

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

**Esforços expulsivos expiratórios no parto:
um cuidado do enfermeiro obstetra**

Iolanda Maria da Rosa Rodrigues

**Lisboa
2022**



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

**Esforços expulsivos expiratórios no parto:
um cuidado do enfermeiro obstetra**

Iolanda Maria da Rosa Rodrigues



Orientador: Professora Doutora Maria João dos Santos de Freitas



**Lisboa
2022**

“Comece por fazer o que é necessário, depois o que é possível, e de repente estará a
fazer o impossível.”

São Francisco de Assis

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria João Freitas

...pela sua orientação, empenho, disponibilidade, pelos seus saberes e por acreditar em mim. Nunca teria feito o impossível.

À minha família e aos meus amigos

...por serem o meu porto de abrigo, pela vossa amizade e paciência e perdoem-me as minhas ausências. Em especial ao meu irmão Manu por acreditar no impossível.

Aos meus colegas de curso

...pela troca de conhecimento e experiências, pelo apoio e bons momentos partilhados. Em especial, às minhas colegas Ana Margarida Ribeiro, Andreia Ferreira, Cátia Lopes e Maria Albino que tornaram este caminho “mais” possível.

Aos meus colegas de trabalho

...pela motivação, partilha de conhecimentos e muito obrigada aqueles que estiveram presentes quando mais precisei.

A todos os profissionais de saúde

...pela orientação e por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionaram.

A todas as Mulheres, Casais e Famílias

...por partilharem comigo as vossas experiências de gravidez e parto e por se mostrarem sempre disponíveis para me enriquecer enquanto profissional e pessoa

...Bem Hajam!

LISTA DE SIGLAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AE – Aborto Espontâneo

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CGND – Consulta de Gravidez Não Desejada

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CS – Convivente Significativo

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção-Geral de Saúde

EEE – Esforços Expulsivos Expiratórios

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENFAD – Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor

ER – Estágio com Relatório

FAME – *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HGO – Hospital Garcia de Orta

ICM – *International Confederation of Midwives*

IG – Idade Gestacional

MMF – Medicina Materna-Fetal

MV – Manobra de Valsalva

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PF – Planeamento Familiar

RE – Relatório de Estágio

RN – Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SR – *Scoping Review*

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UR – Unidades de Registo

UTG – Técnicas de Ginecologia

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo explicar o meu percurso de aprendizagem, apresentando a análise crítica da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e especializadas de enfermeiro especialista, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, bem como descrever a investigação realizada acerca da utilização dos esforços expulsivos expiratórios (EEE) durante o parto, estabelecendo a necessidade de reflexão relativamente à inclusão desta temática na prática de cuidados do enfermeiro obstetra.

As opções metodológicas tiveram por base a prática baseada na evidência e, assentaram numa *Scoping Review* de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute* (2020), onde se pretendeu mapear a evidência científica relevante sobre a temática. A questão de pesquisa foi: “Quais os resultados dos esforços expulsivos expiratórios durante o parto.” Os resultados obtidos suportaram o estudo descritivo e transversal desenvolvido no contexto de Bloco de Partos com uma amostra de 21 parturientes, cujos objetivos foram: Descrever a importância do conhecimento e treino durante a gravidez dos EEE para potenciar os contributos desta técnica no período expulsivo; analisar a relação entre a utilização dos EEE, a duração do período expulsivo, a gestão da dor no período expulsivo, a posição adotada, a integridade do períneo após o parto, a satisfação com a experiência de parto e os *outcomes* neonatais (adaptação do RN à vida extrauterina/Índice de Apgar).

Os resultados evidenciaram que ao promover a utilização dos EEE, o enfermeiro obstetra promove o bem-estar, a diminuição da fadiga e a vivência positiva do parto, o que contribui para elevados índices de satisfação com a experiência de parto. As parturientes referiram como fatores relevantes para o sucesso dos EEE a intervenção de apoio e orientação do enfermeiro obstetra e o conhecimento prévio da técnica. Os EEE respeitam o processo fisiológico do parto contribuindo para um parto normal e para uma experiência de parto mais positiva.

Palavras-Chave: Parturiente; Parto; Puxo com glote aberta; Puxo dirigido

ABSTRACT

The main purpose of this report is to explain my learning path and present the critical analysis of the development of common and specialized skills of specialist nurse, within the Report Curricular Unit, included in the 11th Master Course in Maternal and Obstetrics Nursing, as well to describe the scientific evidence about the use of expulsive exhalation efforts (EEE's) during childbirth, imposing the need for reflection on the inclusion of this theme in the practice of obstetric nurses.

The methodological options of this report were founded on evidence-based practice in accordance with the Scoping Review within the guidelines of the Joanna Briggs Institute (2020), where the intention was to map the relevant scientific evidence on the subject. The research question was: "What are the results of expiratory expulsive efforts during childbirth." The results obtained supported the descriptive and cross-sectional study developed in the Labour Ward with a sample of 21 pregnant women in labour, whose aims were: To describe the importance of knowledge and training EEE's during pregnancy to enhance the contributions of this technique in the expulsive period; to analyze the relationship between the use of EEE's and the duration of the expulsive period, pain management in the expulsive period, the position adopted, the integrity of the perineum after delivery, childbirth experience satisfaction and neonatal outcomes (newborn's adaptation to extrauterine life/Apgar score).

The results showed that by promoting the use of EEE's, the obstetric nurse promotes well-being, decreased fatigue and the positive childbirth experience, which contributes to high levels of satisfaction with the childbirth experience. The parturient women mentioned that obstetric nurse support and guidance as well as previous knowledge of the technique, were determinant for the EEE's success. The EEE's respect the physiological process of childbirth contributing to a normal childbirth and a more positive childbirth experience.

Keywords: Parturient; Childbirth; Open glottis pushing; Directed pushing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	14
1.1 Esforços expulsivos expiratórios no parto: um cuidado do enfermeiro obstetra.....	14
1.2 Teoria do cuidado de Kristen Swanson	19
2 OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	21
2.1 Scoping Review.....	21
2.2 Estudo descritivo e transversal.....	22
2.3 Considerações éticas	24
3 PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	25
3.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, durante o período pré-concepcional e pré-natal	26
3.2 Desenvolver competências, científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP num ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e do RN à adaptação à vida extrauterina.....	32
3.3 Cuidar da mulher e convivente significativo, através do uso dos esforços expulsivos expiratórios para promover uma experiência de parto positiva.....	43
3.4 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, apoiando o processo de transição à parentalidade.....	52
3.5 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o período do climatério e a vivenciar processos saúde/doença ginecológico.	56
4 REFLEXÃO FINAL	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termos de pesquisa e descritores booleanos

APÊNDICE 2: *PRISMA Flow Diagram* para o processo de SR segundo as orientações da JBI

APÊNDICE 3: Síntese dos resultados obtidos após a seleção dos estudos a incluir na RS

APÊNDICE 4: Apresentação e discussão de resultados da SR

APÊNDICE 5: Instrumento de registo de interação

APÊNDICE 6: Questionário de satisfação com o parto e esforços expulsivos expiratórios

APÊNDICE 7: Síntese das tabelas, quadros e gráficos relativos à análise de dados quantitativos com recurso ao SPSS

APÊNDICE 8: Síntese da análise de conteúdo segundo as orientações de Bardin

APÊNDICE 9: Consentimento informado esclarecido e livre

APÊNDICE 10: Sessão de formação à equipa de enfermagem do Contexto de Cuidados de Saúde Primários (Planeamento, implementação e avaliação)

APÊNDICE 11: Sessão de formação à equipa de enfermagem do Contexto de Medicina Materno-Fetal (Planeamento, implementação e avaliação)

APÊNDICE 12: Desenvolvimento de competências para cuidar do RN com necessidades especiais

ANEXOS

ANEXO 1: Descrição da pesquisa na *EBSCOhost*

ANEXO 2: Parecer da Comissão de Ética e autorização do Conselho de Administração do Hospital onde foi realizado o estudo e colheita de dados

ANEXO 3: Declarações de participação em formações

ANEXO 4: Síntese das atividades realizadas ao longo do ER

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio (RE) pretende espelhar o meu percurso formativo na Unidade curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), integrado no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estando sujeito a apresentação e discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Os cuidados Enfermagem, atualmente assumem uma maior relevância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. “O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, p.4744).

O processo formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) materializa-se com a aquisição de conhecimentos baseados na evidência científica e, com a integração desses saberes no desenvolvimento das competências especializadas definidas pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), bem como pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019) e, ainda pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019). Equitativamente, é pretendido que os enfermeiros procurem alcançar práticas de cuidados de excelência mobilizando a evidência. Pelo exposto, é uma mais-valia no processo formativo do EEESMO a aquisição de competências que lhe possibilitem obter o grau de Mestre.

Um dos cuidados especializados que suscitaram o meu interesse foram os Esforços Expulsivos Expiratórios (EEE), como um cuidado de enfermagem obstétrica promotora do processo fisiológico do parto. Este puxo expiratório é um esforço expulsivo expiratório dirigido ou direcionado, que reproduz, ao contrário da manobra de Valsalva (MV), o mecanismo fisiológico do parto (Ahmadi et al., 2017; Araújo et al., 2021; Barasinski et al., 2020). O esforço expulsivo durante a expiração (esforço com glote aberta) e respirar entre os esforços expulsivos ajuda a manter níveis de oxigenação adequados para a mulher e para o feto e favorece a regulação dos parâmetros cardiovasculares (Alfaro, 2010, p.60).

Enquanto enfermeira de cuidados gerais e no âmbito do desenvolvimento das minhas funções, recolhi alguns testemunhos deveras positivos de parturientes a quem foi oferecida esta técnica respiratória, referindo maior controle e domínio do seu parto, enquanto os EEESMO percecionam, pela sua experiência na prática, uma melhoria no bem-estar materno e fetal. Assim o tema: Esforços expulsivos expiratórios no parto: um cuidado do enfermeiro obstetra, surgiu devido ao descrito e à necessidade de capacitar e orientar a mulher para realizar esforços expulsivos eficazes, com recurso à respiração, simulando o que é fisiológico, indo de encontro às preferências das parturientes, potenciando o seu *empowerment* e contribuindo para uma experiência de parto positiva.

Efetivamente, através de uma prática reflexiva e baseada na evidência científica, assim como na metodologia de projeto, pretendo enquanto futura enfermeira obstetra, desenvolver conhecimentos e competências para melhorar a prestação de cuidados à parturiente no 2º estágio do trabalho de parto (TP) com recurso aos EEE, bem como promover a abolição de práticas desatualizadas que não acrescentam valor neste âmbito.

Os objetivos definidos para esta UC estão ancorados no Projeto de Estágio desenvolvido na UC Opção II, e no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019):

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar (PF), em idade fértil, durante o período pré-concepcional e pré-natal;
- Desenvolver competências, científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP num ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e do Recém-Nascido (RN) à adaptação à vida extrauterina;
- Desenvolver competências, científicas, técnicas e relacionais no cuidar da parturiente, com recurso aos EEE, para promover uma experiência de parto positiva;
- Desenvolver competências, científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, apoiando o processo de transição à parentalidade;
- Desenvolver competências, científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos saúde/doença do foro ginecológico;

O quadro de referência orientador da minha prática é a Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson*, sendo o principal enfoque desta teoria o cuidar do outro numa relação de parceria e envolvimento (Swanson, 1991).

O presente relatório é constituído por três capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento conceptual, onde está contemplada a revisão da literatura que suporta a temática e em seguida farei uma breve descrição dos principais pressupostos da Teoria do Cuidado de Kristen Swanson e o seu alinhamento com o tema em estudo. O segundo capítulo integra a fase metodológica para o desenvolvimento de competências de Mestre e EEESMO, começando com o mapeamento da literatura relativa aos resultados dos EEE durante o parto, com recurso à revisão *scoping*, seguindo-se o planeamento e desenvolvimento do estudo empírico, finalizando com algumas considerações éticas. No terceiro capítulo farei uma reflexão crítica sobre o percurso de desenvolvimento de competências de EEESMO e de Mestre, nos diferentes contextos clínicos, dando especial relevância à competência “cuida a parturiente, com recurso aos EEE, para promover uma experiência de parto positiva”. Para terminar farei uma breve reflexão final acerca das limitações e dos contributos deste percurso formativo, no meu desenvolvimento pessoal e profissional, assim como para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher/RN e família. Concluo este relatório com apresentação das referências bibliográficas utilizadas.

Este RE foi redigido de acordo com a norma APA 7ª edição.

1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo contempla uma breve revisão da literatura relativa à temática presente neste relatório seguindo-se o referencial teórico que sustenta o desenvolvimento da prática de enfermagem. Parafraseado Coelho & Mendes (2011, p.848), “o objetivo de um modelo de enfermagem é a orientação para a prática de enfermagem, fornecendo também uma perspetiva da forma a partir da qual poderemos visualizar e desenvolver o conhecimento da disciplina”.

1.1 Esforços expulsivos expiratórios no parto: um cuidado do enfermeiro obstetra

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) enunciou como prioritário a promoção de uma experiência de parto positiva, definindo-a como “um momento único e que preenche ou supera as expectativas maternas, onde os seus valores e crenças são respeitados e, que culmina com o nascimento de um RN saudável.” (p.1). Todavia, isto somente é exequível com a promoção de um ambiente clínico e psicologicamente seguro, dotado de profissionais de saúde competentes e da presença/participação permanente do seu convivente significativo (CS) (OMS, 2018). Esta prioridade foi desenvolvida com base nas premissas de que a maior parte das mulheres pretende um parto normal, do mesmo modo que gostariam de ter um papel ativo na sua experiência de parto, e de serem envolvidas em todas as tomadas de decisão (OMS, 2018).

De modo a clarificar o conceito de parto normal e a uniformizar mundialmente os cuidados em obstetrícia, a OMS em 1996 definiu o parto normal como:

parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição. (OMS, 1996, p.4).

Para uma experiência de parto positiva para a mulher/casal é crucial que se “humanize o parto” e, se eleja a mulher como protagonista do processo de cuidados. É neste sentido, que o EEESMO deve intervir prestando cuidados especializados, com qualidade, individualizados e culturalmente sensíveis, assentes no compromisso em apoiar as mulheres na defesa dos processos normais e fisiológicos e na sua tomada de decisões com base em evidência científica (Federación Asociaciones Matronas España (FAME) & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO), 2009),

constituindo-se como exemplo, a capacitação da mulher para confiar no seu corpo e potencializar a fisiologia do TP, através dos EEE e desse modo poder ter uma experiência de parto positiva.

O TP e o nascimento representam o término da gravidez e o início da vida extrauterina (Lowdermilk & Perry, 2008, p.334). De acordo com Machado e Graça (2017) o TP pode ser caracterizado como “o conjunto de fenômenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação colo uterino, a progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.” (p.220). Clinicamente considera-se o início do TP o aparecimento de contrações uterinas dolorosas de intensidade e frequência regulares, acompanhadas de apagamento e dilatação cervical (Varela et al., 2020, p.75).

Sendo que, o TP pode ser dividido em vários estádios, todavia o número de estádios não é consensual, existem alguns autores, tal como Machado e Graça (2017), que defendem que este se pode dividir em três estádios (dilatação, período expulsivo e dequitação). Nomeadamente, o 1º estágio (dilatação) começa com o início das contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo; o 2º estágio (período expulsivo) começa com a dilatação completa até a expulsão do feto, sendo que, a força exercida pelas contrações uterinas, gravidade e pelos esforços expulsivos da mulher coadjuvam a concretização de um parto vaginal espontâneo e sem complicações (Lowdermilk & Perry, 2008); 3º estágio (dequitação) depois da expulsão do feto e até à expulsão da placenta e das membranas (Machado & Graça, 2017, p.223). Contudo, constata-se que outros autores, tal como Lowdermilk e Perry (2008, p.347), que adicionam um 4º estágio, com a duração de aproximadamente 2 horas após a expulsão da placenta. Este é também, definido como o puerpério imediato, sendo um período de recuperação imediata, em que a homeostase se restabelece.

De acordo com Friedman, citado por Osborne (2010) o período expulsivo do TP tem sido definido como o intervalo de tempo entre a dilatação cervical completa (10 cm) e a expulsão do feto, sendo, muitas vezes, caracterizado por contrações uterinas regulares, durante o qual a mulher sente pressão vaginal e retal e um impulso irresistível de puxar (puxo) (p. 132). Esta necessidade está relacionada com a descida e rotação do feto no canal de parto, em resposta reflexa dos recetores de estiramento na parede posterior da vagina, pelo reflexo de Ferguson, que induz a libertação de ocitocina endógena, e as contrações uterinas efetivas (Roberts, 2002; Silva, 2019).

Simultaneamente, a respiração materna, que, coordenada com as pressões torácicas e abdominais, auxiliam na expulsão do feto (Gilboa et al. 2018, p. 94).

A respiração normalmente é um ato inconsciente, com frequência e profundidade variáveis, segundo a atividade que estamos a realizar, mas também pode ser uma atividade voluntária e controlada de modo consciente (Almeida et al., 2005; Araújo et al., 2021). Em consonância com o princípio de controle voluntário da respiração, a literatura demonstra que é prática comum as parturientes seguirem instruções específicas quanto ao padrão respiratório a ser adotado durante o período expulsivo, para colaborar no nascimento (Ferreira, 2014). As orientações para controle da respiração materna são comuns na rotina obstétrica, apesar de não existirem evidências claras quanto às indicações, resultados e quais as melhores formas de conduzi-las (Jones et al., 2011; Lemos et al., 2011).

A gestão do segundo estágio do TP tem associado um conjunto de comportamentos específicos, nomeadamente, os esforços expulsivos da mulher para auxiliar na passagem do feto pelo canal de parto, que podem ser realizados de forma espontânea ou direcionada/dirigida (Ferreira, 2014; FAME & APEO, 2009; Lowdermilk & Perry, 2008). Sendo que o puxo dirigido compreende instruções verbais ou demonstração de quando começar a puxar e o puxo espontâneo quando não é dada qualquer instrução verbal à parturiente, somente encorajamento e reforço positivo (Lee et al., 2019).

No puxo espontâneo a mulher puxa livremente, com glote aberta, quando sente esse impulso. A realização do puxo ocorre em volume respiratório residual, são desencadeados 3 a 5 puxos expiratórios curtos, de 4 a 6 segundos em cada contração uterina (Barasinski et al., 2016; FAME & APEO, 2009; Sampselle et al., 2005). Quando é incentivado o puxo espontâneo, a mulher emite vocalizações como gemidos e grunhidos e várias respirações entre os puxos, que resultam na abertura da glote. Esta facilita o recrutamento da musculatura abdominal principalmente o transversa (Pacheco & Néné, 2020). A adoção autocontrolada da respiração pela mulher, permite a sua autonomia, facilitando o processo de controle da sua dor, resiliência e satisfação com a experiência de parto, bem como as adaptações necessárias a cada fase do TP. Como tal, a respiração deve ser comandada pela livre vontade da mulher, o que respeita o seu estado físico-emocional e clínico (Jones et al., 2011; Lemos et al., 2011).

O puxo dirigido ou direcionado com glote fechada, designado como MV, que é orientado, geralmente de forma impositiva e incisiva, induz apneia prolongada de 10

segundos ou mais, independente do desejo da parturiente de puxar (Roberts, 2002). Tendencialmente a mulher adota a posição semi dorsal segurando os joelhos contra o tórax. É-lhe solicitado que inspire profundamente no início da contração e que use a apneia durante 10 a 30 segundos, conjugada ao esforço com contração abdominal e diafragmática, numa frequência de 3 ou 4 puxos por contrações, com ausência de ruídos (Burón & Sánchez, 2010).

Para Barasinski et al.(2016) o puxo com glote aberta, que decorre durante a expiração, pode ser espontâneo ou dirigido. Sendo que o EEE dirigido ou direcionado reproduz, ao contrário da MV o mecanismo fisiológico do parto (Araujo et al., 2020; Barasinski et al., 2020; Ahmadi et al., 2017). Consiste em realizar o esforço expulsivo na expiração, a mulher é orientada a realizar 2 a 6 puxos em cada contração uterina, com a duração de 5 segundos aproximadamente, com glote aberta, vocalizações e respirações entre os puxos. Desta forma a mulher respira o que permite melhorar a sua oxigenação e a do feto. A finalidade deste puxo expiratório é obter voluntariamente uma compressão máxima do músculo transversos abdominal e oblíquo, que conseqüentemente provoca a elevação do diafragma, uma inclinação da pélvis e um deslocamento do útero para baixo, que encaixa no eixo certo de expulsão do feto e o períneo relaxa e abre (Barasinski et al., 2016; Alfaro, 2010; González & Ortiz, 2005).

A apneia prolongada por mais de 7 segundos, adotada na MV, interfere na perfusão útero-placentar, reduz a oxigenação fetal e o pH, podendo resultar em Índices de Apgar baixos e aumentar o risco de complicações neonatais (Barasinski & Vendittelli, 2016; Lemos et al., 2011). Em contrapartida, o puxo com glote aberta auxilia no controle da oxigenação durante o parto e favorece a regulação dos parâmetros cardiovasculares, como a tensão arterial (Alfaro, 2010). As mulheres que utilizam o puxo espontâneo têm maior a incidência de períneos intactos, sendo as episiotomias ou lacerações de 2º-3º grau reduzidas, observando-se igualmente diminuição da ocorrência de parto instrumentado. Em contrapartida nas mulheres que recorreram à MV verificou-se um aumento da probabilidade de trauma perineal, de fadiga materna, de taxa de parto instrumental e diminuição da oxigenação materna (Prins et al., 2011; Yildirim & Beji, 2008). Além de mais, a MV pode afetar significativamente os índices de urodinâmica como a diminuição da capacidade vesical e a urgência urinária (Prins et al., 2011). A MV também parece estar associada a um período expulsivo mais prolongado relativamente às parturientes que efetuaram puxos espontâneos (Jahdi et al., 2011; Yildirim & Beji,

2008), porém na revisão de literatura de Martin (2009) a maioria dos estudos evidenciam que não existe diferença significativa quanto à duração do 2º estágio do TP e posteriormente a revisão de literatura efetuada por Prins et al. (2011), comprova que a duração do 2º estágio do TP é menor nas mulheres que usaram a MV.

Desde 1996 a OMS identificou a MV como conduta, claramente prejudicial ou ineficaz que deveria ser abolida. Apesar destas evidências e recomendações, a MV continua a ser utilizada rotineiramente no 2º estágio do TP (Ahmadi et al., 2017; Alfaro, 2010; Lemos et al., 2017; Prins et al., 2011).

De facto, até agora existe controvérsia sobre que tipo de puxo recomendar durante o TP, especialmente para mulheres com analgesia epidural, pois ainda não foi determinado o puxo associado à menor morbidade materno-fetal (ACOG, 2017; Barasinsk et al., 2016; Lemos et al., 2017).

Efetivamente, a analgesia loco regional durante o TP, mesmo sendo um dos métodos farmacológicos eficazes de alívio de dor, implica a perda da sensação e interfere no desenvolvimento do reflexo de Ferguson, essencial para um puxo efetivo (Ferreira, 2014). Tendo em conta esta circunstancia, Barasinski et al.(2020) avaliaram a eficácia do puxo dirigido com glote aberta (enquanto expira) *versus* o puxo dirigido com glote fechada (MV) em mulheres com analgesia epidural, não tendo encontrado diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos. Os mesmos autores concluíram que na aparente ausência de diferenças nos *outcomes* maternos e fetais de acordo com o tipo de puxo dirigido (glote aberta *versus* glote fechada), mulheres com analgesia epidural durante o parto, e em caso de necessidade de puxo dirigido, a mulher deveria ser capaz de escolher o tipo de puxo dirigido segundo a sua preferência e experiência.

Todavia os EEE respeitam a fisiologia do parto, pois simulam os componentes do puxo espontâneo que é considerado uma prática promotora da fisiologia do parto normal e de uma experiência de parto positiva e gratificante para a parturiente (Lee et al., 2019; Prins et al., 2011; Yildirim & Beji, 2008). Assim sendo, cabe ao EEESMO adquirir competências e desenvolver capacidades sobre os esforços expulsivos, de modo orientar a mulher adequadamente durante o parto.

1.2 Teoria do cuidado de Kristen Swanson

No desenvolvimento e implementação deste projeto, norteiei a prática de cuidados com base na Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, que se alicerça no princípio de que a enfermagem é o cuidar do outro numa relação de parceria e envolvimento (Swanson 1991; Swanson, 1993), tendo como principais conceitos: a Pessoa; o Ambiente; a Saúde; o Cuidado de Enfermagem.

A Pessoa, um ser único em desenvolvimento em constante transformação, que se manifesta em emoções, sentimentos, pensamentos e atitudes. A herança genética, o legado espiritual e o livre arbitro influenciam a vida das pessoas. As pessoas são moldadas pelo ambiente e simbioticamente moldam o ambiente que as envolve.

O Ambiente, constitui-se como os contextos que influenciam ou são influenciados pela pessoa, abarca os domínios políticos, económicos, culturais, sociais, biológicos, psicológicos e espirituais.

A Saúde, é compreendida como um bem-estar pretendido pela pessoa, independentemente da presença de doença, é vista como um valor e vivenciada de forma distinta por cada pessoa. Contudo somente é possível a sua obtenção através da libertação da dor anterior, que se traduz pela capacidade de restaurar a sua integridade, pela sua capacidade de resiliência e finalmente pelo emergir de um sentido de plenitude renovada ou seja, o bem-estar.

O Cuidado de Enfermagem, como uma intervenção terapêutica que culmina no bem-estar do outro. É saber como o outro quer ser cuidado de forma a melhorar a sua qualidade de vida. O cuidado de enfermagem tem implícito a preservação da dignidade humana. Segundo Hutti et al. (2016), a Teoria do Cuidado é fundamentada na capacidade de prestar cuidados, está apoiada no pressuposto de que o cuidado é um fenómeno de enfermagem. Sendo que, os cuidados de enfermagem são resultantes de uma dedução lógica, de uma explicação científica e da inter-relação entre enfermeiro e cliente e muitas vezes não são necessariamente observados, mas sentidos pelas pessoas que recebem este cuidado, o que acarreta uma responsabilidade ética e moral do profissional.

Segundo a Teoria de Swanson (1991) o cuidar é o pilar que alicerça a intervenção de enfermagem, constitui um processo, que envolve cinco componentes, que culmina na promoção do bem-estar da pessoa cuidada e consiste em: o conhecer, o estar com, o fazer por, o possibilitar e o manter a crença.

Extrapolando a Teoria de Kristen Swanson, para a temática em estudo, e para a prática enquanto futura EEESMO implica: **Conhecer** a mulher/grávida/parturiente/puérpera quanto às suas crenças, expectativas relativas aos cuidados que necessita em particular durante o período expulsivo, promovendo o seu envolvimento; **Estar com** a mulher/grávida/parturiente/puérpera revelando disponibilidade e competência através do ensino e treino com enfoque nos EEE; ser empático; garantir apoio emocional; **Fazer por** a mulher/grávida/parturiente/puérpera o que ela faria por si mesma, se conseguisse, ensinar a técnica para otimizar os EEE; defender a dignidade, salvaguardando as intervenções às estritamente necessárias; **Possibilitar** apoio no uso do puxo espontâneo ou do puxo expiratório, criando um ambiente de segurança, privacidade e confiança; **Manter a crença** através reforço positivo, fazendo-a acreditar nas suas aptidões inatas e instintivas durante os esforços expulsivos, de modo, a garantir o seu máximo **Bem-estar** num ambiente seguro, facilitando uma experiência de parto positiva (Swanson, 1991, Swanson1993).

2 OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Este capítulo descreve a metodologia utilizada para o desenvolvimento de competências de mestre e de EEESMO. Inicialmente, efetuei uma revisão da literatura da temática em estudo, com recurso à metodologia *Scoping Review* (SR). De seguida, desenvolvi um estudo descritivo e transversal com a finalidade de compreender os resultados da utilização do EEE para a parturiente, enquanto cuidado do EEESMO promotor de uma experiência de parto positiva.

2.1 Scoping Review

Para dar resposta ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar a mulher e CS, através do uso dos EEE, enquanto um cuidado do enfermeiro obstetra para promover uma experiência de parto positiva, recorri à metodologia da SR, segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Godfrey, 2020).

A **Questão de investigação** foi: Quais os resultados dos esforços expulsivos expiratórios durante o parto? O contexto foi considerado irrelevante para o objetivo da pesquisa, sendo este: mapear o conhecimento existente sobre os resultados dos esforços expulsivos expiratórios durante o parto. A revisão integrou artigos publicados consoante os **critérios de inclusão**: referentes aos resultados dos EEE (conceito) nas parturientes (população); em idioma inglês, português ou espanhol, com abordagem quantitativa, qualitativa ou mista, com limite temporal a partir do ano 2008. Definiram-se como **critérios de exclusão**: estudos indisponíveis para consulta em texto integral, fora do âmbito do tema.

Efetuei uma pesquisa bibliográfica da evidência científica nas bases de dados *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete* e *COCHRANE central register of controlled trials*, através da plataforma *EBSCOhost Integrated Search*. Os termos de pesquisa foram de encontro ao tema/questão de investigação, contendo os elementos da mnemónica PCC. Inicialmente, realizei uma pesquisa pelas palavras naturais e pelos termos indexados em cada uma das bases de dados separadamente. Posteriormente, dentro de cada termo da questão, combinei as palavras com o operador booleano “OR” e entre

termos da questão apliquei o operador booleano “AND”. A tabela com os termos de pesquisa e descritores é apresentada no Apêndice 1. Toda a pesquisa detalhada, nas três bases de dados, é apresentada no Anexo 1.

De modo, a compreender a estratégia de pesquisa, a seriação e inclusão de artigos, elaborei o *Fluxograma Prisma* segundo as orientações da JBI (Godfrey et al., 2020) que se encontra no Apêndice 2. Na pesquisa na *CINAHL Complete* obtive 98 artigos, na *MEDLINE Complete* 56 artigos e na *COCHRANE Central Register of Controlled Trials* 7 artigos. Após exclusão de duplicados identifiquei 131 artigos, a seguir realizei a triagem pelos títulos, sendo selecionados nesta fase 13 artigos, seguiu-se a análise dos resumos, tendo sido excluídos 5 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão. Para leitura integral selecionei 8 artigos, que foram integrados na SR.

