	X		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	X		
7. Is the opinion supported by peers?	X		

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (including reasons for exclusion):

---

Anexo II - Síntese de atividades práticas do estágio

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

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>54</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>160</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>40</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	—
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	—
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>19</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>5</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>9</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>81</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>49</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>27</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>106</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>102</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>50</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>61</u>

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 6
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 2
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 24

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 20
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 10
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 20
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 10
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 10
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 10

Lisboa, 10 / 11 / 2021

Estudante/*Student*

Andreia Ferreira

Docente/*Teacher*

[Handwritten Signature]

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

M<sup>te</sup> Anabela Ferreira dos Santos

Anexo III - Diplomas de participação em Webinares



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**ANDREIA ISABEL ALCÂNTARA NEVES FERREIRA**

membro nº 52859 desta Ordem, participou no Webinar<sup>1</sup> Mobilidade e Verticalidade – Contributos para uma experiência de parto positivo, no dia 05 de Maio de 2021, com duração total de 02h00, na “Plataforma digital Cisco Webex Events”.

Lisboa, 25 de Maio de 2021.

P<sup>ª</sup>A Bastonária

**Luís Filipe Barreira**  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas

<sup>2</sup> Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº90 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 158/2015, de 16 de Setembro.

## I Encontro de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

### DECLARAÇÃO

Declara-se que **Andreia Ferreira** participou no evento **I Encontro de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, realizado a 5 de março de 2021, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

I Encontro de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

# ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO CERTIFICADO

Declara-se que, **Andreia Ferreira** participou, como **Formanda**, numa Formação em Serviço realizada na Consulta Externa de Obstetrícia do HGO, EPE, intitulada:

**“Contraceção e Métodos Contraceptivos Disponíveis em Portugal”**

A formação realizou-se a **18 de junho de 2021**, das 20 às 22horas (2horas), plataforma Zoom®.

O Diretor de Serviço  
  
Alcides Pereira  
DIRETOR SERVIÇO  
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA  
ALCIDES PEREIRA

O Chefe de Serviço  
  
Hospital Garcia de Orta  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Carlos Rodrigues

O Responsável pela Formação  
  
Hospital Garcia de Orta  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Sara Palma  
CONSULTAS EXTERNAS



## ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS



Webinar 1 – Direitos Humanos na Maternidade 2021

**Certifica-se que** *Andreia Isabel Alcântara Neves Ferreira*

participou no Webinar 2 - **“Direitos Humanos na Maternidade 2021 - Consentimento Informado e Plano de Parto”**, promovido pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 14 de junho de 2021, das 9h30 às 13h.

O Presidente da APEO

Assinado por: VITOR MANUEL LEÃO BAPTISTA

VARELA

Num. de Identificação: 06706968

Data: 2021.08.03 09:44:27 +0100



A Secretária da APEO

ARMINDA ANES  
PINHEIRO

Assinado de forma digital por  
ARMINDA ANES PINHEIRO  
Dados: 2021.06.15 22:07:49  
+01'00'

APÊNDICES

Apêndice I - Revisão *Scoping*

# APLICAÇÃO DE CALOR NO PERÍNEO DURANTE O PARTO: UMA REVISÃO SCOPING

Application of perineal heat therapy in labor: A Scoping Review

Ferreira, Andreia<sup>1</sup>; Presado, Maria Helena<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Licenciatura em Enfermagem, Mestranda em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

<sup>2</sup> Licenciatura em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Docente do Departamento de Saúde Materna, Mestrado em Comportamento Organizacional, Doutoramento em Psicologia

Autor Correspondente: [andreiaf1@campus.esel.pt](mailto:andreiaf1@campus.esel.pt)

---

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a evidência científica sobre os efeitos da aplicação de calor no períneo durante o 2º estágio do trabalho de parto (TP).

**Introdução:** A dor do TP é inevitável e atinge o seu pico máximo no segundo estágio do TP com dor intensa associada à distensão e frequente laceração do pavimento pélvico (Ibrahim et al., 2017). Um dos métodos para a gestão da dor e prevenção do trauma perineal durante o parto utilizado por enfermeiros obstetras é a aplicação de calor local.

**Crítérios de inclusão:** Artigos que incluam parturientes no 2º estágio do TP, com previsão de um parto vaginal, gravidez unifetal com apresentação cefálica, sem patologia prévia com CTG tranquilizador.

**Métodos:** Nesta revisão foi utilizada a metodologia JBI para *Scoping Reviews*. Foram realizadas pesquisas nas plataformas Medline, CINAHL e *Cochrane Database of Systematic Reviews* em Fevereiro de 2022 com a questão de investigação “Quais os efeitos da aplicação de calor no períneo da parturiente no 2º estágio de trabalho de parto?”. Uma pesquisa adicional foi realizada na *Google Scholar* em busca de artigos não publicados e com recomendações de organizações obstétricas. Não foram aplicados limites temporais e foram incluídos estudos na língua inglesa, portuguesa e espanhola. Foram excluídas teses de mestrado e doutoramento.

**Resultados:** Realizou-se uma análise de 15 artigos. Obteve-se uma redução significativa da dor durante o 2º estágio de TP e nos 2 primeiros dias pós-parto, maiores taxas de períneos íntegros no grupo de intervenção; nenhuma diferença nas taxas de laceração perineal de Grau I ou II, uma menor taxa de lacerações de Grau 3 e 4 e menores taxas de episiotomia.

**Conclusões:** A aplicação de calor no períneo durante o 2º estágio do TP reduz os níveis de dor, diminui as Lacerações de Grau 3 e 4 e alguns estudos revelaram o aumento da incidência de períneo íntegro e a diminuição do risco de episiotomia.

**Palavras-chave:** calor; enfermeiro obstetra; períneo; segunda fase do trabalho de parto

---

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the outcomes of heat therapy during the second stage of labor.

**Background:** Pain during childbirth is inevitable and reaches its peak in the second stage of labor with severe perineal distension and frequent laceration (Ibrahim et al., 2017). One of the methods for managing pain and perineal trauma during childbirth is the application of local warm compresses.

**Inclusion criteria:** Studies that include women in the 2nd stage of labor of a single pregnancy, candidate for vaginal birth, with cephalic presentation and no history of medical issues.

**Methods:** JBI methodology for Scoping Reviews was used. Full Text research was conducted on Medline, CINAHL and Cochrane in February of 2022 using the research question “What are the outcomes of heat therapy applied to the perineum during the 2<sup>nd</sup> stage of labor?”. An additional search was conducted at *Google Scholar* in search of unpublished articles and recommendations from obstetric organizations. No time limits were applied, and English, Portuguese and Spanish trials were included. Theses and dissertations were excluded.

**Results:** An analysis of 15 articles was performed. There was a significant reduction in pain during the 2nd stage of labor and in the first 2 days postpartum, higher rates of intact perineum in the intervention group, no difference in first or second-degree tears, a lower rate of third and fourth-degree tears and lower episiotomy rates.

**Conclusions:** The application of heat for therapeutic reasons on perineal tissue during the 2nd stage of labor reduces pain severity, reduces third and four-degree tears and in some studies increases intact perineum rates and decreases the risk of episiotomy.

