



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na
Orientação dos Esforços Expulsivos Maternos: uma *Scoping Review*

Joana Filipa Fernandes da Costa Matias Cerqueira

Viana do Castelo, julho de 2025



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Orientação dos Esforços Expulsivos Maternos: uma *Scoping Review*

Relatório de Estágio de Natureza Profissional de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo no âmbito do Consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, ao abrigo do Despacho nº 12705/2022 em Diário da República, 2ª série — N° 211 — 2 de novembro de 2022.

Aluna: Joana Filipa Fernandes da Costa Matias Cerqueira

Orientadora: Maria da Conceição Pinto Moreira Freitas

Especialista na Área Científica de Enfermagem, professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Viana do Castelo, julho de 2025

Cerqueira, J. F. F. C. M. C. (2025). *Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na orientação dos esforços expulsivos maternos: uma scoping review*. Relatório de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Palavras-chave: enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica; esforços expulsivos maternos; humanização *do parto*; *parteiras*; *scoping review*; *trabalho de parto*.

Dedico este trabalho à minha família, com especial destaque ao meu Filho, pelo amor incondicional, pela paciência nos momentos difíceis e pelo incentivo constante que me deram ao longo deste percurso. Sem o vosso apoio, nada disto teria sido possível!

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho representa não apenas a conclusão de uma etapa académica, mas também o reflexo de um percurso feito de aprendizagens, desafios, superações e, acima de tudo, de pessoas que fizeram a diferença.

À minha família, especialmente ao MEU FILHO, DINIS, o meu mais profundo agradecimento, pelo amor incondicional, pelo apoio constante e por acreditarem sempre em mim. Quero aqui expressar a mais sincera gratidão pelo amor incondicional, apoio inabalável e incentivo permanente em todas as etapas da minha vida académica, profissional e pessoal. A vossa presença foi, e será sempre, o meu alicerce.

À minha amiga Margarida, pelo companheirismo ao longo deste percurso e pela amizade que nasceu e se fortaleceu desde o nosso encontro no estágio.

Aos professores e orientadores do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pela partilha de saberes, pela exigência construtiva e pelo exemplo de profissionalismo que levarei comigo ao longo da vida profissional.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que me acolheram nos contextos de estágio, agradeço pelo conhecimento prático transmitido, pela confiança depositada e pela forma como me integraram na realidade dos cuidados. A vossa orientação prática e os ensinamentos partilhados foram essenciais para o desenvolvimento das minhas competências, tanto profissionais como pessoais.

Aprendi convosco muito mais do que técnicas...aprendi o verdadeiro significado de cuidar com respeito, empatia e humanismo.

Às mulheres e famílias com quem tive o privilégio de partilhar momentos únicos durante o trabalho de parto, deixo a minha sincera gratidão. Cada experiência vivida ao vosso lado foi fonte de crescimento pessoal e profissional.

Por fim, a todos os colegas e amigos que fizeram parte deste caminho...obrigada pela entajada, pelas palavras de incentivo e por nunca deixarem que o cansaço se sobrepujasse à motivação.

A todos, o meu sincero obrigado!

“Cuidar é uma atitude de quem se responsabiliza pelo outro com amor e dedicação.”

Leonardo Boff

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE ABREVIATURAS.....	x
LISTA DE ACRÓNIMOS	x
LISTA DE SIGLAS	x
RESUMO.....	xi
ABSTRACT	xii
PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO	1
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENP.....	2
1.1. Caracterização da organização onde se desenvolve o estágio	3
2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	6
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	7
2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	12
3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL PARA AQUISIÇÃO DO TÍTULO DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	15
3.1. Experiências Mínimas para aquisição do título de EEESMO	43
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO ENP.....	44
PARTE II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	49
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	51
a) Teoria do cuidado de Kristen Swanson.....	51
1.1. O EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos	54
2. METODOLOGIA	59
2.1. Tipo de Estudo: <i>Scoping Review</i>	60
2.2. Objetivo e Questão de Investigação	60
2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	61
2.4. Estratégia de Pesquisa.....	63
2.5. Seleção dos Estudos.....	64

2.6. Extração de Dados	66
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	67
3.1. Caracterização dos Estudos.....	68
3.2. Síntese dos Resultados.....	75
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
5. CONCLUSÕES DO ESTUDO	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
APÊNDICES.....	103
Apêndice I: Convite – Formação em Serviço	104
Apêndice II: Atividade formativa – Esforços expulsivos maternos no segundo estádio do TP	105
Apêndice III: Protocolo <i>Scoping review</i>	108
Apêndice V – Instrumento de recolha de Dados	123

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Experiências mínimas obrigatórias realizadas no ENP.....	43
Quadro 2: Elegibilidade segundo o modelo PCC	63
Quadro 3: Resumo dos Artigos Seleccionados	69
Quadro 4: Categorização dos Resultados	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama PRISMA.....	66
Figura 2: O EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS

et al. - *et alli* (e outros)

p. - página nº - número

LISTA DE ACRÓNIMOS

Apgar – *Appearance, Pulse, Grimace, Activity and Respiration* FAME – *Federación de*

Asociaciones de Matronas de España NICE – *National Institute for Health and Care*

Excellence OMS – Organização Mundial de Saúde

UE – União Europeia

LISTA DE SIGLAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AM – Aleitamento Materno

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

AWHONN – *Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses*

BP – Bloco de Partos

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica CTG
– Cardiotocografia

EEE – Esforços Expulsivos Expiratórios

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

FCF – Frequência Cardíaca Fetal OE – Ordem dos Enfermeiros

RENP – Relatório de Estágio de Natureza Profissional RN – Recém-Nascido

SV – Sinais Vitais

TP – Trabalho de Parto

RESUMO

Introdução: Este Relatório de Estágio de Natureza Profissional resulta da prática desenvolvida no Bloco de Partos, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, centrando-se na orientação dos esforços expulsivos maternos pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, articulando prática clínica e evidência científica.

Objetivos: Os principais objetivos deste relatório passam por descrever e analisar criticamente o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; evidenciar a integração do conhecimento científico, ético e relacional nos cuidados prestados e apresentar os resultados de uma *Scoping Review* sobre as intervenções do enfermeiro especialista na orientação dos esforços expulsivos, valorizando a sua contribuição no segundo estágio do trabalho de parto.

Metodologia: A prática clínica foi orientada pela Teoria do Cuidar de Kristen Swanson e pelos princípios da prática baseada na evidência. A análise reflexiva seguiu os domínios de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Em paralelo, realizou-se uma *Scoping Review* segundo as diretrizes metodológicas do *Joanna Briggs Institute*, orientado pela questão: “Quais são as intervenções realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na orientação dos esforços expulsivos maternos?” com pesquisa estruturada via PRISMA, integrando 9 artigos científicos.

Resultados: Foram cumpridas todas as experiências mínimas e desenvolvidas as competências previstas, com especial enfoque na orientação dos esforços expulsivos. A revisão identificou intervenções chave do enfermeiro especialista, incluindo educação pré-natal, apoio contínuo, uso de estratégias não farmacológicas e promoção de posições facilitadoras, contribuindo para melhores desfechos maternos e neonatais e uma experiência de parto mais positiva e humanizada.

Conclusão: Os objetivos do estágio foram alcançados, com consolidação de competências clínicas, éticas, relacionais e científicas. A orientação dos esforços expulsivos, sustentada em evidência, mostra-se essencial para a humanização do parto e para a segurança da díade mãe-recém-nascido. Este relatório reforça o papel autónomo e diferenciado do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Palavras-chave: *enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica; esforços expulsivos maternos; humanização do parto; parteiras; scoping review; trabalho de parto.*

ABSTRACT

Introduction: This Professional Internship Report results from the clinical practice carried out in the Delivery Unit, within the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing. It focuses on the guidance of maternal expulsive efforts provided by the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, integrating clinical practice with the best available evidence.

Objectives: The main objectives of this report are to describe and critically analyse the development of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing; to demonstrate the integration of scientific, ethical, and relational knowledge in care provision; and to present the results of a Scoping Review on the interventions carried out by this specialist nurse in the guidance of expulsive efforts, highlighting their contribution to care during the second stage of labour.

Methodology: Clinical practice was guided by Kristen Swanson's Theory of Caring and by the principles of evidence-based practice. The reflective analysis was structured according to the competency domains of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. In parallel, a Scoping Review was conducted following the methodological guidelines of the Joanna Briggs Institute, guided by the research question: "What interventions are carried out by the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing in the guidance of maternal expulsive efforts?" The search strategy followed the PRISMA model and resulted in the inclusion of nine scientific articles.

Results: All required clinical experiences were completed, and the expected competencies were developed, with particular focus on the guidance of expulsive efforts. The review identified key interventions performed by the specialist nurse, including prenatal education, continuous labour support, the use of non-pharmacological pain relief strategies, and the promotion of facilitating positions. These interventions contribute to improved maternal and neonatal outcomes and to a more positive and humanised childbirth experience.

Conclusion: The objectives of the internship were achieved, with consolidation of clinical, ethical, relational, and scientific competencies. Evidence-based guidance of expulsive efforts is essential for the humanisation of childbirth and for ensuring the safety of the mother–newborn dyad. This report reinforces the autonomous and differentiated role of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Keywords: *specialist nurse in maternal and obstetric health; maternal expulsive efforts; humanised childbirth; midwives; scoping review; labour.*

PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO

A presente parte do Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENp) encontra-se estruturada em três pontos, que visam apresentar de forma clara, objetiva e reflexiva o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP), realizado no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO).

O primeiro ponto apresenta a contextualização do ENP, incluindo a caracterização da organização onde foi desenvolvida a prática clínica supervisionada. Esta abordagem permite enquadrar o ambiente formativo e os recursos disponíveis que contribuíram para o desenvolvimento das aprendizagens. O segundo ponto incide sobre a análise e reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, estruturado em três subsecções: as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), conforme o definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019c), e a reflexão crítica acerca da aquisição das experiências clínicas mínimas obrigatórias para a atribuição do título de especialista. O último ponto consiste numa análise crítico-reflexiva global do ENP, sintetizando os contributos desta etapa formativa para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A estrutura adotada permitiu evidenciar a consolidação progressiva das competências avançadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sustentada na articulação entre teoria e prática, na tomada de decisão ética e na autonomia profissional. Este percurso formativo reforçou a capacidade de prestar cuidados especializados, humanizados e baseados na evidência, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto Enfermeira Especialista.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENP

O plano de estudos do CMESMO, ministrado em regime de consórcio pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, prevê a elaboração do RENP. Este relatório tem como objetivo descrever, avaliar e refletir sobre o percurso de aprendizagem realizado no âmbito do desenvolvimento das competências de especialista e mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O plano de estudos do CMESMO é composto por quatro semestres, estando estes divididos entre unidades curriculares do foro teórico-prático, permitindo a aquisição de conhecimentos técnico-científicos, e unidades curriculares totalmente práticas, desenvolvidas em salas específicas de simulação laboratorial e em contexto de estágios, em unidades de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente unidades de cuidados de saúde primários e/ou unidades de cuidados hospitalares.