Realizei várias pesquisas nas bases dados *CINAHL complete* e *MEDLINE complete* em diferentes momentos do CMESMO, este relatório inclui a última pesquisa, com inclusão da pesquisa efetuada na base de dados *COCHRANE Central Register of Controlled Trials* realizada de 3 a 10 de junho de 2022, sendo assim a mais atual e completa.

Da análise dos artigos realizei a extração de resultados em formato de tabela, segundo as orientações do JBI (Godfrey et al., 2020), apresentando-se a mesma no Apêndice 3.

Os resultados obtidos na SR serão mobilizados para a discussão dos resultados obtidos na segunda fase desta investigação (subcapítulo 3.3), sendo também apresentados e discutidos no Apêndice 4

2.2 Estudo descritivo e transversal

Conhecendo os resultados da pesquisa científica obtidos através da SR, procedi no decorrer do ER, à aplicação da evidência na prática, desenvolvendo um estudo descritivo e transversal, com os objetivos de: Descrever a importância do conhecimento e treino durante a gravidez dos EEE para potenciar os contributos desta técnica no período expulsivo; analisar a relação entre a utilização dos EEE, a duração do período expulsivo, a gestão da dor no período expulsivo, a posição adotada, a integridade do períneo após o parto, a satisfação com a experiência de parto e os *outcomes* neonatais (adaptação do RN à vida extrauterina/Índice de Apgar).

Para selecionar a amostra defini como critérios de inclusão: grávida em TP, com gravidez de termo e de baixo risco. Todas as participantes tiveram acesso ao mesmo tipo de cuidados e intervenções, incluindo a explicação sobre os EEE, realizada pela mesma pessoa (a investigadora), a técnica de EEE utilizada foi o puxo dirigido com glote aberta descrito por Barasinski et al. (2020).

Para colher os dados que permitiriam avaliar o impacto dos EEE nas variáveis em estudo, foram elaborados dois instrumentos de recolha de dados. O Instrumento de “*Registo de Interação*”, para caraterizar a amostra em relação ao padrão de cuidados prestados durante o TP (duração do 2º estágio do TP, vigilância materno-fetal, gestão da dor, tipo de esforços expulsivos) condição fetal pós-parto/índice de Apgar (IA), entre outros que se encontra no Apêndice 5. O “*Questionário para Avaliação da Satisfação com o Parto e os Esforços Expulsivos Expiratórios*” foi construído no *Google Forms* (disponibilizado às participantes através de um link), permitiu a caraterização da amostra em termos sociodemográficos e em termos obstétricos, a avaliação da satisfação com a intervenção EEE e a avaliação da experiência de parto (Apêndice 6). Composto por questões de resposta aberta, de resposta fechada e de matriz/escala.

Importa referir, que análise detalhada dos dados quantitativos utilizei a estatística descritiva e inferencial (em função da escala de medida das variáveis), com recurso ao programa estatístico IBM-SPSS 27 e está patente no Apêndice 7.

Para a análise de dados qualitativos (colhidos nas questões abertas do questionário), utilizei a análise de conteúdo de acordo com as orientações de Bardin (2016). Em conformidade com este processo efetuei uma análise exaustiva de todos os documentos onde se transcreveu todo o material em análise para um documento informático em Excel (preparação do material), criando o corpus do texto em análise. Depois da preparação do material, iniciei o processo de exploração com a codificação do material recolhido, os dados colhidos foram codificados com “R”, seguido do número de identificação da pessoa singular em estudo (exemplo: R1). Posteriormente realizei a análise das características do conteúdo, cumprindo as três etapas recomendadas por Bardin (2016): o recorte em unidades de registo (frases), a enumeração e classificação (exemplo: R1), e a agregação em categorias e subcategorias, assim como as respetivas frequências de aparição, que se apresentam no Apêndice 8. Assim sendo, dessa pesquisa emergiram as seguintes categorias e respetivas subcategorias: **Gestão de emoções e sentimentos** (Bem-estar, Autocontrolo, Satisfação) e **Compreensão e**

utilização dos EEE (Conhecimento prévio e Intervenção do EEESMO). Os resultados da análise dos dados e a sua discussão serão apresentados no subcapítulo 3.3.

2.3 Considerações éticas

A Enfermagem enquanto profissão é regulada por princípios éticos, descritos no Código Deontológico do Enfermeiro e pelo Regulamento de Exercício Profissional, alicerçados nos princípios dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Todas as questões éticas intrínsecas ao ER terão em conta salvaguardar os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013), assegurando o “respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2005, p.35).

Foi considerado como primordial a obtenção do consentimento informado, esclarecido e livre das parturientes (Apêndice 9), sendo previamente informadas dos objetivos e a da metodologia do estudo, prestado o esclarecimento de dúvidas e reforçado o direito à autodeterminação e intimidade para recusar participar no estudo em qualquer das suas etapas.

Igualmente, foi respeitado e garantido a confidencialidade, anonimato e proteção de dados (Nunes, 2013) obtidos através do instrumento de Registo de Interação e do Questionário, pois o preenchimento destes instrumentos não requer identificação, somente codificação, sendo os dados obtidos tratados e apresentados de forma agregada.

Antes da captação da amostra e colheita de dados, realizei um pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital onde se desenvolveu o estudo, tendo sido deferido (Anexo 2).

Durante o ER toda a prática de cuidados foi fundamentada em evidência científica, nos princípios do Código Deontológico do Enfermeiro e do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, ao salvaguardar os direitos e dignidade humana, proteção da vida e garantir o consentimento livre e esclarecido em todas as atividades e intervenções que contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas de Mestre e EEESMO.

3 PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Neste capítulo irei relatar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, alicerçada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstetrícia (Regulamento nº391/2019), assim como no documento *Essential Competencies for Midwifery Practice (2019)* do ICM e na proposta para o grau de Mestre. Para tal efetuei uma análise crítica e reflexiva das experiências de cuidados à luz da evidência científica atual e do referencial teórico que suporta e orienta este processo formativo.

A OE (2018) defende que a reflexão sobre a prática de cuidados é um instrumento essencial que assegura a qualidade dos cuidados. Assim sendo, a prática reflexiva contribui para a estruturação do pensamento, capacita o profissional para a prática de cuidados e gestão de situações complexas, possibilitando a identificação precoce das necessidades da mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo, disponibilizando intervenções individualizadas e especializadas com vista aos melhores ganhos em saúde.

Ao longo deste percurso académico foram realizadas formações e transmissão de conhecimentos, fundamentais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Desse modo, os resultados da SR foram partilhados em sessões de formação para os enfermeiros, realizadas na Unidade Saúde Familiar e no Internamento de Medicina Materno-Fetal (MMF) em que estagiei, os planos de sessão, as apresentações e os relatórios da avaliação das sessões de formação nos CSP e na MMF encontram-se respetivamente no Apêndice 10 e 11. Também frequentei várias formações que potenciaram o desenvolvimento de competências de EEESMO: “Webinar: Mobilidade e Verticalidade. Contributos para uma experiência de parto positiva”; “Curso Online de Sutura Perineal Bloque 1”; II Semana de Educação Perinatal Gentlebirth”; “Simpósio Internacional de Assistência ao Parto Online” (Anexo 3).

Para descrever e refletir criticamente sobre o complexo percurso formativo para a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais intrínsecas ao EEESMO, estruturei este capítulo em cinco subcapítulos: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, durante o período pré-

concecional e pré-natal; Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP num ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e do RN à adaptação à vida extrauterina; Cuidar a mulher e CS, através do uso dos esforços expulsivos expiratórios para promover uma experiência de parto positiva; Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, apoiando o processo de transição à parentalidade; Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos saúde/doença do foro ginecológico.

A síntese do registo das atividades realizadas durante do ER é apresentada no Anexo 4.

3.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, durante o período pré-concecional e pré-natal

Para o desenvolvimento de competências promotoras da saúde reprodutiva da mulher, contribuíram as atividades experienciadas nos contextos clínicos: Consulta de Gravidez Não Desejada (CGND) e Consulta de Infertilidade (CI), não tendo sido possível desenvolver atividades neste âmbito no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Em Portugal, ao contrário do que sucede noutros países da Europa, a CGND é também uma oportunidade de aconselhamento contracetivo, o que permite reduzir o número de gravidezes indesejadas, pois constata-se que aproximadamente 93% das mulheres que realizaram interrupção voluntária da gravidez (IVG) escolheram posteriormente um método de contraceção (Divisão de Saúde sexual Reprodutiva Infantil e Juvenil (DSSRIJ), 2018). Neste contexto, o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do PF (Regulamento n.º 391/2019). Especificamente, tive a oportunidade de transmitir informação, esclarecer dúvidas, realizar educação para a saúde e de capacitar e empoderar as mulheres, no sentido da tomada “decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcecional” (Regulamento n.º 391/2019, p.13561).

Nessa consulta constatei que as mulheres apresentam défices de literacia em saúde sobre a contraceção, bem como comportamentos passivos e desinformados sobre prevenção de gravidezes indesejadas, pelo que a minha intervenção direccionou-se para a informação e orientação, alicerçada na Teoria do Cuidado de Kristen Swanson (1991,1993) que incita o EEESMO a informar, explicar e apoiar a pessoa cuidada,

gerando alternativas e estimulando a reflexão e, dessa forma possibilitando a expressão de direitos sexuais e reprodutivos, o direito de escolha, a autonomia e o bem-estar da mulher e família (Rodriguez & Valenzuela, 2012).

Durante o ER, tive a oportunidade de colaborar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro (Regulamento nº 391/2019), mediante a observação participada na consulta de infertilidade, análise e discussão de casos/resultados dos meios complementares de diagnóstico. A infertilidade é definida pela OMS (2020) como uma doença do sistema reprodutivo traduzida pela incapacidade de obter gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contração. Igualmente, considera a infertilidade como um problema de saúde pública de natureza global e com elevado impacto social, afetando ambos os elementos do casal, podendo recorrer a técnicas de procriação medicamente assistida. Segundo Vilar et al. (2012) uma em cada quatro mulheres apresentam dificuldades em engravidar, estimando-se que 10 a 15% dos casais em idade reprodutiva se enquadram nesta definição. Assim e enquanto futura EEESMO, é importante identificar disfunções de fertilidade nos casais, encaminhando-os para cuidados diferenciados, de modo a prevenir/resolver problemas de saúde relacionados a reprodução (ICM, 2019). Para além desse encaminhamento é importante realizar ensinamentos sobre procedimentos e exames complementares de diagnósticos necessários ao diagnóstico e tratamento.

Para o desenvolvimento das competências essenciais para o cuidar da mulher grávida foram relevantes as experiências de aprendizagem vivenciadas nos CSP e no Internamento de MMF.

Corbett (2006) afirma que o período pré-natal consiste num período de preparação física e psicológica para o nascimento e parentalidade. Nesse sentido, é essencial assegurar a vigilância da gravidez, estar com a grávida/casal e família, informar sobre as alterações da gravidez, ajudando-os na adaptação a esta fase com redução dos desconfortos (Machado, 2017). Por conseguinte, o EEESMO deve ser capaz de cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562). De acordo com ICM (2019) os EEESMO prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a

saúde durante a gravidez, o que inclui a detecção precoce e tratamento ou referência de certas complicações.

Nos CSP realizei consultas de vigilância da gravidez de baixo risco, nos diferentes trimestres. Considera-se gravidez de baixo risco quando não se identifica nenhum fator acrescido de morbidade materna, fetal e/ou neonatal (DGS,2015a). A identificação do risco é realizada através da avaliação clínica (de acordo com os critérios da Tabela de Goodwin), laboratorial e imagiológica, em qualquer momento durante a gravidez. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2015a) a consulta de vigilância de gravidez de baixo risco está integrada nos cuidados pré-natais, tendo um especial enfoque na educação para a saúde e na preparação para o parto e parentalidade.

Nestas consultas avaliei/monitorizei a evolução e adaptação à gravidez. Começava por realizar o acolhimento, apresentava-me, solicitava a autorização para realizar a consulta e quaisquer procedimentos necessários, assegurando respeito, dignidade e privacidade de todos intervenientes, de modo a estabelecer uma relação de confiança e empatia, promovendo um ambiente seguro e favorável, para conhecer a grávida/casal, as suas verdadeiras necessidades de cuidados, de forma a planear intervenções especializadas. Efetuava a avaliação inicial detalhada, conhecendo os antecedentes de saúde, de doença individuais e familiares, antecedentes cirúrgicos, ginecológicos, obstétricos, culminando na avaliação física geral e obstétrica, que incluía a avaliação: da tensão arterial, peso, cálculo de índice de massa corporal, aumento ponderal ao longo da gravidez, altura do fundo do útero (validando a evolução normal da gravidez). Realizava as manobras de Leopold para identificar a estática fetal e auxiliar na identificação do foco para monitorizar os batimentos cardíacos fetais com recurso ao Doppler. Uma parte das consultas era dedicada ao esclarecimento de dúvidas e realização de educação para a saúde adequada à idade gestacional (IG) e de acordo com as necessidades detetadas. Algumas das temáticas abordadas foram a importância do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (ministrado on-line), do plano de parto, sinais de alerta e o que fazer, vantagens do aleitamento materno, desenvolvimento fetal e cuidados ao RN, apoios da Segurança Social à grávida/casal durante a gravidez e depois do parto.

No final preenchia o Boletim de Saúde da Grávida (BSG), registando toda a informação relevante sobre o bem-estar materno-fetal. Dessa forma, o BSG assegura a

continuidade dos cuidados entre as diferentes instituições intervenientes no processo de cuidados à grávida.

Nestas consultas também realizei outras intervenções fundamentais para a prevenção de complicações no RN (vacinação da grávida contra a tosse convulsa) e em futuras gravidezes (administração de imunoglobulina anti D). Segundo Amaral et al. (2015), em consequência da reemergência da tosse convulsa, recomenda-se em cada gravidez, uma dose da vacina, entre as 20 e as 36 semanas de gestação, idealmente até às 32 semanas. A vacinação deve ocorrer após a ecografia morfológica (recomendada entre as 20 e as 22 semanas + 6 dias). Igualmente, foi providenciado a administração de Imunoglobulina anti-D no caso de grávidas Rh negativo, após as 28s de IG e teste de Coombs indireto negativo. Verifica-se que a partir da 6ª de gestação, quando o feto Rh positivo começa a ter antígeno Rh em circulação, é induzida a produção de anticorpos anti-D, nas grávidas Rh negativo, ficando estas sensibilizadas. Numa futura gestação, o resultado desta sensibilização será a doença hemolítica perinatal, situação responsável por uma morbilidade e mortalidade perinatal significativa (Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2007).

As consultas de vigilância de gravidez neste contexto clínico eram realizadas pelo EEESMO e pelo médico de família, com funções distintas que se complementavam, trabalhando em articulação para uma adequada vigilância da grávida, aproveitando-se todas as oportunidades, para intervenção e mudança, em prol da melhoria da saúde das grávidas/casais. Porém o padrão de funcionamento habitual estava alterado devido à pandemia Covid 19, pois estes profissionais de saúde tinham de dar resposta a outras atividades relacionadas com a pandemia, o que também influenciou a quantidade de aprendizagens que desenvolvi nos CSP. Este constrangimento foi especialmente sentido, ao nível do acompanhamento de mulheres no planeamento familiar e preconceção e ao nível de intervenções interdependentes que podem ser efetuados pelo EEESMO segundo o Parecer nº 50/2014 da OE (2014), desde que tenham a formação necessária e exista prescrição médica (citologias, colocação de dispositivos intrauterinos e implantes contraceptivos subcutâneos).

Igualmente devido à situação pandémica, não tive a oportunidade de participar em Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade, sendo estes também do domínio de intervenção do EEESMO e inserindo-se no desafio de estar com as grávidas/casais, potenciando o seu empoderamento, implementando, colaborando e gerindo programas

de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº140/2019). Esta é uma importante lacuna na minha aprendizagem, visto que a preparação para o parto reforça a nossa intervenção enquanto especialistas, pois como a DGS refere “estes cursos permitem às mulheres/casais a partilha, a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes destas fases, num ambiente de grupo e de suporte mútuo.” (DGS, 2015a, p. 63). Simultaneamente, teria constituído uma oportunidade para desenvolver competências que me permitiriam atingir os objetivos relacionados com a temática que elegi trabalhar ao longo do ER.

Ocasionalmente, durante o processo de gravidez ocorrem desvios da normalidade aumentando o risco presente, o que vai influenciar o padrão de cuidados, exigindo aos profissionais de saúde, em particular aos EEESMO uma maior intervenção na monitorização e vigilância da gravidez, na promoção da saúde e prevenção de complicações. Sendo a gravidez de alto risco entendida como “aquela em que a saúde da mãe ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.682).

No decorrer do ER em contexto de Internamento MMF, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a grávidas com inúmeras patologias e situações de risco, nomeadamente grávidas com diabetes (pré - gestacional ou gestacional), ameaça parto pré-termo, colestase intra-hepática da gravidez, rotura prematura de membranas (RPM), hipertensão crónica, hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, hemorragia do 2º e 3º trimestres, pielonefrite, gravidez gemelar, restrição do crescimento fetal, hidrâmnios e oligoâmnios. Neste âmbito é exigido ao EEESMO tanto uma acurada vigilância materna e fetal como o apoio emocional à grávida/CS e família.

No início de cada turno apresentava-me as grávidas internadas que me tinham sido atribuídas, solicitava autorização para a sua vigilância e prestação de cuidados. Assente na Teoria do Cuidado (Swanson 1991; Swanson 1993) conhecia a mulher através de uma anamnese detalhada, identificando as suas crenças e necessidades, com o intuito de definir os principais diagnósticos de enfermagem. A premissa conhecer permite fazer pela grávida o que esta faria, através de um planeamento das melhores intervenções de enfermagem especializadas, sustentadas em evidência científica, com o objetivo de poder alcançar o seu bem-estar (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

Alicerçado nos diagnósticos de enfermagem e consoante as crenças e necessidades da grávida, foram estabelecidas prioridades nas intervenções, permitindo identificar e monitorizar a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. Nomeadamente, realizei observação física céfalo-caudal, monitorizei parâmetros vitais, realizei as manobras de Leopold para identificar a estática fetal e auxiliar na identificação do foco para monitorizar os batimentos cardíacos fetais com recurso ao Doppler ou cardiotocógrafo, avaliei a altura do fundo do útero e a presença de contratilidade uterina, identifiquei e monitorizei desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da nossa área de atuação (Regulamento n.º 391/2019).

O EEESMO, na sua prática deve ter em consideração os padrões de qualidade dos cuidados especializados na área da saúde materna, respondendo aos enunciados descritivos: satisfação da utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, autocuidado e autocontrolo da grávida, e readaptação a uma nova condição de vida (Barradas et al., 2015). Assim sendo, realizei ensinamentos durante o internamento, a fim de preparar a alta desde o primeiro dia, esclareci dúvidas, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados e a prevenção de complicações (Barradas et al., 2015). Igualmente, efetuei colheitas de sangue e urina para o diagnóstico/ estudo da pré-eclâmpsia e síndrome de HELLP o que me possibilitou compreender a importância da identificação de desvios no resultado das mesmas.

No Internamento de MMF, deparei-me com situações difíceis de gerir como a perda gestacional, percecionei o luto de mulheres em diferentes idades gestacionais. Segundo a Associação para o planeamento da família (APF, 2022) ocasionalmente, seja por motivo de patologia materna ou fetal, a gravidez não evolui e consequentemente ocorre um aborto espontâneo (AE), sendo que, nestas situações as parteiras prestam cuidados especializados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes à mulher em situação de aborto, perda ou termino da gravidez que sejam harmónicos com a lei e regulamentos aplicáveis de acordo com os protocolos nacionais (ICM, 2019). A intervenção do EEESMO, tal como referido no Regulamento de competências do EEESMO passa pelo diagnóstico, identificação de situações que indiquem um processo de aborto, a cooperação com outros profissionais na resolução destas situações e a intervenção quando surgem complicações pós-aborto (Regulamento nº 391/2019).

A perda gestacional assume-se como um acontecimento inesperado, traumatizante, com um enorme impacto na vida da mulher/CS e família. Como tal é fundamental proporcionar intervenções de enfermagem, de modo a potenciar uma vivência de luto saudável. Neste sentido, o EEESMO providência cuidados de enfermagem à mulher, que facilitam a sua adaptação em situação de abortamento, através da vigilância do seu estado de saúde físico e emocional, monitorização hemodinâmica, vigilância de perdas hemáticas vaginais, expulsão do feto e placenta, controlo da dor. Assim sendo, o EEESMO deve ser capaz de conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, durante o período de luto em caso de abortamento (Regulamento n.º 391/2019). Nessas circunstâncias tive uma atitude de estar com a mulher/casal concedendo-lhes espaço e tempo. Mostrei disponibilidade, sensibilidade, respeito e empatia, esclareci dúvidas e forneci informações claras que respondiam às suas necessidades, orientei, fiz por eles o que teriam feito, caso tivessem no momento essa capacidade. Portanto mantive a crença e uma atitude de esperança de que a mulher/casal possuíam capacidades para ultrapassarem esta situação, acompanhando-os durante este percurso, com a intenção de os ajudar a encontrar um sentido e enfrentar o futuro com significado (Swanson, 1991; Swanson, 1993). Para Sotto-Mayor (2016) nestas situações, também é crucial a continuidade de cuidados, informar sobre sinais e sintomas de alerta que implicam recorrer a cuidados de saúde, assim como a orientação para grupos de apoio. A mulher/casal pode necessitar de algum ritual que auxilie o luto, como uma fotografia do feto, estar com o feto ou recolher impressões digitais do mesmo, sendo que estes rituais devem ser apoiados, providenciados e acompanhados pelo EEESMO.

3.2 Desenvolver competências, científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP num ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e do RN à adaptação à vida extrauterina

Foi sobretudo no BP que desenvolvi competências para cuidar a mulher em TP, todavia durante o contexto MMF também acompanhei mulheres em indução de TP.

O EEESMO é o profissional que possui o conhecimento e a competência para cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em

ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562).

No decorrer do ER tive a oportunidade de prestar cuidados especializados e culturalmente sensíveis a 93 parturientes, nos diferentes estádios do TP, implementei intervenções preconizadas para o desenvolvimento das competências de EEESMO, mantive sempre como pilar da minha prática a teoria de Cuidar de Swanson (1991, 1993), tendo como objetivo o bem-estar da parturiente/família.

O TP define-se por um conjunto de fenómenos fisiológicos, no qual se instalam contrações uterinas regulares e com sensação dolorosa, em frequência e intensidade, que promovem a extinção e a dilatação do colo uterino, a progressão do feto pelo canal de parto até à sua expulsão, assim como, das membranas amnióticas e placenta (Machado & Graça, 2017; Fatia & Tinoco, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008). O TP caracteriza-se por um continuum de fases sucessivas constituído por quatro estádios, sendo que o **primeiro estágio** engloba 2 fases a latente e a ativa. Caracteriza-se pela presença de contrações dolorosas e regulares que resultam no apagamento e dilatação do colo uterino. No entanto, as fases latente e ativa são definidas de forma diferente por distintas entidades. Conforme as orientações da OMS (2018) na fase latente ocorrem contrações uterinas dolorosas, alterações do colo uterino, apagamento e progressão mais lenta da dilatação até aos 5 cm e a fase ativa consiste no período caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, com apagamento e dilatação colo uterino mais acelerado e vai dos 5 cm até dilatação completa. De acordo com o *Consortium for Safe Labor referido no American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2019) Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth* a fase latente pode ir até aos 5-6 cm de dilatação. Porém, de acordo com a DGS (2015b) e o protocolo da instituição onde decorreu este ER, a fase ativa começa aos 4 cm de dilatação cervical com a extinção/apagamento praticamente total do colo. Procede o **segundo estágio** que corresponde ao período expulsivo, que se inicia com a dilatação completa do colo até à expulsão do feto. O **terceiro estágio** refere-se à dequitação, com início após o nascimento que termina com a saída completa da placenta. Por último, o **quarto estágio** designado de período de hemóstase ou puerpério imediato que compreende as primeiras 2 horas após dequitação. (Fatia & Tinoco, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008).

Relativamente, às práticas obstétricas devem pautar-se pelo respeito pelo processo fisiológico e dinâmica própria de cada nascimento, sendo as intervenções cuidadosas e criteriosas quanto à escolha dos recursos tecnológicos disponíveis (FAME & APEO, 2009). Conforme o Regulamento n.º 391/2019 das competências específicas do EEESMO, o seu foco de atuação é o apoio e promoção do parto normal, já que é da sua responsabilidade e do seu domínio de competências assegurar a melhor assistência à parturiente durante o TP.

Com os desígnios acima descritos, prestei cuidados à mulher desde o acolhimento no BP até à sua transferência para o Internamento de Puérperas. Tive a oportunidade de monitorizar o TP em diferentes estádios. Idealmente a grávida apenas deveria ser internada no BP na fase ativa do primeiro estágio, pois segundo a FAME & APEO (2009) não está recomendada a admissão hospitalar na fase latente do primeiro estágio para evitar o intervencionismo e a iatrogenia. No entanto, por diferentes motivos, é comum a grávida ser admitida ainda em fase latente para controlo da dor (grávida muito queixosa e pretende realizar analgesia), por o hospital ser longe da área de residência, por apresentar cardiotocografia (CTG) classificado como suspeito segundo as *guidelines* da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (Ayres-de-Campos et al., 2015), por situações de patologia materna ou fetal ou por outras razões.

No início de cada turno apresentava-me e procurava conhecer a mulher. “a forma como o enfermeiro comunica com a mulher, este primeiro contacto, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.415). Como tal, no primeiro contato com a mulher/CS é fundamental conhecer as suas crenças, expectativas, medos, receios e preferências para o seu TP (Barradas et al., 2015). Outro aspeto relevante prendeu-se com o conhecer as experiências de parto anteriores, quer na perspetiva da parturiente quer do seu CS, de forma a possibilitar a desmistificação de experiências menos positivas, com o intuito de promover o seu bem-estar (Swanson, 1991; Swanson, 1993). Para se conhecer a mulher é necessário estar com ela de forma que se desenvolvam as condições facilitadoras deste processo de conhecimento do outro. O saber estar em termos comunicacionais e relacionais é a base de toda a relação entre o EEESMO e a parturiente/CS (Fonseca, 2016).

O apoio contínuo do EEESMO durante o TP é crucial, este deve manter uma atitude de compreensão, empatia, estar atento à linguagem verbal e não-verbal da mulher, potenciar a autoconfiança e reforçar positivamente a mulher, o que

simultaneamente tranquiliza e promove a fisiologia do TP (Fonseca, 2016). A evidência científica demonstra que o suporte contínuo do EEESMO na interação com a mulher/CS é uma boa prática de cuidados, com resultados ao nível: da promoção do parto normal; do aumento do índice de satisfação da mulher/CS; do decréscimo da duração do TP e da diminuição do recurso a métodos farmacológicos de alívio da dor (*Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses* (AWHONN, 2011). Igualmente, foi providenciado um ambiente tranquilo, acolhedor e confortável, com otimização da luminosidade do ambiente ao gosto da mulher, tal como a presença, apoio emocional e envolvimento prático do CS, favorecendo a evolução do TP (OMS, 2018; FAME & APEO, 2009).

De modo, a conhecer as suas expetativas e preferências em relação ao TP, questionava a mulher/CS a acerca do seu plano de parto (PP), contudo a maioria das parturientes ao meu cuidado não redigiram o seu PP. Todavia, constatei que era frequente idealizarem alguns aspetos a ter em conta no seu TP, nomeadamente a liberdade de movimentos, a não realização de episiotomia por rotina, a clampagem tardia do cordão umbilical. Por conseguinte, procurei integrar estas informações e individualizar o planeamento de cuidados. Na verdade, o PP, escrito ou verbalizado não passa de “um projeto de nascimento, onde estão refletidos os desejos e vontades (...) para o percurso do TP e parto, que culmina com o nascimento” (Lopes, 2016, p. 167). Dessa forma, o EEESMO “atua de acordo com o PP estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.” (Regulamento nº 391/2019, p.13563).

Um outro aspeto que era objeto do meu questionamento às parturientes, diz respeito à frequência do (Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade) CPPP. Estes têm como finalidade capacitar e empoderar a parturiente/CS para a vivência de uma experiência de parto gratificante e saudável, facilitando a aquisição e validação de conhecimentos relativamente às alterações físicas, psicológicas e sociais do ciclo gravídico-puerperal (Pereira, 2016). Como refere Mourato (2015) as parturientes que frequentam CPPP apresentam uma melhor gestão da dor, conseguindo vivenciar uma experiência de parto positiva e, conseqüentemente uma parentalidade saudável.

Após a passagem de turno, antes de me dirigir à parturiente/CS consultava o processo clínico validava toda a informação transmitida na passagem turno, mas também recolhia outras informações relevantes para identificação de potenciais necessidades, com intuito de elaborar o plano de cuidados. As informações relevantes para proceder a

um adequado planeamento de cuidados, incluíam: antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos; história da gravidez atual, resultados de parâmetros analíticos recentes (hemograma atualizado, serologias do 3º trimestre e pesquisa de exsudado vaginal e rectal para *Streptococcus Beta Hemolítico* grupo B), grupo sanguíneo (quando fator *Rhesus* negativo consultava o resultados do teste *Coombs* indireto e certificava a administração da Imunoglobulina Anti-D e respetiva data); parâmetros vitais; avaliação do bem-estar materno-fetal através da monitorização CTG; avaliação do estágio do TP; assim como consultar o Partograma.

Efetivamente, o Partograma constitui um instrumento de trabalho de grande valia no BP, uma vez que integra a informação supracitada, e ainda, a realização ou não de analgesia farmacológica e respetivas horas de administração; a existência de RPM as características do líquido amniótico e a hora da rotura, mas também possibilita ter uma representação gráfica da progressão do TP, monitoriza a sua evolução, atendendo a parturiente e o feto, mediante análise da dilatação cervical e da descida da apresentação fetal (Prada & Rafael, 2016), que quando comparadas com a Curva de Friedman permite a identificação de situações de desvio. Assim, o Partograma não é somente um documento de registo, é também um instrumento de diagnóstico (Barradas et al., 2015). Porém, importa ressaltar que para a correta análise e interpretação do Partograma se considerem todos os fatores que influenciam o TP.