**Keywords:** heat/therapeutic use; labor stage, second; nurse midwife; perineum

---

**INTRODUÇÃO:** A dor do trabalho de parto (TP) é inevitável, sendo uma grande preocupação para as mulheres. Atinge o seu pico máximo no segundo estágio do TP com dores abdominais associadas às contrações uterinas e com dor perineal intensa, relacionada com a distensão e, frequente laceração do pavimento pélvico (Ibrahim et al., 2017). A incidência de trauma perineal espontâneo ou através da realização de episiotomia é enorme, podendo variar entre 53 a 79% de todos os partos vaginais (ACOG, 2016b). Existem fatores de risco que estão associados ao trauma perineal. Os fatores maternos são a primiparidade, o aumento ponderal excessivo durante a gravidez, a nutrição, etnia asiática e a constituição dos tecidos (especialmente a deficiência de colagénio). As condicionantes associados ao feto são o tamanho (superior a 4Kg) e a variedade occipito-posterior. As intervenções intraparto incluem, partos instrumentados, manipulação do períneo, a manobra de Kristeller e a realização de episiotomia num parto anterior (Eskandar & Shet, 2009; Hastings-Tolsma et al., 2007; Albers, 2003; Wilson & Homer, 2020). As lacerações mais graves, ou seja, as de Grau 3 ou 4 foram descritos por alguns autores como associados a esforços expulsivos dirigidos com manobra de Valsalva, a ocorrência de emergências obstétricas como a distócia de ombros e um 2º estágio do TP superior a 1 hora (Eskandar & Shet, 2009). A literatura demonstra que uma das técnicas utilizadas por enfermeiros obstetras para a gestão da dor do TP e prevenção da laceração perineal é a aplicação de calor local. Em termos fisiológicos, o calor produz energia que é

absorvida pelos tecidos, originando um efeito terapêutico pelo aumento da flexibilidade e capacidade de extensão do colágeno nos tecidos, diminuição da rigidez e tensão muscular e articular, aumento do fluxo sanguíneo local, promovendo o relaxamento dos músculos e minimizando a ocorrência de trauma (Coelho, 2008; Santoro et al., 2010). Ao provocar o aumento da temperatura e o metabolismo dos tecidos profundos, estimula os recetores de calor, provocando uma redução na perceção da dor (Behmanesh et al., 2009). Diminui o espasmo muscular e aumenta o limiar da dor. Quando é aplicado calor, as fibras sensitivas são estimuladas, originando uma sensação de conforto, explicada através da libertação de endorfinas (analgésico endógeno), tendo a dor que competir pelo acesso à medula espinhal, levando assim a uma diminuição da mesma (Ahmad & Turky, 2010).

Após um parto vaginal, as mulheres com períneos íntegros ou lacerações de grau reduzido têm menos perdas hemáticas, menor risco de infeção puerperal e referem menor dor comparadas com mulheres que sofreram lacerações espontâneas ou submetidas a episiotomias (Albers, 2003). O nível de dor perineal é tanto maior, quanto mais grave a laceração (East et al., 2012). De forma a preservar a segurança materno-fetal, os princípios a respeitar durante a aplicação desta técnica incluem assegurar que a temperatura da água é confortável para a parturiente, tendo especial atenção às mulheres com risco de bloqueio sensitivo-motor (quando submetidas a analgesia locoregional) para evitar queimaduras; aplicar as compressas no período expulsivo, apenas quando a apresentação fetal começa a distender o períneo, de forma a evitar o edema dos tecidos e evitar a apresentação fetal (Dahlen et al., 2007; QCG, 2020).

**Objetivos e Questão de investigação:** Segundo a mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC), que é o ponto de partida para qualquer Scoping Review (SR) a nossa questão de investigação é a seguinte “Quais os efeitos da aplicação de calor no períneo da parturiente no 2º estágio de trabalho de parto?”.

O objetivo principal desta SR é o mapeamento da evidência científica sobre a aplicação de calor no períneo durante o cuidar do EEESMO no 2º estágio do TP.

**Critérios de inclusão:** Artigos que incluem mulheres no 2º estágio do TP em que se preveja um parto vaginal de uma gravidez unifetal com apresentação cefálica sem patologia prévia com CTG tranquilizador.

**Critérios de exclusão:** Artigos que incluem partos distócicos; Estudos fora do âmbito da temática.

Em relação ao **tipo de fontes de informação**, foram considerados estudos primários de vários tipos de desenho como, ensaios randomizados, não-randomizados, estudos qualitativos, textos de opinião, estudos secundários como revisões sistemáticas da literatura e publicações de organizações da área. Não foram consideradas Teses de dissertações de mestrado ou doutoramento. Foram analisados artigos em inglês, português e espanhol e não foram aplicados limites temporais (Apêndice II).

## MÉTODOS

Inicialmente foi efetuado um protocolo de revisão scoping. Na revisão scoping propriamente dita, a estratégia passou pelo objetivo de ser o mais abrangente possível e encontrar toda a evidência científica publicada em revistas indexadas e não publicada, sobre o assunto em estudo. Utilizou-se a metodologia JBI para Scoping Reviews em 3 etapas (Peters et al., 2020). A primeira etapa consistiu numa pesquisa das palavras-chave e termos indexados - Medical Subject Headings (MeSH) contidas no título e resumo dos artigos encontrados, utilizando a plataforma EBSCOhost, nas bases de dados MEDLINE e CINAHL (*Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*). A segunda etapa constou de uma segunda pesquisa utilizando todas as palavras-chave e termos indexados identificados nas bases de dados referidas e numa terceira base de dados, a Cochrane Database of Systematic Reviews. A terceira etapa compreendeu a leitura das referências bibliográficas dos artigos em busca de estudos adicionais. A base de dados utilizada para procura de artigos não publicados em revistas indexadas foi a Google Scholar, onde também se fez uma busca individual de publicações de organizações nacionais e internacionais. A pesquisa foi realizada em Fevereiro de 2022 e feita em cada base de dados separadamente e termo a termo, através da

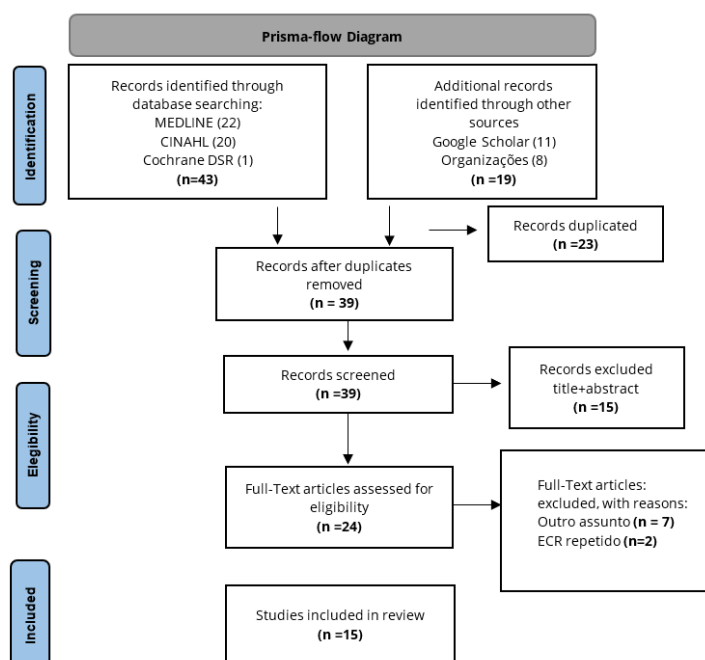
junção de todos os termos de pesquisa (Apêndice III) com o designador booleano OR e, posteriormente, com a junção de todos os elementos PCC com o designador booleano AND. Pode consultar-se toda a estratégia de pesquisa no apêndice IV. Obteve-se, assim, o número de artigos que foram sujeitos a uma triagem para inclusão no estudo.

## Seleção dos estudos

Foi feita uma análise dos títulos e resumos, por duas revisoras, que selecionaram os artigos de acordo com a questão de investigação. Os artigos duplicados foram removidos. Por último, foi feita a leitura integral de todos os artigos que preencheram os critérios de elegibilidade.

Na figura n.º 1 encontra-se o *Prisma Flow Diagram* que representa de forma clara e objetiva o processo de seleção dos estudos obtidos na pesquisa. Os artigos excluídos podem ser consultados no apêndice V.