O segundo ano do curso está organizado em dois semestres, com unidades curriculares de estágios que sustentam a consolidação dos conhecimentos técnico-científicos anteriormente estudados e das áreas de competência do EEESMO. Neste contexto, tendo como pretensão a aquisição do título de EEESMO e grau de Mestre em Saúde Materna e Obstétrica, a unidade curricular do ENP sustenta e fundamenta esta reflexão.

O percurso formativo desenvolvido ao longo do ENP, realizado no serviço de bloco de partos (BP) de um hospital da zona Norte, possibilitou a prática reflexiva sobre o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais e éticas inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Materna e Obstétrica, com o intuito de sustentar uma prática baseada na evidência.

Nas últimas décadas, os cuidados de enfermagem têm assumido uma maior relevância e exigência técnica e científica, particularmente na área da Saúde Materna e Obstétrica, a par da evolução de outras ciências que com ela se inter-relacionam (OE, 2011). Atendendo a esta perspetiva e na procura da qualidade e excelência dos cuidados, é compreensível a importância da diferenciação e especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para a adaptação a uma sociedade em constante desenvolvimento. Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE em Portugal, o Enfermeiro Especialista é um profissional que detém competências avançadas numa área de especialização, capacitado para prestar cuidados diferenciados e promover a segurança, a eficiência e a humanização dos cuidados de saúde (OE, 2019c).

No contexto de aquisição de competências pessoais e profissionais, no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a realização do ENP proporcionou à estudante a oportunidade de integrar os conhecimentos teóricos com a prática clínica, aplicando técnicas especializadas no cuidado à parturiente/família durante o Trabalho de Parto (TP), à puérpera e ao Recém-Nascido (RN) normal ou de risco (OE, 2011; OE, 2019).

O estudante tem a possibilidade de prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP e parto, em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina. Pretende-se que desenvolva competências que permitam desempenhar um papel fundamental em todas as fases do ciclo reprodutivo, assegurando que as mulheres e suas famílias recebam cuidados, apoio e orientação necessários para uma experiência de maternidade saudável e segura.

Com base no guia de orientação de estágios, os objetivos desta unidade curricular centram-se na aplicação, em contexto clínico, dos conhecimentos e técnicas mais adequados à prática especializada no cuidar da mulher/família durante o TP, o parto eutócico ou distócico, o puerpério e na vigilância e cuidados ao RN, tanto normal quanto de risco.

Trata-se, portanto, de uma etapa determinante na formação do enfermeiro especialista, uma vez que lhe proporciona a experiência prática essencial para assumir responsabilidades crescentes na prestação de cuidados à mulher, à família e ao RN. Os objetivos do ENP visam preparar o futuro especialista para enfrentar os desafios clínicos, técnicos e éticos da prática obstétrica, com foco permanente na qualidade e humanização dos cuidados prestados.

1.1. Caraterização da organização onde se desenvolve o estágio

No sentido de alcançar as competências delineadas para o ENP, este decorreu no hospital de uma Unidade Local de Saúde da zona Norte de Portugal, mais concretamente no Bloco de Partos (BP) do serviço de obstetrícia e ginecologia. Este serviço é uma infraestrutura essencial para a prestação de cuidados de saúde materna e obstétrica na região. A infraestrutura foi projetada para fornecer um ambiente seguro e confortável para parturientes, RN e profissionais de saúde. As instalações têm previstas obras de requalificação com o objetivo de disponibilizar áreas dedicadas ao TP, parto e recuperação pós-parto mais modernas e bem equipadas (ULSAM, 2024).

Atualmente, o espaço destinado ao BP dispõe de cinco salas de parto individualizadas, permitindo privacidade e um ambiente acolhedor para as mulheres em TP. As salas estão equipadas com os recursos necessários para a realização de partos normais e para responder a situações clínicas de maior complexidade. O BP está equipado com uma sala de reanimação neonatal, preparada para atender recém-nascidos que necessitem de cuidados imediatos após o nascimento.

A equipa de saúde deste serviço de obstetrícia é multidisciplinar, sendo constituída por enfermeiras, médicos obstetras/ginecologistas, assistentes técnicos e assistentes operacionais. Há ainda a colaboração de outros profissionais, nomeadamente, anesthesiologistas, pediatras, técnicos do serviço social e psicólogos. A equipa de enfermagem é composta por 35 enfermeiras, das quais 24 são especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Uma das enfermeiras especialistas exerce funções de gestão em substituição da enfermeira-chefe. Em cada turno, está designada a referida EEESMO com funções de gestão, assegurando a coordenação dos cuidados prestados no serviço. Em cada turno são escaladas quatro EEESMO, duas para o BP, uma afeta à urgência/admissão e outra ao serviço de internamento de grávidas. A equipa médica é formada por 17 médicos especialistas em Obstetrícia/Ginecologia, 5 médicos internos e 5 médicos especialistas contratados em regime de prestação de serviços. A equipa de apoio operacional é composta por 17 assistentes operacionais, incluindo uma encarregada operacional. Adicionalmente, integram o serviço 2 assistentes técnicas, com funções de apoio administrativo.

O conhecimento da organização do contexto de estágio revelou-se fundamental, para que fosse possível conhecer a dinâmica organizacional do serviço, assim como a realização da consulta documental (guias orientadores, protocolos, normas, folhetos informativos, processos clínicos), o conhecimento dos sistemas informáticos utilizados (Sclínico®) e o percurso efetuado pelos utentes que recorrem ao serviço de urgência e BP.

O serviço é constituído por uma admissão contígua ao BP e ao serviço de urgência geral. Neste serviço são admitidas mulheres em situações de urgência e emergência ginecológica e obstétrica, bem como casos referenciados para avaliação não urgente. A equipa permanente é composta por uma EEESMO, uma Assistente Operacional e uma equipa médica de urgência, composta por um médico especialista em Ginecologia/Obstetrícia e um médico interno. O serviço de admissão dispõe de uma sala destinada à triagem e consulta de enfermagem, onde são inicialmente observadas as utentes admitidas em contexto de urgência obstétrica ou ginecológica. Esta sala está equipada com dois cardiotocógrafos e outros dispositivos de avaliação clínica,

adequados à vigilância materno-fetal. Adjacente a esta área, encontra-se uma sala de consulta médica, equipada com um ecógrafo e o material necessário para a realização de exames obstétricos.

O serviço de BP dispõe, no seu eixo central, de cinco salas de partos, cada uma equipada com um cardiotocógrafo. Estes dispositivos estão integrados na rede informática do sistema Partograma, permitindo a vigilância remota e em tempo real da atividade uterina e da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) a partir da sala de trabalho de enfermagem. O sistema informatizado de Partograma permite o registo conciso, contínuo e em tempo real da evolução do TP, integrando parâmetros maternos e fetais, o que facilita a monitorização clínica e a tomada de decisões. Os registos de enfermagem são realizados no SClínico® e no ObsCare®, sistemas informáticos que integram os registos médicos e de enfermagem. Estes sistemas permitem o registo da vigilância da gravidez, dos resultados do diagnóstico pré-natal, das ecografias realizadas, das ocorrências durante o parto e dos dados relativos ao nascimento do RN, sendo todos documentados pelos EEESMO, obstetras e pediatras.

O registo dos cuidados prestados durante a evolução do TP deve incluir todos os aspetos relevantes, desde o início do TP (espontâneo ou induzido), à rotura de membranas (espontânea ou terapêutica), administração de antibioterapia intra-parto, realização de epidural e intercorrências. Deve também abranger o tipo de parto, a presença de lacerações e/ou episiotomia, bem como as características da dequitação e placenta. Além disso, deve ser documentado o apoio e a orientação contínuos prestados à parturiente, com vista a garantir a segurança e o bem-estar materno-fetal. Relativamente aos dados do RN, devem ser registados o índice de Apgar (*Appearance, Pulse, Grimace, Activity and Respiration*), o sexo, o peso, o corte do cordão umbilical, a colheita de sangue do cordão, possíveis malformações, a presença de circulares de cordão, entre outros aspetos clínicos relevantes. A avaliação da adaptação à vida extrauterina é feita através da monitorização destes parâmetros, que refletem a condição física e respiratória do RN, logo após o nascimento.

Em 2024, este serviço de obstetrícia realizou um total de 1.424 partos, dos quais 722 foram eutócicos e 702 distócicos, incluindo 473 cesarianas, representando uma ligeira diminuição de 1,7% face ao ano anterior (ULSAM, 2024). Estes números traduzem uma carga assistencial considerável para a equipa de saúde materna, implicando a necessidade de recursos humanos especializados e de condições físicas adequadas. A atual requalificação do BP visa precisamente dar resposta a estas exigências, modernizando os espaços e melhorando a segurança e o conforto das utentes e profissionais.

A equipa de enfermagem do BP desta Unidade Local de Saúde está envolvida em diversos projetos e iniciativas que visam a promoção da saúde materna e neonatal, bem como a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. No âmbito dos projetos e iniciativas em desenvolvimento referenciam-se os projetos “Conversas com as Grávidas” que consiste em sessões informativas e educativas dirigidas a grávidas e casais, abordando temas como o TP, parto, amamentação e parentalidade. As sessões são conduzidas por enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica e a “Consulta de Plano de Parto e Visita à Maternidade” em que as enfermeiras oferecem consultas para elaboração do plano de parto, permitindo que as grávidas/pessoa significativa expressem as suas preferências e expectativas. Além disso, são organizadas visitas à maternidade para familiarizar os futuros pais com o ambiente hospitalar.

O BP desta Unidade Local de Saúde é uma infraestrutura equipada e preparada para prestar cuidados de saúde materna e obstétrica de qualidade. Com uma equipa multidisciplinar qualificada e uma abordagem centrada na mulher e na família, o BP visa proporcionar uma experiência de parto segura, respeitosa e humanizada, atendendo tanto a casos de baixo risco, quanto a situações de emergência.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A reflexão sobre a prática de cuidados de Enfermagem é uma competência essencial que permite ao enfermeiro analisar as suas práticas, identificar áreas de melhoria, promover a excelência na prestação de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento profissional e para a melhoria contínua dos cuidados prestados. A reflexão crítica contribui para o crescimento pessoal e profissional, permitindo uma adaptação constante às novas realidades do contexto de saúde (Johns, 2009).

Neste capítulo é feita uma descrição do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, alicerçada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019c), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº391/2019). Assim, será realizada 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 prática reflexiva contribui para a estruturação do pensamento, habilita o profissional para a prática de cuidados e gestão de situações complexas, facilitando a identificação precoce das necessidades da mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo, disponibilizando intervenções individualizadas e especializadas, no sentido de alcançar os melhores ganhos em saúde (Johns, 2009).

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

A integração na prática clínica, no contexto do ENP, teve início com um foco claro na aplicação dos conhecimentos teóricos e diretrizes científicas adquiridos anteriormente, procurando mobilizar os conhecimentos teóricos para a prática, assegurando cuidados seguros e de qualidade. Esta etapa inicial foi essencial para consolidar as bases técnico-científicas da intervenção profissional.

Progressivamente, emergiu a necessidade de aperfeiçoar a arte de cuidar, através da prática reflexiva, da consulta da evidência científica, da partilha de experiências com os pares, da escuta ativa dos utentes e da consolidação da experiência profissional. Este processo contribuiu para a evolução do raciocínio clínico, passando de um pensamento predominantemente dedutivo para uma abordagem mais indutiva e contextualizada.