A avaliação do bem-estar materno-fetal constitui uma das competências do EEESMO, assim como, a identificação do risco materno-fetal durante o TP referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (Regulamento nº 391/2019). Sendo assim, juntamente com a orientadora clínica procedi à avaliação do CTG, recorrendo à categorização definida pela FIGO (2015), sendo possível diagnosticar situações de sofrimento fetal e intervir prontamente, de forma autónoma ou interdependente. No BP onde estagiei é norma o recurso à monitorização contínua CTG para avaliar o bem-estar materno-fetal, em desfavor da monitorização intermitente como recomendado pela OMS (2018). Contudo de forma a minimizar o desconforto da parturiente e promover a liberdade de movimentos proporcionei o uso da monitorização com telemetria. A monitorização fetal intraparto visa prevenir, por um lado, a ocorrência de lesões relacionadas com hipoxia/acidose e, por outro lado, a realização de intervenções desnecessárias que acarretam risco de morbilidade materna e/ou fetal (Santo, 2016).

Durante a interação de cuidados com as parturientes procurei respeitar as guidelines internacionais e nacionais de assistência obstétrica no respeito pela fisiologia do TP e minimizando a ocorrência de intervenções desnecessárias (OMS, 1996 e 2018; FAME & APEO, 2009). Nesse sentido não realizei intervenções que promovessem uma conduta ativa do TP. Com efeito, houve técnicas invasivas como a amniotomia que pouco pratiquei (realizei esta técnica apenas em 3 parturientes, com o intuito de promover a progressão do TP). A amniotomia consiste na rotura artificial das membranas, deve ser realizado após uma cuidadosa avaliação das características do colo uterino e da apresentação fetal, tendo como riscos a infecção, o prolapso do cordão umbilical e rutura de vasa prévia (ACOG, 2009). Souza e Amorim (2008) afirmam que a amniotomia também pode ser considerada como um método complementar de diagnóstico para avaliar o bem-estar fetal. Em algumas situações recorri à perfusão ocitócica com o objetivo de promover a progressão do TP e assim evitar partos distócicos por paragem de progressão do TP, possibilitando desse modo que culminassem em partos eutócicos. Procedi à colocação de uma monitorização interna, que consiste na colocação de um eletrodo específico no escalpe fetal, para obter informação mais precisa e rigorosa da FCF da CTG, sendo necessário a existência de RPM ou executar uma amniotomia. Em relação a administração de perfusão endovenosa continua, geralmente a grávida ficava com um acesso venoso obturado e incentivava ao reforço hídrico. Estas técnicas e procedimentos eram realizadas após consentimento livre e esclarecido da grávida. Assim sendo, num ambiente de confiança e respeito pela grávida fiz por ela as técnicas adequadas à progressão do seu TP (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

Relativamente, à avaliação do colo uterino em grávidas de baixo risco as *guidelines* da OMS (2018) recomendam a realização do toque vaginal/observação do colo (posição, consistência e apagamento/dilatação) a intervalos de 4 horas (com o consentimento da parturiente), como uma forma de avaliação da progressão do TP. Esta recomendação tem como objetivo a diminuição do risco infeccioso provocado pela manipulação, reduzindo o risco de morbilidade materna e neonatal e assim como a diminuição do desconforto associado a este procedimento invasivo. Efetivamente, realizei toques vaginais apenas quando era estritamente necessário, explicando à grávida que me encontrava no processo formativo e poderia ser necessário a EEESMO orientadora, confirmar a minha avaliação. O toque vaginal permite avaliar para além das características do colo uterino, a estática fetal associada a realização das manobras de

Leopold (a atitude, a situação, a apresentação, a variedade), o nível da apresentação fetal, as características do assolhado pélvico (como a elasticidade e comprimento do períneo), as características da bacia (tipo de bacia e diâmetros) e a integridade das membranas, verificando a sua rotura e avaliação das características do líquido amniótico. Após a realização do toque vaginal partilhava a minha avaliação com a grávida/CS e simultaneamente efetuava o reforço positivo fomentado a sua crença na capacidade fisiológica do seu corpo para parir de forma natural. Inicialmente senti dificuldade na realização do toque vaginal pelo receio de infligir dor à grávida, assim como, pela dificuldade de avaliação de todos os parâmetros, nomeadamente da variedade fetal e dos diâmetros da bacia. Todavia, ao longo de estágio esta dificuldade foi sendo superada, com o desenvolvimento desta competência, tornando-me cada vez mais experiente e perita na realização desta técnica.

No que se refere à dor presente no TP, a forma como é percecionada é influenciada por fatores fisiológicos, psicossociais e ambientais, muito variáveis de mulher para mulher e de gravidez para gravidez (Lança, 2017). Nesse sentido, procurei conhecer as intenções da parturiente relativamente às estratégias de alívio da dor, enquanto a elucidava sobre os métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor disponíveis e das respetivas vantagens, desvantagens, riscos e complicações associadas.

Em relação às parturientes que optaram pelo recurso a analgesia endovenosa ou loco regional, após o seu consentimento livre e esclarecido, colaborava com outros profissionais de saúde na implementação de intervenções de promoção e controlo da dor (Regulamento nº 391/2019). Nestas situações, assente na premissa estar com, estive com a parturiente, numa perspetiva de apoio contínuo, de modo a minimizar os seus medos e receios, enquanto implementei estratégias de gestão da dor e fiz por ela todas as medidas de preparação para a realização do procedimento, administração, vigilância e avaliação do efeito das medidas implementadas (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

No que concerne às estratégias não farmacológicas de alívio da dor (ENFAD) implementei em todas as parturientes estratégias diversas em função das suas escolhas (mesmo nas que se encontravam com medidas farmacológicas). Desse modo, concebi, planei, implementei e avaliei as intervenções promotoras de conforto e bem-estar da mulher, recorrendo às seguintes terapias de conforto e alívio da dor durante o TP: apoio contínuo; terapia ambiental; presença do CS; adoção de posições verticais; utilização de

bola de Pilates; hidroterapia; aplicação de calor; massagem; musicoterapia e ainda, técnicas respiratórias. Fiz pela parturiente/CS todas as medidas de conforto e alívio da dor que se encontravam disponíveis, e que iam ao encontro do pretendido pela parturiente/CS, contribuindo para uma experiência de parto positiva e satisfatória. Em suma, considero que fui capaz, de forma harmoniosa, conciliar todas estas medidas não farmacológicas de alívio da dor e promover o bem-estar da parturiente. Do mesmo modo, consegui atuar em conformidade com o PP das parturientes.

Relativamente ao segundo estágio do TP “começa com a dilatação cervical completa (10 cm) e apagamento do colo (100%) e termina com o nascimento do bebé” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 453). A duração deste período é condicionada por uma multiplicidade de fatores: a eficácia das contrações; analgesia; condição física e emocional da parturiente; posição, paridade; características pélvicas; tamanho, apresentação e situação do feto e; ainda, o apoio recebido pelo EEESMO (Fatia & Tinoco, 2016). Este estágio pode durar até 3 horas na primípara e na múltipara até 2h (OMS, 2018).

Ao longo do estágio constatei que quando a parturiente se encontra em dilatação completa nem sempre sente necessidade de realizar esforços expulsivos, desse modo a minha conduta foi de respeitar a vontade e o corpo da mulher. De acordo com Lowdermilk & Perry (2008, p.453) “orientar a mulher para esforços expulsivos antes do seu corpo mostrar que está preparado, pode resultar num período prolongado de esforço ativo com progressos limitados ou nulos”. Neste sentido respeitei e promovi a descida fisiológica da apresentação fetal e, aguardei até que a parturiente manifestasse vontade de iniciar esforços expulsivos o que tem inúmeras vantagens, nomeadamente a promoção da descida e rotação passiva da apresentação fetal pelo canal de parto, o aumento da incidência de partos normais, a redução da duração dos esforços expulsivos, a diminuição do risco de exaustão materna e consequente acidose metabólica, a diminuição do risco de lesão perineal (OMS, 2018; Ahmadi et al., 2017; Prins et al., 2011; Roberts, 2002; OMS, 1996).

No contexto de BP, assisti a 58 partos eutócicos, procurei conhecer as preferências da parturiente, de forma a perceber a posição em que se encontrava mais confortável, possibilitei e incentivei a alternância de posições e a liberdade de movimentos, recomendando algumas posições em função da observação realizada através do toque vaginal, assim estive com a parturiente/CS e promovi o seu bem-estar

(Swanson, 1991; Swanson, 1993). Durante o período expulsivo da parturiente respeitei a sua vontade, enquanto promovi e possibilitei a realização de esforços expulsivos espontâneos, desse modo estive com a parturiente e encorajei-a a realizar esforços expulsivos de acordo com os seus instintos fisiológicos, mantendo a crença na sua capacidade de parir de forma instintiva e natural (Swanson, 1991; Swanson, 1993). Assim, e integrando a temática em estudo, quando necessário orientei a parturiente para a realização de EEE, sendo que não a condicionei a realizar esforços expulsivos com recurso à MV. Esta temática será explorada no capítulo seguinte referente aos resultados da PBE relativa aos EEE. Realizei sempre o reforço positivo, envolvi o CS, no sentido de tornar ambos ativos e elementos centrais durante o parto. Contudo, por vezes foi necessário ser mais diretiva, de modo a orientar e apoiar a parturiente, sobretudo, quando esta verbalizava que se sentia incapaz, no sentido de ajudá-la a recuperar o autocontrolo, envolvendo, igualmente, o CS neste apoio (Barradas et al., 2015).

Sempre que observei a coroação da apresentação fetal recorri à manobra de Ritgen modificada, apliquei pressão perineal com uma mão e com a outra mão apoiei a descida fetal e evitei a deflexão rápida da cabeça fetal durante a exteriorização (Couto & Carneiro, 2017). A adoção de medidas protetoras do períneo é aconselhada pela (OMS, 1996; *Royal College of Midwives* (RCM), 2018; OMS, 2018). Após a restituição e rotação externa, pesquisava a presença de circulares cervicais, na maioria das vezes largas e possíveis de retirar. De seguida, apoiando a cabeça fetal exteriorizava o ombro anterior e posteriormente o ombro posterior, sucedendo assim o nascimento e adaptação do RN à vida extrauterina.

Relativamente à expulsão do feto, possibilitei que a parturiente tivesse a oportunidade de vivenciar esse momento de forma única e incentivei que a extração do feto fosse realizada por ela. Foi significativo o número de parturientes que optou por realizar a extração do feto, colocando-o no seu tórax. Com esta intervenção possibilitei que a parturiente se sentisse envolvida no processo de nascimento, desse modo mantive a crença na sua capacidade de ajudar no nascimento do seu filho (Swanson, 1991; Swanson, 1993), estimulei o fortalecimento de vínculo entre mãe e RN, como tal aumentei a sua satisfação e sensação de bem-estar com a experiência de parto. De seguida secava o RN, colocava o gorro e promovia o contato pele-a-pele, aconchegava-o com um pano limpo e quente. O contacto pele-a-pele precoce e o corte tardio do cordão umbilical, preferencialmente realizado pela parturiente ou CS foram sempre integrados

na minha intervenção. O contacto pele-a-pele, nos RN que não apresentem complicações após o nascimento, deve ser uma prática padrão de todos os profissionais de saúde, mantida durante pelo menos a primeira hora de vida, de forma a prevenir a hipotermia e promover a amamentação precoce (OMS, 2018). Apenas em uma circunstância não foi possível a realização do contacto pele-a-pele precoce, que decorreu num parto precipitado em que o RN apresentou um índice de Apgar de 7 ao 1º minuto de vida e necessitou de cuidados especiais.

O terceiro estágio do TP corresponde à dequitação, decorre desde o nascimento até à expulsão da placenta. Relativamente à condução deste estágio existe alguma falta de consenso nas orientações o que permitem adotar uma conduta ativa, exercendo tração controlada do cordão, no sentido da minimização das perdas hemáticas como recomendado pela OMS (2018), ou assumir uma atitude expectante, respeitando a fisiologia do TP. Neste ER adotei a conduta ativa e seguindo a diretriz da EEESMO orientadora, recorri a medidas de tração controlada do cordão após sinais de descolamento da placenta. A maioria das dequitações decorreu pelo mecanismo de Schulze e apenas três pelo mecanismo de Duncan. Imediatamente, após a dequitação verificava a formação do globo de segurança de Pinard e administrava ocitocina endovenosa, segundo protocolo do serviço, de modo a prevenir a hemorragia pós-parto e a manter o bem-estar da parturiente, minimizando o risco de complicações. É de salientar que solicitei sempre o consentimento da parturiente para administração de ocitocina, explicando-lhe as suas vantagens. Seguidamente observava a placenta, verificava as membranas, os cotilédones, a inserção do cordão e o número de vasos. Sempre que a parturiente ou CS manifestavam interesse mostrava a placenta e membranas, explicando como se implantava no útero, a sua utilidade e a forma como o feto se encontrava alojado.

Destacam-se como principais complicações neste estágio a hemorragia pós-parto e a retenção placentar, sendo essencial o EEESMO prevenir, identificar e referenciar as situações que estão para além da área de atuação (Regulamento nº391/2019). Vivenciei três situações de membranas fragmentas, em que foi solicitado o apoio da equipa médica e com recurso a controle ecográfico constatou-se a presença de restos placentares, sendo realizada a revisão manual da cavidade uterina removendo os restos placentares. Também, ocorreu uma situação de retenção placentar e 1h após o nascimento, não

existiam sinais de descolamento da placenta, tendo feito o encaminhamento à equipa médica, e consequentemente, cooperei na dequitação manual.

O quarto estágio do TP corresponde ao puerpério imediato referente ao período de aproximadamente 2 horas após o parto, requer a vigilância da puérpera e da adaptação a vida extrauterina do RN. Prestei cuidados especializados, sendo que promovi a saúde, diagnostiquei precocemente e preveni complicações que possam afetar negativamente a saúde da puérpera e do RN no período pós-natal (Regulamento nº 391/2019). Conforme ICM (2019) é da competência do enfermeiro obstetra prestar cuidados pós-parto abrangentes, culturalmente sensíveis e de elevada qualidade.

Segundo as competências do EEESMO é da sua responsabilidade avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação (Regulamento n.º 391/2019). A episiorrafia e a reparação das lacerações constituíram momentos desafiantes enquanto mestranda. Contudo com o apoio e supervisão da EEESMO orientadora, fui desenvolvendo competências na execução dessa técnica. Tive sempre especial atenção no assegurar a gestão da dor e conforto da mulher durante a execução da técnica. Dessa forma, tive a oportunidade de desenvolver competências na técnica anestesia local em 2 situações de reparação do períneo. Nesta fase, realizava educação para a saúde à puérpera e CS sobre a cuidados perineais, sinais de alerta e conduta na sua presença.

Sempre que possível proporcionava o contato pele-a-pele, enquanto realizava a reparação do canal de parto, avaliando regularmente a vitalidade, a tonicidade e a coloração do RN. Posteriormente eram realizados cuidados imediatos ao RN. Primeiramente, realizava a identificação do RN na presença da parturiente e CS, confirmava com estes o nome e código das pulseiras. De seguida, preferencialmente junto da parturiente/CS procedia a observação física geral (características anatómicas de forma céfalo-caudal), observação do cordão umbilical (2 artérias e uma veia), avaliação do peso; exame neurológico (reflexos primários de moro, sucção, busca, deglutição e preensão palmar); administração intramuscular de 1mg de vitamina K; administração de profilaxia ocular, segundo protocolo da instituição, quando indicado; colocação da fralda e vestia o RN, observando a sua reatividade e interação com o ambiente (Rua et al. 2020).

Neste período de vigilância prestei apoio na adaptação do RN à mama, vigiei e/ou auxiliei no posicionamento e boa pega, avalei a coordenação dos reflexos de sucção e

deglutição, potencie o vínculo entre a díade. De igual modo, prestei cuidados à puérpera de forma a identificar desvios à normalidade da fisiologia das alterações físicas após o parto, monitorizei sinais vitais, realizei a gestão da dor, avaliei o estado geral da puérpera, pele e mucosas, mamas (presença de colostro e tipo/integridade dos mamilos), contração uterina (globo de segurança de *Pinard*), características e quantidade dos lóquios, integridade perineal/ características da laceração/sutura, vigilância de eliminações urinária e intestinal após o parto, assegurei os cuidados de higiene e conforto (Santos & Baptista, 2016).

Aproveitei estes momentos privilegiados de interação para estar com a tríade e escutar atentamente, conhecer, o seu relato da experiência de parto, possibilitei sempre que possível a permanência do RN junto da mãe e do CS, mantive a crença na capacidade da mãe/CS de cuidar do RN e possibilitei a transição para a parentalidade positiva e saudável.

3.3 Cuidar da mulher e convivente significativo, através do uso dos esforços expulsivos expiratórios para promover uma experiência de parto positiva

Pretende-se neste subcapítulo, descrever detalhadamente o percurso realizado de modo a concretizar o desenvolvimento de competências no cuidar da mulher e CS, através do uso de EEE para promover uma experiência de parto positiva.

No decorrer do ER propus-me desenvolver estratégias promotoras dos EEE junto dos profissionais de saúde e das mulheres/CS a meu cuidado. Com esse intuito, foi importante a revisão scoping e a pesquisa bibliográfica contínua que me permitiram atualizar conhecimentos, fundamentar e melhorar a minha prática de cuidados.

Durante os contextos CSP e MMF promovi os EEE junto grávidas, abordando esta temática durante a interação de cuidados, percebendo se tinham conhecimento sobre a mesma, bem como sobre os seus benefícios e eventuais contraindicações. Esta abordagem no período pré-natal, fez-me todo o sentido, visto que permitiu sensibilizar as grávidas sobre a importância dos EEE, capacitando-as para decidir de forma consciente e esclarecida relativamente aos esforços expulsivos, devendo o EEESMO, não decidir pela grávida, mas sim, manter a crença na sua capacidade de escolha e decisão, tal como defende Swanson (Swanson 1991; Swanson, 1993).

Igualmente, no decorrer deste percurso formativo e nos diferentes contextos clínicos, partilhei o meu conhecimento sobre os benefícios/ resultados da prática dos EEE com os meus pares e outros profissionais de forma informal e formal (planeando e realizando sessões formativas), promovendo a reflexão da equipa de saúde acerca da importância dos EEE, para a vivência de uma experiência de parto positiva. Esta estratégia, permitiu-me compreender de que modo esta temática é percecionada e utilizada pelos profissionais que prestam cuidados à mulher grávida/parturiente, tendo ficado claro que é pouco divulgada e utilizada, pelo que, em algumas ocasiões os cuidados prestados poderão ficar aquém das expectativas das mulheres. Constatar este facto, constitui-se como fonte de motivação para o desenvolvimento do meu estudo e de competências.

Nas sessões formais de formação dirigidas à equipa de saúde nos contextos de CSP e de MMF, enfatizei os achados sobre os resultados/efeitos dos EEE, obtidos na SR. De modo, a avaliar o impacto destas iniciativas, foram aplicados questionários. Nos CSP foi aplicado um questionário, em que a escala de medida variava entre 1 (Insuficiente) a 4 (Muito Bom), tendo-se verificado que 100% dos participantes classificou com Muito Bom o interesse na temática. Na MMF foi aplicado um questionário, em que a escala de medida variava entre 1 (Discordo) a 4 (Concordo totalmente) tendo-se verificado que 87,5% dos participantes classificou com Concordo Totalmente a utilidade da sessão para a sua atividade profissional. Os relatórios da avaliação das sessões de formação nos CSP e na MMF encontram-se respetivamente no Apêndice 10 e 11.

No contexto de BP para além da divulgação informal da temática junto dos profissionais de saúde, pude promover e implementar a prática dos EEE com as parturientes. Neste sentido, antes de propor o recurso ao EEE como técnica de realizar esforços expulsivos, procedia à avaliação da parturiente, validando a presença dos critérios de inclusão definidos (grávida em TP com gravidez termo e de baixo risco) e só depois divulgava o meu estudo, esclarecia dúvidas e solicitava à parturiente o seu consentimento informado para a realização da intervenção, dando tempo e espaço para a tomada de decisão livre e consciente. Procurei, à priori, avaliar os conhecimentos sobre os EEE e mediante a sua literacia facultei as informações, numa lógica de ensinar, instruir e treinar com a parturiente e CS a intervenção. Expliquei, demostrei e validei a execução dos EEE descrito por Barasinski et al. (2020) como puxo dirigido com glote aberta, após uma inspiração profunda fazer uma expiração prolongada, com contração dos músculos

abdominais, durante o máximo de tempo possível. No entanto, ressalvei que era dado primazia à sua vontade fisiológica de fazer força, ou seja, aos esforços expulsivos espontâneos, pelo que somente iria intervir quando os seus esforços expulsivos espontâneos não fossem eficazes ou apresentasse dificuldade em identificar as contrações. Nessa lógica, durante a interação de cuidados estive com a parturiente/CS adotei uma postura de disponibilidade, que possibilitou o estabelecimento de um ambiente seguro alicerçado numa relação de confiança. Como tal, considero que consegui criar um ambiente promotor e propício ao uso dos EEE, porém mantive a crença na sua capacidade de parir de forma instintiva e natural (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

A amostra do estudo foi constituída por 21 parturientes que cumpriram os critérios de inclusão, aceitaram participar e utilizaram os EEE. Os dados colhidos com recurso aos instrumentos elaborados para o efeito (Registo de Interação e Questionário de Satisfação com o Parto e EEE) foram sujeitos a análise segundo a tipologia das variáveis a estudar. Os resultados obtidos mediante a análise de conteúdo efetuada ao *verbatim* das respostas abertas do questionário (Apêndice 6) serão apresentados concomitante com os dados estatísticos resultantes da análise dos dados quantitativos (Apêndice 7), e discutidos em simultâneo com recurso aos achados da RS.

Caraterização sociodemográfica da amostra: a idade média das participantes situou-se nos 29,43 anos sendo o mínimo de 17 anos e o máximo de 41 anos, o Desvio Padrão foi de 5,418. Relativamente às habilitações académicas 9,5% tinham o ensino básico, 52,4% tinham o ensino secundário, 23,8% licenciatura, 14,3% mestrado. Quanto à nacionalidade 85,7% eram portuguesas, 14,3% apresentavam outra nacionalidade (Brasileira e Russa).

Caraterização obstétrica da amostra: no que diz respeito à paridade 19% eram multíparas, 33,3% primíparas e 47,6% nulíparas. Quanto ao tipo de parto, 100% das participantes tiveram um parto eutócico. Durante a gravidez apenas 28,6% (N=6) das participantes frequentaram CPPP.

Variáveis caraterizadoras da intervenção: Utilização de Esforços Expiratórios Expulsivos durante o período expulsivo

Durante o período expulsivo 81% (N=17) das participantes utilizou a técnica dos EEE e 19% (N=4) os esforços expulsivos espontâneos, sendo este resultado superior ao obtido por Baransinski et al. (2020), em que somente 65% das mulheres do grupo de

intervenção aderiu ao puxo com glote aberta em pelo menos metade das contrações. Nenhuma das participantes revelou ter recorrido à MV.

A totalidade das participantes que não utilizaram os EEE (N=4) não detinham conhecimento prévio sobre esta técnica. Já as parturientes que utilizaram os EEE (N=17), 35,3% (N=6) revelaram ter conhecimento prévio sobre os EEE, porém 64,7% (N=11) também desconheciam a existência dos EEE antes de lhes disponibilizar esse conhecimento. Das seis participantes que demonstraram conhecimento prévio dos EEE, cinco (83,3%) adquiriram esse conhecimento no CPPP e treinaram nesse contexto a técnica e apenas uma (16,7%) através de um profissional de saúde. Das 17 parturientes que utilizaram os EEE, apenas uma (5,9%) revelou ter utilizado os EEE em partos anteriores.

Importância do conhecimento e treino durante a gravidez dos EEE para potenciar os contributos dos EEE no período expulsivo

Grande parte das participantes (76,5%) que utilizaram durante o período expulsivo os EEE, consideraram que o conhecimento e treino prévio da técnica constituía um fator facilitador para potenciar os EEE. Estes achados também assomaram em verbalizações como: “O conhecimento da técnica foi importante, pois facilitou o seu uso durante o parto.” (R3) e “...conhecimento da técnica no CPPP facilitou a compressão e a realização da mesma.” (R16).

A totalidade das participantes (100%) que utilizaram os EEE, pretendem num próximo parto, voltar a recorrer a esta técnica como é visível no testemunho “... sem dúvida nenhuma que noutro parto usaria, foi um grande aliado no meu parto.” (R19).

As participantes no estudo não sentiram dificuldade em compreender a técnica dos EEE, pois obteve-se um score médio de 1,59 (numa escala de avaliação em que 1 é Nada e 4 é Muito), sendo igualmente patente nos testemunhos “Fácil compreensão bastando ser explicado na altura” (R11) e “Para mim foi fácil de compreender quando a enfermeira explicou.” (R13). Apenas duas participantes (11,8%) que utilizaram os EEE, sentiram dificuldade em compreender a técnica, considerando que o conhecimento prévio “Teria facilitado compressão da mesma” (R21). Na avaliação da dificuldade em executar a técnica dos EEE, obteve-se um score médio de 1,47 (numa escala de avaliação em que 1- é Nada e 4 é Muito), o que também traduz facilidade na execução dos EEE, sendo que, apenas uma participante (5,9%) revelou ter sentido dificuldade “... inicialmente tive alguma dificuldade em usar” (R1).

Apesar das participantes neste estudo que utilizaram os EEE, não terem manifestado grande dificuldade na sua compreensão e execução, consideraram o conhecimento prévio da técnica como facilitador para a sua execução durante o período expulsivo. Este resultado está alinhado com o apontado por Barasinski et al. (2016) que referem, ser improvável que as mulheres em TP tenham sido bem treinadas em qualquer um destes diferentes tipos de puxos, considerando que, o TP provavelmente não é o melhor momento para aprender diferentes métodos de puxo, porém essa foi a estratégia utilizada pelos investigadores em quase todos os estudos randomizados que integraram a SR que efetuei. Efetivamente, dos cinco estudos primários randomizados selecionados, somente no estudo desenvolvido por Barasinski et al. (2020) as participantes realizaram CPPP que incluía o treino específico dos dois tipos de puxo dirigido. Tal como o expresso na literatura, grande parte da amostra em estudo (64,7%) não tinha conhecimento dos EEE e apenas 29,4% os tinham treinado durante a gravidez.

Outro facto relevante para o sucesso dos EEE é a intervenção de apoio e orientação do EEESMO “Não sentia a contração..., mas com orientação da enfermeira consegui identificar a contração e fazer força controlada...” (R3); “O apoio da enfermeira facilitou o processo “(R9); “...foi essencial a ajuda dos profissionais que me acompanharam e sempre me orientaram “(R19), o que vai ao encontro dos resultados dos estudos de Barasinski et al. (2016; 2020) que referem que os profissionais de saúde devem desenvolver competências sobre os tipos de puxo, para que possam orientar e apoiar adequadamente as parturientes.

Análise da relação entre a utilização dos EEE, a gestão da dor no período expulsivo, a posição adotada, a duração do período expulsivo, a integridade do períneo após o parto, a satisfação com a experiência de parto e os *outcomes* neonatais (adaptação do RN à vida extrauterina/Índice de Apgar)

- **Gestão da dor no período expulsivo**

Em relação a gestão da dor no período expulsivo, constatou-se que 81% (N=17) das parturientes em estudo estavam sob efeito de analgesia epidural (AE) durante o período expulsivo e 19% (N=4) sem AE.

Quanto à utilização simultânea dos EEE e da AE verificou-se em 14 parturientes (66,7%).

Uma das parturientes não utilizou os EEE e não estava sob o efeito de analgesia epidural (4,7%), 3 parturientes (14,3%) estavam sob o efeito de AE e não recorreram aos EEE e 3 parturientes (14,3%) não efetuaram AE mas executaram os EEE.

No estudo de associação entre as variáveis: analgesia epidural no período expulsivo e o recurso aos EEE, utilizei o teste não paramétrico do Qui-quadrado de Pearson por serem duas variáveis nominais/categoriais. Como não se verificaram o cumprimento de todos os pressupostos de utilização deste teste: Independência de resíduos; todas as frequência esperadas têm de ser superior a 1; pelo menos 80% das frequências esperadas têm de ser maiores ou iguais a 5 e um $N > 20$ (Marôco, 2011, p.104), nomeadamente o pressuposto “pelo menos 80% das frequências esperadas sejam maiores ou iguais a 5”, optei pelo teste exato de Fisher, que deve ser utilizado em alternativa para amostras independentes de pequena dimensão, servindo para testar a hipótese de que duas variáveis apresentadas numa tabela de contingência estão associadas (Marôco, 2011, p.108). O resultado obtido ($p=0,602$), assevera que não existe associação significativa pelo que o controle da dor com recurso à analgesia epidural no período expulsivo não influencia a prática dos EEE. Todavia é importante compreender que a analgesia epidural pode atenuar o aumento fisiológico da oxitocina que ocorre durante a período expulsivo (Barasinski et al., 2016; Lemos et al., 2016), pelo que as mulheres com analgesia epidural, se for necessário efetuarem o puxo dirigido, devem estar capacitadas a escolher o tipo de puxo, segundo a sua preferência e experiência (Barasinski et al., 2020). Por outro lado, o expirar durante o puxo foi sentido pelas parturientes de forma positiva quanto à gestão da dor, tal como é patente em alguns testemunhos “... a respiração me ajudou na dor” (R9); “Foi muito eficaz a reduzir a dor...” (R11); “...concentrar na respiração levou ao alívio da dor” (R19) o que é concordante com o descrito por Yildirim & Beji (2008) pois as mulheres que utilizaram os esforços expulsivos espontâneos referem menos problemas em gerir a dor e menor desconforto durante o puxo.

Verificou-se que a totalidade das parturientes ($N=21$) recorreu simultaneamente a ENFAD durante o TP (1ª e 2ª fase), o que impossibilita o estudo da associação desta variável com o tipo de esforços expulsivos (não tem variabilidade, é uma constante).