Figura 1. *Prisma Flow Diagram*



## Extração dos dados

Segundo o método proposto pelo JBI recorreu-se a instrumentos apropriados para a extração dos dados (apêndice VI) e síntese dos resultados (apêndice VII). Seguidamente foram submetidos à validação metodológica segundo o instrumento JBI QARI *Critical appraisal checklist*, comprovando a sua qualidade metodológica (Anexo I).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizou-se uma análise criteriosa das publicações e das 15 identificadas, 1 correspondeu a uma Revisão Sistemática de literatura (Cochrane), 5 foram estudos experimentais, 1 deles diz respeito a um estudo qualitativo e 8 dizem respeito a recomendações de organizações da área. Foi realizado um quadro-resumo onde se podem consultar as principais características de cada publicação (apêndice VII). No ECR dos autores **Ahmad & Turky (2010)**, com mulheres primíparas com idades entre os 20 e os 35 anos (n=50 em cada grupo) os níveis de dor diminuíram em ambos os grupos – experimental e controlo. No entanto, as diferenças foram significativas no grupo experimental. Além disso, as mulheres solicitaram alívio farmacológico da dor com menos frequência do que o grupo de controlo. No ECR de **Akbarzadeh et al. (2016)** 150 as mulheres foram divididas aleatoriamente em 2 grupos (n=75 em cada grupo). No grupo de intervenção foi realizada a aplicação de compressas aquecidas durante o 2º estágio do TP durante 15 a 20 minutos, enquanto o grupo de controlo recebeu os cuidados habituais. Os resultados deste estudo revelaram que esta intervenção aumentou a taxa de períneos íntegros, reduziu a taxa de episiotomia e dor pós-parto, contudo aumentou ligeiramente a taxa de lacerações. Este método não apresentou efeitos negativos maternos ou fetais, concluindo-se que pode aumentar a satisfação das parturientes, encorajando-as a escolher partos vaginais.

Relativamente à RSL efetuada pelos autores **Healy et al. (2020)** intitulada “*How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review*”, dos quatro estudos analisados um estudo incluía uma revisão da Cochrane com 22 ECR com 15.181 mulheres. De acordo com esta revisão, a aplicação de calor no períneo não teve um efeito claro na incidência de períneos íntegros, lacerações de 1º e 2º grau ou episiotomia. No entanto, foram observadas menos lacerações do 3º e 4º grau no grupo de compressas aquecidas (Aasheim et al., 2017). O segundo estudo com n=64 mulheres, mostrou que a intensidade da dor no 2º estágio do TP foi menor no grupo de intervenção relativamente ao grupo de controlo (Fahami et al. 2011). O terceiro estudo englobava uma RSL de 7 ECR (n=

2,103) e concluiu que a aplicação de compressas quentes durante o 2º estágio do TP aumentou a incidência de períneos íntegros e diminuiu o risco de episiotomia e trauma perineal grave em mulheres primíparas. Também se comprovou a diminuição da dor durante o 2º estágio do TP e no período pós-parto, bem como o aumento do conforto (Magoga et al., 2019). O quarto estudo desta RSL, incluía um ECR com 114 mulheres primíparas em que houve diferenças significativas entre os grupos de controlo e intervenção relativamente às taxas de episiotomia, 40,7% e 20,8% respetivamente (Alihosseni et al., 2018).

Relativamente ao ensaio de **Ibrahim et al. (2017)** com 304 primíparas, foram estabelecidos 3 grupos, (1) compressas aquecidas (n=102); (2) massagem com lubrificante (n=102), (3) grupo de controlo (n=100). Não houve diferenças significativas entre os três grupos no que diz respeito à taxa de períneos íntegros, lacerações ou episiotomias. A intensidade da dor perineal e os parâmetros de resposta comportamental foram significativamente mais baixos entre os grupos de compressas aquecidas e massagem lubrificada 15 minutos após o início da intervenção. No grupo das compressas aquecidas houve uma redução significativa do grau de lacerações. A intensidade da dor perineal e os parâmetros comportamentais de resposta à dor reduziram significativamente nos grupos de massagem lubrificada e compressas quentes.

No estudo qualitativo com 20 parteiras de **Lindgren et al. (2011)** foi descrito o uso de compressas aquecidas para apoiar o períneo e aliviar a dor durante o 2º estágio do TP pelas parteiras. Referiram que o calor facilitou o relaxamento do períneo e aumentou a sua elasticidade. Consideram-na uma técnica bastante útil e eficaz.

No ECR de **Modoor et al. (2021)** com 100 primíparas (N=50 em cada grupo) concluíram que a aplicação de compressas aquecidas no períneo reduziu a laceração perineal de segundo e terceiro grau e a intensidade da dor durante o 2º estágio do TP e no período pós-parto. No ensaio de **Theny et al. (2019)** com n=62 primíparas em cada grupo de intervenção e controlo, as compressas aquecidas diminuíram a incidência e o grau de laceração perineal.

Foram também examinadas várias publicações de organizações nacionais e internacionais ligadas à obstetrícia que recomendavam a aplicação de calor no períneo durante o 2º estado do TP por defenderem que aumenta o conforto materno, diminui a ocorrência de trauma perineal, sem menção a efeitos negativos maternos ou fetais (ACNM, 2016; ACOG, 2016; Japan Academy of Midwifery (2012); OE (2019); OMS (2018); RCM (2012); RCOG (2015) e Women's Healthcare Australasia (2019).

**Implicações para a prática:** Mais de metade das mulheres com partos vaginais sofrem de trauma perineal e a grande maioria reporta níveis intensos de dor. Nesta SR avaliamos a eficácia do calor no períneo durante o 2º estadio do TP. Havendo possibilidade de prevenir desconfortos associados ao parto, deve-se investir na implementação de medidas protetoras nas maternidades para reduzir a dor bem como as disfunções relacionadas com o pavimento pélvico. Várias organizações obstétricas aconselham a sua aplicação. A utilização de calor com fins terapêuticos é reconhecida como uma prática sustentada em evidência científica. Existe pouca evidência acerca da opinião e experiência de enfermeiros e médicos obstetras relativamente às práticas que utilizam para a prevenção do trauma perineal.

**CONCLUSÕES:** Entre os estudos analisados não foi consensual a diminuição da ocorrência de períneos íntegros, a diminuição das lacerações de 1º e 2º grau ou da realização de episiotomias. Mas foi evidente que a aplicação de calor no períneo durante o 2º estadio do TP levou a uma redução dos níveis de dor durante o parto e uma diminuição de Lacerações de Grau 3 e 4. É uma técnica não invasiva simples, económica, prática, não produz efeitos secundários se utilizado de forma correta e não requer formação específica.

**Conflito de interesses:** As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesses nesta SR.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad-Shirvani, M., & Ganji, J. (2016). Comparison of separate and intermittent heat and cold therapy in labour pain management. *Nursing Practice Today*, 3(1), 31–39. <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/223/0>
- Akbarzadeh, M., Vaziri, F., Farahmand, M., Masoudi, Z., Amooee, S., & Zare, N. (2016). The Effect of Warm Compress Bistage Intervention on the Rate of Episiotomy, Perineal Trauma, and Postpartum Pain Intensity in Primiparous Women with Delayed Valsalva Maneuver Referring to the Selected Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences in . *Advances in Skin and Wound Care*, 29(2), 79–84. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000476073.96442.91>
- Albers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(5), 365–372. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.05.012>
- Alihosseni, F., Abedi, P., Afshary, P., Haghighi, M. R., & Hazeghi, N. (2018). Investigating the Effect of Perineal Heating Pad on the Frequency of Episiotomies and Perineal Tears in Primiparous Females. *Medical - Surgical Nursing Journal*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.5812/msnj.82588>
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., Cooke, M., Upton, A. M., Nunn, R. A., & Brodrick, B. S. (2009). "Soothing the ring of fire": Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery*, 25(2). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.08.002>
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., 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 (Berkeley, Calif.)*, 34(4), 282–290. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=18021143&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- East, C. E., Lau, R., & Biro, M. A. (2015). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.002>
- East, C. E., Sherburn, M., Nagle, C., Said, J., & Forster, D. (2012). Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*, 28(1), 93–97. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.009>
- Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., Lundgren, I., & Lindgren, H. (2017). Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears—An Experimental Study. *Birth*, 44(1), 86–94. <https://doi.org/10.1111/birt.12267>
- Eskandar, O., & Shet, D. (2009). Risk factors for 3rd and 4th degree perineal tear. *Journal of*