A prática reflexiva revelou-se, assim, uma ferramenta fundamental de autoaperfeiçoamento, permitindo ao enfermeiro reconhecer as suas competências e lacunas de conhecimento, orientando-o para a formação contínua e o desenvolvimento profissional (Johns, 2009).

No âmbito da especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, torna-se imprescindível o desenvolvimento de um percurso formativo e socioprofissional estruturado, orientado para a aquisição das competências definidas para o título de Enfermeiro Especialista. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), “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” (OE, 2019c, p. 4744). Este profissional deve demonstrar um conjunto de competências comuns, que lhe permitem atuar de forma avançada, segura e baseada na melhor evidência disponível, promovendo ganhos em saúde e contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Para esse fim, a OE publicou o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, com o intuito de estabelecer um referencial normativo para a certificação das competências transversais a todas as especialidades. Estas competências são

definidas como sendo “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Ordem dos Enfermeiros, p. 4745).

As competências comuns organizam-se em diversos domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Cada domínio será abordado de forma detalhada, apresentando as competências específicas desenvolvidas no âmbito do estágio.

Competência do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No âmbito do exercício profissional do Enfermeiro Especialista, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um pilar essencial para a prática clínica segura, humanizada e fundamentada nos princípios da ética e da legalidade. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este domínio inclui a capacidade de desenvolver uma prática profissional que respeite os normativos legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão, garantindo ainda que os cuidados prestados se alinham com os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019c, p. 4745).

A consolidação destas competências exigiu, num primeiro momento, a revisão crítica de documentos fundamentais da profissão, nomeadamente o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015a), o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 1996) e o próprio regulamento de competências. A unidade curricular de Ética e Direito em Saúde Sexual e Reprodutiva frequentada durante o mestrado, foi igualmente determinante ao proporcionar uma base teórica robusta que sustentou a reflexão e a prática durante o ENP.

Durante o estágio, as ações desenvolvidas centraram-se na prestação de cuidados éticos, responsáveis e ajustados às necessidades das mulheres e famílias. A integração na equipa do serviço de BP de obstetrícia iniciou-se com um período de reconhecimento da estrutura organizacional e funcional de ambos os serviços. Esta etapa foi fundamental para a consulta dos protocolos locais, familiarização com os materiais e dinâmicas específicas de cada contexto, e garantiu uma adaptação consciente e profissional às exigências institucionais.

A prática de cuidados foi norteada pelo respeito à dignidade humana, à privacidade e à autonomia das utentes. Foram adotadas estratégias como a obtenção do consentimento informado, a comunicação empática e a proteção da intimidade durante os procedimentos clínicos. Contudo, em algumas situações, a presença simultânea de múltiplos profissionais em sala de partos levantou desafios à preservação da privacidade da mulher. Estas situações foram alvo de reflexão conjunta com a equipa de enfermagem, reconhecendo-se a necessidade de ponderação ética e gestão criteriosa do número de profissionais presentes, sem comprometer a segurança materno-fetal.

A discussão ética destas questões reforçou o compromisso com práticas humanizadas e respeitadas, em conformidade com os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Desta forma, o estágio constituiu-se como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de uma postura ética e legalmente sustentada, assente na responsabilidade profissional e na salvaguarda dos direitos das mulheres e famílias durante o TP e o nascimento, assegurando cuidados humanizados, éticos e legalmente sustentados.

Competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade integra um conjunto de competências essenciais ao exercício profissional do enfermeiro especialista, nomeadamente: o desenvolvimento e suporte a iniciativas estratégicas institucionais no âmbito da governação clínica, a implementação de práticas sustentadas em programas de melhoria contínua e a garantia de um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019b). Estas competências visam assegurar uma prestação de cuidados de excelência, adaptada às necessidades da população e promotora de segurança e satisfação.

A qualidade em saúde é entendida como a prestação de cuidados acessíveis, equitativos, eficazes e centrados na pessoa, tendo em consideração os recursos disponíveis e promovendo a adesão e satisfação dos utentes (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho). Este conceito está intrinsecamente ligado à segurança dos cuidados prestados, assumindo um papel central nas políticas de saúde e nas boas práticas clínicas. Importa, contudo, reforçar que a qualidade não se alcança apenas com o exercício individual dos profissionais, mas também não deve este ser invisibilizado no conjunto das ações que visam melhorar o desempenho global das instituições (OE, 2001).

Durante o ENP, foram realizadas diversas atividades direcionadas para este domínio,

sustentadas nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela OE como transversais a todas as áreas de especialidade. Estes padrões incluem a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados (OE, 2001).

Participar em iniciativas de atualização de protocolos institucionais de Enfermagem, alinhando-os com a melhor evidência científica disponível, foi uma das atividades desenvolvidas com impacto direto na melhoria da qualidade dos cuidados. A análise de incidentes reportados no serviço permitiu uma reflexão crítica sobre práticas clínicas e contribuiu para a promoção de um ambiente seguro e responsivo às necessidades das mulheres e famílias. A observação do processo de auditoria interna também proporcionou um maior entendimento sobre os mecanismos institucionais de controlo e melhoria da qualidade assistencial.

Paralelamente, a integração em sessões de formação contínua dirigidas à equipa de enfermagem revelou-se essencial para reforçar competências, promover a atualização de conhecimentos e incentivar uma cultura de melhoria contínua. A reflexão crítica incentivada no contexto clínico, aliada ao acompanhamento próximo de enfermeiros especialistas, possibilitou a identificação de áreas de desenvolvimento pessoal e profissional.

Através da participação ativa nestas iniciativas e da interiorização de uma cultura de qualidade e segurança, foi possível consolidar a competência do domínio da melhoria contínua da qualidade. Este percurso, sustentado nos referenciais normativos e na prática baseada na evidência, reforçou o compromisso com cuidados obstétricos seguros, humanizados e de excelência.

Competência do Domínio da Gestão de Cuidados

O domínio da gestão de cuidados contempla duas competências essenciais: a gestão da prestação de cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação com os diferentes profissionais de saúde, e a adaptação da liderança e dos recursos às necessidades e especificidades do contexto, assegurando a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019b). A gestão, enquanto componente central do exercício profissional, está intimamente ligada à garantia de cuidados eficazes, seguros e de qualidade (OE, 2001).

Ao longo do ENP, foi possível integrar e desenvolver estas competências. A observação direta das funções desempenhadas pela enfermeira gestora e responsáveis de turno,

proporcionou uma compreensão concreta da complexidade da gestão dos cuidados. Participar em tarefas como a elaboração de escalas de turno, a distribuição de tarefas de enfermagem entre a equipa, o controlo de stocks de materiais e equipamentos, e a articulação com a equipa multidisciplinar para a planificação do cuidado às parturientes e recém-nascidos, permitiu compreender como a liderança influencia a dinâmica de trabalho e a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, a prestação de cuidados implicou uma constante definição de prioridades clínicas, como a identificação de parturientes com sinais de complicação, o acompanhamento do segundo estágio do TP e a monitorização do RN de risco, evidenciando a importância de uma gestão eficaz do tempo e dos recursos disponíveis. Este processo exigiu capacidade de tomada de decisão, sentido de responsabilidade e comunicação assertiva, promovendo uma atuação integrada e coordenada dentro da equipa de enfermagem.

Assim, a aquisição desta competência permitiu um desenvolvimento gradual de habilidades de liderança clínica, contribuindo para a eficiência dos cuidados e para a promoção de um ambiente terapêutico seguro e colaborativo. Reconhece-se, no entanto, que o aperfeiçoamento contínuo desta competência requer a consolidação da experiência profissional, sendo um processo dinâmico e em constante construção ao longo da carreira do enfermeiro especialista.

Competência do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais incluem a promoção do autoconhecimento e da assertividade, bem como a base da praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019b). O Código Deontológico da OE reforça este compromisso, ao afirmar que o enfermeiro deve sempre buscar a excelência no exercício profissional, mantendo a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizando de forma competente as tecnologias, sem descuidar a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (OE, 2015a).

Durante o estágio, diversas atividades foram desenvolvidas para promover o autoconhecimento, a assertividade e a prática baseada em evidências científicas. Estas ações não só permitiram incorporar conhecimentos atualizados na prática diária, mas também fortaleceram a minha capacidade de tomar decisões clínicas fundamentadas em evidências, o que facilitou o processo de aprendizagem e o desenvolvimento profissional.

A reflexão diária sobre as experiências vividas foi fundamental, permitindo identificar tanto pontos fortes, como áreas de melhoria. A discussão de situações com as

enfermeiras, sobre diferentes abordagens e pontos de vista, favoreceu o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo. Além disso, houve uma procura constante da atualização de conhecimentos, tanto por meio de estudo autónomo diário, como pela participação em eventos científicos.

Este estágio proporcionou um ambiente propício ao desenvolvimento contínuo das competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Através da reflexão sobre a prática clínica e do contínuo aprimoramento do autoconhecimento e da assertividade, foi possível aplicar as melhores evidências científicas, promovendo assim a qualidade e a excelência nos cuidados prestados.

2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

As competências específicas do EEESMO em Portugal estão definidas no Regulamento n.º 391/2019 da OE, onde se reconhece que estes profissionais têm autonomia para conceber, planear, implementar e avaliar intervenções que promovam a saúde, intervenções de diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher/família ao longo do seu ciclo vital (OE, 2019c). Assim, o EEESMO deve estar preparado para as diferentes transformações que podem ocorrer durante esse período e executar um cuidado antecipatório e facilitador da transição que a mulher se encontra a vivenciar.

Na legislação portuguesa, ao EEESMO é reconhecida a competência para desenvolver “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” (OE, 2019c, p. 13561).

Essa atribuição de competências reflete a importância da autonomia e da capacidade do EEESMO em lidar com uma ampla gama de situações ao longo do ciclo reprodutivo da mulher. O reconhecimento da habilidade de tomar decisões em contextos de risco baixo, médio e alto não só reforça a importância da formação especializada, mas também destaca o papel fundamental do enfermeiro especialista na promoção da saúde e segurança da mulher, especialmente em contextos de maior complexidade. Nesse sentido, a aplicação desses conhecimentos na prática diária exige uma gestão eficiente

de recursos, uma comunicação clara com a equipa multidisciplinar e uma constante adaptação às necessidades da mulher em cada fase do ciclo reprodutivo.

O recurso à prática baseada na evidência, com a utilização consciente da melhor evidência científica, foram os pilares para o desenvolvimento de momentos de formação com oportunidades de aquisição e consolidação de competências em contexto de estágio. Este percurso de aquisição de competências foi trilhado ao longo do presente mestrado e em particular no contexto deste ENP. Tendo como foco o desenvolvimento destas competências, são definidas as áreas de intervenção do EEESMO para cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto, durante o período pós-natal, durante o período do climatério e nos processos de saúde/doença ginecológica (OE, 2019c). No artigo 4º do respetivo regulamento, as competências específicas do EEESMO centram-se em:

- a) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional;
- b) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP;
- d) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

O cuidado da mulher durante o TP é uma das competências centrais do EEESMO. A prática durante esta fase do ciclo reprodutivo exige não apenas conhecimento técnico, mas também sensibilidade emocional, empatia e capacidade de adaptação às necessidades individuais de cada mulher e família. Durante o ENP, este domínio de atuação foi particularmente relevante, pois foi a fase em que a maior parte das atividades práticas e de cuidado foram realizadas.