- **Posição adotada durante o período expulsivo**

A totalidade das parturientes ($N=4$) que utilizaram no período expulsivo os esforços expulsivos espontâneos, pariram na posição de litotomia dorsal, enquanto as parturientes

que recorreram aos EEE (N=17) adotaram outras posições para parir (47,1%- posição sentada; 41,2%- posição litotomia dorsal; 5,9%- litotomia lateral; 5,9% posição com 4 apoios). Face a esta constatação, pretendi estudar se existia associação entre a posição adotada durante o período expulsivo e a utilização dos EEE ou dos esforços expulsivos espontâneos. Por serem duas variáveis nominais/categoriais, recorri ao teste de Qui-quadrado de Pearson. Porém o pressuposto “pelo menos 80% das frequências esperadas sejam maiores ou iguais a 5” (Marôco,2011, p.104) não estava cumprido, pelo que optei pelo teste exato de Fisher. O resultado obtido ($p=0,272$), revela que não existe associação significativa entre a posição adotada no período expulsivo e o tipo de esforços expulsivos que a parturiente executa.

- **Duração do período expulsivo**

A duração média do período expulsivo situou-se nos 30,50 minutos sendo o mínimo 15 minutos e o máximo 60 minutos, o desvio padrão foi de 12,020 minutos.

Para estudar a relação entre estas duas variáveis utilizei o teste exato de Fisher para testar a independência das variáveis, por todos os pressupostos de utilização deste teste estarem cumpridos, obtendo-se um resultado $X^2_{(8)} = 6,146$; $p=0,857$, o que revela que o tipo de esforços expulsivos não influencia a duração do período expulsivo. Considerando o estudo de Yildirim & Beji (2008) implementei a intervenção de ensinar, instruir e treinar as participantes sobre os EEE no 1º estágio do TP, pois segundo estes investigadores, o conhecimento sobre os esforços expulsivos espontâneos no 1º estágio do TP e apoio e incentivo do seu uso no 2º estágio do TP, sugerem uma menor duração do 2º estágio do TP e menos intervenções. Efetivamente (Yildirim & Beji, 2008), verificaram que a utilização do esforço espontâneo diminuía o 2º estágio do TP, porém noutros estudos a utilização de esforços expulsivos com glote aberta estava associada ao aumento da duração do período expulsivo (Koyucu & Demirci, 2017; Lee et al., 2019; Prins et al., 2011), pese embora, estudos mais recentes (Araújo et al., 2021; Barasinski et al., 2020) não comprovem que o tipo de puxo interfira na duração do 2º estágio do TP, sendo o resultado obtido no meu estudo idêntico a estes. Ainda assim, vão de encontro às orientações da ACOG (2003), da *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2014) e DGS (2015) que preconizam a duração máxima do período expulsivo de duas horas na nulípara e de uma hora na múltípara; no caso de utilização de analgesia epidural, estes máximos devem ser acrescidos de 1 hora.

- **Integridade do Períneo após o parto**

Constatou-se que 50% das parturientes que não utilizaram os EEE tiveram períneo intacto após a expulsão do feto e placenta, 25% tiveram laceração de grau I não suturada e 25% lacerações de grau I que requereu sutura. Já as parturientes que utilizaram os EEE em 23,5% dos partos o períneo ficou intacto, 35,3% das parturientes, apresentaram laceração de grau I não suturada, cerca de 29,4% laceração de grau I suturadas, e observaram-se 11,8% de laceração de grau II. Porém não se constatou ocorrência de lacerações de grau III ou IV e nem de episiotomias. Em virtude da diversidade dos resultados acima reportados, achei pertinente estudar a associação entre a utilização de EEE e o resultado ao nível do períneo. Recorri ao teste exato de Fisher para testar a independência das variáveis por todos os pressupostos de utilização deste teste estarem cumpridos, obtendo-se um resultado $X^2_{(3)} = 1,420$; $p = 0,874$, tendo-se constatado que não existe associação estatisticamente significativa, pelo que o estado do períneo após o parto nesta amostra, não foi influenciado pelo tipo de esforços expulsivos efetuados.

Todavia, a técnica expiratória é uma estratégia eficaz na proteção do períneo e redução do trauma perineal, pois induz a redução da pressão abdominal, bem como uma lenta distensão perineal (Ahmadi et al. 2017), pelo que, parece ser o método mais benéfico para as estruturas pélvicas, como tal é um método mais adequado para garantir a integridade do assoalho pélvico (Koyuru et al. 2017).

- **Satisfação com a experiência de parto**

Procedi ao estudo da satisfação manifestada nas dimensões: contributo dos EEE para uma experiência de parto positiva; contributo dos EEE para a satisfação na fase de expulsão; contributo dos EEE para a experiência de parto em geral.

Os resultados obtidos revelam que a prática dos EEE contribuíram para uma **Experiência de Parto Muito Positiva** (numa escala em que 1 corresponde a Nada, 2 a Pouco, 3 a Bastante e 4 a Muito), sendo a média=3,82 e o desvio padrão=0,393). Não foi possível estudar a associação entre estas duas variáveis pois a variável “Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto” é um constante (não tem variabilidade).

O score médio de **Satisfação durante a fase de expulsão** (média=3,81; desvio padrão =0,402) é Muito elevado (numa escala em que 1 corresponde a Nada, 2 a Pouco, 3 a Bastante e 4 a Muito). Verificou-se que as participantes que não recorreram a esta

técnica (utilizaram os esforços expulsivos espontâneos) 75% revelaram estarem Bastante satisfeitas (3) e apenas 25% Muito satisfeitas (1). Já as participantes que utilizaram no período expulsivo os EEE evidenciam níveis de satisfação nessa fase mais elevados (94,1%-Muito satisfeitas e 5,9%- Bastante satisfeitas). Face a estas diferenças nos níveis de satisfação era mandatório estudar a associação entre a utilização dos EEE e a Satisfação no período expulsivo. Para tal recorri ao teste exato de Fisher, constatou-se uma associação estatisticamente significativa ($p=0,012$), o que permite inferir que **as parturientes que executam os EEE na fase de expulsão revelam níveis de satisfação mais elevados.**

O score médio de **Avaliação da experiência de parto em geral** foi de 4,57, (numa escala de avaliação em que 1 corresponde a Muito Negativa e 5 a Muito Positiva). Porém constatou-se que 70,6% das parturientes que utilizaram os EEE sentiram que tiveram uma Experiência Muito Positiva e apenas 25% das parturientes que não utilizaram os EEE tiveram este sentimento. Porém apesar destas diferenças o estudo da associação entre a utilização dos EEE e a Experiência de Parto em Geral com recurso ao teste exato de Fisher, denota que não existe uma associação significativa ($p=0,181$), pelo que a avaliação que as parturientes fazem da sua experiência de parto no geral não se relaciona com o recurso aos EEE ou a outro tipo de esforços expulsivos de glote aberta.

Os elevados níveis de satisfação das parturientes que utilizaram os EEE também emergiram na análise de conteúdo efetuada aos dados qualitativos, em que as participantes que referiram o contributo dos EEE para o aumento do bem-estar e satisfação com a sua experiência de parto, a diminuição da fadiga e a vivência do lado instintivo do TP, sendo os seguintes relatos os mais representativos desta subcategoria bem-estar e satisfação "...consegui fazer a força de forma controlada... gostei imenso" (R3); "...não me senti cansada durante o parto." (R3); "...consegui dosear a força que fazia de forma mais eficaz...experiência muito positiva." (R4); "...que controlava a situação algo que fosse espontâneo algo que o meu corpo pedia." (R6); "Com esta técnica fiquei mais calma e controlei melhor a respiração...e a força." (R16); "não me senti cansada e foi muito natural e inato." (R21); "Fiz a força ...ao meu ritmo ...consegui ter um parto que desejei." (R21). Na literatura também é possível identificar resultados similares tendo as parturientes sentido que os puxos foram mais eficazes, induzindo maior satisfação com a técnica de puxo de glote aberta dirigido (Yildirim & Beji, 2008),

maior controle emocional materno (Araújo et al., 2021), como tal, os resultados dão suporte à prática de a grávida “sentir os seus esforços expulsivos espontâneos” durante o 2ª estágio de TP (Lee, 2019).

- **Outcomes neonatais**

Em relação à adaptação a vida extrauterina dos RN em que as parturientes recorreram ao uso de EEE, não se verificaram casos de índice de Apgar inferior a 8 (ao 1º, 5º e 10º minutos de vida), não havendo necessidade de reanimação neonatal, ou internamento na Unidade de Cuidados Especiais. Dessa forma, os resultados encontrados sugerem que os EEE são promotores de *outcomes* neonatais favoráveis, indo de encontro ao explanado em vários dos estudos que integraram a SR (Araújo et al., 2021; Lee et al., 2019; Koyucu & Demirci, 2017; Barasinski et al., 2016; Yildirim & Beji, 2008).

Principais Limitações do estudo

A amostra reduzida não permite generalizar conclusões.

A utilização de outro tipo de puxo com glote aberta durante o período expulsivo, pode trazer limitações ao conhecimento do verdadeiro efeito dos EEE, justificando a necessidade de continuar a investigar esta temática, com o intuito de identificar claramente as suas potencialidades e contributos para uma experiência de parto positiva.

Conclusão

Pese embora as limitações apresentadas, os objetivos propostos para o estudo foram alcançados, respeitando todos os princípios éticos nas diversas fases da investigação. Assim, considero que o estudo fornece contributos válidos para a melhoria dos cuidados prestados às parturientes, inscrito no respeito pelo direito a um parto normal.

3.4 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, apoiando o processo de transição à parentalidade

Ao longo do ER desenvolvi aprendizagens e competências enquanto futura EEESMO, com a finalidade de cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal, através de intervenções de enfermagem que visam potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação para a parentalidade (Regulamento nº 319/2019)).

Como tal, a minha atuação como futura EEESMO no puerpério foi direcionada para a promoção do autocuidado da puérpera, a sua autonomia nos cuidados ao RN, no sentido de promover a vinculação da díade/tríade e o desenvolvimento de competências parentais.

O puerpério segundo a DGS (2015a) consiste no período de recuperação física e psicológica com início após o nascimento do(s) RN até às 6 semanas pós-parto ou 42 dias. Lowdermilk e Perry (2008) reforçam que para além de ser um período de recuperação, é simultaneamente um momento de reestruturação para a mãe, RN, casal e família, em que a mãe retoma ao estado não gravídico, enquanto o RN se adapta ao meio extrauterino e, a “nova família” se adapta a esta transição com a incorporação de novos papéis e novas dinâmicas. Este é um período fundamental para o processo de vinculação quer da díade quer da tríade que se iniciou no período pré-natal. A intervenção do EEESMO é crucial na promoção do conforto, na educação para a saúde e no empoderamento da puérpera e do casal para esta nova etapa do seu ciclo de vida. Nesse sentido, o EEESMO deve estabelecer uma relação de confiança com a puérpera/CS, de modo a identificar as suas reais necessidades de cuidados para conceber, planear, implementar e avaliar intervenções promotoras do AM, do apoio à adaptação pós-parto, da promoção da saúde mental potenciando a parentalidade responsável (Regulamento n.º 391/2019) e promovendo o processo de vinculação.

Desta forma, nos momentos de interação com a puérpera conheci as suas necessidades de cuidados e possibilitei o desenvolvimento de competências para o seu autocuidado e cuidados ao RN (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

Em contexto de Internamento de Puerpério observei e prestei cuidados de enfermagem especializados a 23 puérperas. Cuidei das puérperas de forma holística, atendendo às suas necessidades individuais e prestando cuidados centrados na mulher/casal. Nesse sentido realizava uma avaliação física completa e obstétrica à puérpera de forma a detetar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o período pós-natal (Regulamento n.º 391/2019). O RN era igualmente objeto dos meus cuidados, realizava a observação física céfalo-caudal, avaliava o seu comportamento geral, interações, reflexos, diagnosticava e prevenia precocemente complicações e referenciava quando estas estão para além da nossa área de atuação (Regulamento n.º 391/2019).

Os RN que observei não tinham malformações aparentes, mas alguns deles requeriam uma maior vigilância por apresentarem icterícia e outros por prematuridade com risco aumentado de perda ponderal e de hipoglicemia. Nestas situações, dotei a puérpera de conhecimentos acerca das necessidades específicas desses RN, dos procedimentos a realizar e esclareci dúvidas. Nestes casos em particular cooperei com outros profissionais no tratamento do RN com problemas de saúde no período neonatal (Regulamento nº 319/2019).

A icterícia no RN caracteriza-se pela coloração amarelada da pele, poderá ser um evento normal, desde que os valores no sangue (bilirrubinemia) não sejam elevados, considerando-se níveis séricos de bilirrubina total superiores a 5-7mg/dl. A icterícia pode ser fisiológica ou patológica, sendo que a fisiológica surge normalmente após as 24h de vida, não atingindo valores de bilirrubina elevados (Sena et al., 2015). O tratamento mais comum é a fototerapia que consiste na exposição do RN a luz de elevada intensidade, capaz de transformar a bilirrubina indireta (molécula lipossolúvel) em uma molécula mais hidrossolúvel, aceitando assim, sua eliminação do organismo sem necessidade de conjugação. Esta terapêutica tem como objetivo reduzir os níveis de bilirrubina indireta e, dessa forma, impedir sua passagem ao sistema nervoso central (Sena et al., 2015). Para a realização do tratamento preparei o equipamento necessário e informei puérpera acerca dos cuidados a ter com o RN em fototerapia, capacitei-a para o cuidado ao RN de forma autónoma, mantive sempre a supervisão do tratamento e avaliei a tolerância do RN.

Também prestei cuidados a RN prematuros, com IG de nascimento entre as 34-36 semanas, com peso inferior a 2000gr ao nascer, que necessitavam maior vigilância das glicémias, e implicavam maior suporte à puérpera em relação à amamentação, suplementação e ensinios sobre a estimulação da mama/produção de leite materno (LM). Os valores ideais de glicémia, no RN com mais de 34 semanas de idade gestacional e com menos de 24 horas de vida são 45 mg/dl após alimentação (Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN), 2013), de modo a garantir a segurança do RN, avaliei a glicémia capilar, mediante a recolha amostra de sangue periférico 1h após a alimentação com LM e/ou suplementação com leite para prematuros.

Para além destas intervenções, tive a oportunidade de realizar a vacinação dos RN segundo o Plano Nacional de Vacinação com a administração da primeira dose contra a hepatite B e colaborei no Programa Nacional de Diagnóstico Precoce através da

realização do rastreio bioquímico neonatal. De ressaltar, a realização dos respetivos ensinamentos à puérpera e solicitei o seu consentimento, livre e esclarecido.

Nas colheitas de sangue em alguns RN utilizei medidas não farmacológicas para controlo da dor e desconforto, como a sucção não nutritiva simultaneamente com a utilização da glicose, indo ao encontro do que defendem Lowdermilk e Perry (2008) de que “a combinação destas medidas não farmacológicas resulta numa maior redução da dor.” (p. 634).

A promoção do AM é da competência do EEESMO, e o Internamento no Puerpério é um importante momento para a promoção e estabelecimento da amamentação, assim como na educação para a saúde neste âmbito. O AM consiste num processo de interação entre a díade, mãe e filho, tendo inerente repercussões no desenvolvimento cognitivo, emocional e no estado nutricional da criança, assim como implicações na saúde física e psíquica materna (D’Artibale & Bercini, 2014). O hospital onde decorreu este contexto de estágio é reconhecido como Hospital Amigo dos Bebés, esta classificação é atribuída a Hospitais que cumpram as dez medidas definidas pela OMS e pela UNICEF. Também é de sublinhar que as puérperas a quem prestei cuidados encontravam-se muito motivadas para o AM, o que foi sem dúvida uma mais-valia porque estavam ávidas a toda a informação que transmitia. As intervenções de enfermagem que desenvolvi foram explicar sinais de boa pega, demonstrar as diversas posições que podem ser adotadas, incentivar a amamentação em horário livre, elucidar acerca das complicações decorrentes da “subida do leite” e formas de atuar, para que possam estar capacitadas para agir no domicílio. Frequentemente mais do que ajuda, a necessidade destas mulheres é o reforço positivo, o incentivo, sentirem-se seguras na sua prática e entenderem que o processo não é fácil, o que não significa necessariamente uma falha da parte delas ou na qualidade do seu leite. Especificamente concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM (Regulamento nº 319/2019).

Concomitantemente promovia a orientação e suporte à puérpera no autocuidado e a cuidar do seu filho (Regulamento n.º 391/2019), através de ensinamentos diários sobre a importância do sono e repouso do RN em ambiente calmo e tranquilo, cuidados e limpeza do coto umbilical, mudança da fralda, cuidados de higiene como o banho. Para além destes ensinamentos, reforçava a importância de deteção de sinais de alerta e como proceder na presença de algum sinal (Regulamento n.º 391/2019).

O regresso a casa é sem dúvida um momento de grande felicidade, no entanto poderá ser também um momento de grande ansiedade. Como futura EEESMO acredito que uma boa preparação para a alta, potência a autonomia e o empoderamento da mãe e CS. Nesse sentido a preparação do regresso a casa deve ser um processo contínuo que se constrói diariamente, atendendo às necessidades individuais de cada tríade. Após a alta hospitalar, é importante assegurar o suporte à puérpera/casal, mediante a vigilância da sua saúde e a do RN, assim tive a oportunidade de realizar três consultas de puerpério e de saúde infantil ao RN nos CSP, intervindo no âmbito da promoção da saúde da puérpera e RN (Regulamento n.º 391/2019), através de informação e orientação sobre sexualidade e contraceção, apoio ao AM e adaptação no pós-parto (Regulamento n.º 391/2019), desenvolvimento do RN, sinais e sintomas de alarme, realizei a observação do RN e a avaliação da evolução ponderal.

Neste ER não foi possível desenvolver competências para a prestação de cuidados de EEESMO ao casal no sentido da promoção da vinculação da tríade, pois devido ao contexto pandémico não era permitido a presença do CS. Efetivamente, não foi possível vivenciar momentos de interação da tríade, nem atuar junto da mesma.

Relativamente ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados a RN com necessidades especiais encontra-se descrito no Apêndice 12. Como referido no ICM (2019) o EEESMO detém competências para prestar cuidados abrangentes e de elevada qualidade a bebés, sendo possuidor de conhecimento e/ou entendimento aprofundado sobre o crescimento e desenvolvimento normal do RN prematuro.

3.5 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o período do climatério e a vivenciar processos saúde/doença ginecológico.

Durante o ER foi possível desenvolver aprendizagens e competências de EEESMO, no cuidar da mulher durante o climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológico, através da observação participativa na Unidade de Técnicas de Ginecologia (UTG). Nesta unidade realizam-se exames diagnósticos e/ ou tratamentos de patologias do foro ginecológico e reprodutor. A mulher é a entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem especializados do EEESMO durante a maior parte do seu ciclo vital. Sendo que, o EEESMO, privilegia entre outras intervenções, a educação para a saúde e a integração da evidência científica no planeamento, execução e avaliação dos

cuidados prestados à mulher, família e comunidade (ICM, 2019), assentes na premissa de fazer pela mulher o que esta faria se conseguisse, promovendo assim o seu bem-estar (Swanson,1991; Swanson, 1993).

Segundo o Regulamento n.º 391/2019 o EEESMO é detentor de conhecimentos e competências necessários para cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, promovendo a saúde no âmbito da saúde sexual, diagnosticando e prevenindo precocemente complicações e referenciando para cuidados, quando fora do âmbito do seu domínio de competências.

o EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. (Regulamento 391/2019, p. 13561).

Concretamente, o climatério é o período da vida biológica da mulher que marca a transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo, e no qual ocorre a diminuição progressivo da função ovárica e hormonal. “Esta fase estende-se ao longo dos anos, desde o começo do declínio ovárico pré-menopáusico até ao período pós-menopáusico, quando desaparecem os sintomas” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.75). Neste período ocorre a última menstruação designada menopausa, que simultaneamente representa o término da atividade menstrual e significa o fim da idade fértil ou reprodutiva. Embora esta alteração fisiológica seja diferente de mulher para mulher (35 e os 60 anos) a idade média é aos 51 anos (Cigarro et al., 2010). Contudo, o climatério compreende não só sinais e sintomas físicos, como também repercussões a nível psicológico e comportamental devido às representações sociais e fatores culturais que lhe estão associados (Cigarro et al., 2010).

Durante este contexto de estágio deparei-me com mulheres a vivenciar o climatério que referiam sintomas como insónia, secura vaginal e alterações de humor. Para estas mulheres foi essencial salientar intervenções, para a higiene do sono, nomeadamente, aconselhar técnicas de relaxamento antes do período de sono (musicoterapia, banho, leitura adequada e calma), ensinar sobre a manutenção do ambiente calmo no local de repouso, aconselhar a realização de exercício físico

moderado, de modo a promover o relaxamento e sono tranquilo (Cigarro et al., 2010). Bem como a referenciação para um ginecologista para tratamento das alterações, associadas ao hipoestrogenismo (Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2021)).

Igualmente, no âmbito da intervenção do EEESMO ressalva-se a prevenção de doenças, através do rastreio do cancro do colo do útero (CCU), que realizei de forma autónoma, o ensino acerca do exame e procedimento, assim como a respeito do Vírus do Papiloma Humano (HPV), o principal causador de CCU. O HPV engloba mais de 200 vírus.

os tipos de HPV transmitidos sexualmente enquadram-se em duas categorias: HPV de baixo risco: não causam cancro, mas podem causar verrugas nos órgãos genitais e ânus (os tipos 6 e 11 do HPV são os mais frequentes); HPV de alto risco: podem causar cancro (cerca de 12 tipos de HPV de alto risco foram identificados, de entre os quais, os tipos 16 e 18 do HPV). (SNS 24, 2021, p1).

Segundo dados da OMS (2014) o CCU corresponde à segunda causa de doença oncológica, a nível mundial, com registo de 528.000 novos casos anuais, sendo que no ano de 2012 registou-se com uma mortalidade de 266.000 mortes. Estes dados são bastante ilustrativos da necessidade de serem desenvolvidos programas, projetos e intervenções de rastreio com o objetivo de reduzir a incidência deste tipo de cancro.

Em caso de alteração no resultado do rastreio, quer para diagnóstico diferencial ou tratamento é aconselhado a realização da colposcopia. Tive a oportunidade de observar este exame, que possibilita a visualização de forma amplificada do epitélio do colo do útero, vagina e vulva através de um colposcópio. Permite diagnosticar lesões que podem dar origem a cancro, para além da visualização normal, é possível otimizar o diagnóstico mediante a aplicação de ácido acético ou de Lugol (solução iodada a 1 %) com o intuito a identificar células alteradas (Moutinho, 2011).

Relativamente às intervenções de educação para a saúde, sensibilizei algumas mulheres sobre a importância do rastreio do CCU, reforçando a importância para sua prevenção através da eliminação de fatores de risco (como o tabaco), realização de rastreio e vacinação contra o HPV e igualmente o uso de métodos barreira adequados.

No decorrer do contexto de estágio de Ginecologia, também tive a oportunidade de observar e participar na realização de histeroscopias de diagnóstico e tratamento (cirurgia). A histeroscopia permite a visualização da cavidade uterina através do histeroscópio (Martins & Martins, 2011). As principais indicações que observei para

realização de histeroscopias foram a hemorragia (pré e pós-menopausa), exérese de pólipos e miomas, lise de sinequias, estudo de infertilidade e diagnóstico diferencial de cancro do útero. A histeroscopia também está indicada, para: avaliação de malformações uterinas, localização de corpos estranhos (por exemplo um dispositivo intrauterino), entre outras. Porém, a histeroscopia está contraindicada em situações de suspeita ou presença de gravidez, infecção genital aguda, perda hemática abundante na altura da realização do exame, entre outras (Martins & Martins, 2011).

Neste contexto, também tive a oportunidade de observar e participar em conizações. A conização é um tratamento cirúrgico que consiste na remoção de tecido do colo uterino em forma de cone, através de um aparelho elétrico. Este procedimento é realizado em ambulatório, com baixos riscos, sob anestesia cervical e para-cervical usando como anestésico lidocaína a 2% com adrenalina. A finalidade da conização é “interromper a progressão da doença para cancro invasivo. Os tratamentos podem ser destrutivos ou excisionais” (SPG, 2014, p. 45). O tecido colhido segue em meio líquido para a anatomia patológica, sendo da responsabilidade do enfermeiro, a correta identificação, acondicionamento e encaminhamento para análise. Este produto é importante para o diagnóstico diferencial e tratamento futuro (Lima et al., 2011). Após excisão, observei a realização de vaporização a laser da zona da biopsia e tecidos circundantes, de modo a garantir uma margem de segurança da possível invasão dos tecidos., tal como é preconizado pela SPG (2014). Depois da realização do procedimento, realizei de forma autónoma ações de educação para a saúde sobre os cuidados após a alta, como a recomendação de repouso nas primeiras 24 horas após o exame, evitar esforços, informar sobre o tempo de abstinência sexual e sinais de alarme, desse modo promovi a saúde ginecológica e evitei complicações e prevenindo infeções (Regulamento n.º 391/2019).

Na UTG, também foi possível realizar o acolhimento das mulheres, validar a preparação cirúrgica e os seus conhecimentos sobre o procedimento, esclarecendo ainda eventuais dúvidas e garantir a redução da dor através da administração da terapêutica segundo protocolo. Para além das estratégias farmacológicas, eram ainda utilizadas ENFAD, tais como a distração (através de conversas intencionais não dirigidas), musicoterapia, humor/riso, toque terapêutico e reforço positivo durante e após o procedimento.

4 REFLEXÃO FINAL

Ao finalizar este percurso de aprendizagem é fundamental refletir acerca das competências desenvolvidas. A elaboração deste RE foi o culminar de todo um processo reflexivo e de crescimento pessoal e profissional, onde me foi possível o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEESMO e das competências do grau de Mestre.

Tendo sempre presente um pensamento crítico, e assumindo a capacidade de reflexão como o instrumento da prática de cuidados, realizei uma análise crítica aprofundada das competências específicas do EEESMO que desenvolvi durante este percurso formativo, atuando sempre com base na PBE e no modelo concetual escolhido. Todavia, este processo somente foi possível com o apoio e presença constante da professora orientadora e dos EEESMO orientadores dos locais do ER, que me possibilitaram alcançar o potencial máximo de desenvolvimento de competências.

Os EEE foi o tema que me propus a desenvolver, no entanto não imaginei onde este caminho me levava. Senti inúmeras dificuldades por ser uma temática inovadora e que desafia a prática dos profissionais de saúde.

Ao analisar os resultados que emergiram no meu estudo constatei a importância do conhecimento e treino dos EEE durante a gravidez pelo que atualmente teria seguido outros caminhos e apostado mais na implementação desta temática nos CPPP, assim como na formação dos profissionais de saúde de todos os contextos clínicos por onde passei. Efetivamente, os EEE respeitam o processo fisiológico do parto, como tal são promotores do bem-estar materno plasmados em níveis de satisfação no período expulsivo significativamente mais elevados. No entanto, constatei ao longo deste percurso formativo, que os profissionais de saúde que asseguram a vigilância e a assistência à grávida subvalorizam a importância do EEE como estratégia potenciadora de uma experiência de parto positiva.

A realização deste relatório fez-me refletir sobre a importância de desenvolver uma PBE, assim como a importância de todos os EEESMO contribuírem para o desenvolvimento de novo conhecimento. Pretendo continuar a aprofundar conhecimentos, a investigar a temática elegida e a divulgá-la, sendo que, um dos meus objetivos futuros passa por participar em congressos e conferências com a apresentação dos resultados do meu estudo, assim como pela publicação de um artigo em revista

científica. Com o mesmo propósito, pretendo participar nos CPPP, inseridos no âmbito da consulta externa de obstetrícia do hospital onde me encontro a prestar cuidados. Por último, irei continuar a incentivar os EEESMO e a equipa médica do BP para a utilização dos EEE como recurso válido para a promoção do parto normal e de uma experiência positiva.

Em suma, considero que consegui desenvolver competências como EEESMO na prestação de cuidados especializados, autónomos e interdependentes, a todas as mulheres inseridas na sua família e comunidade, ao longo do seu ciclo de vida. De igual modo, desenvolvi com sucesso as competências do grau de Mestre através da reflexão crítica e integração da PBE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadi, Z., Torkzahrani, S., Roosta, F., Shakeri, N., & Mhmoodi, Z. (2017). Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(1), 62-66. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.202071>
- Alfaro, Y. (2010). Resultados maternos perinatales del pujo en inspiración - bloqueo diafragmático versus el pujo en espiración frenada abdominal en el segundo periodo de trabajo de parto en primíparas. *Revista peruana de obstetricia y enfermaria*, 6(2), 59 – 66.
- Almeida, N. A. M., Sousa, J. T., Bachion, M. M., & Silveira, N. A. (2005). Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 52–58. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692005000100009>
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2003). Dystocia and augmentation of labor. *Obstetrics & Gynecology*, 102(6):1445-54. <https://doi.org/10.1016/j.obstetgynecol.2003.10.011>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstetrics & Gynecology*, 114 (1), 192 - 202. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181aef106>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 129 (2) 20 – 28. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001905>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133 (2) 164 - 173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>.
- Araújo, A. E., Delgado, A., Maia, J. N., Campos, S. L., Ferreira, C. W. S. & Lemos, A. (2021).

- Efficacy of spontaneous pushing with pursed lips breathing compared with directed pushing in maternal and neonatal outcomes: A clinical trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42, 854-860. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1945016>
- Associação para o Planeamento da Família. (2022). *Aborto e Interrupção da Gravidez*. Disponível em: <http://www.apf.pt/aborto-e-interruptao-da-gravidez>.
- Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses. (2011). Nursing support of laboring women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(5), 665-666. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01288.x>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y. & Chandrachud, E. (2015) – FIGO Consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131 (2015), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Barasinski, C., Lemery, D., & Vendittelli, F. (2016). Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes?. *Gynecologie Obstetrique et Fertilité*, 44(10), 578–583. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.07.004>.
- Barasinski, C., Debost-Légrand, A., & Vendittelli, F. (2020). Is directed open-glottis pushing more effective than directed closed-glottis pushing during the second stage of labor? A pragmatic randomized trial – the EOLE study. *Midwifery*, 91, 11-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102843>
- Barasinski, C., & Vendittelli, F. (2016). Effect of the type of maternal pushing during the second stage of labour on obstetric and neonatal outcome: A multicentre randomised trial - The EOLE study protocol. *BMJ Open*, 6(12), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012290>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A., Prates, A., ... & Varela, V. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras. Goody. S.A https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Burón, E., & Sánchez, M. del S. (2010). Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo . Revisión de la evidencia científica. *Matronas Profesion*, 11(2), 64–68.