- Obstetrics and Gynaecology*, 29(2), 119–122. <https://doi.org/10.1080/01443610802665090>
- Essa, R. M., & Ismail, N. I. A. A. (2015). Effect of second stage perineal warm compresses on perineal pain and outcome among primiparae. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(4). <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n4p48>
- Fahami, F., Behmanesh, F., Valiani, M., & Ashouri, E. (2011). Effect of heat therapy on pain severity in primigravida women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(1), 113–116. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22039388&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Healy, M., Nyman, V., Spence, D., Otten, R. H. J., & Verhoeven, C. J. (2020). How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. *PLoS ONE*, 15(7 July), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226502>
- Ibrahim, H. A.-F., Elgzar, W. I., & Hassan, H. E. (2017). Effect of Warm Compresses Versus Lubricated Massage during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes among Primiparous Women. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(4), 64–76. <https://doi.org/10.9790/1959->
- Kataoka, Y., Eto, H., Iida, M., Yaju, Y., Asai, H., Sakurai, A., Tadokoro, Y., & Horiuchi, S. (2012). Japan Academy of Midwifery: 2012 evidence-based guidelines for midwifery care during childbirth. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 26(2), 275–283. <https://doi.org/10.3418/jjam.26.275>
- Lindgren, H. E., Brink, Å., & Klinberg-Allvin, M. (2011). Fear causes tears - Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-6>
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen G, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 240(June), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>
- Modoor, S., Fouly, H., & Rawas, H. (2021). The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 210–218. <https://doi.org/10.33546/bnj.1452>
- Naidu, M., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2017). Reducing obstetric anal sphincter injuries using perineal support: our preliminary experience. *International Urogynecology Journal*, 28(3), 381–389. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3176-4>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JB I Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2018). The Management of Third and Fourth-degree Perineal Tears - Green-top Guideline No.29. In *Smart Obstetrics and Gynecology Handbook* (Issue 29). [https://doi.org/10.5005/jp/books/13082\\_12](https://doi.org/10.5005/jp/books/13082_12)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). *Reducing your risk of perineal tears*. <https://www.rcog.org.uk/en/patients/tears/reducing-risk/>
- Taavoni, S., Abdollahian, S., & Haghani, H. (2013). Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: a randomized, controlled trial study. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 14(9), 1301–1306. <https://doi.org/10.1111/pme.12161>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016a). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 128(1), e1–e15. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001523>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016b). *Practice Bulletin No. 165 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery*. *Obstet Gynecol*. [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/07000/Practice\\_Bulletin\\_No\\_\\_165\\_\\_Prevention\\_and.46.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/07000/Practice_Bulletin_No__165__Prevention_and.46.aspx)
- The Joanna Briggs Institute. (2020). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2020: Methodology for JBI scoping reviews. *Joanna Briggs Institute*, 1–24. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- The Royal College of Midwives. (2012). Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: Care of the perineum. *Royal College of Midwives*, 9. <https://www.rcm.org.uk/media/2278/evidence-based-guidelines-care-of-the-perineum.pdf>
- Thenu, U., Irianta, T., Madya, F., Sunarno, I., Lotisna, D., & Farid, R. B. (2019). Perineal Warm Compresses During the Second Stage of Labour Decrease Incidence and Degree of Perineal Laceration in Primiparous. *Gynecology & Reproductive Health*, 3(2), 3–8. <https://doi.org/10.33425/2639-9342.1078>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teóricas de Enfermagem)* (5.<sup>a</sup>). Lusociência.
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., & Levac, D. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. In *Annals of Internal Medicine* (pp. 467–473.). JBI. <https://jbi-global-wiki.refined.site/download/attachments/3313795406/PRISMA-ScR-Fillable-Checklist-1.docx>
- Wilson, A. N., & Homer, C. S. E. (2020). Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60(2), 175–182. <https://doi.org/10.1111/ajo.13127>
- Women's Healthcare Australasia. (2019). *The How to Guide: WHA CEC Perineal Protection Bundle*. August. <https://women.wcha.asn.au/collaborative/intervention-bundle>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://www.who.int/reproductivehealth/publication/s/intrapartum-care-guidelines/en/>

## Apêndice II - Critérios de inclusão e exclusão

	<b>INCLUSÃO</b>	<b>EXCLUSÃO</b>
Desenho	Estudos quantitativos ou qualitativos, primários ou secundários, textos de opinião, publicações de organizações/ associações publicadas em inglês, português ou espanhol. Texto integral disponível	Teses de dissertações de mestrado ou doutoramento
População	Mulheres no 2º estágio do TP, que pretendam um parto vaginal de gravidezes unifetais com apresentação cefálica	Partos distócicos
Conceito	Aplicação de calor no períneo no 2º estágio TP	Estudos fora do âmbito da temática
Contexto	Todos os locais de nascimento	

Apêndice III - Termos de pesquisa

Elementos do PCC		Termos de pesquisa nas Bases de dados		
		<i>MEDLINE</i>	<i>CINAHL</i>	<i>COCHRANE</i>
POPULAÇÃO	Parturientes no 2º estágio do TP	<u>Linguagem Natural</u> parturient, pregnant women, labor, labour, childbirth		
		<u>Termos indexados</u> “parturient”; “pregnant women”; “labor stage, second”; “natural childbirth”; “delivery, obstetric”	<u>Termos indexados</u> “expectant mothers”; “labor stage, second”; “childbirth”; “vaginal birth”; “delivery, obstetric”	<u>Termos indexados</u> “parturition”; “obstetric labor complications”; “labor stage, second”
CONCEITO	Calor no períneo	<u>Linguagem Natural</u> heat therapy, warm water warm packs, warm compress, perineal trauma, perineal lacerations, perineal tears, perine*, episiotomy; perineal rupture, obstetric anal sphincter injuries (OASIs)		
		<u>Termos indexados</u> “heating”, “heat, therapeutic use”; “perineum”, “pelvic floor disorders”; “episiotomy”	<u>Termos indexados</u> “heat”; “heat/therapeutic use”; “perineum”; pelvic floor disorders”; “episiotomy”	<u>Termos indexados</u> “pelvic floor disorders”

## Apêndice IV - Estratégia de pesquisa



Friday, February 18, 2022 11:59:39 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S31	S11 AND S18 AND S29	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	22
S30	S11 AND S18 AND S29	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	39
S29	S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	43,309
S28	MM "episiotomy"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,373
S27	MM "pelvic floor disorders"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	948

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - MEDLINE Complete	
S26	MM "perineum"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,815
S25	obstetric anal sphincter injuries	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	577
S24	perineal rupture	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	57
S23	episiotomy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,781
S22	perine*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	40,172
S21	perineal tears	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	834

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - MEDLINE Complete	
S20	perineal lacerations	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	680
S19	perineal trauma	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	853
S18	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	20,299
S17	"heat, therapeutic use"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14,546
S16	MM "heating"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,088
S15	warm compress	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	190

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - MEDLINE Complete	
S14	warm packs	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	23
S13	warm water	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,299
S12	heat therapy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14,797
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	303,135
S10	MM "delivery, obstetric"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	18,130
S9	MM "natural childbirth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	1,917

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - MEDLINE Complete	
S8	MM "labor stage, second"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	811
S7	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	35,065
S6	labour	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	56,699
S5	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	140,633
S4	MM "pregnant women"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6,285
S3	"parturient"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	4,403

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - MEDLINE Complete	
S2	pregnant women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	111,171
S1	parturient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,452

MEU



EBSCOhost

Friday, February 18, 2022 12:32:21 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S31	S11 AND S18 AND S29	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	20
S30	S11 AND S18 AND S29	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	33
S29	S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	9,110
S28	MM "episiotomy"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	639
S27	MM "pelvic floor disorders"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	316

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete	
S26	MM "perineum"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,359
S25	obstetric anal sphincter injuries	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	345
S24	perineal rupture	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	9
S23	episiotomy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,996
S22	perine*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7,588
S21	perineal tears	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	344

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete	
S20	perineal lacerations	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	321
S19	perineal trauma	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	492
S18	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,842
S17	MM "heat/therapeutic use"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4,318
S16	MM "heat"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4,318
S15	warm compress	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	91

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete	
S14	warm packs	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11
S13	warm water	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	413
S12	heat therapy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,112
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	132,430
S10	MM "delivery, obstetric"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,228
S9	MM "vaginal birth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	1,373

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete	
S8	MM "childbirth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7,464
S7	MM "labor stage, second"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	581
S6	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	39,308
S5	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	61,016
S4	labour	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	66,451
S3	MM "expectant mothers"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	6,998

S2	pregnant women	Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete	
		Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	42,811
		Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete	
S1	parturient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	2,133
		Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete	