O TP é um momento crítico e, frequentemente, imprevisível, que envolve múltiplas dimensões do cuidado, desde a monitorização contínua do estado clínico da mulher até o apoio emocional e psicológico durante todo o processo. A utilização de práticas baseadas na evidência científica foi fundamental para garantir que as intervenções

fossem eficazes, seguras e centradas na mulher. A atuação no TP envolve uma análise constante das necessidades fisiológicas e emocionais da mulher, o que exige habilidades tanto técnicas quanto interpessoais.

Uma das competências-chave no TP é a gestão da dor, que pode ser realizada através de métodos farmacológicos e não farmacológicos, adaptados à evolução do parto e às preferências da mulher. Além disso, é fundamental garantir a segurança da mãe e do RN, monitorizando de perto Sinais Vitais (SV), os movimentos fetais e as progressões do TP. Durante este estágio, foi possível aplicar estratégias para a avaliação contínua da situação clínica, garantindo que as intervenções fossem feitas de forma adequada e eficaz.

O papel do enfermeiro especialista vai além do acompanhamento físico da mulher; envolve também liderança e comunicação dentro da equipa multidisciplinar, essencial para a coordenação do cuidado e a tomada de decisões rápidas, especialmente em situações de risco. Durante o ENP, foi possível observar e participar ativamente em diferentes cenários de TP, desde partos fisiológicos até situações de maior complexidade, o que permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado.

Além disso, as habilidades de comunicação com a mulher e a família desempenharam um papel crucial. A escuta ativa, a capacidade de orientar e tranquilizar a mulher, bem como a colaboração com a equipa médica e outros profissionais, foram elementos fundamentais para garantir uma experiência de parto o mais segura e humanizada possível. Foi no cuidado contínuo e na aplicação de evidências científicas que se conseguiu fortalecer competências na gestão do TP, identificando as necessidades emergentes e adaptando as estratégias de cuidado às circunstâncias específicas de cada caso.

A experiência prática no TP não só reforçou a importância de intervenções baseadas na evidência, como também demonstrou a necessidade de um cuidado holístico, que reconhece a mulher como um ser integral, cujas necessidades físicas, emocionais e psicológicas devem ser igualmente atendidas. A atuação no TP vai além da aplicação de técnicas, sendo uma oportunidade constante de aprender, de refletir sobre a prática e de melhorar as abordagens de cuidado com base nas evidências mais recentes e na experiência adquirida.

Ao longo do ENP foi possível observar a aplicação de práticas fundamentadas na melhor evidência científica, aliadas à importância de um cuidado centrado na mulher. Essas experiências permitiram a consolidação da competência de cuidar da mulher/família

durante o TP, integrando a teoria e a prática de forma eficaz e garantindo a qualidade nos cuidados prestados.

3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL PARA AQUISIÇÃO DO TÍTULO DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A enfermagem é a profissão na área da saúde que envolve uma prática baseada em evidências científicas, princípios éticos e um relacionamento próximo e de confiança com o utente, atuando de forma autónoma e em colaboração com outros profissionais de saúde (OE, 2015).

A aquisição de competências do enfermeiro especialista é um processo complexo que envolve o desenvolvimento progressivo de conhecimentos, habilidades e atitudes avançadas, necessárias para atuar em áreas específicas da enfermagem (OE, 2019b). A realização do ENP, em ambiente de sala de partos, permitiu a aquisição e solidificação das diferentes competências específicas do EEESMO. Neste sentido, torna-se fundamental desenvolver uma análise crítico-reflexiva, sustentada na evidência científica, na tomada de decisão e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados. Enquadradas neste contexto, as competências específicas do EEESMO que foram implementadas e consolidadas neste estágio direcionam-se para:

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP

O EEESMO é o profissional que detém 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” (OE, 2019c, p.13562).

No sentido de desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e ético-legais no cuidar a mulher em TP, surgiu a necessidade de evidenciar uma prática de cuidados alicerçados no rigor técnico-científico, tendo-se elegido a realização do ENP no bloco de partos, de uma unidade local de saúde da zona Norte.

No desenvolvimento do ENP, foram numerosas e enriquecedoras as reflexões que surgiram na integração das diferentes competências técnicas e humanas necessárias

para os cuidados prestados à grávida/parturiente/convivente significativo durante o TP e parto. Foi possível prestar cuidados especializados a parturientes, nos diferentes estádios do TP, e implementar intervenções preconizadas para o desenvolvimento das competências como EEESMO. Neste contexto, a pesquisa de evidência científica atual serviu de suporte da prática clínica e permitiu desenvolver a prestação dos melhores e mais adequados cuidados à parturiente/família.

O TP caracteriza-se por um continuum de fases sucessivas, podendo identificar-se quatro estádios, sendo que o primeiro estágio engloba duas fases: a latente e a ativa, caracterizadas por contrações dolorosas e regulares que promovem a dilatação e extinção do colo uterino (Fatia & Tinoco, 2016). Tradicionalmente, estas fases eram definidas de forma distinta por diferentes entidades. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), a fase latente compreende contrações uterinas dolorosas, alterações do colo uterino e dilatação mais lenta, até aproximadamente 5 cm, enquanto a fase ativa se caracteriza por dilatação mais rápida, de 5 cm até à dilatação completa. Recomendações mais recentes, como as do *Consortium for Safe Labor* referidas pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2019, Committee Opinion No. 766), sugerem que a fase latente pode prolongar-se até aos 5-6 cm de dilatação, refletindo uma atualização internacional dos conceitos com base na evidência científica e visando reduzir intervenções desnecessárias no trabalho de parto. Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015) define a fase ativa a partir dos 4 cm de dilatação cervical, com extinção do colo praticamente completa. Estas diferenças evidenciam a necessidade de contextualizar a avaliação do trabalho de parto com base nas recomendações internacionais e nacionais mais recentes. **O segundo estágio do TP**, também definido como período expulsivo, tem início com a dilatação cervical completa até à expulsão do RN. Nesta fase as contrações uterinas são intensas, os esforços expulsivos dinâmicos, sendo um período de grande exigência física para a parturiente, em que o EEESMO se assume como o profissional habilitado para acompanhá-la, realizar o parto de baixo risco, criando um ambiente seguro e promovendo o conforto nesta fase do TP (OE, 2019c). **O terceiro estágio** refere-se à dequitação e decorre desde o nascimento até a expulsão completa da placenta. Por último, **o quarto estágio** designado de período de hemóstase ou puerpério imediato correspondente às primeiras 2 horas após dequitação (Fatia & Tinoco, 2016). O parto é um acontecimento acompanhado de muitas expectativas e a sua vivência apresenta-se como um momento único na vida da parturiente/família. Tendo como base a premissa “Direito ao Parto Normal” emanada pela OE e pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) (OE & APEO, 2012), o desenvolvimento da prática de cuidados especializados

foi direcionado para a criação de um ambiente de nascimento confortável e seguro, que permitisse vivenciar o parto como um acontecimento de família, com uma assistência personalizada e uma autonomia de escolha sustentada em decisões informadas.

Assente nestes princípios, durante a realização do estágio houve sempre a preocupação em comunicar de forma clara e eficaz com as mulheres em TP e os seus conviventes significativos, prestar cuidados com respeito, dignidade, privacidade e confidencialidade, possibilitando-lhes a escolha informada e o apoio contínuo durante este período.

Na vivência e partilha deste evento de vida, revela-se essencial o estabelecimento de uma relação empática eficaz, de apoio emocional e uma comunicação eficiente, que contrarie os aspetos menos positivos resultantes da hospitalização do parto, como uso de técnicas e procedimentos invasivos que reduzem a evolução fisiológica de um TP (Suárez-Cortés, 2015). Neste seguimento, as novas diretrizes emitidas pela OMS (2018) orientam para o estabelecimento de padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e redução das intervenções médicas desnecessárias, recomendando que as equipas médicas e de enfermagem não interfiram no TP de uma mulher de forma a acelerá-lo e instrumentaliza-lo, exceto quando existam riscos reais de complicações.

Sustentando a prática nas referidas recomendações, no desenvolvimento do ENP reconheceu-se o parto como um processo fisiológico que coloca a parturiente/convivente significativo como principais atores de toda esta vivência. Durante todo o processo de cuidados foram sempre considerados os padrões do respeito pela fisiologia do TP de cada parturiente, assim como o seu envolvimento e do convivente significativo nas tomadas de decisão. Como refere Pinheiro (2016), as práticas obstétricas devem ser adequadas a cada situação e a cada mulher, possibilitando que a assistência ao longo do TP e do parto respeite a fisiologia da mulher, mas também favoreça todos os envolvidos no acontecimento. Os cuidados de enfermagem à mulher em TP incluem ajudar a mulher a participar no nascimento do seu filho(a), indo ao encontro dos seus desejos e satisfazendo os resultados esperados por si mesma, ajudando-a a manter a sua energia e a controlar o desconforto (Ascensão, 2016).

O EEESMO afigura-se como o profissional de primeira linha no acompanhamento e promoção do parto normal, devendo ter presente na sua prática clínica a humanização dos cuidados e o respeito pelos direitos humanos fundamentais, atuando de acordo com as mais recentes evidências científicas no acompanhamento, vigilância, atuação e

cuidados durante todo o TP. Tem como competências cuidar autonomamente da parturiente, convivente significativo e RN, promover a vinculação mãe/pai/filho, prevenir e detectar atempadamente complicações do estado de saúde da díade mãe-filho, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação e trabalhando em colaboração com outros profissionais de saúde, através de intervenções interdependentes (OE, 2010).

Durante o ENP a prestação dos cuidados à mulher, desde o acolhimento no BP até à sua transferência para o internamento de puérperas, foi sustentada nos princípios acima descritos. Foi possível promover a privacidade e um ambiente tranquilo, através do recurso a estímulos sensoriais e medidas não farmacológicas para o alívio da dor e desconfortos, assim como o esclarecimento à parturiente/família de todos os procedimentos efetuados e do desenvolvimento do TP, colocando a parturiente como o foco central do seu TP.

À chegada ao serviço do BP, a parturiente/convivente significativo eram orientados para a respetiva sala de parto, sendo esclarecidos sobre o funcionamento do serviço e validadas as informações previamente recolhidas. A intervenção do EEESMO centra-se no conhecimento das expetativas do casal e, posteriormente, em planear as intervenções consoante as necessidades identificadas. A população à qual foram prestados cuidados foi diversificada, multicultural, falando diversos idiomas e diferentes níveis de literacia em saúde. A prestação de cuidados foi desenvolvida com o objetivo de individualizar e personalizar o atendimento conforme as necessidades de cada parturiente/convivente significativo, recorrendo ao uso de outras línguas, como o inglês, ou a meios de tradução online, para garantir uma comunicação eficaz em todas as situações.