- Cigarro, A. R., Gonzáles, E., Tavares, S., & Costa, F. G. da. (2010). Climatério - o começo de uma nova vida. *Intervenção do enfermeiro. Percursos*. 17, 28–35.
- Coelho, S. M. S. & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*, 15 (4). 845-850. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>.
- Couto, C. M. F. & Carneiro, M. N. F. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Revista electrónica trimestral de enfermería*. 47, 552-563. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
- D'Artibale, E. F. & Bercini, L. O. (2014) – O Contato e a amamentação precoces: Significados e vivências. *Texto Contexto de Enfermagem*, 23(1), 109-117.
- Direção-Geral de Saúde (2015a). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde (2015b). *Orientação: Trabalho de parto estacionário*. Lisboa: DGS.
- Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2007). *Profilaxia da Isoimunização Rh*. Lisboa: DGS.
- Divisão de Saúde sexual Reprodutiva Infantil e Juvenil (2018). *Relatório dos Registos das Interrupções da gravidez dados de 2018*. Lisboa: DGS.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do trabalho de parto. In M. Néné, R., Marques, & M. A. Batista, (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.335 – 347). Lisboa: Lidel.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativo parto normal. Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Vilelas, J. M. S. (2014). A Emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45–60. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf

- Ferreira, V. L. M. (2014). *Um percurso em análise retrospectiva: os esforços expulsivos maternos - quando e como puxar?* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9471>
- Fonseca, S. (2016). Indução do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335 – 347). Lisboa: Lidel.
- Gilboa, Y., Frenkel, T. I., Schlesinger, Y., Rousseau, S., Hamiel, D., Achiron, R., & Perlman, S. (2018). Visual biofeedback using transperineal ultrasound in second stage of labor. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 52, 91–96. <https://doi.org/10.1002/uog.18962>.
- Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., & Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020 <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- González, M. E. B. & Ortiz, M. R. (2005). Técnicas de empuje durante la segunda fase del parto. *Revista de la Facultad de Ciencias da Salud*, 3, 1-14. http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV05_006.pdf.
- Hutti, M. H., Polivka, B., White, S., Hill, J., Clark, P., Cooke, C., Clemens, S., & Abell, H. (2016). Experiences of nurses who care for women after fetal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 45(1), 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.010>
- International Confederation of Midwives. (2019). Essential Competencies 2018 UPDATE. Final version published January 2019. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icmcompetencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- Jahdi, F., Shahnazari, M., Kashanian, M., Farahani, M. A., & Haghani, H. (2011). A randomized controlled trial comparing the physiological and directed pushing on the duration of the second stage of labor, the mode of delivery and apgar score. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health*, 3(2), 159–165.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfrevic, Z., Gates, S., Newburn, M. ... Neilson, J. P. (2011). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD009234.pub2>.

- Koyucu, R. G., & Demirci, N. (2017). Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(5), 606–612. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.02.005>
- Lança, F. (2017). Analgesia e anestesia no parto. In L.M. Graça, (Coords.). *Medicina materno fetal*. (5ªed.). (pp.260-271). Lisboa: Lidel.
- Lee, N., Gao, Y., Lotz, L., & Kildea, S. (2019). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women and Birth*, 32(4), 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.005>.
- Lemos, A., Amorim, M.M.R., Andrade, A.D., Souza, A., Filho, J. E. C. & Correia, J.B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour (Review). *Cochrane Library*, 9(10), 10–13. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub2>.
- Lemos, A., Dean, E., & Andrade, A. D. (2011). The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: *Revista Brasileira de Fisioterapia* , 15(1), 66–72. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552011000100012>
- Lima, M. I. M., Lodi, C. T. C., Lima, S. A., Lucena, A. A. S., Guimarães, M. V. M. B., Meira, H. R. C., & Melo, V. H. (2011). Conização com cirurgia de alta frequência na neoplasia intraepitelial cervical: quando usar a alça de canal? *Femina*, 39 (4), 183– 188. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n4/a2479.pdf>
- Lopes, M. O. (2016). Plano de parto. In M. Néné, R., Marques, & M. A. Batista, (coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 167 - 169). Lisboa: Lidel.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidatica.
- Machado, H. M. & Fazenda, E. (2017). Patologia gastroenterológica na gravidez. In L. M. Graça, (Coords.). *Medicina Materno Fetal*. (5ªed.). (pp.483, 495). Lisboa: Lidel.
- Machado, H. M. & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: Fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça, (Coords.). *Medicina Materno Fetal*. (5ªed.). (pp.220, 228). Lisboa: Lidel.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ªed.). Pêro Pinheiro: Report Number.

- Martin, C. J. H. (2009). Effects of valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing. *British Journal of Midwifery*, 17(5), 279–285. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.5.42214>
- Martins, F. N., & Martins, N. N. (2011). Histeroscopia diagnóstica. In C.F. Oliveira. (Coords.), *Manual de Ginecologia* (Vol. 2, pp. 359 – 371). Lisboa: Permanyer Portugal. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_42.pdf
- Mourato, C. M. (2015). *Preparação para a parentalidade: Intervenções do EEESMO que contribuem para uma parentalidade saudável*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/16406>
- Moutinho, J. M. (2011). Colposcopia. In C.F. Oliveira. (Coord.), *Manual de Ginecologia* (Vol. 2, pp. 341-357). Lisboa: Permanyer Portugal. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_41.pdf
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS/IPS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao_2005.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Parecer nº 50/2014: Colocação de DIU, IMPLANON e Marcação de Consultas de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco Assim Como de Grávidas Diabéticas Gestacionais por Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_50_2014_Colocacao_de_DIU_IMPLANON_e_marcacao_de_CVG_de_Baixo_Risco_Assim_Gravida_DIAB.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018) - Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Livro de Bolso: Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto. Ordem dos Enfermeiros.

- Organização Mundial de Saúde. (1996). Care in Normal Birth: a practical guide. WHO. https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260215/WHO-RHR-18.04-eng.pdf;jsessionid=168F7FEC936932431C0F2AF3F72519E2?sequence=1>
- Osborne, K. (2010). *Pushing techniques used by midwives when providing second stage labor care*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1043&context=dissertations_mu
- Otoni, A. & Grave, M. Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. (2014) *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2, 151-158.
- Pacheco, H. & Néné, M. (2020). Diagnóstico do início de trabalho de parto. In A. Sequeira, O. Pousa, & C.F. Amaral (Coord.) *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. (pp.131-136). Lisboa: Lidel.
- Pereira, M. (2016). Preparação para o nascimento e parentalidade. In M. Néné, R., Marques, & M. A. Batista, (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.152 – 157). Lisboa: Lidel.
- Prada, F., Rafael, M. (2016). Partograma. In M. Néné, R., Marques, & M. A. Batista, (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.348–352). Lisboa: Lidel.
- Prins, M., Boxem, J., Lucas, C., & Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: A systematic review of randomised trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(6), 662–670. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x>

- Royal College of Midwives. (2018). Midwifery care in labour guidance for all women in all settings. RCM. <https://pdf4pro.com/fullscreen/midwifery-care-in-labour-guidance-for-all-women-in-all-6ba1ca.html>.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, 2ª Série, nº 26, de 2019-02-06, 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, 2ª Série — Nº 85 de 2019-05-03, 13560–13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Roberts, J. E. (2002). The “push” for evidence: Management of the second stage. *Journal of Midwifery and Women’s Health*, 47(1), 2–15. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(01\)00233-1](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(01)00233-1).
- Rua, M., Carvalho, M. M., Santos, M. J., & Amaral, C. F. (2020). Cuidados imediatos ao recém-nascido. In Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 209-214). Lisboa: Lidel.
- Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(1), 8-11.
- Santos, M.J., & Baptista, M.C.D. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Néné, R., Marques, & M. A. Batista, (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lidel.
- Sampselle, C. M., Miller, J. M., Luecha, Y., Fischer, K., & Rosten, L. (2005). Provider support of spontaneous pushing during the second stage of labor. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(6), 695–702. <https://doi.org/10.1177/0884217505281904>
- Sena, D. T., Reis, R. P., & Cavalcante, J. B. N. (2015). A importância da atuação do enfermeiro no tratamento da icterícia neonatal. *Revista Electrónica Estácio Saúde*, 4(2), 160-170. <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index>.

- Silva, A. E. A. (2019). *Eficácia do puxo espontâneo com o freio labial comparado ao puxo direcionado nos desfechos maternos e neonatais: Um ensaio clínico randomizado* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/35576>
- Singata, M., Tranmer, J., Gyte, G. (2013) – Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Library. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>.
- SNS 24. (2021). Doenças Infecciosas. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/virus-do-papiloma-humano-hpv/>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2014). Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina. SPG. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-sobre-infeccao-hpv-2014.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa. SPG. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013) Consensos Hipoglicémia Neonatal. SPN. https://www.spneonatologia.pt/wpcontent/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf.
- Souza, A. R., & Amorim, M. R. (2008). Fetal Intraparto. *Acta Medica Portuguesa*. 21, 229–240.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), p. 161-166.
- 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>
- Tamez, R. & Silva, M (2002). *Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco*. (2º Ed.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, SA.
- Varela, V., Amaral, C.A., Santos, M.E., Madruga, C., Ferreira, N., & Ferreira, S. (2020). Diagnóstico do início de trabalho de parto. In A. Sequeira, O. Pousa, & C.F. Amaral,

Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. (pp.75-78). Lisboa: Lidel.

Vilar, D., Nogueira, A., & Carnapete, V. (2012). Osíris – Conceber- Guia para profissionais e pessoas com problemas de fertilidade. Associação para o planeamento da família. http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/conceber_guia_infertilidade.pdf.

Yildirim, G., & Beji, N. K. (2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: A randomized study. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 63(8), 488–489. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000320484.30771.10>

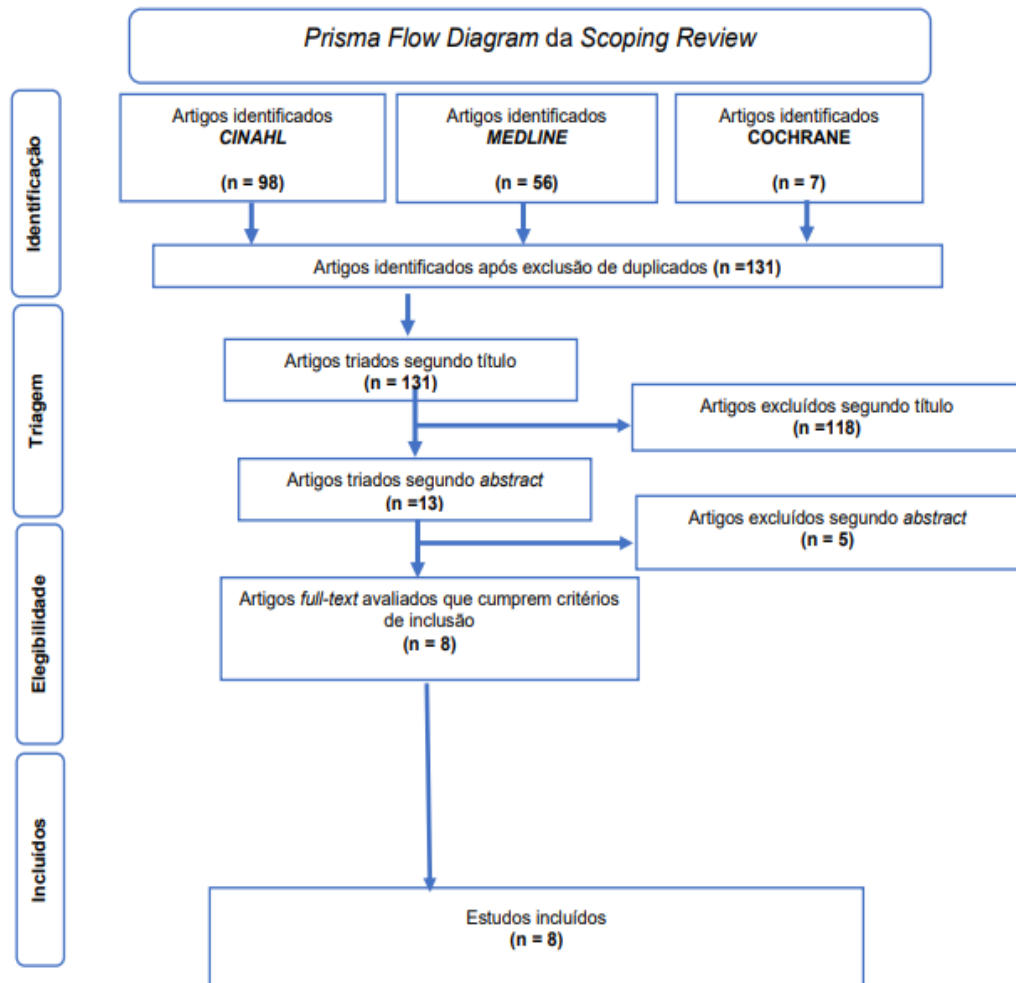
Zirpoli, D. B., Mendes, R. B., Barreiro, M. S. C., Reis, T. S., & Menezes, A. F. (2019). Benefícios do método canguru: Uma revisão integrativa. *Revista Online de Pesquisa*, 11, 547-554. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.547-554>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termos de pesquisa e descritores booleanos

Termos da questão		Termo natural	Termo indexado CINAHL	Termo indexado MEDLINE	Termo indexado COCHRANE
População	Parturientes	Parturient	(MH "Expectant Mothers")	(MH "Pregnant Women")	(ZE "parturition psychology")
		Pregnan*			
		Labor	(MH "Labor")	(MH "Labor Stage, Second")	(ZE "labor stage, second physiology")
		Labour	(MH "Labor Stage, Second")		
		Childbirth		(MH "Parturition")	
		Second stage of labor			
		Second stage of labour			
Conceito	Esforços expulsivos expiratórios	Coached pushing	(MH "Pushing (Childbirth)")		
		Spontaneous pushing			
		Directed pushing			
		Open glottis pushing			
		Pushing techniques			
		Pushing method			
		Breathing techniques			
		Breathing techniques of blowing			

APÊNDICE 2: *PRISMA Flow Diagram* para o processo de SR segundo as orientações da JBI



APÊNDICE 3: Síntese dos resultados obtidos após a seleção dos estudos a incluir na
RS

Autor	Ano	Título	País	Objetivo do estudo	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Metodologia	Resultados
Yildirim & Beji (2008)		Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study	Turquia	Determinar os efeitos da técnica de puxos no bem-estar materno-fetal	Estudo randomizado. 90 mulheres; Primíparas; gravidez baixo risco; IG 38-42s; sem analgesia epidural Grupo experimental: esforço expulsivos espontâneos (n=45) Grupo controle: MV (n=45)	No grupo experimental as mulheres foram instruídas no 1º estágio do TP sobre a técnica de esforços expulsivos espontâneos (puxo com glote aberta enquanto se expira) e eram incentivadas e apoiadas em fazer esforços expulsivos espontâneos no 2º estágio do TP. No grupo controle as mulheres foram instruídas no 1º estágio do TP sobre a técnica MV (puxo	No Grupo MV a média de duração do 2º estágio foi superior (M=7.5 minutos) à do grupo que efetuou puxos espontâneos (M=5.5min). A ocorrência de trauma perineal e de hemorragia pós-parto foi semelhante nos 2 grupos. No grupo experimental verificou-se no RN um maior índice de Apgar no 1º e o 5º minuto e um pH arterial do cordão umbilical superior. As mulheres do grupo experimental sentiram que os puxos foram mais eficazes, referiram maior satisfação com a técnica de puxo, menos problemas em gerir a dor e menor desconforto durante o puxo, do que as

			com glote fechada enquanto sustinha a respiração) e eram incentivadas e apoiadas em fazer MV no 2º estágio do TP.	parturientes do grupo controle que efetuaram MV. O conhecimento sobre os esforços expulsivos espontâneos no 1º estágio do TP e apoio e incentivo do seu uso no 2º estágio do TP, sugere uma menor duração do 2º estágio do TP e menos intervenções.
Prins, Boxem, Lucas & Hutton (2011) Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials	Avaliação crítica das vantagens e desvantagens para mãe e RN da MV versus puxos espontâneos no 2º estágio do TP	Revisão sistemática de estudos randomizados 4 estudos.	Estudos randomizados publicados e não publicados que compararam os <i>outcomes</i> maternos e fetais da MV e dos puxos expulsivos espontâneos, em gravidez de baixo risco, IG>36s e sem analgesia epidural	A evidência resultante dos estudos analisados não suporta o recurso à utilização rotineira da manobra de MV no 2º estágio do TP. No entanto não foram encontradas diferenças significativas nos <i>outcomes</i> avaliados entre o uso dos esforços expulsivos com MV e os esforços expulsivos espontâneos. <i>Outcomes</i> maternos: 2ºestádio do TP foi inferior em cerca de 18,59 minutos no grupo que efetuou MV ; não houve diferença significativa em ambos os grupos em relação ao número de partos instrumentalizados; não

Holanda				houve diferença significativa relativamente ao trauma perineal, apenas um estudo reporta redução discreta do número de lacerações no grupo de esforços expulsivos espontâneos; em relação à satisfação materna não houve diferenças; um estudo relata que na avaliação urodinâmica 3 meses após o parto, identificou no grupo que efetuou a MV uma diminuição da urgência urinária em 41,5ml e da capacidade da bexiga em 54,6ml. <i>Outcomes</i> neonatais: não houve diferenças significativas no que respeito ao índice de Apgar e nem na necessidade de reanimação.
Barasinski, Lemery & Vendittelli (2016)	Avaliar, por meio de revisão de literatura, a morbilidade materna e	Revisão da literatura 9 artigos: 2 meta-análises + 7 estudos	Pesquisa na base de dados Cochrane Library e Medline database de estudos randomizados de	A duração do 2º estágio do TP varia consoante o estudo. Dois estudos referem que a duração do período expulsivo é menor no grupo de intervenção.

Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes?	neonatal associada ao o tipo de esforço expulsivo usado durante 2º estágio do TP	controlados randomizados Grupo de controle utilizava sempre a MV Grupo de intervenção variava, nos estudos, no que respeito ao puxo com glote aberta foi algumas vezes espontâneo (não treinado) e por vezes treinado	1980 a 2015 que comparavam os 2 tipos de puxo (glote aberta e fechada), incluindo estudos que comparavam puxo treinado e o puxo não treinado pelo profissional durante o 2º estágio do TP. Puxo com glote fechada foi utilizado a MV Puxo com glote aberta ocorre enquanto se expira (pode ser treinado ou não)	Relativamente aos <i>outcomes</i> maternos um dos estudos refere que o uso da MV não deveria ser recomendado rotineiramente, pois pode ter um efeito deletério na função do assoalho pélvico. Sendo que um dos estudos sugere que a MV causa alterações urodinâmicas 3 meses pós-parto, como a urgência urinária e a diminuição da capacidade vesical Em relação aos <i>outcomes</i> neonatais, um estudo refere diferenças significativas, o pH do sangue venoso e o índice de Apgar (1º e 5º minuto) superiores no grupo de intervenção. Os autores concluíram que existe uma falta de estudos que comparem esforços expulsivos dirigidos com glote aberta em expiração com a MV. Contudo a escolha do tipo de esforço expulsivo deve ser feita pela parturiente. A
---	--	---	---	--

				mulher deve ser mais autônoma na gestão da fase expulsiva, ao mesmo tempo que providenciamos cuidados de qualidade à luz da evidência científica atual.
Ahmadi, Torzahrani, Roosta, Shakeri & Mhmood (2017) Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: a randomized clinical trial Irão	Avaliar os efeitos das técnicas de respiração na extensão do trauma perineal	Ensaio clínico randomizado 166 parturientes (iranianas, primíparas, com idade entre 18-35 anos, gravidez termo de baixo risco, não frequentaram CPPP, sem preparação do períneo para o parto e com comprimento do períneo superior a 3 cm).	Grupo caso: técnica de expiração, era solicitado à mulher fazer 2 inspirações abdominais profundas no pico da dor, depois inspirar profunda, e puxar 4-5 segundos com a boca aberta enquanto se controla a expiração. da coroação da cabeça fetal em diante, as mulheres foram orientadas a controlar seus puxos, e fazer a técnica de expiração	Os resultados indicam a técnica de expiração respeita a integridade do períneo, que a frequência de períneos intatos foi de 41% no grupo caso e 19,3% no grupo de controle. A frequência de lacerações (grau I, II e III) do períneo posterior foi significativamente superior no grupo de controle. Em relação a lacerações do períneo anterior (pequenos lábios) as diferenças entre os 2 grupos não foram significativas (26,5% no grupo de controle e no grupo técnicas de respiração 20,5%). O estudo sugere que MV pode causar lesões no pavimento pélvico pelo aumento da pressão abdominal e rápida

		Grupo caso: técnica de expiração (n=83) Grupo controle: MV (n=83)	Grupo de controle: MV, no início da contração inspirar profundamente, sustar o ar e começar a puxar com toda a força possível.	distensão da vagina e do períneo na expulsão da cabeça fetal. No entanto com o uso da técnica expiratória verifica-se a redução da pressão abdominal, bem como uma lenta distensão perineal. Como tal, a técnica expiratória é uma estratégia eficaz na proteção do períneo e redução do trauma perineal.
Koyucu & Demirci (2017) Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial Turquia	Avaliar os efeitos das técnicas de puxo na mãe e no RN	Estudo randomizado controlado 80 nulíparas; Entre 18 - 40 anos de idade; Gravidez termo; Feto único; Apresentação cefálica; 1º estágio do TP; Estimativa de peso fetal 2500-4000 gr;	Grupo MV: a mulher era instruída para fazer 3 a 4 puxos com glote fechada, em cada contração desde os 10 cm de dilatação até ao nascimento. O investigador contava até 10 em cada puxo, de modo a assistir a mulher a sustar o ar, pelo menos durante 10 segundos.	Neste estudo, houve três achados estatisticamente significativos: 1º, a média da duração do 2º estágio do TP no grupo MV foi menor do que no grupo de puxo espontâneo. 2º diminuição dos níveis de hemoglobina foram significativamente maiores no grupo MV. 3º maior incidência de alterações urodinâmicas no grupo de MV. Para além desses achados estatisticamente significativos, não houve diferenças em nenhuns

		Sem antecedentes pessoais ou obstétricos que afetem o 2º estágio do TP; Sem epidural. Grupo estudo: esforço expulsivos espontâneos (n=40) Grupo controle: MV (n=40)	Grupo puxo espontâneo: As mulheres eram orientadas para começarem a fazer esforços expulsivos, apenas quando sentissem o desejo de fazê-lo e não lhes foi dado instruções específicas sobre o momento de puxar, duração do puxo e posições.	resultados clinicamente significativos, sugerindo que a MV não é vantajosa. No entanto, os autores do estudo sugerem o puxo espontâneo pelas seguintes razões: Embora possa causar prolongamento do 2º estágio do TP, o bem-estar materno e os resultados neonatais não são afetados, por permitir a respiração durante o esforço expulsivo, sendo assim um método de menor intervenção que respeita a fisiologia. Com essas características, parece ser o método mais adequado para prevenir possíveis efeitos da MV sobre a fisiologia materna e fetal ao assegurar a continuidade da oxigenação. Ao garantir um TP mais benéfico para as estruturas pélvicas, como tal é um método mais adequado para a
--	--	--	--	---

				integridade do assoalho pélvico.
Lee, Gao, Lotz & Kildea (2019) Maternal and neonatal <i>outcomes</i> from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage Austrália	Comparar os efeitos dos esforços expulsivos dirigidos ou espontâneos na duração do 2º estágio de TP, trauma perineal e <i>status</i> fetal	Estudo transversal retrospectivo 19.212, partos eutócicos IG >37s, sem analgesia epidural	Dados foram colhidos na base de dados perinatal do Hospital de Brisbane de janeiro de 2011 a dezembro de 2017, sobre técnicas de puxo utilizadas no 2º estágio do TP.	Os resultados do estudo sugerem que na ausência de analgesia epidural o uso da MV pode não reduzir a duração do 2º estágio do TP e pode estar associado ao aumento de episiotomia e ocorrência de complicações neonatais evitáveis. O estudo dá suporte à prática de a grávida “sentir os seus esforços expulsivos espontâneos” durante o 2ª estágio de TP com o encorajamento e reforços positivos do EEESMO.
Barasinski, Legrand & Vendittelli (2020) Is directed open-glottis pushing more	Comparar a eficácia do puxo dirigido com glote aberta e puxo dirigido com glote fechada	Estudo clínico pragmático randomizado 250 parturientes: IG: 37- 42s; Idade > 18 anos;	Mulheres em TP que frequentaram aula pré-natal que incluiu o treino específico dos 2 tipos de puxo.	Somente 65% das mulheres do grupo de intervenção aderiu ao puxo com glote aberta em pelo menos metade das contrações. O estudo não encontrou diferenças estatísticas significativas no que

effective than directed closed-glottis pushing during the second stage of labor? A pragmatic randomized trial – the EOLE study França		Com ou sem analgesia epidural; Sem cesariana prévia; Gravidez sem complicações ; <i>Status</i> fetal tranquilizador . Grupo intervenção: puxo dirigido com glote aberta (n=125) Grupo controle: puxo dirigido com glote fechada/MV MV(n=125)	Grupo de intervenção puxo dirigido com glote aberta: depois de uma inspiração profunda, expirar enquanto se contraía os músculos abdominais, que auxiliam o feto a descer pelo canal de parto, durante mais tempo possível. Grupo de controle puxo dirigido com glote fechada/MV: depois de uma inspiração profunda, puxar com muita força para o períneo, enquanto se sustem a respiração, durante mais tempo possível.	respeita a lacerações perineais graves, episiotomia, hemorragia imediata no pós-parto, <i>outcomes</i> neonatais desfavoráveis (pH baixo conforme avaliado no sangue do cordão umbilical ou pela necessidade de cuidados especiais neonatais). O estudo sugere que aparentemente não existem diferenças significativas nos <i>outcomes</i> maternos e neonatais, consoante o tipo de puxo dirigido (glote aberta vs. glote fechada). As mulheres com analgesia epidural, se for necessário o puxo dirigido, devem estar capacitadas a escolher o tipo de puxo, segundo a sua preferência e experiência. Como tal, os profissionais de saúde devem desenvolver competências sobre ambas as técnicas de puxo dirigido, para que
---	--	---	--	---

				possam orientar e apoiar adequadamente as mulheres no TP.
Araújo et al. (2021) Efficacy of spontaneous pushing with pursed lips breathing compared with directed pushing in maternal and neonatal outcomes: a clinical trial Brasil	Avaliar a eficácia do puxo espontâneo com respiração de lábios franzidos em comparação com o puxo dirigido sobre os <i>outcomes</i> maternos e neonatais	Estudo clínico quase randomizado 62 nulíparas; Gravidezes de baixo e alto risco no 2º estágio do TP; 19-45 anos de idade; IG: 37s – 42s; Sem epidural; Sem indução de TP; Não medicada com psicoativos. Grupo experimental: puxo espontâneo com respiração com lábios franzidos (n=31)	Com o diagnóstico de dilatação completa do colo uterino (10 cm) as participantes recebiam orientações sobre o padrão respiratório associado aos esforços expulsivos. Grupo de intervenção: puxo espontâneo, respiração com lábios franzidos, glote aberta em volume corrente, controlada pela mulher, acompanhada com contração dos músculos abdominais e	No grupo de intervenção verificou-se uma diminuição de 3,2 minutos na duração dos puxos maternos e dos níveis de ansiedade. No entanto, não se verificou diferença nos seguintes <i>outcomes</i> maternos: episiotomia, lacerações perineais, duração do 2º estágio do TP, parto vaginal, cesariana ou instrumental. Não ocorreram hemorragia pós-parto e nem alterações da pressão arterial. Também não se comprovou nenhuma diferença na dor, cansaço e satisfação materna. Em relação <i>outcomes</i> neonatais, não se verificou internamento de RN, nem casos hipoxia, encefalopatia ou Apgar menor que 7 ou reanimação neonatal, em ambos os grupos.

		Grupo controle: MV (n=31)	relaxamento do períneo. Grupo de controle (31mulheres) puxo dirigido com a MV.	Resultados sugerem maior controle emocional materno com o uso do puxo espontâneo com respiração com lábios franzidos.
--	--	---------------------------	---	---

APÊNDICE 4: Apresentação e discussão de resultados da SR

Especificamente, os esforços expulsivos maternos durante o 2º estágio do TP promovem a descida do feto na pélvis e a realização dos movimentos cardeais do feto (Ahmadi et al., 2017). Da análise dos estudos selecionados constata-se que os esforços expulsivos são realizados com glote aberta ou com glote fechada. O esforço expulsivo com glote aberta é realizado enquanto se expira. O esforço expulsivo glote fechada é habitualmente definido como MV, sendo um puxo realizado enquanto se sustem a respiração (Ahmadi et al., 2017; Yildirim & Beji, 2008).

Também, podem ser definidos como esforços expulsivos dirigidos/treinados ou como não dirigidos/não treinados. Sendo que o puxo dirigido compreende instruções verbais ou demonstração de quando começar a puxar e o puxo não dirigido quando não é dada qualquer instrução verbal à parturiente, somente encorajamento e reforço positivo (Lee et al., 2019). Neste sentido o puxo com glote fechada a MV é um puxo dirigido e o puxo com glote aberta pode ser não dirigido ou dirigido (Barasinski et al., 2016). Sendo que, o puxo dirigido com glote aberta está associado ao padrão respiratório do puxo espontâneo.

A MV refere-se ao puxo dirigido com glote fechada logo que a dilatação está completa, independente da vontade de puxar é solicitado à mulher a inspirar profundamente, a suster a respiração e a puxar com muita força em direção ao períneo, sem emitir som, sincronizado com as contrações, durante 10 segundos ou mais, normalmente três vezes em cada contração (Barasinski et al., 2020; Lee et al., 2019; Prins et al., 2011).