Friday, February 18, 2022 1:03:21 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S25	S9 AND S14 AND S24	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S24	S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	88
S23	"pelvic floor disorders"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	2
S22	"perine**"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	79
S21	obsteric anal	Expansores -	Interface - EBSCOhost	0

	sphincter injuries	Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S20	perineal rupture	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S19	episiotomy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	32
S18	perine*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	79
S17	perineal tears	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	18
S16	perineal lacerations	Expansores - Aplicar assuntos	Interface - EBSCOhost Research Databases	3

		equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S15	perineal trauma	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	42
S14	S10 OR S11 OR S12 OR S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	8
S13	warm compress	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	5
S12	warm packs	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S11	warm water	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa -	1

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S10	heat therapy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	901
S8	"labor stage, second"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	10
S7	"obstetric labor complications"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	21
S6	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	808

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S5	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	412
S4	labour	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	412
S3	"parturition"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	22
S2	pregnant women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	282
S1	parturient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados -	4

Apêndice V - Artigos excluídos da Revisão *Scoping*

## Artigos excluídos

### Outro assunto:

- Practices during the active second stage of labor: A survey of French midwives (Barasinski et al., 2018).
- Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management (Taavoni et al., 2016).
- Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: a cross-sectional survey (East et al., 2015).
- Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: a randomized, controlled trial study (Taavoni et al., 2013).
- Comparison of separate and intermittent heat and cold therapy in labour pain management (Ahmad-Shirvani & Ganji, 2016).
- Reducing obstetric anal sphincter injuries using perineal support: our preliminary experience (Naidu et al., 2017).
- Combined massage and warm compress to the perineum during active second stage of labor in nulliparas: A randomized trial (Goh et al., 2021).

### Estudos idênticos:

- Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management (Wilson & Homer, 2020).
- The effect of heat therapy on labor pain severity and delivery outcome in parturient women (Behmanesh et al., 2009)

## Apêndice VI - Extração dos dados dos artigos

AUTORES/ ANO PUBLICAÇÃO/LOCAL	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DO ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO/TAMANHO DA AMOSTRA	CONTEXTO	CONCEITOS RELEVANTES/INSTRUMENTOS	RESULTADOS PRINCIPAIS
Ahmad, E; Turky, H. (2010)  Arábia Saudita	Effect of applying warm perineal packs during the second stage of labor on perineal pain among Primiparous women	Explorar o efeito da aplicação de calor na dor perineal de primíparas durante o 2º estágio do TP e em 24 horas após o parto.	Experimental Ensaio clínico randomizado	N= 100 primíparas Mulheres com idades entre os 20 e os 35 anos n=50 grupo experimental com aplicação de calor na área perineal n=50 grupo de controlo sem aplicação de calor	Maternidade	Efeitos da aplicação de compressas aquecidas no períneo na dor durante o 2º estágio do TP em primíparas. Os dados sociodemográficos e os dados obstétricos foram recolhidos através de um questionário aplicado através de entrevista e foi utilizada uma escala visual analógica para avaliação da dor. SPSS Software	Os níveis de dor diminuíram em ambos os grupos - intervenção e controlo. No entanto, <b>as diferenças foram significativas no grupo de intervenção</b> , mas não no grupo de controlo. Além disso, <b>as mulheres do grupo de intervenção solicitaram alívio da dor com menos frequência</b> do que o grupo de controlo. A aplicação de compressas aquecidas no períneo está associada à redução do nível de dor perineal imediatamente após o nascimento e no primeiro dia pós-parto, bem como à diminuição da frequência de necessidade de alívio da dor.
Akbarzadeh et al. (2016)  Irão	The Effect of Warm Compress Bistage Intervention on the Rate of Episiotomy, Perineal Trauma, and Postpartum Pain Intensity in Primiparous Women with Delayed Valsalva Maneuver Referring to the Selected Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences in 2012-2013	O presente estudo visa determinar o efeito do calor na prevenção do trauma perineal, intensidade da dor pós-parto e duração do 1º e 2º estádios do TP em mulheres primíparas.	Experimental Ensaio clínico randomizado	150 mulheres foram divididas aleatoriamente em 2 grupos: 1 intervenção (n=75) e 1 controlo (n=75). O grupo de intervenção recebeu a aplicação de compressas aquecidas durante os 1º e 2º estádios do TP por 15 a 20 minutos, enquanto o grupo de controlo recebeu os cuidados de rotina.	Maternidade	O efeito da intervenção na Taxa de Episiotomia, Trauma Perineal, e Intensidade da Dor pós-parto em mulheres primíparas. A intensidade da dor pós-parto foi determinada usando a escala de McGills em ambos os grupos de estudo. SPSS Software	Os resultados do presente estudo revelaram que <b>a intervenção aumentou a taxa de períneos íntegros, reduziu a taxa de episiotomia e dor pós-parto</b> , mas aumentou ligeiramente a taxa de lacerações. Este método <b>não teve efeitos negativos no bem-estar fetal, tipo de parto ou nas contrações uterinas</b> . Portanto, pode aumentar a satisfação das parturientes e encorajá-las a escolher um parto vaginal natural.

<p>Healy et al. (2020) Austrália</p>	<p>How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review</p>	<p>Encontrar evidência que suporte cuidados de enfermagem de alta qualidade durante o 2º estágio do TP.</p>	<p>Revisão Sistemática da literatura</p>	<p>1 revisão sistemática da Cochrane com 22 ECR com 15.181 mulheres (Aasheim et al., 2017).  ECR com 64 mulheres (Fahami et al. 2011);  1 RSL com 7 ECR incluindo n= 2.103 mulheres (Magoga et al., 2019)  ECR com 114 mulheres primíparas (Alihosseni et al., 2018).</p>			<p>De acordo com a revisão da Cochrane, a aplicação de calor no períneo com compressas aquecidas não teve um efeito claro na incidência de períneo íntegro, trauma perineal que requer sutura, lacerações de 1º ou 2º grau ou na realização de episiotomia. No entanto, <b>foram relatadas menos lacerações de grau 3 e 4 no grupo de compressas aquecidas</b> (Aasheim et al., 2017). No ECR de Fahami et al. (2011) utilizaram uma garrafa de água quente durante o 2º estágio do TP durante pelo menos cinco minutos. O nível de dor foi avaliado usando a escala de dor de McGill imediatamente após o nascimento. <b>A intensidade da dor durante o 2º estágio do TP foi menor no grupo experimental</b> do que no grupo de controlo. Na RSL de Magoga et al. (2019) a aplicação de compressas quentes durante o 2º estágio do TP <b> aumentou a incidência de períneos íntegros e diminuiu o risco de episiotomia e lacerações perineais graves em primíparas.</b> No ECR de Alihosseni et al. (2018) os resultados mostraram <b>uma diferença significativa entre os dois grupos relativamente às taxas de episiotomia.</b></p>
<p>Ibrahim, H; Elgzar, W.; Hassan, H. (2017) Damanhour, Egipto</p>	<p>Effect of Warm Compresses Versus Lubricated Massage during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes among Primiparous Women</p>	<p>Comparar o efeito de compressas quentes vs massagem com lubrificante nos outcomes perineais, no 2º estágio do TP em primíparas.</p>	<p>Experimental Quase-experimental, com alocação aleatória a 3 condições</p>	<p>n=304 primíparas com parto vaginal; Gravidez de termo e sem complicações 3 condições: (1) compressas aquecidas (n=102); (2) massagem com lubrificante (n=102), (3) grupo de controlo (n=100)</p>	<p>Maternidade</p>	<p>Efeito da aplicação de compressas quentes ou massagem com lubrificante na prevenção do trauma perineal.  Foram recolhidos dados sociodemográficos e perfil de gravidez; avaliados outcomes perineais e do 2º estágio do TP; Avaliação da dor através da escala visual analógica e comportamental.</p>	<p>Não houve diferenças significativas entre os três grupos no que diz respeito à taxa de períneos íntegros, lacerações espontâneas com ou sem necessidade de sutura ou realização de episiotomia. Em contrapartida, foi observada uma diferença significativa entre os grupos de massagem lubrificada, compressas aquecidas e controlo a favor da primeira no que diz respeito ao grau de laceração. <b>A intensidade de dor perineal e os</b></p>