No processo de admissão da parturiente e convivente significativo foi realizado o acolhimento e explicados todos os procedimentos decorrentes, de forma a estabelecer uma relação de confiança e empatia, facilitadora da prestação de cuidados. Para tal revelou-se importante a avaliação inicial da parturiente, a avaliação da história obstétrica e dos antecedentes de saúde, realizando o exame físico e discutindo as expetativas da mulher relativamente ao TP e parto, nomeadamente as estratégias para alívio da dor e a presença de convivente significativo no TP e parto. O alívio da dor e a presença do convivente significativo no TP são componentes essenciais na experiência da parturiente e a sua relevância vai para além do conforto físico. Essas estratégias têm implicações diretas na qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se tanto no bem-estar emocional, como bem-estar físico da mulher durante o parto.

A estratégia para o alívio da dor é uma das principais preocupações em qualquer atendimento obstétrico. O TP, particularmente na fase ativa, pode ser um processo bastante doloroso, e o alívio adequado dessa dor é fundamental para proporcionar uma experiência mais positiva para a parturiente. Nesse contexto, diversas opções podem ser consideradas, incluindo métodos farmacológicos e não farmacológicos. A personalização das opções de alívio da dor, com base nas preferências da mulher e nas evidências científicas, reflete uma prática humanizada, respeitando a autonomia da parturiente e suas expectativas. Além disso, ao discutir previamente essas opções durante a admissão, cria-se um espaço de confiança onde a parturiente/convivente significativo devem ser ouvidos e empoderados, podendo melhorar a percepção sobre o processo de parto.

A presença do convivente significativo no momento do parto tem um papel fundamental no apoio emocional à parturiente. A literatura enfatiza os benefícios emocionais da presença de uma pessoa de confiança, como o parceiro, familiar ou amigo próximo, que oferece conforto, segurança e apoio psicológico. O convivente significativo pode ajudar a reduzir a ansiedade e o *stress* da mulher, promovendo um ambiente mais acolhedor e tranquilo, o que pode, inclusive, contribuir para o alívio da dor e para uma experiência de parto mais positiva. Durante a avaliação inicial, ao discutir com a parturiente a presença desse apoio, é possível também considerar as dinâmicas individuais, garantindo que a mulher tenha a melhor experiência possível, respeitando os seus desejos e necessidades.

Essas estratégias, quando bem implementadas, demonstram o compromisso com a humanização do parto e asseguram que a mulher se sinta segura, respeitada e compreendida, durante um dos momentos mais intensos e marcantes de sua vida. Ao integrar essas práticas à rotina de cuidados, o enfermeiro especialista não só garante o cumprimento de boas práticas clínicas, mas também promove um ambiente de respeito, autonomia e empatia, elementos cruciais na construção de uma experiência de parto mais positiva e satisfatória.

No início da interação com a parturiente e o seu convivente significativo, procedeu-se à apresentação pessoal, em articulação com a enfermeira orientadora, seguida da identificação das suas expectativas e da aplicação do plano de parto, quando existente.

Importa salientar que esta unidade local de saúde disponibiliza consultas de Plano de Nascimento, as quais não são de carácter obrigatório, sendo agendadas pelos casais que pretendem conhecer e discutir informações relativas à concetualização do seu plano de parto. No entanto, mesmo nos casos em que não era apresentado um plano de parto

previamente definido, procurou-se salvaguardar preferências e expectativas dos casais, visando proporcionar uma experiência de parto tão satisfatória quanto possível. Neste contexto, atuou-se de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, assegurando a prestação de cuidados de qualidade e risco controlado (OE, 2019c).

A reflexão sobre a realização e implementação do plano de parto considera-se fundamental, na medida em que ainda se constata algumas críticas e renitências por parte de profissionais de saúde e de algumas parturientes/conviventes significativos. Isso pode ocorrer devido a diferentes interpretações sobre a autonomia da mulher no processo de parto, à resistência a mudanças nos protocolos tradicionais de atendimento e à falta de comunicação efetiva entre a equipa de saúde e a parturiente/convivente significativo sobre as suas preferências e necessidades.

O plano de parto deve ser encarado como uma expressão da parturiente/convivente significativo sobre as suas necessidades, limites e desejos para o seu parto, num processo de autoconsciência. A sua preparação confere confiança à mulher/convivente significativo e possibilita a criação de um ambiente seguro, culminando numa experiência de parto mais satisfatória. Este instrumento não deve ser encarado como um plano inflexível, mas sim como um guia ajustável e que pode sofrer alterações, de acordo com o decorrer do TP (Associação Portuguesa dos Direitos da Mulher e Parto, 2017; Lopes, 2016).

Segundo Cortés et al. (2015), a existência de um plano de parto está associada a resultados positivos, tais como o aumento do contacto pele a pele imediato, a prática de laqueação tardia do cordão e uma maior taxa de partos eutócicos, práticas estas que, para além de melhorarem a experiência da mulher, contribuem para a diminuição dos custos em saúde e das hospitalizações, tanto da mulher como do RN. Adicionalmente, o plano de parto reforça a autonomia da mulher ao promover a escolha da posição para a dilatação e parto, a ingestão de alimentos ou líquidos durante o TP e a tomada de decisão quanto ao uso de procedimentos como o enema ou a tricotomia do períneo. Os autores referem ainda que a existência do plano do parto influencia positivamente o TP e o seu desfecho, aumentando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, assim como o seu empoderamento.

Durante o estágio foi possível consultar e tentar implementar diferentes planos de parto, constatando-se que esta parceria pode estimular sentimentos de maior segurança e confiança durante o TP. Neste sentido, procurou-se compreender as expectativas da parturiente/convivente significativo em relação ao seu TP e atender aos seus desejos, sempre com a consciência de que o parto é um evento imprevisível e, como tal, poderia

ser necessário adaptar o plano de parto à realidade e concretizar intervenções que não constavam no mesmo, com vista à salvaguarda da segurança materna e fetal (Associação Portuguesa dos Direitos da Mulher e Parto, 2017). Analisando estas intervenções, constatou-se que foram raras as vezes em que não foi possível cumprir os desejos da parturiente/casal. Nomeadamente, em situações em que a parturiente desejava um parto natural, mas devido a complicações imprevistas, como sinais de sofrimento fetal ou uma progressão lenta do TP, foi necessário realizar intervenção médica, como a administração de analgesia, necessidade de um parto distócico ou até mesmo uma cesariana de emergência. Nesses casos, a equipa de saúde procurou sempre manter a parturiente e o convivente significativo informados sobre a situação, explicando claramente os motivos das mudanças no plano de parto. O consentimento informado foi obtido de forma transparente, permitindo que as decisões fossem tomadas em conjunto, respeitando as escolhas da mulher enquanto se garantiam a segurança dela e do bebé. Além disso, foi importante assegurar que as preocupações e sentimentos da parturiente fossem validados, criando um ambiente de confiança e respeito durante todo o processo.

O apoio do EEESMO durante o TP é crucial. Este deve adotar uma atitude pautada pela compreensão, empatia, atender à linguagem verbal e não-verbal da mulher, potenciar a autoconfiança e reforçar positivamente a parturiente, algo que concomitantemente tranquiliza e promove a fisiologia do TP (Fonseca, 2016). A evidência científica comprova que o suporte contínuo do EEESMO na interação com a mulher/acompanhante significativo configura uma boa prática de cuidados, associada a resultados favoráveis, nomeadamente a promoção do parto normal, o aumento do índice de satisfação da mulher/acompanhante significativo, a redução da duração do TP e a diminuição da necessidade do recurso a métodos farmacológicos de alívio da dor (Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses [AWHONN], 2011).

Esta importância do suporte contínuo evidencia também a necessidade de envolver ativamente o acompanhante ou pessoa significativa, reforçando a humanização dos cuidados. Neste contexto, torna-se fundamental disponibilizar informação clara e adequada sobre o desenvolvimento do TP, as necessidades da mulher e ensinar sobre medidas de conforto, formas de apoio e possibilidades de participação ativa ao longo do trabalho de parto e parto. É importante que o EEESMO promova e incentive a presença de um acompanhante, escolhido pela parturiente, como sendo alguém em quem ela confia, capaz de favorecer uma vivência positiva da experiência de TP e parto. A presença deste elemento próximo contribui para a minimização dos desconfortos, medos e inseguranças, possibilitando benefícios emocionais, estimulando o carinho, o

afeto e o apoio emocional de alguém que lhe é próximo e que nenhum profissional de saúde consegue substituir (Santos, Oliveira, Amorim & Silva, 2015). A presença contínua de um acompanhante significativo durante o TP é uma prática aconselhada pela OMS (2015), uma vez que está associada a melhorias em diversos desfechos maternos, nomeadamente à diminuição da duração do TP e à diminuição das taxas de partos vaginais distócicos e de cesarianas. Analisando a importância da presença do convivente durante o TP, as parturientes exprimem como um apoio emocional, conseguindo lidar melhor com a dor e ansiedade, o que se traduz numa maior satisfação com o TP (Pinheiro & Coutinho, 2012). O direito ao acompanhamento da parturiente no decurso do TP está legislado desde 1985 e confere à mesma o direito a ser acompanhada, a qualquer hora do dia ou da noite, por uma pessoa por si escolhida (Decreto-Lei nº 8/85, de 9 de janeiro).

No decorrer deste ENP, a maioria das parturientes optou por ter como convivente significativo, o companheiro. Foram implementadas diversas intervenções de integração do acompanhante nos cuidados, especialmente no que diz respeito ao uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, promoção do conforto e criação de um ambiente acolhedor, bem como na participação em momentos simbólicos, como o corte do cordão umbilical do RN, com o propósito de incluir ativamente o acompanhante nos cuidados prestados. O convivente significativo foi parte integrante dos cuidados, sendo incentivado a apoiar ativamente a parturiente e a colaborar na implementação de medidas de relaxamento, massagem e posicionamento. A prestação de cuidados foi centrada no casal, com a parturiente e o convivente significativo sendo considerados parceiros no processo de cuidados. O objetivo foi envolver ambos ativamente, promovendo uma experiência de TP positiva e facilitando uma transição tranquila para a parentalidade. Perante cada parturiente/convivente significativo procurou-se recolher o máximo de informação possível, complementando com dados provenientes do processo e do Boletim de Saúde da Grávida, com o objetivo de conhecer a história pessoal, familiar e obstétrica, os conhecimentos prévios, as expectativas para o momento do parto e as crenças individuais.

A prestação de cuidados de enfermagem é profundamente influenciada pela capacidade de estabelecer relações interpessoais sustentadas no valor da confiança, permitindo o desenvolvimento de competências de compreensão e de interação numa dinâmica que integra dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Frias, 2019).

As competências relacionais constituem o pilar da enfermagem e a comunicação assume-se como a ferramenta fundamental para a sua consolidação (Zangão, 2016). Nesta perspetiva, evidenciar a prática da competência relacional contribui para

aprimorar o processo de comunicação, fortalecendo a confiança, o respeito e a empatia, e potenciando capacidades como a escuta ativa e a relação terapêutica (Soares & Sadigursky, 2015).

Ao longo do ENP, procurou-se continuamente promover uma relação terapêutica eficaz, recorrendo a estratégias comunicacionais adequadas. A informação dirigida à mulher e ao acompanhante foi transmitida com base na evidência científica, esclarecendo intervenções necessárias e facilitadoras da evolução do trabalho de parto, sempre mediante consentimento prévio e informado.