O esforço expulsivo espontâneo é descrito como um padrão respiratório autodirigido. Consiste em 3 a 5 puxos de glote aberta (inclui gemidos e grunhidos) durante a contração e breves períodos de glote fechada. Não é dada qualquer instrução verbal à parturiente, somente encorajamento e reforço positivo (Lee et al., 2019). Sendo que puxo espontâneo é realizado naturalmente pela mulher de acordo com o inevitável desejo de empurrar para baixo progressivamente. A mulher começa a puxar de um volume respiratório em repouso, sem previamente expirar profundamente. Estes esforços de impulso espontâneos, também referidos como "impulso fisiológico", variam de intensidade e frequência (Araujo et al., 2020; Prins et al., 2011). De facto, os esforços expulsivos espontâneos estão relacionados com maior satisfação materna ao promover o controle emocional materno (Araujo et al., 2020; Yildirim & Beji, 2008). Para tal, é importante que a mulher se sinta protagonista do seu parto, neste sentido a mulher deve

ser incentivada a seguir o impulso de puxar, a “sentir os seus esforços expulsivos” (Lee et al., 2019).

Embora os esforços expulsivos com glote aberta possam causar o prolongamento do 2º estágio do TP, o bem-estar materno e os resultados neonatais não são afetados, por permitirem a respiração durante o esforço expulsivo (Koyucu & Demirci, 2017). Todavia o conhecimento prévio sobre os esforços expulsivos espontâneos no 1º estágio do TP e apoio e incentivo do seu uso no 2º estágio do TP, sugere uma menor duração do 2º estágio do TP e menos intervenções (Yildirim & Beji, 2008).

Para Ahmadi et al. (2017) a MV pode causar lesões no pavimento pélvico pelo aumento da pressão abdominal e rápida distensão da vagina e do períneo na expulsão da cabeça fetal, no entanto com o uso da técnica expiratória verifica-se a redução da pressão abdominal, bem como uma lenta distensão perineal. Como tal, a técnica expiratória é uma estratégia eficaz na proteção do períneo e redução do trauma perineal (Ahmadi et al., 2017). Segundo Koyucu & Demirci (2017) com estas características, parece ser o método mais adequado para prevenir possíveis efeitos da MV sobre fisiologia materna e fetal ao assegurar a continuidade da oxigenação. Sendo, um método que reduz a intervenção, pois respeita a fisiologia. Portanto, na ausência de evidências científicas de qualquer benefício de impor a MV no período expulsivo, esta técnica de puxo dirigido deve ser evitada pelos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao parto (Araújo et al., 2021).

Neste cenário surge o puxo dirigido com glote aberta enquanto se expira, que simula o puxo espontâneo e respeita a fisiologia do parto (Ahmadi et al., 2017; Araujo et al., 2020; Barasinski et al., 2020). O esforço expulsivo dirigido com glote aberta, puxar enquanto se expira (Barasinski et al., 2020), foi caracterizado por Ahmadi et al. (2017) como técnica de expiração: é solicitado à mulher fazer 2 inspirações abdominais no início da contração, inspirar profundamente novamente e puxar 4 a 5 segundos com a boca aberta enquanto se controla a expiração. Sendo definido por Araújo et al. (2021) como puxo espontâneo com os lábios franzidos: baseado no puxo espontâneo fisiológicos, quando a mulher com a dilatação completa é orientada para expirar com os lábios frangidos associado com glote aberta em volume corrente, controlado pela mulher, simultaneamente com contração dos músculos abdominais e relaxamento do períneo. Também é caracterizado por Barasinski et al. (2020) como puxo dirigido com glote aberta:

após uma inspiração profunda fazer uma expiração prolongada, com contração dos músculos abdominais, durante mais tempo possível.

A evidência resultante dos estudos analisados não suporta o recurso à utilização rotineira da manobra de MV no 2º estágio do TP. No entanto não foram encontradas diferenças estatísticas significativas nos *outcomes* maternos e neonatais avaliados entre o uso dos esforços expulsivos com MV e os esforços expulsivos com glote aberta. Relativamente aos *outcomes* maternos: a média de duração do 2º estágio do TP é menor no grupo que efetuou MV (Koyucu & Demirci, 2017; Prins et al., 2011); não houve diferenças significativas em relação ao número de partos instrumentalizados; não houve diferença significativa relativamente à integridade do períneo, apenas um estudo reporta redução discreta do número de lacerações (grau I e II) do períneo posterior nas mulheres que usaram puxo com glote aberta (Ahmadi et al., 2017); três estudos relatam o aumento da incidência de distúrbios urodinâmicos em mulheres que utilizaram a MV, como a urgência urinária e a diminuição da capacidade vesical (Barasinski et al., 2016; Koyucu & Demirci, 2017; Prins et al., 2011); o estudo de Koyucu & Demirci (2017) constatou que a diminuição dos níveis de hemoglobina foram significativamente maiores no grupo MV. Em relação aos *Outcomes* neonatais: não foram encontradas diferenças significativas no que respeito ao índice de Apgar e nem na necessidade de reanimação.

Em relação, a analgesia epidural o estudo de Barasinski et al. (2020) concluiu que a sua utilização aparentemente não prejudica a eficácia do puxo dirigido com glote aberta ou com glote fechada. Neste contexto, as mulheres devem estar capacitadas a escolher o tipo de puxo dirigido, segundo a sua preferência e experiência. Como tal, os profissionais de saúde devem desenvolver competências sobre ambas as técnicas de puxo dirigido, para que possam orientar e apoiar adequadamente as mulheres no TP (Barasinski et al., 2020). A gestão período expulsivo deve conceber à parturiente mais autonomia, ao mesmo tempo que providenciamos cuidados enfermagem especializados de qualidade à luz da evidência científica atual (Barasinski et al., 2016).

APÊNDICE 5: Instrumento de registo de interação

Idade:	IG:	Conhecimento dos esforços expulsivos expiratórios?
Escolaridade:	ID:	Sim ___ / Não ___
Profissão:	AO:	Se sim Como tomou conhecimento? _____
Naturalidade:	AP:	Treinou durante a gravidez? Sim ___ / Não ___
	CPPP:	Utilizou em partos anteriores? Sim ___ / Não ___

1º Estádio do TP	Fase Latente:																						
	Início:		Fim:		Duração:																		
	__h__	__h__	__h__	__h__	__h__	__h__	__h__	__h__															
	Dilatação Cervical:																						
	CTG:																						
	Fase ativa:																						
	Início:		Fim:		Duração:																		
	Toque vaginal:																						
	CTG:																						
	__h__	__h__	__h__	__h__	__h__	__h__	__h__	__h__															
	Métodos não farmacológicos de alívio da dor																						
	<table border="1"> <tr> <td>Água:</td> <td>__h__</td> <td>__h__</td> <td>__h__</td> <td>__h__</td> <td rowspan="3">Outra técnica não farmacológica Qual?</td> </tr> <tr> <td>Massagem:</td> <td>__h__</td> <td>__h__</td> <td>__h__</td> <td>__h__</td> </tr> <tr> <td>Bola nascimento:</td> <td>__h__</td> <td>__h__</td> <td>__h__</td> <td>__h__</td> </tr> </table>								Água:	__h__	__h__	__h__	__h__	Outra técnica não farmacológica Qual?	Massagem:	__h__	__h__	__h__	__h__	Bola nascimento:	__h__	__h__	__h__
Água:	__h__	__h__	__h__	__h__	Outra técnica não farmacológica Qual?																		
Massagem:	__h__	__h__	__h__	__h__																			
Bola nascimento:	__h__	__h__	__h__	__h__																			
Métodos farmacológicos																							
Analgesia: __h__		Analgesia Loco-regional:																					
Analgesia: __h__		__h__	__h__	__h__	__h__	__h__	__h__																

TEORIA DO CUIDAR	CONHECER	Plano de parto	
		Expectativas	
	ESTAR COM	Disponibilidade	
		Promoção dos esforços expulsivos expiratórios	
	FAZER POR	Bem-estar	
		Apoio na identificação da contração	
	POSSIBILITAR	Promoção dos esforços expulsivos expiratórios	
		Ambiente seguro	
MANTER A CRENÇA	Identificar aptidão para esforços expulsivos expiratórios		

2º Estádio do TP	Dilação completa			CTG:		TEORIA DO CUIDAR	CONHECER	Plano de Parto	
	Hora:							Expectativas	
	Esforços expulsivos						ESTAR COM	Disponibilidade	
	Início: Fim: Duração:								
	CTG:								
	h	_h_	_h_	_h_	_h_		Promoção dos esforços expulsivos expiratórios		
3º Estádio	Tipo de esforços expulsivos:					TEORIA DO CUIDAR	FAZER POR	Bem-estar	
									Apoio na identificação da contração
	Método não farmacológicos						POSSIBILITAR	Esforços expulsivos expiratórios	
									Ambiente seguro
	Água:			Outra técnica não farmacológica Qual			MANTER A CRENÇA	Identificar aptidão para esforços expulsivos expiratórios	
Massagem:									
Bola nascimento:									
4º Estádio	Tipo de parto		Posição Materna			Analgesia			
	Dequitação		Episiotomia / Perineotomia			Observações			
4º Estádio	Puerpera	Eliminação vesical;	Observações	recém-nascido	Índice de Apgar:	Peso:			
		Períneo			1º				
		crioterapia			5º	Manobras de reanimação			
		10º	observações:						

APÊNDICE 6: Questionário de satisfação com o parto e esforços expulsivos
expiratórios

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O PARTO E ESFORÇOS EXPULSIVOS EXPIRATÓRIOS

Exma. Senhora

O presente questionário, pretende avaliar a sua satisfação com a utilização dos esforços expulsivos expiratórios durante o parto, assim como com a experiência de parto vivenciada na sua globalidade.

O questionário é anónimo e confidencial, demora apenas alguns minutos a preencher.

Grata pela sua colaboração e resposta.

***Obrigatório**

1. Autorização de utilização dos dados fornecidos para fins académicos e de investigação. *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Declaro que li e tomei conhecimento do objetivo deste questionário. Autorizo que os dados fornecidos sejam utilizados para fins pedagógicos e/ou de investigação.

Dados sociodemográficos

2. Idade *

3. Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Ensino básico
☐ Ensino secundário
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

4. Nacionalidade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Portuguesa
☐ Outra

5. Se seleccionou outra nacionalidade, diga qual.

6. Data do parto *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

7. Hora do nascimento do seu recém nascido *

Exemplo: 08:30

8. Tipo de Parto *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Eutócico/Vaginal/Normal
- ☐ Fórceps
- ☐ Ventosa
- ☐ Cesariana

9. Fez analgesia epidural durante o trabalho de parto/dilatação?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. Quais as estratégias não farmacológicas de alívio da dor que utilizou durante o * trabalho de parto/dilatação?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Bola de pilatos
- ☐ Hidroterapia/Duche
- ☐ Pano suspenso
- ☐ Rebozo
- ☐ Musicoterapia
- ☐ Deambulação
- ☐ Posições verticalizadas
- ☐ Exercícios respiratórios
- ☐ Exercícios de Relaxamento

Utilização dos esforços expulsivos expiratórios durante o parto

11. Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o seu parto? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim Avançar para a pergunta 12
- ☐ Não Avançar para a pergunta 23

Satisfação com o uso dos esforços expulsivos expiratórios durante o parto

12. Já conhecia a técnica dos esforços expiratórios expulsivos antes deste parto? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Já tinha utilizado a técnica dos esforços expiratórios expulsivos noutro parto? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

14. Teve dificuldade em compreender a técnica dos esforços expiratórios expulsivos? Assinale a resposta que corresponde à sua opinião, considerando: *

1-Nada; 2-Um pouco; 3-Bastante; 4- Muito

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4
Nada	☐	☐	☐	☐ Muito

15. Teve dificuldade em executar a técnica dos esforços expiratórios expulsivos? *

Assinale a resposta que corresponde à sua opinião, considerando: 1- Nada; 2-Um pouco; 3-Bastante; 4- Muito

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	☐	☐	☐	☐	Muito

16. Considera que o conhecimento e treino prévio dos esforços expulsivos expiratórios, seria facilitador para a utilização desta técnica durante o parto? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim
☐ Não

17. Justifique a sua resposta

18. Considera que o uso dos esforços expulsivos expiratórios, contribuíram para uma experiência de parto positiva? Assinale a resposta que corresponde à sua opinião, considerando: 1-Nada; 2-Um pouco; 3-Bastante; 4- Muito *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	☐	☐	☐	☐	Muito

19. Justifique a sua resposta

20. Num próximo parto optaria novamente por usar os esforços expiratórios expulsivos? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim
☐ Não

21. Justifique a sua resposta

22. Na sua opinião o que poderia ser melhorado para maximizar o uso desta técnica? *

Satisfação com a experiência de parto

APÊNDICE 7: Síntese das tabelas, quadros e gráficos relativos à análise de dados quantitativos com recurso ao SPSS

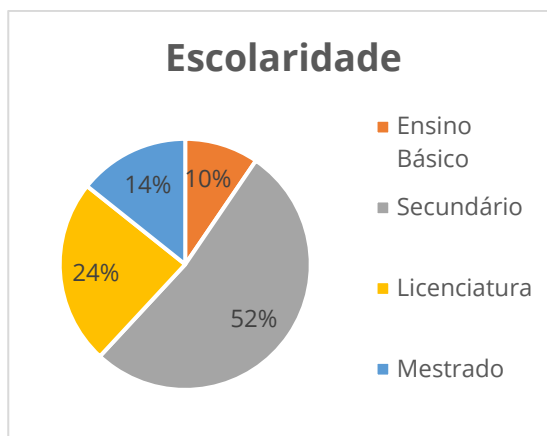
Relatório da análise de dados quantitativos do estudo:

Resultados da utilização dos Esforços Expulsivos Expiratórios no parto

1. Caracterização da Amostra: Variáveis sociodemográficas

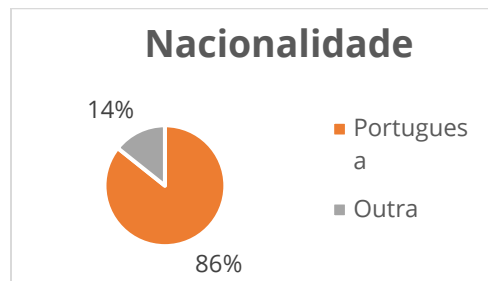
	Idade				Desvio Padrão
	N	Mínimo	Máximo	Média	
Idade	21	17	41	29,43	5,418

Escolaridade		
	N	%
Ensino Básico	2	9,5%
Secundário	11	52,4%
Licenciatura	5	23,8%
Mestrado	3	14,3%



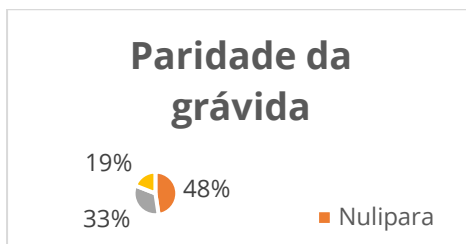
Nacionalidade	Frequência	%
Portuguesa	18	85,7
Outra*	3	14,3
Total	21	100,0

*1 Russa (4,7%) e 2 Brasileiras (9,6%)



2. Dados Obstétricos caracterizadores da Amostra

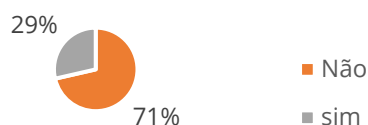
Paridade da grávida		
	N	%
Nulípara	10	47,6%
Primípara	7	33,3%
Múltipara	4	19,0%



Frequência de CPPP

	N	%
Não	15	71,4%
Sim	6	28,6%

Frequência de CPPP



Estatística Descritiva- Duração Fase Latente, Ativa e de Expulsão

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Duração fase latente dilatação (minutos)	12	240	600	392,50	133,221
Duração fase ativa dilatação (minutos)	18	60	660	281,67	132,632
Duração período expulsivo (minutos)	20	15	60	30,50	12,020
N válido (de lista)	12				

CTG Fase Latente Dilatação

	N	%
Normal	12	57,1%
Desconhecido	9	42,9%

CTG Fase Ativa Dilatação

	N	%
Normal	19	90,5%
Desconhecido	2	9,5%

CTG período expulsivo

	N	%
Normal	21	100,0%

Posição durante o período expulsivo

	N	%
Litotomia dorsal/ semi dorsal	11	52,4%
Litotomia lateral	1	4,8%
Quatro Apoios	1	4,8%
Sentada	8	38,1%

Períneo no pós-parto

	N	%
Intacto	6	28,6%
Laceração GI não suturada	7	33,3%
Laceração GI suturada	6	28,6%
Laceração G II suturada	2	9,5%

Tipo de Parto

	N	%
Eutócico	21	100,0%

3. Variáveis caracterizadoras da intervenção: Utilização de Esforços Expiratórios Expulsivos durante o período expulsivo

Utilização dos esforços expulsivos expiratórios durante o parto			Tipo de esforços expulsivos		
			N	%	
Não	4	19,0%	Esforços Expiratórios Expulsivos (EEE)	17	81,0%
Sim	17	81,0%	Esforços Expulsivos Espontâneos (EEEsp)	4	19,0%
			Manobra de Valsalva	0	0%

Durante o período expulsivo 81% (N=17) das participantes utilizou a técnica dos EEE e 19% (N=4) os esforços expulsivos espontâneos. Nenhuma das participantes revelou ter recorrido à Manobra de Valsalva.

		Conhecimento prévio dos EEE		Total
		Não	Sim	
Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto	Não	4	0	4
	Sim	11 (64,7%)	6 (35,3%)	17
Total		15	6	21

A totalidade das participantes que não utilizaram os EEE (N=4) não detinham conhecimento prévio sobre esta técnica. Já as parturientes que utilizaram esta técnica, seis demonstraram conhecimento prévio (35,3%) e onze (64,7%) desconheciam a existência dos EEE antes de serem informadas pela investigadora.

		Meio para Conhecimento prévio dos EEE		Total
		CPPP	Profissional saúde	
Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto	Sim	5	1	6
Total		5	1	6

Das seis participantes que demonstraram conhecimento prévio dos EEE, cinco (83,3%) adquiriram esse conhecimento no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade e apenas uma (16,7%) através de um profissional de saúde.

		Utilização dos EEE em partos anteriores		Total
		Não	Sim	
Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto	Não	4	0	4
	Sim	16	1	17
Total		20	1	21

Das 17 parturientes que utilizaram os EEE, apenas uma (5,9%) revelou ter utilizado os EEE em partos anteriores

		Treino dos EEE durante a gravidez		Total
		Não	Sim	
Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto	Sim	1	5	6

Total	1	5	6
-------	---	---	---

Das seis participantes que detinham conhecimento prévio sobre os EEE, cinco (83,3%) treinaram esta técnica durante a gravidez.

				Conhecimento e treino prévio dos EEE como fator facilitador		
				Não	Sim	Total
Utilizou os esforços expulsivos durante o parto	Sim			4 (23,5%)	13	17
					(76,5%)	
Total				4	13	17

As participantes no estudo não revelaram dificuldade em compreender a técnica dos EEE, pois obteve-se um score médio de 1,59 (numa escala de avaliação em que 1- é Nada e 4 é Muito). Apenas duas participantes (11,8%) que utilizaram os EEE, sentiram dificuldade em compreender a técnica.

Na avaliação da dificuldade em executar a técnica dos EEE, obteve-se um score médio de 1,47 (numa escala de avaliação em que 1- é Nada e 4 é Muito), o que também traduz facilidade na execução dos EEE, sendo que, apenas uma participante (5,9%) revelou ter sentido bastante dificuldade.

- **Estudo Associação entre a posição adotada no período expulsivo e o tipo de esforços expulsivos**

A totalidade das parturientes (4) que utilizaram no período expulsivo os esforços expulsivos espontâneos, pariram na posição de litotomia dorsal, enquanto nas parturientes que recorreram aos EEE se observou diversidade de posições para parir (47,1%- posição sentada; 41,2%- posição litotomia dorsal; 5,9%- litotomia lateral; 5,9% posição com 4 apoios).

Tabulação cruzada Posição durante o período expulsivo * Tipo de esforços expulsivos

		Tipo de esforços expulsivos				Total	
		Esforços Expiratórios		Esforços Expulsivos			
		Expulsivos		Espontâneos		N	%
		N	%	N	%		
Posição durante o período expulsivo	Litotomia dorsal/semi dorsal	7	41,2%	4	100,0%	11	52,4%
	Litotomia lateral	1	5,9%	0	0,0%	1	4,8%
	4 Apoios	1	5,9%	0	0,0%	1	4,8%
	Sentada	8	47,1%	0	0,0%	8	38,1%
Total		17	100,0%	4	100,0%	21	100,0%

Face a esta constatação, pretendeu-se estudar se existe associação entre a posição adotada durante o período expulsivo e a utilização dos EEE ou dos esforços expulsivos espontâneos. Por serem duas variáveis nominais/categoriais, recorreu-se ao teste de Qui- quadrado de Pearson. Porém este teste tem como pressupostos de utilização: Independência de resíduos; nenhuma frequência esperada pode ser menor que 5 e um $N > 20$ (Maroco, 2011). Dado que o pressuposto “frequências esperadas maiores ou iguais a 5” não estava cumprido, optou-se pelo teste exato de Fisher, obtendo-se um resultado de 4,458 ($p=0,272$) o que revela que não existe associação significativa entre a posição adotada no período expulsivo e o tipo de esforços expulsivos a que, a parturiente recorre.

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	4,492 ^a	3	,213	,419		
Razão de verossimilhança	6,030	3	,110	,169		

Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	4,458			,272		
Associação Linear por Linear	3,807 ^b	1	,051	,076	,055	,055
N de Casos Válidos	21					

a. 6 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,19.

b. A estatística padronizada é -1,951.

- Estudo da associação entre a duração do período expulsivo e a utilização de EEE**

A média da duração do período expulsivo situou-se 30,50 minutos sendo o mínimo 15 minutos e o máximo 60 minutos, o desvio padrão foi de 12,020.

Para estudar a relação entre estas duas variáveis utilizou-se o teste de exato de Fisher para testar a independência das variáveis., obtendo-se um resultado de $X^2_{(8)} = 6,146$; $p = 0,857$, o que revela que o tipo de esforços expulsivos não influencia a duração do período expulsivo.

Testes qui-quadrado									
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. Monte Carlo (Bilateral)		Sig. Monte Carlo (1 lado)		Intervalo de Confiança 99% Limite inferior	Intervalo de Confiança 99% Limite superior
				Significância	Intervalo de Confiança 99% Limite superior	Significância	Intervalo de Confiança 99% Limite superior		
Qui-quadrado de Pearson	4,314 ^a	8	,828	,857 ^b	,848	,866			
Razão de verossimilhança	5,451	8	,708	,857 ^b	,848	,866			
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	6,146			,857^b	,848	,866			
Associação Linear por Linear	1,906 ^c	1	,167	,207 ^b	,196	,217	,101 ^b	,093	,108
N de Casos Válidos	20								

a. 17 células (94,4%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,15.

b. Baseado em 10000 tabelas de amostra com a semente 624387341.

c. A estatística padronizada é 1,381.

- Estudo da associação entre a utilização dos EEE no período expulsivo e o estado do períneo após a expulsão do feto e placenta**

Constatou-se que 50% das parturientes que não utilizaram os EEE tiveram períneo intacto após a expulsão do feto e placenta, 25% tiveram Laceração de Grau I (LacGI) não suturada e 25% LacGI que requereu sutura. Já as parturientes que utilizaram os EEE maioritariamente apresentaram LacGI não suturada (35,3%), cerca de 29,4% das LacGI foram suturadas, observaram-se 11,8% de LacGII que também foram suturadas e em 23,5% dos partos o períneo ficou intacto.

Períneo no pós-parto * Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto

		Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto				Total	
		Não		Sim			
		N	%	N	%	N	%
Períneo no pós-parto	Intacto	2	50,0%	4	23,5%	6	28,6%
	LacGI não suturada	1	25,0%	6	35,3%	7	33,3%
	LacGI suturada	1	25,0%	5	29,4%	6	28,6%
	LacG II suturada	0	0,0%	2	11,8%	2	9,5%
Total		4	100,0%	17	100,0%	21	100,0%

Em virtude da diversidade dos resultados acima reportados, achou-se pertinente estudar se existe associação entre a utilização de EEE e o resultado ao nível do períneo. Recorreu-se ao Teste exato de Fisher ($X^2_{(3)}=1,420$; $p=0,874$), tendo-se constatado que não existe associação estatisticamente significativa.

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	1,390 ^a	3	,708	,874		
Razão de verossimilhança	1,664	3	,645	,789		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	1,420			,874		
Associação Linear por Linear	,997 ^b	1	,318	,412	,246	,147
N de Casos Válidos	21					

a. 7 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,38.

b. A estatística padronizada é ,998.

- **Estudo da associação entre a utilização dos EEE no período expulsivo e a Satisfação com a experiência de parto**

Procedeu-se ao estudo da satisfação manifestada nas dimensões: Contributo dos EEE para uma experiência de parto positiva; Contributo dos EEE para a satisfação na fase de expulsão; Contributo dos EEE para a experiência de parto em geral.

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Os EEE contribuíram para uma experiência de parto positiva	17	3	4	3,82	,393
Satisfação na fase Expulsão	21	3	4	3,81	,402
Experiência de parto em geral	21	3	5	4,57	,598

Tabulação cruzada Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto * Satisfação na fase Expulsão

Contagem

		Satisfação na fase Expulsão		Total
		Bastante	Muito	
Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto	Não	3	1	4
	Sim	1	16	17
Total		4	17	21

Satisfação na fase Expulsão * Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto

Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto

		Não		Sim		Total	
		N	%	N	%	N	%
Satisfação na fase Expulsão	Bastante	3	75,0%	1	5,9%	4	19,0%
	Muito	1	25,0%	16	94,1%	17	81,0%
Total		4	100,0%	17	100,0%	21	100,0%

O score médio de **Satisfação durante a fase de expulsão** (M=3,81; DP=0,402) é Muito elevado (numa escala em que 1 corresponde a Nada e 4 a Muito). Verificou-se que as participantes que não recorreram a esta técnica revelaram estar 75% Bastante satisfeitas e apenas 25% Muito satisfeitas. Já as participantes que utilizaram no período expulsivo os EEE evidenciam níveis de satisfação nessa fase mais elevados (94,1%-Muito satisfeitas e 5,9%- Bastante satisfeitas).

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	10,032 ^a	1	,002		
Correção de continuidade ^b	6,050	1	,014		
Razão de verossimilhança	8,345	1	,004		
Teste Exato de Fisher				,012	,012
Associação Linear por Linear	9,554	1	,002		

N de Casos Válidos	21			
--------------------	----	--	--	--

a. 3 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,76.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Procedendo ao estudo da associação entre a **utilização dos EEE e a Satisfação no período expulsivo com recurso ao**

teste exato de Fisher, constatou-se uma associação estatisticamente significativa ($p=0,012$), o que permite inferir que as parturientes que recorreram aos EEE na fase de expulsão revelam níveis de satisfação mais elevados nessa fase.

Os EEE contribuíram para uma experiência de parto positiva			
	Bastante	Muito	Total
Utilizou os esforços expulsivos Sim expiratórios durante o parto	3	14	17
Total	3	14	17

Testes qui-quadrado

	Valor
Qui-quadrado de Pearson	. ^a
N de Casos Válidos	17

Nenhuma estatística foi calculada porque a variável utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto é um constante.

Os resultados obtidos revelam que os EEE contribuíram para uma Experiência de Parto Muito Positiva ($M=3,82$; $DP=0,393$), numa escala em que 1 corresponde a Nada e 4 corresponde a Muito. Porém não foi possível estudar a associação entre estas duas variáveis pois a variável "Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto" é um constante (não tem variabilidade).

Experiência de parto em geral * Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto

		Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto				Total	
		Não		Sim			
		N	%	N	%	N	%
Experiência de parto em geral	Nem negativa nem positiva	0	0,0%	1	5,9%	1	4,8%
	Positiva	3	75,0%	4	23,5%	7	33,3%
	Muito Positiva	1	25,0%	12	70,6%	13	61,9%
Total		4	100,0%	17	100,0%	21	100,0%

O score médio de **Avaliação da experiência de parto em geral foi de 4,57**, numa escala de avaliação em que 1corresponde a Muito Negativa e 5 a Muito Positiva. Porém constatou-se que 70,6% das parturientes que utilizaram

os EEE sentiram que tiveram uma Experiência Muito Positiva e apenas 25% das parturientes que não utilizaram os EEE tiveram este sentimento.

Procedendo ao estudo da associação entre a utilização dos EEE e a Experiência de Parto em Geral com recurso ao teste exato de Fisher, verificou-se que não existe uma associação significativa ($X^2_{(2)} 3,750$; $p=0,181$), pelo que a avaliação que as parturientes fazem da sua experiência de parto no geral não se relaciona com o recurso aos EEE ou a outro tipo de esforços expulsivos.

Testes qui-quadrado						
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	3,896 ^a	2	,143	,272		
Razão de verossimilhança	3,839	2	,147	,301		
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	3,750			,181		
Associação Linear por Linear	1,429 ^b	1	,232	,344	,225	,167
N de Casos Válidos	21					

a. 4 células (66,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,19.

b. A estatística padronizada é 1,196.

4- Resultados variáveis bem-estar fetal: adaptação à vida extrauterina

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Índice Apgar RN 1ºminuto (0 a 10)	21	7	9	8,86	,478
Índice Apgar RN 5ºminuto (0 a 10)	21	9	10	9,90	,301
Índice Apgar RN 10ºminuto (0 a 10)	21	10	10	10,00	,000
N válido (de lista)	21				

		Índice Apgar RN 1ºminuto (0 a 10)			Total
		7	8	9	
Utilizou os esforços expulsivos	Não	1	0	3	4
expiratórios durante o parto	Sim	0	1	16	17
Total		1	1	19	21

Testes qui-quadrado									
				Sig. Monte Carlo (Bilateral)			Sig. Monte Carlo (1 lado)		
			Significância Assintótica (Bilateral)		Intervalo de Confiança 99%			Intervalo de Confiança 99%	
	Valor	df		Significância	Limite inferior	Limite superior	Significância	Limite inferior	Limite superior
Qui-quadrado de Pearson	4,616 ^a	2	,099	,352 ^b	,340	,365			
Razão de verossimilhança	3,876	2	,144	,352 ^b	,340	,365			
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	3,805			,352 ^b	,340	,365			
Associação Linear por Linear	2,757 ^c	1	,097	,189 ^b	,178	,199	,189 ^b	,178	,199
N de Casos Válidos	21								

a. 5 células (83,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,19.

b. Baseado em 10000 tabelas de amostra com a semente 957002199.

c. A estatística padronizada é 1,661.