							<p><b>parâmetros comportamentais de resposta à dor reduziram significativamente entre os grupos de compressas aquecidas e</b> massagem lubrificada 15 minutos após o início da intervenção com uma diferença significativa entre os três grupos.</p> <p>As compressas aquecidas e a massagem lubrificada não diminuíram significativamente a taxa de episiotomia e lacerações do trato genital, mas <b>reduziram significativamente o grau de lacerações e o grau de extensão da episiotomia</b>, quando comparadas ao grupo de controlo. A massagem lubrificada foi mais eficaz do que compressas quentes nesse aspeto.</p>
Lindgren et al. (2011) Suécia	Fear causes tears - Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study	O objetivo deste estudo foi descrever a prática das parteiras que assistiram a partos no domicílio com foco na ocorrência de lacerações perineais.	Estudo qualitativo	20 parteiras	Parteiras que realizam partos em casa.	Guião de entrevista. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Foi utilizada a análise de conteúdo.	<p>Foi descrito o uso de compressas quentes para apoiar o períneo e aliviar a dor durante os esforços expulsivos. As parteiras referiram que a circulação sanguínea do períneo é facilitada pelo calor e que <b>as mulheres geralmente descrevem um alívio da dor. O uso das compressas aquecidas também ajudou na percepção das parteiras sobre a elasticidade dos períneos.</b></p> <p>Consideram esta técnica mais útil e menos dolorosa do que usar os dedos para esticar o períneo a partir do interior, um método que é amplamente utilizado nos partos hospitalares.</p>
Modoor et al. (2021) Arábia Saudita	The Effect of Warm Compresses on the Occurrence of Perineal Tear and Intensity of Pain during the Second Stage of Labor	Este estudo visou determinar o efeito das compressas quentes no trauma perineal e na intensidade da dor durante o 2º estágio do TP.	Experimental Ensaio clínico randomizado	100 primíparas (50 em cada grupo) dos 18-35 anos, com uma gravidez de termo saudável, unifetal, com apresentação cefálica.	Maternidade	Compressas embebidas em água aquecida a 45C-59°C. Foram utilizados 3 instrumentos: Dados Sociodemográficos, Escala de classificação numérica (NRS) para a dor e Instrumento de avaliação perineal. SPSS software	<p><b>As compressas quentes reduzem a laceração perineal de 2º e 3º grau e a intensidade da dor durante o 2º estágio do TP e após o parto.</b> Por conseguinte, espera-se que as parteiras forneçam formação relativamente às vantagens das compressas quentes e apliquem esta técnica de forma ativa.</p>

Thenu et al. (2019) Indonésia	Perineal Warm Compresses During the Second Stage of Labour Decrease Incidence and Degree of Perineal Laceration in Primiparous	Avaliar a correlação entre a aplicação de compressas aquecidas e o comprimento do corpo perineal durante o 2ºestádio do TP.	Experimental Quase-experimental	Primíparas de parto normal $n=62$ grupo de intervenção com compressas quentes e $n=62$ grupo de controlo sem compressas quentes Foram excluídas mulheres com episiotomia.	Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário	Aplicação de compressas quentes no períneo e sua influência na incidência e grau de laceração perineal em primíparas.	<b>As compressas quentes perineais durante o 2ºestádio TP diminuem a incidência e o grau de laceração perineal em primíparas.</b> Porém, o comprimento do corpo perineal não se correlacionou com a incidência e grau de laceração perineal em primíparas. As compressas quentes perineais podem diminuir o grau de laceração perineal em primíparas com comprimento do corpo perineal <3,3 cm.
----------------------------------	--	---	---------------------------------	---	---	---	---

Recomendações de organizações obstétricas

American College of Obstetricians and Gynaecologists - Practice Bulletin No. 165 (2016) EUA	Uma vez que a aplicação de compressas quentes no períneo durante os esforços expulsivos reduz a incidência de lacerações de 3º e 4º grau, os profissionais de saúde podem recorrer a esta técnica para reduzir o risco de trauma perineal.
American College of Nurse-Midwives (2016) EUA	Os profissionais de saúde podem ajudar a reduzir a probabilidade de trauma perineal aplicando compressas quentes durante o 2º estágio do TP.
Japan Academy of Midwifery: 2012 evidence-based guidelines for midwifery care during childbirth (Kataoka et al., 2012)	Uma vez que diferentes estudos mostram informações contraditórias, não há evidências que suportem a aplicação de compressas quentes no períneo para prevenir o trauma perineal. No entanto, não foram reportados quaisquer danos e verificou-se uma diminuição da dor durante o parto e os primeiros 2 dias pós-parto.
Ordem dos Enfermeiros (2019) Portugal	A aplicação de calor pode contribuir para a redução da dor e melhorar a percepção de autocontrolo materno e satisfação relativamente ao parto.
Royal College of Midwives (2012) Reino Unido	A técnica da aplicação de calor no períneo durante o 2º estágio do TP deve ser oferecida, uma vez que pode reduzir o trauma perineal e a técnica é bem aceite tanto para as mulheres como para as parteiras. Reduz o risco de lacerações de 3º e 4º grau, para além de reduzir a intensidade da dor.

<p>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Green-top Guideline No. 29 (2015) Reino Unido</p>	<p>Uma RSL da Cochrane concluiu que a aplicação de compressas quentes durante o 2º estágio do TP tem um efeito significativo na redução das lacerações de 3º e 4º grau.</p>
<p>Women's Healthcare Australasia (2019) Austrália</p>	<p>A aplicação de compressas quentes durante o 2º estágio do TP reduzem o risco de lacerações de 3º e 4º grau e a intensidade de dor perineal durante o parto. Para reduzir o risco de trauma perineal deve ser aplicada uma compressa quente entre os 38-44°C. Esta técnica deve ser oferecida a todas as mulheres quando o feto começa a distender o períneo, exceto para as mulheres com partos na água.</p>
<p>WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience (2018) Suíça</p>	<p>Recomendação nr.38 - As evidências sugerem que as compressas perineais quentes reduzem as lacerações perineais de 3º e 4º grau. Durante o 2º estágio do TP, recomendam-se técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo (incluindo a aplicação de compressas quentes), com base nas preferências de cada mulher.</p> <p>Recomendação nr.22 - São recomendadas técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes, para grávidas saudáveis que solicitem alívio da dor durante o parto.</p>

Apêndice VII - Síntese dos resultados da Scoping Review

Autores	Efeitos da aplicação de calor no períneo da parturiente no 2º estágio de trabalho de parto						
	Diminuição da dor	Aumento conforto	Diminuição incidência e/ou grau de laceração	Aumento períneos íntegros	Diminuição episiotomia	Diminuição duração 2º estágio TP	Experiência de parto positiva
Ahmad & Turkey (2010)	X	X				X	X
Akbarzadeh et al. (2016)	X	X		X	X		
Healy et al. (2020)	X	X	X	X	X		X
Ibrahim et al. (2017)	X	X	X				X
Lindgren et al. (2011)	X	X					
Modoor et al. (2021)	X	X	X	X	X		X
Thenu et al. (2019)			X				
Pareceres de organizações nacionais e internacionais							
American College of Obstetricians and Gynecologists (2016)			X				
American College of Nurse-Midwives (2016)			X				
Japan Academy of Midwifery (2012)	X						
Ordem dos Enfermeiros (2019)	X						X
Royal College of Midwives (2012)	X		X				
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015)			X				
Women's Healthcare Australasia (2019)			X				
World Health Organization (2018)	X		X				X

## Apêndice VIII - Instrumento de colheita de dados

Data:

Nº:

## NOTAS DE CAMPO

1. Idade materna		2. Índice Obstétrico	
3. Etnia		4. Escolaridade	
5. Peso/Altura/IMC		6. Idade Gestacional	
7. Trabalho de parto	Induzido <input type="checkbox"/>	Espontâneo	<input type="checkbox"/>
8. Analgesia Locoregional:	Sim / Não	9. Duração do Trabalho de parto:	
10: Duração dos esforços expulsivos:			
11. Posição materna no 2ºestádio do TP			
12. Integridade perineal			
Períneo íntegro <input type="checkbox"/>	Lac. Grau I <input type="checkbox"/>	Lac. Grau II	<input type="checkbox"/>
Episiotomia <input type="checkbox"/>	Lac. Grau III <input type="checkbox"/>	Lac. Grau IV	<input type="checkbox"/>
13. Índice de Apgar RN			
14. Peso RN (gramas)		15. CTG (FIGO):	Normal/Suspeito
16. EVA antes técnica:	17.EVA depois técnica:		