No contexto do desenvolvimento de cuidados de enfermagem especializados emerge ainda a reflexão sobre o planeamento dos cuidados à parturiente/ convivente significativo e a sua implementação de acordo com o estágio de TP. Foi possível monitorizar o TP em diferentes estádios, através da realização da avaliação e, posteriormente, a adaptação da prestação de cuidados à fase identificada. A avaliação da evolução do TP sustentou-se nas recomendações da OMS (2018) para grávidas de baixo risco, tendo sido realizadas as Manobras de Leopold, no sentido de perceber a apresentação, a posição e atitude fetal. A vigilância do bem-estar materno-fetal foi realizada através da avaliação sistemática dos SV maternos, da auscultação dos batimentos cardíacos fetais, da realização de Cardiotocografia (CTG). A interpretação do traçado cardiotocográfico incluiu a análise da FCF, da variabilidade do traçado e da contratilidade uterina, com o objetivo de identificar precocemente quaisquer desvios da normalidade. Todas as situações em que o traçado cardiotocográfico não se revelou tranquilizador foram devidamente encaminhadas para a equipa médica, garantindo uma abordagem atempada e segura.

A supervisão da evolução do TP foi concretizada através da realização do toque vaginal para monitorização e interpretação da cervicometria, da avaliação das características do líquido amniótico em caso de rutura da bolsa de águas, procurando determinar, sempre que possível a variedade, a atitude e o plano da apresentação. Estes procedimentos foram realizados sempre que clinicamente justificados e de acordo com as queixas manifestadas pela mulher, tendo sido explicados de forma assertiva e numa base de negociação do autocuidado e da prestação dos cuidados.

Numa fase inicial surgiram dificuldades na avaliação da extinção e dilatação do colo uterino, bem como na identificação da variedade fetal, dificuldades essas consideradas ultrapassadas ao longo do ENP, através do empenho, do treino prático supervisionado e da orientação contínua, alcançando-se progressivamente a autonomia e confiança ambicionadas.

Refletindo ainda sobre esta avaliação, existiu sempre a preocupação de limitar o número de toques vaginais realizados, atendendo ao risco acrescido de infeção, particularmente na rutura da bolsa de águas, e respeitando simultaneamente a vontade da parturiente, dado que este procedimento é frequentemente percecionado como desconfortável, invasivo e promotor de sentimentos de perda de privacidade (APEO & FAME, 2009).

A evolução do TP foi registada no partograma, instrumento que permite monitorizar a sua progressão, identificar precocemente alterações e, quando necessário, referenciar a situação para outros profissionais de saúde fora da área de atuação do EEESMO.

Entre as situações que exigiram referenciação à equipa médica, destacam-se a febre intraparto, a presença de rutura espontânea da bolsa de águas com líquido amniótico tingido de mecónio, traçado cardiotocográfico não tranquilizador ou paragem da progressão do TP.

O partograma foi corretamente identificado e utilizado de forma sistemática durante a vigilância do TP. Procedeu-se ao registo organizado dos parâmetros considerados essenciais, incluindo os dados relativos ao número de gestações, paridade, idade gestacional, patologias associadas, presença de *Streptococcus* do Grupo β -hemolítico, tipo de sangue, bem como a data e o tipo de rutura de membranas (espontânea ou terapêutica) e as características do líquido amniótico. Foram ainda registadas a extinção e dilatação do colo do útero, a progressão da apresentação fetal segundo os planos de Hodge, os sinais vitais maternos, a frequência cardíaca fetal, a administração de fármacos e outras intervenções relevantes para a vigilância do processo de parto (Lavender, Hart & Smyth, 2008; Sousa, 2014).

No âmbito da promoção de um parto eutócico, e reconhecendo a dor como o quinto sinal vital, esta foi considerada um fenómeno complexo, de natureza emocional, devendo ser analisado segundo um modelo biopsicossocial, individualizado e subjetivo, influenciado por crenças, valores, medos, bem como por experiências anteriores pessoais ou reportadas por conviventes significativos (APEO, 2009). Neste enquadramento, considerou-se fundamental atender às manifestações dolorosas da parturiente, valorizando as suas queixas e colaborando ativamente no alívio da dor, com base numa abordagem centrada na mulher e na família. Procurou-se evitar práticas rotineiras e padronizadas, incentivando e possibilitando a liberdade de movimentos e de posições, promovendo a ingestão de líquidos claros (água, chá, sumos sem polpa e gelatina), o incentivo à eliminação urinária (uma vez que a presença de globo vesical pode inibir a descida da apresentação e influenciar a monitorização da CTG, bem como a aplicação de estratégias não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor ACOG (2019).

Assente nestes pressupostos, e suportadas nas recomendações do projeto “Maternidade com qualidade” da OE (2013), as intervenções não farmacológicas implementadas passaram por promover e incentivar técnicas respiratórias, a deambulação, a adoção de posições verticalizadas, a utilização da bola de parto, a realização de massagem, a música, o uso do chuveiro com água quente e a redução da luminosidade, entre outras. Para além do alívio da dor e promoção do conforto, estas intervenções favorecem a progressão fisiológica do TP, uma vez que promovem o aumento do fluxo sanguíneo uteroplacentário, uma melhor oxigenação fetal, uma dinâmica uterina mais regular e eficaz. É ainda rentabilizada a ação da gravidade e maximizado o diâmetro da pélvis, através dos movimentos da bacia, beneficiando a rotação e descida da apresentação cefálica fetal (Ferreira, 2016; Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016). Estas medidas também permitem diminuir a duração do TP, aumentar a possibilidade de um parto eutócico, diminuir a necessidade de uso de analgesia epidural e aumentar a satisfação da parturiente na sua experiência de parto (OE, 2014). A maioria das parturientes aderiu com interesse e motivação a estes métodos. No entanto o apoio emocional, o acompanhamento personalizado e o recurso a estratégias não farmacológicas para alívio da dor, não foram sempre suficientes para algumas parturientes. Desta forma, tornou-se necessário recorrer a estratégias de alívio farmacológico da dor, que assentaram na gestão da analgesia epidural, no sentido de promover o conforto da parturiente/família e a progressão positiva do TP.

Relativamente às medidas farmacológicas de alívio da dor, observou-se que a maioria das parturientes solicitou analgesia epidural desde o início do TP. No entanto, verificou-se uma boa aceitação dos métodos não farmacológicos em concomitância com este procedimento, demonstrando complementaridade entre ambas as abordagens. Desta forma, existiu sempre a preocupação de informar as parturientes/acompanhantes acerca dos procedimentos inerentes à analgesia epidural, assegurando uma decisão consciente e fundamentada, em conformidade com os princípios do consentimento informado.

No primeiro estágio de TP, sempre que existia a intenção da parturiente em recorrer à analgesia epidural, a mesma era transferida para a sala de partos e era contactado o anestesista que estava de apoio ao serviço de obstetrícia. Ao longo deste estágio colaborou-se na colocação do cateter epidural, na prestação dos cuidados após a analgesia, nomeadamente monitorização com CTG e avaliação de SV, assegurando uma vigilância contínua e rigorosa do bem-estar materno-fetal.

No momento da realização da técnica, a presença junto da parturiente teve como objetivo não apenas para apoiar o anestesista, mas também proporcionar suporte

emocional à parturiente, orientando-a na adoção da posição correta e a controlar a respiração. Tal como refere Guerra (2016), o papel do EEESMO neste contexto passa por apoiar na tomada de decisão, esclarecer dúvidas, prestar assistência durante o procedimento, monitorizar SV e CTG, vigiar complicações, otimizar cateter epidural e gerir a analgesia.

A analgesia epidural consiste numa técnica invasiva de administração de terapêutica na zona epidural da coluna lombar (Sng et al., 2014), com o objetivo de aliviar a dor durante o TP. A sua aplicação, permitiu a cooperação com outros profissionais de saúde na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo eficaz da dor (OE, 2019c).

Refletindo sobre esta técnica, e sobre a possibilidade desta analgesia poder ser administrada pelo cateter epidural de forma intermitente, a mesma permite a ausência de bloqueio total dos membros inferiores, dando oportunidade às parturientes de ficarem livres de movimentos e preferirem uma posição de parto mais adaptável às suas necessidades. É neste contexto que se revela pertinente referenciar Priddis et al. (2012) que demonstraram que as mulheres que adotam posições verticais, durante o TP, apresentam uma maior satisfação com a sua experiência de TP e parto, comparativamente às mulheres que adotam uma posição *semi-fowler* ou decúbito dorsal/litotomia. Assente nestes pressupostos, foi sempre valorizada a escolha informada da parturiente relativamente à posição que pretendia adotar para o seu TP, orientando-a e apoiando-a na sua tomada de decisão.

Ao analisar o condicionamento da mobilidade da mulher durante o TP, é primordial refletir sobre o impacto da monitorização contínua através da CTG. Neste sentido, Lothian (2014, p. 201) salienta que a monitorização contínua “perturba a fisiologia normal do TP (...) e certamente, limita o acesso das mulheres a medidas de conforto (...)”. Por outro lado, Lowdermilk e Perry (2008, p. 389), referem que “o TP representa um período de stress fisiológico para o feto, pelo que a monitorização contínua do seu estado de saúde é parte essencial dos cuidados de enfermagem durante esse período”. Neste debate, destaca-se a posição da AWHONN (2008, citado por Lothian 2014), que recomenda a auscultação intermitente em detrimento da monitorização contínua, para mulheres saudáveis e sem complicações associadas. Esta abordagem é reforçada pela revisão sistemática da Cochrane conduzida por Alfirevic, Devane e Gyte (2013), que comparou efeitos da monitorização contínua versus intermitente em mulheres de baixo risco, concluindo que não existiam diferenças significativas nas taxas de mortalidade perinatal ou de paralisia cerebral. Contudo, as mulheres sujeitas a monitorização contínua apresentaram uma maior probabilidade de parto instrumental ou cesariana.

Estes dados sugerem a necessidade de uma avaliação criteriosa da indicação para monitorização contínua, de modo a garantir a segurança fetal sem comprometer a mobilidade, o conforto e a fisiologia do parto, em consonância com uma abordagem centrada na mulher (Alfirevic, Devane & Gyte, 2013).

Na prestação dos cuidados de enfermagem especializados e com o objetivo de promover o bem-estar materno-fetal, houve a preocupação de executar momentos de auscultação intermitente, embora por curtos períodos, facilitando outras medidas de conforto, como a ida à casa de banho ou a hidroterapia. A realidade é que a monitorização contínua em TP está ainda muito presente, tendo recorrido ao sistema de telemetria no sentido de manter CTG, e em simultâneo a mobilidade da parturiente, tal como orienta Lothian (2014), quando nos diz que o cuidado otimizado deverá conter a auscultação intermitente para mulheres de baixo risco e o recurso à telemetria, quando existir indicação clínica para a monitorização contínua. Também nas situações de parturientes com monitorização interna, incentivou-se a promoção da alternância de decúbitos, com posições mais verticalizadas neste estágio, indo de encontro aos vários autores que mencionam que a mobilidade e as posições verticais permitem uma melhor adaptação anatómica e fisiológica ao TP, pela melhoria na dinâmica uterina, pelo aumento dos diâmetros pélvicos, pelo benefício da gravidade na descida do feto, relacionado a uma redução da intensidade da dor e, em consequência, a uma vivência mais positiva do TP (Enkin et al., 2005; Soong e Barnes, 2005; OE e APEO, 2012).