Não há associação entre o IA ao 1º minuto e o tipo de Esforços expulsivos (p=0,352)

Índice Apgar RN 5º minuto (0 a 10)				Total
		9	10	
Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto	Não	1	3	4
	Sim	1	16	17
Total		2	19	21

Testes qui-quadrado ^c						
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	1,373 ^a	1	,241	,352	,352	
Correção de continuidade ^b	,051	1	,822			
Razão de verossimilhança	1,104	1	,293	,352	,352	
Teste Exato de Fisher				,352	,352	

Associação Linear por Linear	1,308 ^d	1	,253	,352	,352	,324
N de Casos Válidos	21					

- a. 3 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,38.
b. Computado apenas para uma tabela 2x2
c. Para a tabulação cruzada 2x2, resultados exatos são fornecidos em vez dos resultados de Monte Carlo.
d. A estatística padronizada é 1,144.
- Não há associação entre o IA ao 5º minuto e o tipo de Esforços expulsivos (teste exato de Fisher, $p=0,352$).

		Índice Apgar RN 10º minuto (0 a 10)	Total
		10	
Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto	Não	4	4
	Sim	17	17
Total		21	21

Nenhuma estatística foi calculada porque Índice Apgar RN 10º minuto (0 a 10) é um constante.

5- Gestão da dor presente no primeiro e segundo estádios do Trabalho de Parto

5.1- Utilização de estratégias farmacológicas de alívio da dor durante as fase de Dilatação e período expulsivo

Analgesia Epidural Fase Latente Dilatação			Analgesia Epidural Fase Ativa Dilatação			Analgesia Epidural Período expulsivo		
		N			%			%
Não		10	Não	4	19,0%	Não	4	19,0%
Sim		11	Sim	17	81,0%	Sim	17	81,0%

Constatou-se que 81% (N=17) das parturientes estava sob efeito de analgesia epidural durante o período expulsivo, sendo que 14 destas parturientes utilizaram simultaneamente os EEE.

Analgesia Epidural Período expulsivo * Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto

		Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto						Total	
		Não		Sim					
		N	%	N	%			N	%
Analgesia Epidural Período expulsivo	Não	1	25,0%	3	17,6%			4	19,0%
	Sim	3	75,0%	14	82,4%			17	81,0%
Total		4	100,0%	17	100,0%			21	100,0%

No estudo de associação destas variáveis recorrendo ao teste exato de Fisher não se verificou associação significativa ($p=0,602$), pelo que o controle da dor com recurso à analgesia epidural no período expulsivo não influencia a prática dos esforços expulsivos expiratórios.

Testes qui-quadrado						
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
Qui-quadrado de Pearson	,114 ^a	1	,736	1,000	,602	
Correção de continuidade ^b	,000	1	1,000			
Razão de verossimilhança	,108	1	,743	1,000	,602	
Teste Exato de Fisher				1,000	,602	
Associação Linear por Linear	,108 ^c	1	,742	1,000	,602	,454
N de Casos Válidos	21					

a. 3 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,76.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

c. A estatística padronizada é ,329.

5.2- Recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o Trabalho de Parto

Recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor fase Latente dilatação

	N	%
Não	8	38,1%
Sim	12	57,1%
Omisso Sistema	1	4,8%
Total	21	100,0%

Recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor fase Ativa dilatação

	N	%
Não	1	4,8%
Sim	20	95,2%

Recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor Período Expulsivo

	N	%
Sim	21	100,0%

Recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto

	N	%
Sim	21	100,0%

Recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto

	Bola de Pilatos	Deambulação	Exercícios Respirat.	Exercícios Relaxamento.	Massagem	Posições verticalizadas	Hidroterapia	Musicoterapia	Pano Suspenso
N	12	10	12	3	2	8	6	3	1

%	57,1	47,6	57,1	14,3	9,5	38,1	28,6	14,3	4,8
---	------	------	------	------	-----	------	------	------	-----

A totalidade das participantes (N=21) recorreu a ENFAD durante o trabalho de parto, o que impossibilita o estudo da associação desta variável com o tipo de esforços expulsivos.

Recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto * Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto

		Utilizou os esforços expulsivos expiratórios durante o parto				Total	
		Não		Sim			
		N	%	N	%	N	%
Recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto?	Sim	4	100,0%	17	100,0%	21	100,0%
Total		4	100,0%	17	100,0%	21	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor
Qui-quadrado de Pearson	. ^a
N de Casos Válidos	21

a. Nenhuma estatística foi calculada porque Recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto? é um constante.

APÊNDICE 8: Síntese da análise de conteúdo segundo as orientações de Bardin

Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo (UR)	Frequência das UR
Gestão das emoções e sentimentos	Bem-estar	"...não me senti cansada durante o parto." (R3) "... fazer a força durante mais tempo." (R4) "Fiquei menos cansada a fazer força do que no parto anterior." (R5) "Fiquei menos cansada." (R6) "...respiração me ajudou na dor ...não me cansei tanto..." (R9) "Foi muito eficaz a reduzir a dor..." (R11) "Nos outros partos fiquei mais cansada" (R13) "Em relação ao parto do 1º filho... fiquei menos cansada." (R16) "...concentrar na respiração... levou ao alívio da dor." (R19) "não me senti cansada e foi muito natural e inato." (R21)	10
	Autocontrolo	"aconteceu como planeei." (R1) "...fiz a força de forma mais controlada." (R2) "...que controlava a situação algo que fosse espontâneo algo que o meu corpo pedia." (R6) uma excelente mais-valia na ajuda do controlo no momento da expulsão e controle respiratório." (R7) "Acho que me controlei melhor a respiração" (R9) "Ajudou-me ...a controlar a respiração..." (R14) "Com está técnica fiquei mais calma e controlei melhor a respiração...e a força." (R16) "Fiz a força de forma controlada e ao meu ritmo" (R21)	8
	Satisfação	"...consegui fazer a força de forma controlada... gostei imenso" (R3) "...consegui dosear a força que fazia de forma mais	5

		eficaz...experiência muito positiva." (R4) "...foi à minha maneira, correu como desejei ...me deixei ir e depois fluiu espontaneamente." (R5) "Bastante positiva..." (R7) "consegui ter um parto que desejei." (R21)	
Compreensão e utilização dos EEE	Conhecimento prévio	"tomei conhecimento no curso pré parto e no dia do parto, inicialmente tive alguma dificuldade em usar" (R1) "Já conhecia...na aula de preparação e ainda bem que foi executado." (R2) "O conhecimento de técnica foi importante, pois facilitou o seu uso durante o parto." (R3) "Sem dúvida...no parto sabia como usar a técnica." (R4) "Teria menos dificuldade em executar a técnica." (R9) "Fácil compreensão bastando ser explicado na altura." (R11) "Para mim foi fácil de compreender quando a enfermeira explicou." (R13) "...ficava mais fácil aplicar durante o parto." (R14) "...conhecimento da técnica no CPPP facilitou a compressão e a realização da mesma." (R16) "Ser mais divulgado...nos cursos pré parto. Com a noção que fiquei da ajuda que é no momento do parto dos EEE sem dúvida nenhuma que noutro parto usaria, foi um grande aliado no meu parto." (R19) "Diminui o tempo de expulsão e maximiza o parto" (R20) "Teria facilitado compressão e a execução da mesma. Acho que facilitou muito a forma de fazer a força "(R21)	12
	Intervenção da EEESMO	"Não sentia a contração..., mas com orientação da enfermeira consegui identificar a contração e fazer força controlada..." (R3)	8

		"Ajuda e orientação da enfermeira" (R5) "A disponibilidade e os reforços positivos da enfermeira..." (R6) "Enfermeira explicou tudo o que me ajudou muito "(R8) "O apoio da enfermeira facilitou o processo "(R9) "... foi fácil compreender quando a enfermeira me explicou." (R13) "...foi essencial a ajuda dos profissionais que me acompanharam e sempre me orientaram. "(R19) "...a ajuda da enfermeira para fazer a respiração..." (R21)	
--	--	--	--

APÊNDICE 9: Consentimento informado esclarecido e livre

Título do estudo: Esforços expulsivos expiratórios no parto: um cuidado do Enfermeiro Obstetra

No âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a realizar um estudo com o tema “Esforços Expulsivos Expiratórios no Parto”, cujos objetivos são: promover o uso dos esforços expulsivos expiratórios no parto, identificar os contributos dos esforços expulsivos no parto e compreender as vivências das mulheres em relação a este cuidado.

Este documento pretende formalizar o consentimento e participação voluntária no estudo, sendo garantido o total sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Os dados obtidos serão usados apenas para fins da investigação.

Os participantes têm o direito de 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.

Declaro que aceito colaborar no estudo supracitado, assinando o consentimento de forma livre e esclarecida.

Data: Almada __/__/2021

Assinatura do participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

Contato da investigadora iolandarodrigues@campus.esel.pt

APÊNDICE 10: Sessão de formação à equipa de enfermagem do Contexto de Cuidados de Saúde Primários (Planeamento, implementação e avaliação)

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO		
FORMAÇÃO: Esforços Expulsivos Expiratórios no Parto: <i>Scoping Review</i>		
FORMADORA: Iolanda Maria da Rosa Rodrigues, Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola superior de Enfermagem de Lisboa sob orientação da Professora Maria Helena Presado e EEESMO XXXXXXXX		
OBJETIVOS: Refletir com a equipa sobre a importância dos esforços expulsivos; apresentar a <i>Scoping Review</i>		
DESTINATÁRIOS: Enfermeiros XXXXXXXX		
DATA: 11 janeiro 2021	TEMPO PREVISTO: 20minutos	HORÁRIO: 13,30h

MÓDULOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	TEMPO
Apresentação	- Justificação da temática - Enquadramento teórico	Expositivo/Participativo Expositivo	2 minutos
Planeamento e Metodologia do Projeto	- Questão de investigação - Objetivo do projeto - Tarefas e resultados esperados - Resultados da <i>scoping review</i> para a prática de cuidados		5 minutos
Conclusão	- Aprendizagens desenvolvidas - Apresentação de 1 vídeos - Momento de partilha - Referências bibliográficas	1 Vídeo Expositivo/Participativo	8 minutos
Discussão	Discussão das implicações para a prática de cuidados		5 minutos

IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO

Esforços expulsivos expiratórios no parto
Scoping Review

11º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Estágio com Relatório: Contexto de Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno- Fetal

Trabalho realizado por:
Isolanda Rodrigues, nº 9455

Sob orientação:
Prof.ª Dr.ª
EESMO:

ESEL

Lisboa, Abril de 2021

1

Sumário:

- Objetivos
- Justificação da temática
- Enquadramento teórico
- Planeamento e metodologia da scoping review
- Síntese de Resultados da Scoping review e implicações para a prática de cuidados
- Conclusão
- Referências bibliográficas

ESEL

2

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL
Divulgar a evidência científica sobre os efeitos dos esforços expulsivos expiratórios - Scoping Review

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as especificidades dos esforços expulsivos expiratórios na promoção de um parto normal e fisiológico;
- Refletir com a equipa de saúde sobre a importância dos esforços expulsivos expiratórios, para a vivência de uma experiência de parto positiva.

ESEL

3

Justificação da temática



ESEL

4

Enquadramento teórico

Período expulsivo

Inicia quando há a dilatação completa do colo uterino e termina quando ocorre o nascimento. Divide-se em 2 fases:

- 1ª fase não expulsiva, passiva ou de descida quando a mulher não sente vontade de puxar;
- 2ª fase expulsiva ou ativa: quando a apresentação cefálica se encontra abaixo das espinhas isquáticas e a mulher sente vontade puxar em cada contração

(Álvarez-Buñón & Arnedillo-Sánchez, 2020)

ESEL

5

Enquadramento teórico

Esforços / Puxos expulsivos espontâneos

- "Impulso involuntário induzido pela compressão da apresentação sobre a musculatura pélvica;
- Presença de contrações regulares e frequentes, durante as quais a mulher sente pressão pélvica e um impulso de puxar.
- É produzido quando a contração alcança 30mmHg de intensidade e há presença do reflexo de Ferguson"

(Pacheco & Nogueira, 2020, p.131)

ESEL

6

ENQUADRAMENTO TEÓRICO: Técnica *Intermittent exhalation urge*

Puxos Espontâneos /Fisiológicos / esforços expulsivos expiratórios



ACNM (2012)



7

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

Puxos fisiológicos: Espontâneos/Expulsivos expiratórios

- A progressão passiva do feto no canal de parto e ocorre mais eficazmente;
- Perineos íntatos e a redução de episiotomias ou lacerações 1.º e 2.º grau;
- Diminuição da probabilidade de partos instrumentados;
- Aumento de partos eutócicos;
- Menor incidência de fadiga materna;
- Maior proteção do assoalho pélvico;
- Melhor perfusão útero-placentar;
- Melhores scores de Índice de Apgar;
- Pode prolongar a duração do segundo estágio do TP.

(ACNM, 2012), (Pacheco & Nérin, 2020)



8

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA

Vai de encontro ou excede as expectativas da mulher;

Inclui dar à luz um bebé saudável, num ambiente psicologicamente seguro, onde seja permitido o apoio físico, psíquico e emocional de um CPS;

Ter ao dispor uma equipa clínica que seja gentil e tecnicamente competente



(WHO, 2018)



9

Para posteriormente:

SCOPING
REVIEW

- Basear a prática na evidência científica;
- Através da prática reflexiva;
- Resolução de problemas complexos.

10

METODOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS -SCOPING REVIEW

TÍTULO:

Efeitos dos esforços expulsivos expiratórios durante o parto: uma scoping review

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

Quais os efeitos dos esforços expulsivos expiratórios durante o parto?



OBJETIVO: mapear os efeitos dos esforços expulsivos expiratórios durante o segundo estágio do trabalho de parto



11

SCOPING REVIEW CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO



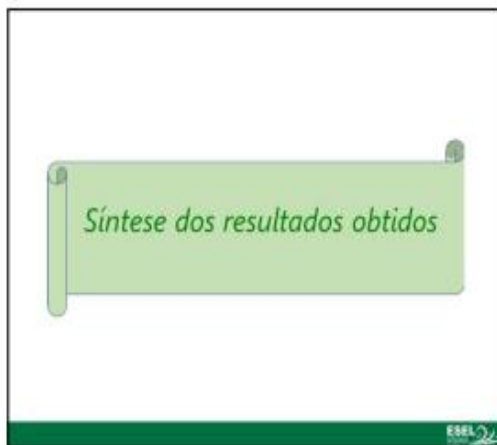
12



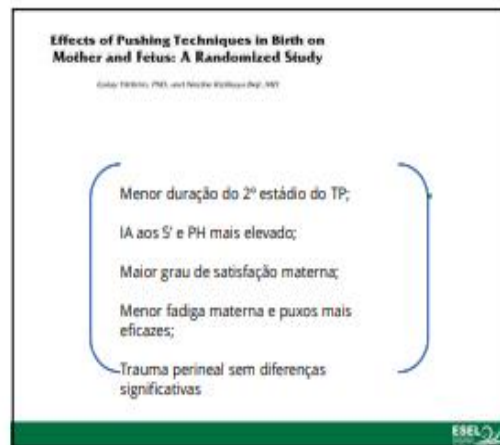
13



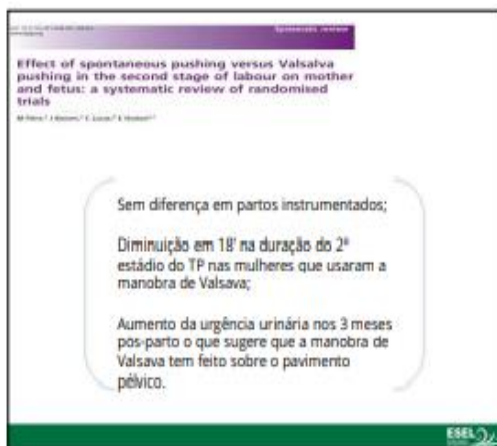
14



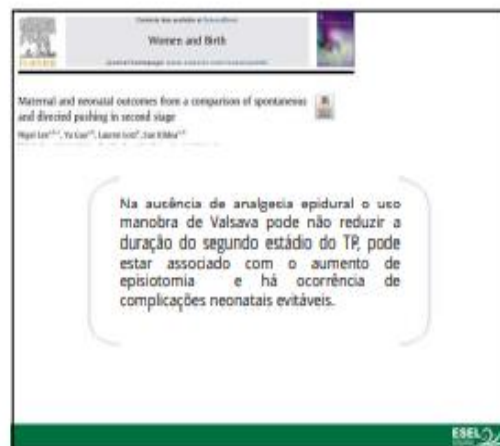
15



16



17



18

Considerações finais:

As Evidências científicas referem que os puxos espontâneos são uma boa prática, as mulheres devem ser encorajadas a escolher o seu tipo de puxos e motivadas a "seguir o seu corpo" e usar os seus próprios esforços expulsivos.

Os EESMO devem assistir e dirigir os esforços expulsivos quando a parturiente solicitar ou quando é necessário orientar o segundo estágio do TP.

Os **esforços expulsivos expiratórios** estão associados ao bem estar materno e fetal e como tal permitem a vivência de uma **experiência de parto positiva**

Como EESMO quero ser promotora de mudanças que perspetivem a melhoria contínua da qualidade de cuidados.

Contribuindo para ganhos em saúde para as mulheres com impacto nas nossas práticas e nas instituições.



19

<https://www.youtube.com/watch?v=pDKm4EAG4-U>



20

Muito Obrigada



21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Nurse Midwives. (2012). Second Stage of Labor: Pushing Your Baby Out. Journal of Midwifery & Women's Health, 57(1), 107-108. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.00145.x>

Lee, N., Loh, T., Loh, L., & Aldred, S. (2015). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. Women and Birth, 22(4), e433-e440. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.005>

Pacheco, H., & Néné, M. (2020). Esforços expulsivos. LIDL (Ed.), Procedimentos de Enfermagem Saúde Materno e Obstétrica (pp. 121-125)

Prins, M., Bowen, J., Lucas, C., & Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: A systematic review of randomised trials. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 118(6), 662-670. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02919.x>

World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-155021-5 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1> <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/>

Yildirim, G., & Beji, N. K. (2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: A randomised study. Obstetrical and Gynaecological Survey, 63(8), 488-489. <https://doi.org/10.1097/01.oga.0000320484.30771.10>



22

AVALIAÇÃO SESSÃO DE FORMAÇÃO

Esforços expulsivos expiratórios no parto: Scoping Review

	insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom
Comunicação dos objetivos				
Interesse na temática				
Métodos/Técnicas pedagógicas				
Estruturação dos conteúdos				
Domínio do tema apresentado				
Autoconfiança				
Interação com o grupo				
Avaliação da aprendizagem				
Gestão do tempo				

Sugestões:

Análise da sessão de formação nos Cuidados de Saúde Primários

Na sessão de formação estiveram presentes 5 formandos. Para avaliar a sessão foi elaborado um questionário (página anterior). A avaliação foi efetuada pela aplicação de uma escala de quatro pontos (1-Insuficiente a 4-Muito Bom), para avaliar a relevância e pertinência da sessão de formação aos profissionais, assim como o desempenho do formador. Sendo que os resultados obtidos foram os seguintes:

A comunicação dos objetivos foi classificada por 40% com Bom e por 60% com Muito Bom. Relativamente ao interesse da temática foi classificada por 100% com Muito Bom. Em relação aos métodos pedagógicos utilizados e a estruturação dos conteúdos da formação foram classificados por 80% com Bom e por 20% com Muito Bom. Sobre a avaliação da aprendizagem foi classificada por 40% com Bom e por 60% com Muito Bom.

A formadora quanto ao domínio do tema apresentado e à gestão do tempo foi classificada por 40% com Bom e por 60% com Muito Bom, no entanto, em relação à autoconfiança foi classificada por 60% com Bom e por 40% com Muito Bom e no que se refere a interação com o grupo foi classificada por 20% com Bom e por 80% com Muito Bom.

Todavia somente um dos formadores fez uma sugestão, referindo a partilha do estudo com os enfermeiros implicados no Curso de Preparação Parto e Parentalidade.

APÊNDICE 11: Sessão de formação à equipa de enfermagem do Contexto de Medicina
Materno-Fetal (Planeamento, implementação e avaliação)

Tema: Esforços expulsivos expiratórios no parto: Uma *Scoping Review*

Objetivo geral:

- Divulgar a evidência científica sobre esforços expulsivos expiratórios - *Scoping Review*

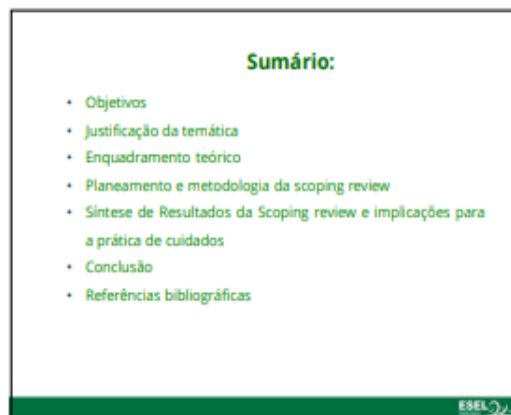
- Identificar as especificidades dos esforços expulsivos expiratórios na promoção de um parto normal e fisiológico;
- Refletir com a equipa de saúde sobre a importância dos esforços expulsivos expiratórios para a vivência de uma experiência de parto positiva

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
INTRODUÇÃO: - Sumário; - Justificação da temática; DESENVOLVIMENTO: - Enquadramento teórico; - Planeamento e metodologia da <i>Scoping Review</i>: · Questão de investigação; · Objetivo da revisão · Resultados da scoping review para a prática de cuidados. - Implicações para a prática de cuidados; CONCLUSÃO: - Breve resumo do tema abordado; - Discussão/comentários e esclarecimento de dúvidas; - Avaliação.	Método expositivo Vídeo	Meios audiovisuais: computador e projetor	5' 10' 25' 10' 10'	Iolanda Rodrigues Mestranda CMESMO/ESEL

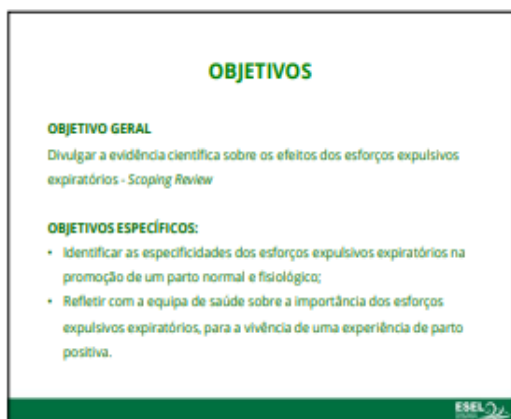
IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO



1



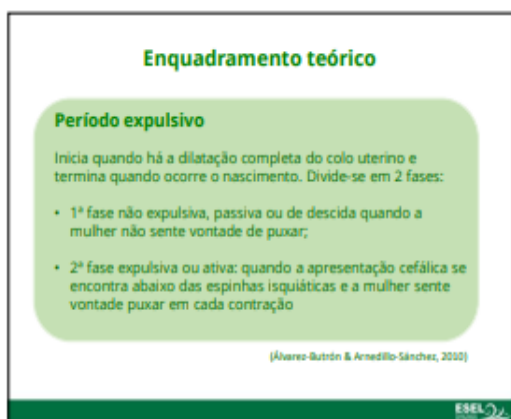
2



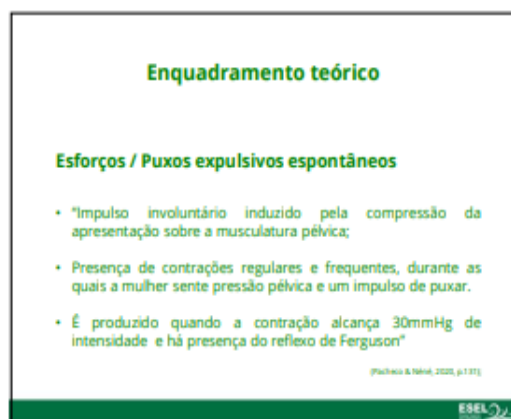
3



4



5



6

Esforços expulsivos espontâneos

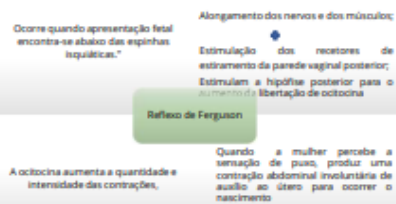
- "impulso involuntário induzido pela compressão da apresentação sobre a musculatura pélvica;
- Presença de contrações regulares e frequentes, durante as quais a mulher sente pressão pélvica e um impulso de puxar.
- É produzido quando a contração alcança 30mmHg de intensidade e há presença do reflexo de Ferguson"

(Pacheco & Nêni, 2020, p.131)

ESEL

7

Reflexo de Ferguson



(Álvarez-Butrón & Arnedillo-Sánchez, 2010)

ESEL

8

Puxos espontâneos/livres/ fisiológicos

Puxos espontâneos/livres/fisiológicos

- Puxo realizado quando mulher sente vontade;
- 3 a 5 puxos expiratórios curtos, em cada contração;
- Duração não superior a 5-6 seg.;
- Glote aberta.



(ACNM, 2012); (Pacheco & Nêni, 2020)

ESEL

9

Manobra de Valsava

Puxo dirigido ou manobra de Valsava

Surgiu com a institucionalização e medicalização do parto com o intuito de reduzir a duração do 2º estágio do TP.

- Independentemente da vontade puxar;
- Apenas de 10-30 seg.;
- Contração abdominal e diafragmática;
- Repetir 3-4 vezes durante a contração;
- Com ausência de ruídos /glote fechada.

(Roberts, 2002)

ESEL

10

Esforços expulsivos

Esforços espontâneos em comparação com a manobra de Valsava

- A progressão passiva do feto no canal de parto ocorre mais eficazmente;
- Maior número perineos íntatos e a redução de episiotomias ou lacerações 1º e 2º grau;
- Aumento de partos eutócicos;
- Diminuição da probabilidade de partos instrumentados;
- Maior proteção do assoalho pélvico;
- Melhor perfusão útero-placentar;
- Melhores scores de Índice de Apgar;
- Menor incidência de fadiga materna;
- Pode prolongar a duração do segundo estágio do TP.

(Álvarez-Butrón & Arnedillo-Sánchez, 2010)

ESEL

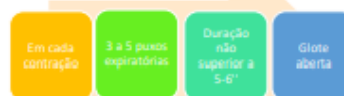
11

ESFORÇOS EXPULSIVOS EXPIRATÓRIOS

Autores citados por Oliveira (2003): Barnett & Humenick (1982); Paine & Tinker (1992) preconizam padrões respiratórios utilizando a glote aberta com exalação do ar durante o esforço expulsivo, com alternativa à manobra de Valsava.

OMS em 1996: Care in a Normal Birth: a Practical guide - considera a manobra de Valsava conduta claramente ineficaz que deveria ser eliminada.

Intervenções de enfermagem: instruir no esforços expulsivos incentivar a parturiente a fazer



(ACNM, 2012); (Pacheco & Nêni, 2020)

ESEL

12

Síntese dos resultados obtidos

19

Artigo 1

Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study

Quigley J, Roberts J, Pineda J, and Mueller-Klaus J (2002)

Primíparas, gravidez baixo risco, IG 38-42s, sem epidural

100 mulheres, 2 grupos: puxos espontâneo e manobra de Valsalva

20

Artigo 1

Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study

Quigley J, Roberts J, Pineda J, and Mueller-Klaus J (2002)

Grupo manobra de Valsalva média de duração do 2º estágio foi superior;

Fase expulsiva (+/- 7.5 min) no grupo de manobra de Valsalva, maior do que no grupo de puxos espontâneos (5.5min);

Ocorrência trauma perineal e a hemorragia pós-parto foi semelhante nos 2 grupos;

Apgar no 1º e no 5º min significativamente mais alto no grupo de puxos espontâneos;

Valores de pH e Po2 na artéria umbilical mais elevados no grupos dos esforços espontâneos;

21

Artigo 1

Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study

Quigley J, Roberts J, Pineda J, and Mueller-Klaus J (2002)

Mulheres do grupo dos esforços expulsivos espontâneos sentiram que os puxos foram mais eficazes, referiram maior satisfação com a técnica de puxo, menos problemas em gerir a dor e menor desconforto durante o puxo, do que as mulheres que usaram a manobra de Valsalva.

O conhecimento sobre os esforços expulsivos espontâneos no 1º estágio do TP e apoio e incentivo do seu uso no 2º estágio do TP, sugere uma menor duração do 2º estágio do TP e menor intervenções durante o parto com melhores outcomes fetais.

22

Artigo 2

Systematic review

Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials

McPhee L, J. Baines, C. E. Jones, T. E. Hooton

4 estudos: Thomson (1993), Shaffer (2005), Bloom (2006) e Lam (2006)

Crítérios de inclusão: Estudos randomizados que comparam esforços expulsivos espontâneos e manobra de Valsalva na 2ª estágio do TP gravidez de baixo risco e sem analgesia epidural

425 Mulheres, gravidez de baixo risco, IG<36s e sem epidural

23

Artigo 2

Systematic review

Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials

McPhee L, J. Baines, C. E. Jones, T. E. Hooton

Resultados Idênticos: Número de partos instrumentalizados e C&T trauma perineal, na estimativa de perda sanguínea materna e pH fetal; Recém-nascido (Apgar<7 depois dos 5', pH artéria umbilical < 7.2 índice, admissão na Neonatologia e complicações e morte perinatal); Outcomes sem diferenças significativas.

Duração 7º estágio do trabalho de parto menor no grupo de manobra de Valsalva, em 3 estudos Thomson (1993), Bloom (2006) e Lam (2006), uma média de 18.59 minutos.

Estudo urodinâmico 3 meses pós-parto, estudo de Shaffer (2005), no grupo de manobra de Valsalva há diminuição urgência urinária (41.5ml) e da capacidade da bexiga (54.6 ml).