18. Reação observada durante a técnica (não-verbal) - Tensão

muscular/Inquietação/Contração do rosto/Sons emitidos

Antes da técnica:

---

---

---

Depois da técnica:

---

---

---

19. Reação verbal durante a técnica:

---

---

---

20. Como se sentiu com a aplicação de calor no períneo durante o parto?

---

---

---



Apêndice IX - Poster realizado em contexto de Bloco de Partos

# Aplicação de calor no períneo durante o parto: Cuidados do EEESMO

Ferreira, Andreia (1); Presado, Maria Helena (2)

1- Licenciatura em Enfermagem, Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
2- Licenciatura em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Docente do Departamento de Saúde Materna,  
Mestrado em Comportamento Organizacional, Doutoramento em Psicologia

Autor Correspondente: andreia1@campus.esel.pt

## Introdução

A dor do trabalho de parto (TP) é inevitável e atinge o seu pico máximo no segundo estágio do TP com dor intensa associada à distensão e, frequentemente, laceração do pavimento pélvico (Ibrahim et al., 2017). Um dos métodos para a gestão da dor e prevenção do trauma perineal durante o parto, utilizado por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO), é a aplicação local de compressas aquecidas.

## Objetivos

Conhecer a evidência científica sobre a aplicação de calor no períneo enquanto medida não farmacológica para a gestão da dor da parturiente e enquanto promotora da prevenção das lacerações perineais do 2º estágio do TP.

## Métodos

Nesta revisão foi utilizada a metodologia Joanna Briggs Institute para *Scoping Reviews*. Foram realizadas pesquisas em *Full Text* nas plataformas Medline e CINAHL nos meses de Setembro e Outubro de 2020. Não foram aplicados limites temporais e foram incluídos estudos na língua inglesa, portuguesa e espanhola.

## Palavras-chave

calor; lacerações do períneo; dor; 2º estágio do TP

## Crítérios de Inclusão

O tipo de participantes incluiu primíparas no 2º estágio do TP com idade gestacional superior a 36 semanas que entraram em TP espontaneamente, gravidezes unifetais com apresentação cefálica, sem patologias prévias, TP com CTG normal e que tenham consentido na participação no estudo.

## Resultados

Realizou-se uma análise de 3 artigos com o total de 895 participantes. Obteve-se uma redução significativa da dor durante o 2º estágio de TP e nos 2 primeiros dias pós-parto, maiores taxas de períneos intactos no grupo de intervenção, nenhuma diferença nas taxas de laceração perineal de Grau I ou II, uma menor taxa de lacerações de Grau III e IV, menores taxas de episiotomia e uma diminuição nas taxas de incontinência urinária pós-parto.

## Conclusão

A aplicação de calor no períneo durante o 2º estágio do TP reduz os níveis de dor, diminui a ocorrência de Lacerações de Grau III e IV e alguns estudos revelaram o aumento da incidência de períneo intacto e a diminuição do risco de episiotomia. Este cuidado tão simples, prático e económico é recomendado por várias organizações internacionais ligadas à Saúde Materna e Obstétrica como a ACOG, RCOG, RCM e a OMS.

## Bibliografia

- Alshewh, F., Alshewh, F., Haggigh, M. F., & Haggigh, M. (2018). Investigating the effect of Perineal Heating Pad on the Frequency of Episiotomy and Perineal Tears in Primigravida Females. *Journal of Surgical Nursing Journal*, 4(1), 1-6. <https://doi.org/10.31814/sjns.2018.4.1.1>
- Behrman, R., Baha, H., & Zehzadeh, M. (2006). The effect of heat therapy on labor pain level and delivery outcome in parturient women. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 11(2), 189-190.
- Bransby, G., Hemes, C., & Ockler, M. (2005). Perineal outcomes and maternal comfort in the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth*, 32(2), 114-119. <https://doi.org/10.1111/j.1522-8225.2005.00114.x>
- Palani, S., Behrman, R., Valari, M., & Ahsous, S. (2011). Effect of heat therapy on pain severity in primigravida women: a pilot study. *Journal of Nursing and Health-Care Research*, 1(1), 11-17. <https://doi.org/10.1002/jnhc.1001>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2019). *World Health Organization (WHO) Guidelines for the Management of Normal Pregnancy*. <https://www.who.int/publications/m/item/who-recommends-heat-therapy-to-reduce-pain-during-labor>
- World Health Organization (2019). *World Health Organization (WHO) Guidelines for the Management of Normal Pregnancy*. <https://www.who.int/publications/m/item/who-recommends-heat-therapy-to-reduce-pain-during-labor>

Apêndice X - Folheto informativo para profissionais de saúde

## COMO FUNCIONA?



Usar água morna (300ml água fervida+300ml água fria)



Assegurar conforto da parturiente



Encharcar e torcer compressa grande



Colocar compressa no períneo quando a apresentação fetal começar a coroar



Evitar a cabeça do feto



Mudar a água regularmente conforme necessário (+/-15/15')

## DÚVIDAS?

Consulte mais informações em:



- <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3> www.cochranelibrary.com
- Aasheim, V., (2017) Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma
- [https://www.youtube.com/watch?v=\\_Up-GKAj\\_f](https://www.youtube.com/watch?v=_Up-GKAj_f)

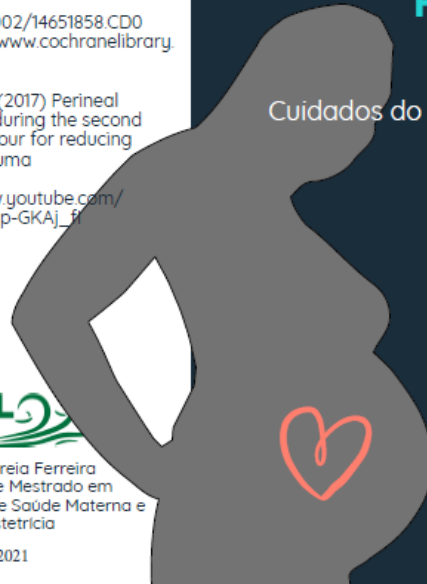


Enf.ª Andreia Ferreira  
11º Curso de Mestrado em  
Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstetrícia

2021

## APLICAÇÃO DE CALOR NO PERÍNEO DURANTE O PARTO

Cuidados do Enfermeiro Obstetra



Pelo menos metade das mulheres com um parto vaginal apresentam algum grau de trauma perineal que pode levar a consequências a curto e longo prazo, tais como:

**DOR NO PERÍNEO**

**AMAMENTAÇÃO E CUIDADOS AO BEBÊ COMPROMETIDOS**

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA/RETAL, PROLAPSOS, DOR NA RELAÇÃO SEXUAL**

**DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE**

Uma das técnicas utilizadas pelos/as enfermeiros/as obstetras para a gestão da dor do parto e simultaneamente a prevenção do trauma perineal é a

**APLICAÇÃO DE CALOR NO PERÍNEO**

**01**

A evidência científica demonstrou que a aplicação de calor levou a uma redução dos níveis de dor durante o parto e nos primeiros 2 dias pós-parto, um aumento da incidência de períneo intacto, uma diminuição de Lacerações de Grau III e IV e o risco de episiotomia.

**02**

O seu uso é simples, económico, prático e não tem efeitos secundários.