O EEESMO desempenha um papel determinante no apoio à mulher durante a adoção de diferentes posições durante o TP, devendo transmitir orientações claras acerca dos benefícios das posturas verticais e da livre movimentação. Esta atuação visa promover uma decisão consciente e informada por parte da parturiente, contribuindo para uma experiência de parto positiva, com impacto direto na satisfação com a experiência do parto (Ferrão & Zangão, 2017).

Refletindo sobre esta temática, considera-se que o empoderamento das mulheres, no sentido de confiarem no seu corpo e colaborarem com ele, em articulação com o uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, favoreceu sentimentos de maior motivação e um papel mais ativo na evolução do TP. No enquadramento deste empoderamento, foi sempre intenção, durante o ENP, envolver as parturientes/acompanhantes neste processo, reconhecendo-lhes competências e promovendo a adoção de posições alternativas às posições tradicionalmente impostas, nomeadamente a posição de litotomia. É com agrado que se reconhece que esse objetivo foi alcançado e que foi notória a satisfação dos envolvidos num TP centrado na fisiologia e direcionado para a normalidade e para uma experiência positiva.

No âmbito da avaliação do colo uterino em grávidas de baixo risco, as *guidelines* da OMS (2018) recomendam a realização do toque vaginal/observação do colo (dilatação, apagamento/extinção e consistência) a cada 4 horas (com o consentimento da parturiente), como método de avaliação da progressão do TP. Esta recomendação visa minimizar o desconforto associado à manipulação vaginal e reduzir o risco de infecção ascendente, prevenindo potenciais complicações maternas e neonatais.

A interpretação do toque vaginal, com vista à avaliação da evolução do trabalho de parto, constituiu uma competência em cuja aquisição e aperfeiçoamento se depositou particular atenção ao longo do Estágio de Natureza Profissional. Os toques vaginais foram realizados apenas quando clinicamente justificados, sendo previamente explicados à parturiente, de modo a assegurar o seu consentimento informado e participação ativa no processo de cuidados. Este procedimento permitiu avaliar, para além das características do colo uterino, a estática fetal associada à realização das manobras de Leopold (atitude, situação, apresentação e variedade), o nível da apresentação fetal, as características do pavimento pélvico (elasticidade e comprimento do períneo), as características da bacia (tipo de bacia e diâmetros) e a integridade das membranas, averiguando a sua rotura e avaliação das características do LA. Numa fase inicial, foram sentidas algumas dificuldades na realização deste procedimento, motivadas pelo receio de infligir dor à parturiente, pela dificuldade na avaliação de todos os parâmetros, mais concretamente da variedade fetal e dos diâmetros da bacia. Contudo, com a prática supervisionada, o treino contínuo e a reflexão crítica, essas dificuldades foram gradualmente superadas, permitindo o desenvolvimento de maior segurança, destreza técnica e confiança na realização desta competência fundamental.

Considera-se igualmente pertinente abordar a temática da execução da técnica de amniotomia, enquanto competência que também foi possível adquirir no desenvolvimento do estágio. A amniotomia pode ser realizada durante o TP e consiste em romper, de forma mecânica e terapêutica, a bolsa amniótica, levando o organismo a libertar hormonas estimulantes das contrações uterinas. O objetivo deste procedimento vai no sentido de aumentar a frequência e intensidade da dinâmica uterina, conseguidas através das contrações, de forma a diminuir o tempo de TP (Smyth, Markham, & Dowswell, 2013). De acordo com os autores referenciados, esta prática não deverá ser realizada de forma rotineira em mulheres em TP, desde que este esteja a evoluir de forma normal e o seu recurso deve ser ponderado em linha de conta as indicações para o uso da mesma. As recomendações para a realização de amniotomia, segundo o comité de práticas obstétricas do ACOG e as *guidelines* do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) são em caso de suspeita de TP não evolutivo, durante a

primeira fase do TP e quando há necessidade de monitorização fetal contínua por escalpe fetal. As recomendações da OMS para o cuidado intraparto para uma experiência de parto positiva e sobre indução do TP não indicam o uso de forma rotineira da amniotomia para a prevenção do TP não evolutivo, nem a prática de amniotomia precoce, com a infusão de ocitocina para a prevenção do mesmo. Esta técnica, quando realizada, foi sempre com o consentimento da parturiente, após a avaliação da evolução do TP, relativamente à dilatação cervical, à descida da apresentação e FCF. A tomada de decisão, para o momento adequado para a realização deste procedimento, assentou sempre nestes pressupostos e focou-se nos cuidados de assépsia, na vigilância das características do líquido amniótico, no despiste de prolapso de cordão e na vigilância do bem-estar fetal. Neste contexto, considera-se fundamental que a parturiente possua um conhecimento profundo da fisiologia do TP, que a informação seja transmitida de forma transparente e empoderadora durante os cursos de preparação para o parto, desmistificando o tempo expectável e cientificamente aceite sobre as diferentes fases de TP fisiológico (OE, 2013). Esse conhecimento proporciona à mulher maior confiança e controle sobre o processo, facilitando a adaptação às mudanças que ocorrem à medida que o TP progride, e, em particular, durante o segundo estágio do TP, onde as decisões sobre a posição, apoio e gestão da dor são cruciais.

O segundo estágio do TP ou período expulsivo tem início com a dilatação cervical completa (10cm) e extinção total do colo uterino (100%), terminando com a expulsão do feto. Este período pode durar até três horas na primípara e na múltipara até duas horas (OMS, 2018), sendo influenciado por diversos fatores, nomeadamente a eficácia das contrações uterinas, a analgesia, a condição física e emocional da parturiente, a posição adotada, a paridade, o tamanho, a apresentação e a situação do feto, bem como o acompanhamento e apoio prestado pelos profissionais de saúde (Fatia & Tinoco 2016). A preparação adequada, aliada ao conhecimento prévio das fases do parto, pode influenciar positivamente a experiência da parturiente durante este período crucial.

Segundo Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez (2011), o período expulsivo do TP divide-se em duas fases, sendo a **fase não expulsiva**, passiva ou de descida, quando o colo uterino está completamente dilatado e a mulher não sente vontade de puxar e a **fase expulsiva**, quando a mulher sente vontade de realizar esforços expulsivos em cada contração uterina, devido à apresentação fetal se encontrar ao nível das espinhas isquiáticas.

Idealmente, esta etapa deve ocorrer da forma mais fisiológica possível, com protagonismo para os esforços expulsivos espontâneos maternos. Para tal, é fundamental o conhecimento sobre o mecanismo do parto, permitindo aos profissionais

de saúde uma intervenção adequada e respeitadora desta etapa do TP (Martins-Costa et al., 2017). De acordo com a APEO (2009) para que isso aconteça e não estejam associadas complicações, a força eficaz exercida pelas contrações uterinas, pela própria gravidade, e pelos esforços expulsivos maternos devem ser favoráveis ao desenrolar do TP.

A gestão do período expulsivo do TP, está, assim, intrinsecamente associada a um conjunto de comportamentos e práticas clínicas específicos, entre as quais se destaca a abordagem aos esforços expulsivos maternos, temática que suscitou muito interesse em ser aprofundada e na consolidação de conhecimentos atuais. A temática da gestão do período expulsivo do TP, com ênfase na abordagem dos esforços expulsivos maternos, foi escolhida devido à sua relevância para a saúde materna e fetal, bem como às mudanças nas recomendações e práticas baseadas em evidências científicas que ocorreram nos últimos anos. Este tema é fundamental não apenas para a qualidade da assistência prestada, mas também para a melhoria dos resultados perinatais e maternos, sendo uma área que se encontra em constante evolução dentro da obstetrícia. As evidências científicas demonstraram ao longo do tempo que intervenções menos invasivas durante o período expulsivo podem reduzir o risco de complicações, como a episiotomia, e promover uma experiência de parto mais positiva para a parturiente. As recomendações de práticas mais fisiológicas, como a liberdade de movimentos e a orientação de posições de parto, têm sido cada vez mais incentivadas por estudos recentes (OMS, 2018; Fatia & Tinoco, 2016). Estas recomendações estão em consonância com as diretrizes da OMS e com a evolução do entendimento de que a medicalização excessiva do parto pode não ser benéfica, especialmente para mulheres sem complicações (OE, 2013). Além disso, o interesse por práticas menos interventivas e o crescente movimento de humanização do parto também motivaram a escolha desse tema, alinhando-se com os princípios da atenção centrada na mulher e respeito pelos seus direitos, durante o processo do parto. A abordagem dos esforços expulsivos é um exemplo claro de como a prática de enfermagem se pode adaptar às necessidades fisiológicas da mulher, sem recorrer a intervenções desnecessárias, promovendo um ambiente mais natural e respeitoso. Adicionalmente, a escolha deste tema está diretamente relacionada com o contexto do serviço onde decorreu o ENP, no qual foi manifestada pelos EEESMO a necessidade de implementação de estratégias de melhoria contínua para a promoção de práticas obstétricas mais fisiológicas e centradas na mulher. Foi manifestada a necessidade de um maior investimento na capacitação da equipa para a aplicação de práticas baseadas em evidências e no fortalecimento da autonomia da parturiente, tornando-a protagonista do seu processo

de parto, o que está alinhado com as boas práticas e recomendações da literatura atual (OMS, 2018).

A escolha dessa temática não só reflete uma área de interesse crescente em obstetrícia e enfermagem, como também está intimamente ligada às mudanças nas práticas clínicas que o serviço pretende implementar, tendo como objetivo otimizar a qualidade dos cuidados prestados e a experiência da parturiente/convivente significativo. O aprofundamento deste domínio, com base em evidência científica atual, motivou a escolha desta temática como foco central de investigação, que foi complementada com um momento formativo dirigido à equipa de enfermagem do BP, conforme apresentado na parte II e nos Apêndices I e II deste RENP.

No âmbito do desenvolvimento do momento formativo alusivo ao tema: “Promovendo Experiências de Parto Positivo”, foi elaborado um módulo educativo focado nas práticas baseadas em evidência, abordando temas como as medidas de alívio da dor no TP, a mobilização da bacia na bola de Pilates, os esforços expulsivos maternos no segundo estágio do TP e aplicação de calor durante o segundo estágio do TP: Prevenção do trauma perineal. Este momento formativo foi estruturado com base na literatura atual e adaptado às necessidades específicas do serviço, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à parturiente e ao convivente significativo, tendo em vista uma experiência de parto mais positiva e humanizada. O conteúdo foi apresentado por meio de uma sessão teórica, seguida de uma discussão prática e de um espaço de troca de experiências com a equipa de enfermagem do BP. Durante a formação, foram utilizados materiais educativos (slides, vídeos e artigos científicos) para facilitar a compreensão dos conceitos e estimular a reflexão crítica sobre as práticas existentes no serviço.