24

Síntese dos resultados obtidos

Artigo 1

Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study

Gulay Filizler, PhD, and Neelke Kuykaya Belg. MD

Primíparas, gravidez baixo risco, IG 38-42s, sem epidural

100 mulheres, 2 grupos: puxos espontâneo e manobra de valsa

Artigo 1

Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study

Charles H. Johnson, *Franklin D. Roosevelt and the Negro* (New York: Oxford University Press, 1962), pp. 240, \$5.95.

Grupo manobra de Valsalva média de duração do 2º estágio foi superior;

Fase expulsiva (± 7.5 min) no grupo de manobra de Valsalva, maior do que no grupo de puxos espontâneos (5.5min):

Ocorrência trauma perineal e a hemorragia pós-parto foi semelhante nos 2 grupos;

Apgar no 1º e no 5º min significativamente mais alto no grupo de pueros espontâneos:

Valores de pH e Po₂ na artéria umbilical mais elevados no grupos dos esforços espontâneos;

Artigo 1

Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study

© 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 382–392

Mulheres do grupo dos esforços expulsivos espontâneos sentiram que os puxos foram mais eficazes, referiram maior satisfação com a técnica de puxo, menos problemas em gerir a dor e menor desconforto durante o puxo, do que as mulheres que usaram a manobra de valsa.

O conhecimento sobre os esforços expulsivos espontâneos no 1º estágio do TP e apoio e incentivo do seu uso no 2º estágio do TP, sugere uma menor duração do 2º estágio do TP e menor intervenções durante o parto com melhores outcomes fetais.

Artigo 2

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

Share a Story with Me! [Click and drag](#)

Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials

M. J. Griffin, T. J. Whitham, T. E. Brown, T. E. Brown, T. E. Brown

4 estudos: Thomson (1993), Shaffer (2005), Bloom (2006) e Lam (2006)

Crêterios de inclusão: Estudos randomizados que comparam esforços expulsivos espontâneos e manobra de Valsalva na 2  est dio do TP gravidez de baixo risco e sem analgesia epidural

425 Mulheres, gravidez de baixo risco, IG<36s e sem epidural

Artigo 2

Journal of Management Education 36(7)br/>DOI: 10.1177/0095687412456101
© The Author(s) 2012
Reprints and permissions:
<http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

Syntherisma parvum

Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials

M. Pina,¹ J. Szwed,² E. Lohm,³ E. Munnich^{2*}

Resultados idênticos: Número de partos instrumentalizados e CST trauma perineal, na estimativa de perda sanguínea materna e pH fetal.

Recém-nascido (Apgar <7 depois dos 5', pH artéria umbilical < 7.2 índice, admissão na Neonatologia e complicações e morte perinatal):
Outcomes sem diferenças significativas.

Duração 2º estágio do trabalho de parto menor no grupo de manobra de Valsalva, em 3 estudos Thomson (1993), Bloom (2006) e Lam (2006), uma média de 18,59 minutos.

Estudo urodinâmico 3 meses pós-parto, estudo de Shaffer (2005), no grupo de manobra de Valsava há diminuição urgência urinária (41.5ml) e da capacidade da bexiga (54.6 ml).

Artigo 2

Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials

McPhee TJ, Bhaumik S, O'Connell A, Haddad S

Os resultados do estudo não suportam o uso por rotina da manobra de Valsalva no 2º estágio do TP. A manobra de Valsalva tem efeito negativo na fisiologia da micção.

A duração do 2º estágio do TP é menor com a manobra de Valsalva, mas o significado clínico é incerto, são necessários mais estudos.

Enquanto não estão disponíveis mais estudos os esforços expulsivos espontâneos devem ser considerados uma boa prática e de preferência a mulher deve ser incentivada seguir o seu corpo e usar os seus próprios esforços expulsivos.

ESSEL

25

Artigo 3

Women and Birth

Journal of Obstetrics and Gynaecology

Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage

Hopfl Lee^{1,2}, Yu Cao^{1,2}, Lauren Goss², Jan Kibber^{1,2}

Estudo retrospectivo de janeiro de 2011 a dezembro de 2017

Gravidez de baixo risco, parto eutócico, sem epidural

Grupo esforço expulsivos espontâneos 13,827

Grupo manobra de Valsalva: 5,385

ESSEL

26

Artigo 3

Women and Birth

Journal of Obstetrics and Gynaecology

Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage

Hopfl Lee^{1,2}, Yu Cao^{1,2}, Lauren Goss², Jan Kibber^{1,2}

Manobra de Valsalva está associado:

Maior duração do 2º estágio do TP, nulíparas (média 14,4 min) e multiparas (8 min). O risco de maior duração 2º estágio do TP não aumentado para as nulíparas, mas aumentado para as multiparas;

Ocorrência de episiotomia mais elevada;

Maior risco de complicações neonatais como ressuscitação cardiopulmonar e admissão em Neonatologia. Registro de pH < 7 no 5º min sem diferenças significativas entre os 2 grupos.

ESSEL

27

Artigo 3

Women and Birth

Journal of Obstetrics and Gynaecology

Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage

Hopfl Lee^{1,2}, Yu Cao^{1,2}, Lauren Goss², Jan Kibber^{1,2}

Os resultados do estudo sugerem que na ausência de analgesia epidural, o uso de manobra de Valsalva não reduz a duração do 2º estágio do TP e está associado ao aumento episiotomia e à ocorrência de complicações neonatais evitáveis.

O estudo suporta a prática de esforços expulsivos espontâneos unicamente com o apoio e encorajamento do profissional de saúde.

ESSEL

28

Conclusão

As Evidências científicas referem que os puxos espontâneos são uma boa prática, as mulheres devem ser encorajadas a escolher o seu tipo de puxos e motivadas a "seguir o seu corpo" e usar os seus próprios esforços expulsivos.

Os **esforços expulsivos espontâneos** respeitam a fisiologia do parto, estão associados a melhores outcomes materno - fetal e proporcionam a vivência de uma **experiência de parto positiva**

Os EEESMO devem assistir e dirigir os esforços expulsivos quando a parturiente solicitar ou quando é necessário orientar o segundo estágio do TP.

Como EEESMO quero ser promotora de mudanças que perspetivem a melhoria contínua da qualidade de cuidados. De forma potenciar ganhos em saúde para as mulheres/RN/família com impacto nas nossas práticas e nas instituições.

ESSEL

29

clínica MELIUS

ESSEL

30

Referências bibliográficas

- Almeida-Rodrigues, S., & Almeida-Santana, M. de S. (2012). Manejo ativo frente a expectante de um parto em posição espinal. *Revista de la evidencia científica: Manuscrit Professor*, 1(12), 64-68.
- American College of Nurse-Midwives. (2012). Second stage of labor: Pushing your baby out. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(1), 103-108. <https://doi.org/10.1111/j.1527-9559.2011.02018.x>
- Lee, H., Gao, Y., Lutz, L., & Eldes, S. (2011). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women and Birth*, 22(4), e433-e440. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02835.x>
- Oliveira, Andréia. (2008). Duração da manobra de Valisela no período expulsivo do parto: Registros das mães e das condições do nascimento do recém-nascido (Dissertação de Mestrado). Disponível em: https://repositorio.uol.br/bitstream/handle/2424/64789/2/7358spu060611_1.pdf
- Pacheco, M., & Nêra, M. (2018). *Corpo expulso*. L&L (Ed.). Presidência de Zinghermann Saúde Materna e Obstétrica pp. 131-135
- Prins, M., Roemm, J., Lucat, C., & Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus Volitional pushing in the second stage of labour on mother and fetus: A systematic review of randomised trials. *BJOG: An international journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(9), 642-649. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02956.x>
- Roberts, J. E. (2012). The "push" for evidence: Management of the second stage. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 57(1), 3-15. <https://doi.org/10.1111/j.1527-9559.2011.02018.x>
- World Health Organization. (2016). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO - 2016. 978-92-4-150211-5. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206178/1/9789241502115-eng.pdf?ua=1>
- Widmer, G., & Rej, M. A. (2006). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: A randomized study. *Obstetrics and Gynecological Survey*, 61(9), 488-489. <https://doi.org/10.1097/01.spo.0b013e318085a875>

Muito Obrigada



Área/Unidade/Especialidade: _____

Tema:

Ação tipo: Atualização ☐ Aprendizagem ☐ Duração _____ Data ____/____/____

Formador(es):	A	B	C
---------------	---	---	---

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL-MENTE	DISCORD A	CONCORD A	CONCORD A TOTAL-MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	_____	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interação com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Análise da sessão de formação no Serviço de Medicina Materno-Fetal

Na sessão de formação estiveram presentes 8 formandos. Para avaliar a sessão foi utilizado questionário da respetiva instituição, a MAC (na página anterior).

Para apreciação global da sessão de formação foi aplicada uma escala de quatro pontos (1-Discorda Totalmente a 4-Concorda Totalmente). Sendo que os resultados obtidos foram os seguintes: Relativamente aos objetivos da formação foram atingidos, para a sua atividade profissional a formação foi útil e a duração da formação foi adequada, foram classificados por 12.5% com Concordo e por 87.5% com Concordo Totalmente. Em relação: a teoria foi relacionada com a prática, foram abordados todos os pontos que considerou importantes, a documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade, os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida, foram classificados por 25% com Concordo e por 75% com Concordo Totalmente. A respeito de: favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos e a formação apresentou bom nível técnico-pedagógico foram classificados por 37.5% com Concordo e por 62.5% com Concordo Totalmente. Quanto ao horário da formação foi adequado foi classificado por 100% com Concordo Totalmente.

Para avaliar o desempenho da formadora e a metodologia foi aplicada uma escala de 1 (Insuficiente) a 4 (Muito Bom). Sendo que os resultados obtidos, foram os seguintes: No que concerne à facilidade de transmissão de conhecimentos e interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas foram classificados por 12.5% com 3 e por 87% com 4 (Muito bom). Sobre a capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos foram classificados por 25% com 3 e por 75% com 4 (Muito bom). Quanto à clareza na transmissão dos conhecimentos e interação com o grupo foram classificados por 37.5% com 3 e por 62.5% com 4 (Muito bom). No que se refere a domínio dos conteúdos apresentados e pontualidade foi classificado por 100% com 4 (Muito bom).

APÊNDICE 12: Desenvolvimento de competências para cuidar do RN com
necessidades especiais

O Processo de transição para a parentalidade, o assumir de novos papéis e a adaptação à nova realidade é um grande desafio. Segundo Lowdermilk e Perry “A parentalidade pode descrever-se como um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papeis.” (2008, p. 522). Porém, o nascimento de um filho prematuro e /ou com patologia poderá comprometer esta transição, tendo o EEESMO uma importante intervenção cuidando “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). Indo ao encontro esta premissa ICM (2019) defende que o EEESMO é o profissional com competência para prestar cuidados abrangentes e de elevada qualidade a bebés, sendo possuidor de conhecimento e/ou entendimento aprofundado sobre o crescimento e desenvolvimento normal do RN prematuro.

O EEESMO no seu domínio de competências durante o período pós-parto, presta cuidados diferenciados ao RN prematuro e/ou com patologia, nomeadamente na reanimação neonatal no BP, garantindo o seu bem-estar e segurança durante o transporte em incubadora para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Na UCIN são prestados cuidados a RN pré-termo ou de termo com alguma patologia ou complicação. Os motivos de internamento são variados, sendo os mais frequentes: a prematuridade; a encefalopatia hipoxico-isquémica; a síndrome de dificuldade respiratória; as infeções neonatais; a intolerância ou dificuldade na alimentação; a hiperbilirrubinémia e as patologias do foro cardíaco e/ou neurológico, entre outras.

Durante a realização deste contexto de estágio, foi-me permitido a observação participativa na sala de cuidados intermédios, que constitui o local de permanência dos RN pré-termo que não necessitam de cuidados tão diferenciados, apesar do seu baixo peso e com estabilidade hemodinâmica, o que permite o treino de competências progressivas com o objetivo final do crescimento e autonomia para a alta.

A prematuridade é definida como o nascimento de uma criança antes de completar as 37 semanas de gestação (Lowdermilk & Perry, 2008). Segundo a OMS (2016), todos os anos o número estimado de RN prematuros é de 15 milhões, o que equivale a 1 em cada 10 bebés, sendo que, cerca de 1 milhão de RN prematuros falecem todos os anos

devido às consequências da prematuridade, tornando-se a causa mais frequente de mortalidade infantil até aos 5 anos de idade.

Estes RN possuem instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica (Tamez & Silva, 2002) que interfere com a sua adaptação à vida extrauterina, o que os torna vulneráveis ao meio exterior e impõe a necessidade de cuidados especializados, muitas vezes em contexto de UCIN.

Efetivamente, o RN prematuro pela sua imaturidade permanece várias semanas ou até meses numa UCIN e tem maior probabilidade de desenvolver défices cognitivos e distúrbios comportamentais (Altimier & Philipps, 2013). Segundo Otoni e Grave (2014) o RN prematuro continua o seu processo de desenvolvimento gestacional fora do útero, exposto a um ambiente desconhecido ainda que necessário ao seu desenvolvimento, no entanto o seu sistema nervoso central está longe de se encontrar perante as condições básicas necessárias para enfrentar e organizar os estímulos a que fica sujeito. O RN prematuro é um bebé que transita do ambiente aquecido e protegido do útero da sua mãe para o ambiente de uma UCIN. Desvincula-se de um ambiente de obscuridade, onde o nível sonoro é atenuado, o espaço que o bebé ocupa tem limites definidos, podendo, o bebé, tocar esses limites sem grandes esforços, toda esta alteração de ambiente e ausência dos ritmos e batimentos cardíacos maternos são geradores de grande stress para este RN que ainda se está a desenvolver.

De facto, são vários os fatores que podem interferir com o neuro desenvolvimento do RN, designadamente fatores emocionais e psicológicos, clínicos e ambientais. Sendo que, neste contexto de promoção e proteção neurológica, destaca-se a aplicação do Modelo de Atenção Integrativa Neonatal que evidencia sete medidas neuroprotetoras para a promoção dos cuidados e desenvolvimento do RN: (1) ambiente, (2) parceria com as famílias, (3) posicionamento e manipulação, (4) salvaguarda do sono, (5) minimizar o stress e a dor, (6) proteger a pele e (7) otimizar da nutrição (Altimier & Phillips, 2013).

Especificamente, observei e participei na neuroprotecção do RN através da promoção de um ambiente térmico adequado, na incubadora ou no contacto pele a pele com os pais recorrendo ao método canguru, tendo cuidado com o posicionamento e alinhamento corporal em ambos os ambientes. Participei na promoção da parceria com as famílias, tanto nos cuidados ao RN, como através do contacto pele-a-pele e promoção do aleitamento materno, possibilitando ao RN o contacto com o toque e cheiro materno, desenvolvendo igualmente os seus sentidos. Tive em conta a redução de ruídos, também

as incubadoras eram tapadas com mantas escuras para minimizar estímulos externos e promover um ambiente potenciador do sono reparador.

Um RN prematuro e/ou com patologia acarreta um conjunto de desafios aos profissionais de saúde, para que possam ter uma evolução positiva no decorrer do internamento com o mínimo de sequelas possíveis. Acrescenta ainda desafios à família, tendo o enfermeiro e em especial os EEESMO uma intervenção facilitadora da vivência destes processos alicerçada na evidência científica e que favorece uma transição para a parentalidade positiva.

Com o nascimento de um RN prematuro nascem também uns pais prematuros, que se vêm numa situação de grande fragilidade e, dos quais é crucial cuidar estabelecendo uma relação de parceria. É, neste sentido, que os enfermeiros assumem um papel fundamental no cuidar destas famílias durante o longo internamento do seu RN numa UCIN. Este acompanhamento, esta presença diária dos enfermeiros junto dos RN e suas famílias com o objetivo da promoção do bem-estar e conforto, da adaptação à vida extrauterina do RN e da transição para a parentalidade, viabiliza a criação de uma verdadeira relação de parceria entre profissionais de saúde e suas famílias.

Durante o período de internamento, a promoção da vinculação precoce entre os pais ou substitutos e o RN, assim como a sua capacitação para os cuidados gerais ao filho constitui o foco de atenção para toda a equipa. Perante este acontecimento, o EEESMO deve procurar conhecer a família, as suas necessidades e expetativas, intervindo através da capacitação, atendendo e mantendo as suas crenças, para que estes atinjam o máximo bem-estar (Swanson, 1991; Swanson 1993) e potenciando a transição para a parentalidade de uma maneira mais positiva, vivenciando o nascimento de um RN com necessidades de especial complexidade da melhor forma possível.

A minha observação participativa, focou-se na análise da intervenção dos pais junto dos seus bebés prematuros, incentivada e promovida pelo enfermeiro, constituindo um pilar importante e fundamental na obtenção do equilíbrio e bem-estar do RN prematuro. Através da capacitação dos pais para a competência parental com vista à sua autonomia enquanto prestadores de cuidados, promovendo a interação com o bebé e incentivando os pais a expressar as suas emoções, expetativas.

Sendo que, o enfermeiro é considerado, pelos pais, um elemento fundamental e de referência nos cuidados ao RN através da gestão emocional, comunicação e informação eficaz, promoção da vinculação e das competências parentais (Fernandes et

al.2014). Na minha observação constatei que os enfermeiros estão disponíveis para ajudar os pais a participar nos cuidados ao RN e conscientes que a participação dos pais nos cuidados aumenta a estabilidade do RN e ajuda os pais a ganhar confiança no papel parental.

Durante este percurso de aprendizagem participei com a minha orientadora na prestação de cuidados em parceria com a família, promovendo o desenvolvimento de competências parentais, e a promoção de autonomia de forma gradual dentro das suas capacidades. Um dos métodos utilizados de envolvimento dos pais é utilização do método canguru, dado a conhecer a todas as famílias e realizado sempre que as condições estejam reunidas e tive oportunidade de colaborar na utilização do método de canguru em RN prematuros. São inúmeras as vantagens descritas na literatura no uso frequente deste método. Nomeadamente, ao nível da regulação motora assume particular importância, ao promover uma posição vertical, de contenção, induz oportunidades de relaxamento, relembrando a posição intrauterina (por exemplo audição dos batimentos cardíacos). Tem efeitos também na redução do stress e dor no RN, favorece o aumento de peso, estimula o AM, aumenta os períodos de sono, acelera a alta hospitalar. Uma das valiosas vantagens da realização do método canguru para os pais é permitir uma excelente oportunidade para interação da tríade, regulando o equilíbrio emocional e estabelecendo vinculação (Zirpoli et al., 2019)

Relativamente ao AM o EEESMO possui os conhecimentos, as competências e capacidades necessárias para apoiar o AM, de modo a potenciar os conhecimentos das mães, apoiá-las para iniciar e manter o AM, assim como gerir e atenuar as dificuldades que estas possam sentir face à amamentação (Regulamento nº 319/2019).

Nos turnos realizados constatei que todas as mães tinham intenção de amamentar e prestei apoio no sentido de instruir como manter a lactação mesmo separadas dos seus bebés, bem como informação acerca do armazenamento, conservação e transporte do leite materno. A unidade privilegia a administração de leite materno aos RN (caso não exista contra indicação médica) e fornece às mães recipientes para armazenar o leite extraído quando não estão na Unidade e tive oportunidade de apoiar uma díade, no processo de amamentação, uma mãe primípara que auxiliei no posicionamento do bebé à mama e instrui acerca de sinais de boa pega. Observei a mamada, dando-lhe algumas informações relevantes. Verifiquei que tinha poucos conhecimentos sobre a temática e transmiti essa informação à equipa de enfermagem de modo a dar continuidade aos

cuidados e ensinamentos realizados. Forneci-lhe o guia de AM da instituição e outros folhetos informativos e informei-a sobre os recursos disponíveis.

Este contexto de estágio afirmou-se como uma experiência ímpar e enriquecedora resultando num importante contributo para a minha formação e desenvolvimento enquanto pessoa, profissional e futura EEESMO. Como tal, constituiu uma oportunidade de mobilização de conhecimentos teóricos para a prática de cuidados numa dinâmica de observação participativa. Assente na prática crítico-reflexiva, foram desenvolvidas atividades visando o cuidado holístico, individualizado, especializado e centrado no RN/família.

A minha observação, foi constante e muito atenta nos pormenores que constituíam o meu foco de atenção neste processo de desenvolvimento de competências como futura EEESMO, foi fundamental a mobilização dos conhecimentos teóricos, que me permitiram a projeção da minha atuação num contexto de BP com o intuito de promover a proteção neurológica na receção do RN prematuro e durante a sua transferência para UCIN, nomeadamente a temperatura, posicionamento e redução de ruídos.

O contributo, para a minha formação e aquisição de competências como EEESMO, fornecido por este contexto de estágio constituiu uma mais-valia indiscutível, na consciencialização da necessidade de mobilização/articulação dos conhecimentos e práticas para os distintos contextos de atuação do EEESMO.

ANEXOS

ANEXO 1: Descrição da pesquisa na *EBSCOhost*



Friday, June 03, 2022 10:47:24 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S30	S13 AND S27	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20070101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	98
S29	S13 AND S27	Limitadores - Data de Publicação: 20070101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	196
S28	S13 AND S27	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	324
S27	S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	832
S26	"breathing techniques of blowing"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	0
S25	breathing techniques of blowing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	0

			Base de dados - CINAHL Complete	
S24	"breathing techniques"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	236
S23	breathing techniques	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	530
S22	"pushing method"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6
S21	pushing method	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	40
S20	"pushing techniques"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	19
S19	pushing techniques	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	37
S18	(MH "Pushing (Childbirth)")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	244

03/06/22, 11:47

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

			Base de dados - CINAHL Complete	
S17	open glottis pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6
S16	directed pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	30
S15	spontaneous pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	37
S14	coached pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	15
S13	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	321,070
S12	(MH "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	1,026
S11	second stage labour	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	1,317

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/searchhistory?vid=107&sid=bbb4e4d9-1e14-45c7-85d5-edd0389ea150%40redis&theSear...> 3/5

03/06/22, 11:47

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

			Base de dados - CINAHL Complete	
S10	second stage labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,471
S9	"childbirth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	39,886
S8	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	39,977
S7	(MH "Labor")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	8,711
S6	labour	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	67,366
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	61,857
S4	(MH "Expectant Mothers")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	11,301

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/searchhistory?vid=107&sid=bbb4e4d9-1e14-45c7-85d5-edd0389ea150%40redis&theSear...> 4/5

			Base de dados - CINAHL Complete	
S3	pregnan*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	275,058
S2	*parturient*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,048
S1	parturient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,186



Friday, June 03, 2022 10:38:06 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S32	S12 AND S29	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20070101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	56
S31	S12 AND S29	Limitadores - Data de Publicação: 20070101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	91
S30	S12 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	135
S29	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR 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	791
S28	"open glottis pushing"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	7
S27	open glottis pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	7

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S26	"breathing techniques of blowing"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	0
S25	breathing techniques of blowing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1
S24	"breathing techniques"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	434
S23	breathing techniques	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	699
S22	"pushing method"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	12
S21	pushing method	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	16
S20	"directed pushing"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	26

03/06/22, 11:38

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S19	directed pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	26
S18	"spontaneous pushing"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	33
S17	spontaneous pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	33
S16	"pushing techniques"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	19
S15	pushing techniques	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	42
S14	"coached pushing"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	7
S13	coached pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	7

03/06/22, 11:38

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S12	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,167,475
S11	(MH "Parturition")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	12,137
S10	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	35,852
S9	(MH "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	1,544
S8	second stage labour	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	64
S7	second stage labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	923
S6	labour	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	57,306

			Base de dados - MEDLINE Complete	
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	142,196
S4	(MH "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	12,115
S3	pregnan*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,089,504
S2	"parturient"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,444
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	8,549

10/06/22, 18:01

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Friday, June 10, 2022 5:01:23 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S22	S10 AND S19	Limitadores - Texto Integral Via Editor; Data de Publicação: 20080101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	7
S21	S10 AND S19	Limitadores - Data de Publicação: 20070101- 20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	82
S20	S10 AND S19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	103
S19	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	750
S18	open glottis pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	11
S17	breathing techniques of	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	1

[https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=120&sid=ffa80384-4280-4edf-b2f8-d80480aa4c19%40redis&bquery=\(co...](https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=120&sid=ffa80384-4280-4edf-b2f8-d80480aa4c19%40redis&bquery=(co...) 1/4

10/06/22, 18:01

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

	blowing	assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	
S16	breathing techniques	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	690
S15	pushing method	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	10
S14	directed pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	18
S13	spontaneous pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	22
S12	pushing techniques	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	25
S11	coached pushing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	13

[https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=120&sid=ffa80384-4280-4edf-b2f8-d80480aa4c19%40redis&bquery=\(co...](https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=120&sid=ffa80384-4280-4edf-b2f8-d80480aa4c19%40redis&bquery=(co...) 2/4

10/06/22, 18:01

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	89,715
S9	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	21,681
S8	second stage of labour	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	979
S7	second stage of labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	979
S6	labour	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	17,602
S5	(ZE "labor stage, second physiology")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane	21

[https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=120&sid=ffa90384-4280-4edf-b2f6-d80480aa4c19%40redis&bquery=\(co...](https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=120&sid=ffa90384-4280-4edf-b2f6-d80480aa4c19%40redis&bquery=(co...) 3/4

10/06/22, 18:01

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

			Central Register of Controlled Trials	
S4	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	17,602
S3	pregnan*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	83,307
S2	(ZE "parturition psychology")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	46
S1	parturient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	2,641

[https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=120&sid=ffa90384-4280-4edf-b2f6-d80480aa4c19%40redis&bquery=\(co...](https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=120&sid=ffa90384-4280-4edf-b2f6-d80480aa4c19%40redis&bquery=(co...) 4/4

ANEXO 2: Parecer da Comissão de Ética e autorização do Conselho de Administração do Hospital onde foi realizado o estudo e colheita de dados

Hospital Garcia de Orta EPE
Centro de Investigação Hospital Garcia de Orta

Título: Projeto intitulado "Esforços expulsivos expiratórios no parto: um cuidado do enfermeiro obstetra".

Investigador Principal: Enfª Iolanda Rodrigues

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital Garcia de Orta informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade ☒ maioria ☐ em reunião do dia 22/02/2021.

Estiveram presentes:

☒ Nome: Dra Natália Dias (Presidente)

☒ Nome: Dra Ana Soares

☒ Nome: Dra Benedita Nunes

☒ Nome: Dra Cátia Gradil

☒ Nome: Dra Isabel Pereirinha

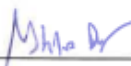
☐ Nome: Dr. José Luis Metello

☒ Nome: Dra Maria Gomes Ferreira

☒ Nome: Dr. Miguel Rodrigues

☒ Nome: Enfª Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.


Dra. Natália Dias
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 25/02/2021.


Dra. Paula Breia
Presidente do Centro Garcia de Orta

Almada, 26 / 02 / 2021

ANEXO 3: Declarações de participação em formações



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

membro nº desta Ordem, participou no **Webinar¹ 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.

P¹ A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ 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 Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.



II Semana de Educação
Perinatal GentleBirth

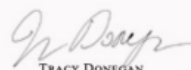
Certificado

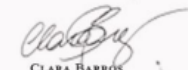
Certificamos que

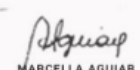
IOLANDA MARIA DA ROSA RODRIGUES

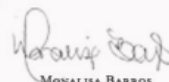
participou da II Semana De Educação Perinatal GentleBirth
para Profissionais do Parto, de 28 a 4 de Julho de 2021

Carga Horária: 12 Horas


TRACY DONEGAN
GENTLEBIRTH FOUNDER


CLARA BARROS
GENTLEBIRTH BRASIL


MARCELA AGUIAR
GENTLEBIRTH BRASIL


MONALISA BARROS
GENTLEBIRTH BRASIL



20.07.2021

Fecha de emisión

Plataforma Online de Matronería y Obstetricia Helena Eyimi Ltd.

Iolanda Rodrigues

Ha invertido 30 Horas de estudio durante cuatro semanas para completar con una nota del 90% el

Curso Online de Sutura Perineal Bloque 1

Para las profesiones: Matronería, Obstetricia y enfermería.

Obteniendo así **1 crédito ECTS y el reconocimiento de estudios de formación continuada**

Helena López Paredes
CEO Helena Eyimi Ltd.



CERTIFICADO



Simpósio Internacional de Assistência ao Parto

Certifico que **Iolanda Maria da Rosa Rodrigues**

participou do **Simpósio Internacional de Assistência ao Parto Online**,

ocorrido entre **06 e 08 de Agosto de 2021**, com carga horária de 24 horas.




Ana Cristina Duarte
coordenadora geral

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que IOLANDA MARTA DA ROSA RODRIGUES,
participou na Formação sobre o “**Método GUILLARME**”, aplicado no âmbito da Gravidez,
Parto e Pós-parto.

Formação Presencial teórico-prática, com a carga horária de 9 horas, realizada no Hotel
TRYP Lisboa Caparica Mar, na Costa da Caparica – Almada, no dia 29 de Abril de 2022.

Ama Leonor Santana Almeida



LDM formação
Organização da Formação



Elie Guillarme

Elie Guillarme
Responsável Científico e
Formador do Método GUILLARME



ANEXO 4: Síntese das atividades realizadas ao longo do ER

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

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion 43
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman 160
 - Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100)
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor. 58
 - Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) 1
 - Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries 0
 - Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births 20
 - Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births 1
 - Episiotomia/Episiotomy 43
 - Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk 79
 - Gravidez/Pregnancy (40) 16
 - Trabalho de parto/Labor 2
 - Puerpério/Puerperium
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) 118
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100) 116
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care 16
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology 24

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 2
- Colocação de implantes/Implants insertion practice 2
- Observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology 12

10. Prática Simulada/Simulated practice

- Prática em partos eutócicos/Practice eutocic delivery 2
- Prática em partos de apresentação pélvica/Practice in breech presentation deliveries 2
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/Practice on episiotomy and initiation to the suture technique 4
- Prática na colocação de DIU/IUD insertion practice 1
- Prática na colocação de implantes/Implants insertion practice 1
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology 1

Lisboa, 28/06/2022

Estudante/Student

Isabel Maria de Jesus Rodrigues

Docente/Teacher

Maria M. M.

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

M.ª Anabela Ferreira dos Santos