**03**

É recomendado por várias organizações obstétricas internacionais

Apêndice XI - Folheto informativo para Grávidas

## COMO FUNCIONA?



Usar água morna (água fervida e água fria em quantidades iguais)



Assegurar grau de conforto



Encharcar e torcer compressa grande ou aplicar água diretamente com jarro



Colocar no períneo durante a expulsão do bebê

## DÚVIDAS?

Consulte mais informações em:



- <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
- Aasheim, V., (2017) Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma
- [https://www.youtube.com/watch?v=\\_Up-GKAj\\_fl](https://www.youtube.com/watch?v=_Up-GKAj_fl)

## APLICAÇÃO DE CALOR NO PERÍNEO DURANTE O PARTO



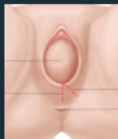
Cuidados do Enfermeiro Obstetra

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Enf.ª Andreia Ferreira  
11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia  
2021



O períneo é o conjunto de músculos e ligamentos localizados entre a vagina e o ânus. É a última passagem que o bebê tem que atravessar antes de nascer.



períneo

Pelo menos metade das mulheres com partos vaginais apresentam algum grau de trauma perineal que pode levar a consequências a curto e longo prazo, tais como:

1

**DOR NO PERÍNEO**

2

**AMAMENTAÇÃO E CUIDADOS AO BEBÊ COMPROMETIDOS**

3

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA/FEZES OU GASES, ÚTERO E BEXIGA DESCALIBRADOS, DOR NA RELAÇÃO SEXUAL**

4

**DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE**

Uma das técnicas utilizadas pelos/as enfermeiros/as obstetras para a gestão da dor associada à expulsão do bebê e a prevenção do trauma perineal é a

## APLICAÇÃO DE CALOR NO PERÍNEO

**ATRAVÉS DE COMPRESSAS AQUECIDAS OU ÁGUA MORNIA**

Coloque este pedido no seu plano de parto ou peça a colaboração do/a enfermeiro/a obstetra

01

A evidência científica demonstrou que a aplicação de calor no períneo conduziu a uma redução dos níveis de dor durante a expulsão do bebê e nos primeiros 2 dias pós-parto, um aumento da incidência de períneo intacto, uma diminuição de lacerações graves e o risco de episiotomia (corte) e uma diminuição das taxas de incontinência urinária

02

O seu uso é simples, económico, prático e não tem efeitos secundários.

03

É recomendado por várias organizações obstétricas internacionais

Apêndice XII - Consentimento informado

**Título do estudo:** Aplicação de calor no períneo durante o parto: cuidados do Enfermeiro Obstetra

**Investigadoras:** Andreia Ferreira, Enfermeira e aluna do 11º Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Presado.

No âmbito do meu projeto de estágio com relatório pretendo desenvolver competências sobre a aplicação de calor no períneo enquanto medida não farmacológica para a gestão da dor da parturiente no período expulsivo do trabalho de parto (TP); Identificar os efeitos da aplicação de calor no períneo durante o parto e identificar se a aplicação de calor no períneo contribui para uma experiência de parto positiva.

Este documento tem o objetivo de obter o seu consentimento e, em caso de participação voluntária no estudo, é garantido o total sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Os dados serão usados apenas para fins da investigação. Tem o direito em anular o consentimento e abandonar o estudo, em qualquer momento e sem quaisquer prejuízos.

A participação no estudo não apresenta qualquer tipo de risco, custo ou incómodo para a participante.

Aceito colaborar no estudo supracitado, assinando o consentimento de forma livre e esclarecida.

Data:

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Apêndice XIII - Tabelas de análise de conteúdo

Comunicação Verbal		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Dor	Intensidade	<p>“Não dói tanto” (V4);  “diminuiu mesmo muito... (V6);  “Não tive tanta dor” (V7);  “...não dói tanto...Ponha, por favor, ponha...” (V14);  “Senti menos dor quando colocava a compressa...” (V21);  “Disfarçou a dor” (V3);  “Adormeceu a dor” (V2)  “...parece que não senti tanta dor” (V22).</p>
	Tipo	<p>“...não senti tanta ardência” (V3)  “Reduziu a queimação” (V8);  “Tolero melhor o ardor...” (V10);  “A pressão diminui...” (V11);  “Parece que não sinto tanto ardor” (V12);  Senti que estava tudo a rasgar e com o quente essa sensação passou” (V19);  “Não senti rasgar como senti na primeira vez” (V21) e “Tolerei aquele ardor muito melhor” (V22).</p>
	Alívio	<p>“Aliviou bastante a dor” (V6);  “Estava a sentir tudo e com o quente não” (V11);  “No momento a dor aliviou muito, não sei explicar” (V16);  “Tolerou-se muito melhor” (V17);  “Aliviou bastante” (V19);  “Aí que alívio se fizer isto não preciso de mais epidural...ajudou a tolerar aquela dor horrível” (V20).</p>
Sensação	Concentração	<p>“Consegui abstrair-me da dor” (V1);  “...Concentrei-me a fazer a força (V9);  “...Ao não doer tanto parece que me foco na força que tenho que fazer durante a contração” (V10);  “Consegui concentrar-me na minha música” (V13).</p>
	Conforto	<p>“...Senti o meu corpo relaxar” (V1);  “Consegui relaxar...” (V5);  “...consegui relaxar” (V7);  “Senti-me mais confortável...” (V9);  “...Isto relaxa muito...” (V15).</p>
	Bem-estar	<p>“A parte da saída do bebé foi mais fácil” (V2);  “...foi terapêutico.” (V6);  “Gostei muito do meu parto, muito obrigada enfermeira.” (V9);  “Senti-me bem, muito melhor do que antes” (V12);  “Senti-me melhor com aquele calor...” (V14);  “Ponha mais, por favor...está ótimo assim!” (V16);  “Sinto-me melhor, obrigada enfermeira.” (V17);  “...Gostei.” (V20)  “...gostei muito do meu parto” (V18).</p>
Empoderamento	Autoeficácia	<p>“...consigo fazer melhor a força.” (V1);  “...fiz melhor a força” (V5);  “Fiz a força como deve ser...” (V18)</p>
	Autocontrolo	<p>“Controlei-me melhor na saída do bebé.” (V15).  “...ajudou a fazer a força já sem tantas dores.” (V8).</p>

<b>Comunicação Não-Verbal</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>
Músculos	Tensão	<p>“Estava muito tensa, depois relaxou todo o corpo.” (NV3);  “Músculos muito tensos...depois relaxou bastante (NV6);  “Estava bastante tensa. Depois conseguiu ficar mais descontraída.” (NV11);  “Todo o corpo estava tenso...mãos cerradas” (NV13);  “Bastante tensa antes...Depois relaxou.” (NV14);  “Estava muito tensa...” (NV17);</p>
	Relaxamento	<p>“Quando apliquei o calor o bebé nasceu” (NV1);  “Os glúteos relaxaram (NV2);  “Relaxamento cara, glúteos, pescoço” (NV4);  “Relaxou, pousou as nádegas na marquesa de parto e afastou as pernas.” (NV7);  “Descontraíu a cara e os glúteos.” (NV9);  “Relaxamento visível de todo o corpo depois da técnica.” (NV18);  “Os olhos que estavam fechados, descontraíram e abriram depois da técnica.” (NV21).</p>
Inquietação	Extrema	<p>“...comportamento inquieto antes da técnica.” (NV6);  “Estava bastante inquieta” (NV12);  “...extremamente inquieta” (NV14);  “Muito irritada antes da técnica...” (NV15);  “...comportamento inquieto antes da técnica.” (NV6);  “...a mexer-se muito...” (NV17);</p>
	Ligeira	<p>“...depois mais calma.” (NV15);  “...Depois da técnica acalmou.” (NV17);  “Postura alterou muito depois da técnica, ficou muito mais tranquila.” (NV20).</p>
Contração do rosto	Constante	<p>“Rosto contraído, a fazer caretas” (NV8) “...tinha a cara franzida” (NV13);  “Estava com a cara franzida” (NV22).</p>
	Esporádica	<p>“Depois descontraíu.” (NV8);  “franzida e depois relaxou.” (NV13);  “depois acalmou e relaxou.” (NV22).</p>
Sons emitidos	Gritos	<p>“Antes da técnica estava a chorar e a gritar, depois acalmou e conseguiu concentrar-se nos esforços expulsivos.” (NV10);  “Estava a gritar de forma incontrolável. Depois da técnica parou. (NV16);  “Estava a chorar antes da técnica e minutos depois acalmou.” (NV19);</p>
	Gemidos	<p>“a gemer antes da técnica” (NV8);  “Estava a gemer bastante alto, depois da técnica parou e o corpo descontraíu.” (NV12);  “Estava a gemer...depois acalmou.” (NV22).</p>