A equipa de enfermagem do BP recebeu o momento formativo de forma muito positiva, demonstrando um interesse significativo pelos temas abordados. Os profissionais expressaram entusiasmo em aprender mais sobre as práticas baseadas em evidência e mostraram-se motivados para integrar essas novas abordagens nas suas rotinas clínicas diárias. A interação durante a formação foi ativa, com perguntas, discussões e partilhas de experiências relacionadas com a prestação de cuidados do EEESMO durante o TP. Houve também uma disposição clara da equipa para experimentar as novas práticas propostas, como as estratégias de gestão do período expulsivo menos interventivas e a utilização de abordagens personalizadas para a parturiente. A avaliação da formação foi realizada com base em feedbacks orais dos participantes. A maioria dos membros da equipa demonstrou grande satisfação com a formação,

destacando a relevância e a aplicabilidade do conteúdo na prática clínica. Os EEESMO mencionaram que a formação os ajudou a refletir sobre as intervenções realizadas durante o período expulsivo e a considerar alternativas menos interventivas, alinhadas com as práticas humanizadas. Além disso, a equipa indicou que o momento formativo foi uma excelente oportunidade para aprimorar os conhecimentos em obstetrícia, melhorar a comunicação interna entre os membros da equipa e reforçar a importância da personalização dos cuidados, sempre respeitando os direitos e as preferências da parturiente. As sugestões para futuras formações incluem mais sessões práticas e discussões de casos clínicos reais, o que permitiria reforçar ainda mais a implementação das boas práticas no serviço.

O reflexo expulsivo define-se como um impulso involuntário, induzido pela compressão da apresentação sobre a musculatura pélvica que é produzido quando a contração alcança 30 mmHg de amplitude e há presença do reflexo de Ferguson (Álvarez-Burón & Arnedillo-Sánchez, 2011). Segundo Pacheco (2014), a maioria das situações emerge no incentivo à mulher em realizar puxos contínuos e mantidos, denominados de puxos dirigidos ou manobra de Valsalva, que por se constituírem como um conjunto de práticas prejudiciais ou ineficazes, devem ser eliminadas. No contexto da prática observada durante o estágio, ainda se verifica, em algumas situações, a indicação para a parturiente iniciar os esforços expulsivos, com o auxílio de puxos dirigidos, muitas vezes utilizando a respiração com manobra de Valsalva, prática que é frequentemente recomendada em algumas abordagens clínicas para o segundo estágio do TP. Embora essa prática seja comum, é importante notar que, de acordo com a literatura atual, há uma tendência crescente em questionar a eficácia dessa abordagem, dado que as evidências científicas sugerem que os esforços expulsivos devem ser orientados para estratégias mais naturais e menos intervencionistas, como o incentivo a esforços espontâneos (ACOG, 2019; RCOG, 2015).

Tendo por base a evidência científica atual, os cuidados de enfermagem especializados prestados durante o ENP centraram-se no respeito pela vontade da parturiente, promovendo esforços expulsivos espontâneos e encorajando a mulher a acompanhar os sinais fisiológicos do seu corpo. Esta abordagem, amplamente defendida na literatura, valoriza a autonomia da mulher, reforça a sua confiança na capacidade de parir e contribui para uma experiência positiva de trabalho de parto. Sequeira (2017) salienta que a orientação dos esforços expulsivos pelo EEESMO deve privilegiar a fisiologia, proporcionando informação clara e apoio contínuo, de forma a reduzir receios, favorecer a eficácia dos esforços e otimizar os resultados maternos e neonatais. Durante o ENP, manteve-se sempre a preocupação de informar antecipadamente a parturiente

e orientá-la para iniciar os esforços expulsivos apenas quando sentisse vontade espontânea, assegurando um acompanhamento seguro, baseado na evidência e centrado na experiência da mulher.

No desenvolvimento do TP, é essencial que a parturiente seja previamente informada e apoiada, de modo a favorecer a coordenação natural dos esforços expulsivos e o acompanhamento contínuo do EEESMO, promovendo uma experiência de parto mais segura e positiva. Foi possível observar que quando a parturiente se encontra com dilatação completa, nem sempre sente necessidade de realizar esforços expulsivos, muitas vezes devido à analgesia epidural. Perante estas situações, a intervenção centrou-se no respeito pela vontade do corpo da mulher e aguardar pelo reflexo de Ferguson (quando a descida da apresentação pressiona os nervos recetores do pavimento pélvico) que leva a parturiente a sentir vontade de realizar esforços expulsivos (Simkin & Ancheta, 2017).

Numa fase inicial, a parturiente consegue, geralmente, controlar o reflexo de expulsão, sendo importante que o EEESMO a apoie e encoraje, nomeadamente através da instrução prévia sobre técnicas de respiração e posicionamento. Com a progressão do TP, esse reflexo tende a tornar-se cada vez mais intenso e involuntário, refletindo o avanço fisiológico do processo (OE, 2015). Desta forma, considerou-se essencial instruir previamente as parturientes quanto às técnicas de respiração e posicionamento mais adequadas, promovendo a sua autonomia no momento de iniciar os esforços expulsivos. Na fase ativa do segundo estágio do TP, foi fundamental apoiar e encorajar as parturientes a ouvirem e respeitarem os sinais do seu corpo, escolhendo a posição mais confortável para si durante o período expulsivo (OMS, 2018).

Durante a realização dos esforços expulsivos, foi observada a frequência, o ritmo e a eficácia da respiração da parturiente, promovendo-se inspirações profundas e controladas. Esta orientação teve como objetivo otimizar a oxigenação materna e fetal, reduzir o cansaço materno e melhorar a eficácia dos esforços expulsivos. A parturiente deverá executar os esforços expulsivos durante a expiração (esforço de glote aberta) respirando entre os mesmos, resultando, aproximadamente, em dois a seis esforços expiratórios por contração, tendo cada esforço a duração de quatro a seis segundos (Barasinski e Vendittelli, 2016). Os esforços expulsivos contínuos, com suspensão da respiração, podem desencadear a manobra de Valsalva, comprometendo o bem-estar materno e fetal. Por conseguinte, este exercício deve ser desencorajado. Neste contexto, a intervenção enquanto estudante do CMESMO, foi no sentido de respeitar o desenvolvimento fisiológico do parto e envolver o acompanhante nesta experiência. Assim, a intervenção baseou-se em encorajar e orientar a parturiente/convivente

significativo para realizarem a técnica de respiração e relaxamento entre as contrações uterinas e incentivar a realização de esforços expulsivos espontâneos, quando essa vontade fosse sentida. Esta prestação de cuidados seguiu uma abordagem calma, transmitindo reforço positivo, confiança e informação acerca da evolução do TP, que se traduziu numa postura mais ativa da parturiente e do convivente significativo, enquanto parceiros de cuidados.

Durante este estágio do TP, a posição adotada pela parturiente é também um aspeto que merece reflexão, de modo a orientar as intervenções para uma prática de cuidados mais adequada e centrada na mulher. Assim, o que ainda é muito frequente na prática, é a adoção da posição de litotomia, ainda que existindo outras posições alternativas mais verticalizadas, mais fisiológicas, que contribuem para a redução da duração do segundo estágio do TP, para a diminuição da dor e da necessidade de analgesia, melhoram a dinâmica uterina e conseqüentemente, contribuem para a diminuição das percentagens de episiotomias e reduzem os partos distócicos (Fatia & Tinoco, 2016; Cardoso et al., 2020).

Durante o ENP, a maioria das parturientes adotou a posição de litotomia. No entanto, foi também possível assistir partos realizados em posições alternativas, como a litotomia modificada, semi-sentada, em posição lateralizada e na posição de quatro apoios. Foi interessante constatar que algumas parturientes optaram pela posição lateralizada durante o período expulsivo, em detrimento da posição de litotomia, o que refletiu uma escolha mais alinhada com práticas mais fisiológicas e baseadas em evidências, que promovem a liberdade de movimento e permitem um maior controle por parte da parturiente sobre o seu corpo. A posição lateralizada é mais benéfica para a dinâmica do parto, pois pode reduzir a pressão sobre o períneo e facilitar o progresso do trabalho de parto, ao contrário da posição de litotomia, que pode dificultar o posicionamento da apresentação fetal e aumentar a necessidade de intervenções (Bohren et al. 2017).

Além disso, a escolha por não realizar episiotomia nem manobras de proteção perineal ou de rotação dos ombros indica que se adotou uma abordagem menos intervencionista, permitindo que o corpo da parturiente seguisse os seus próprios ritmos e processos fisiológicos de forma natural. Essa prática está alinhada com as recomendações de respeito pela fisiologia do parto e pode proporcionar uma experiência mais positiva e menos traumática para a parturiente (OMS, 2018).

Essas escolhas demonstram que, ao empoderar a mulher para tomar decisões durante o parto, o processo pode ser mais fisiológico, respeitando o tempo e as necessidades

do corpo da mulher, e minimizando as intervenções desnecessárias, o que contribui para uma recuperação pós-parto mais rápida e menos dolorosa.

Procurou-se proporcionar à parturiente uma vivência única desse momento, incentivando o toque da apresentação fetal durante a coroação, para que a mesma se sentisse envolvida no processo de nascimento, estimulando o fortalecimento de vínculo entre mãe e RN. Em alguns casos, aquando observação observada a coroação da apresentação fetal, recorreu-se à manobra de *Ritgen* modificada, aplicando-se pressão perineal com uma mão e controlando a descida fetal com a outra, a fim de evitar a deflexão rápida da cabeça e proteger a integridade perineal (Couto & Carneiro, 2017).

Manobras de proteção perineal foram sistematicamente utilizadas com o intuito de evitar lacerações graves, obtendo-se, em diversos casos, partos com períneo íntegro, em conformidade com as recomendações da OMS (2018) e do RCM (2018).

No contexto do trauma perineal, durante o ENP, foram realizadas correções de lacerações de 1º grau e de 2º grau. Foi necessário efetuar episiotomias mediolateral, para abreviar o período expulsivo por suspeita de sofrimento fetal, sendo esta uma das indicações para este procedimento (Graça, 2010). A realização de episiotomia no segundo estágio do TP não deverá ser feita de forma rotineira, mas sim de forma restritiva/seletiva nas situações de partos instrumentalizados e estado fetal não tranquilizador. Quando necessária, a técnica recomendada é a mediolateral, por apresentar menor risco de lesões da musculatura do esfíncter anal (NICE, 2017 e Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010). De acordo com Goer e Romano (2012 citado por Lothian, 2014), a episiotomia está associada a mais dor que as lacerações espontâneas, mais complicações no processo de cicatrização, ausência de benefícios neonatais, além de poder comprometer o funcionamento do assoalho pélvico, contribuindo para a incontinência urinária ou fecal. Com base nestes pressupostos e tendo sempre como objetivo uma prática promotora do parto normal, o uso deste procedimento foi cuidadosamente ponderado e analisado e fundamentado na seletividade. As decisões clínicas foram orientadas pelas técnicas de prevenção de lesões do períneo, prevalecendo o juízo clínico individual no momento da decisão.

Após a reposição e rotação externa, pesquisou-se a presença de circulares do cordão umbilical a nível cervical, cuja ocorrência foi frequente nos partos assistidos. A resolução foi possível através da passagem do cordão pela cabeça fetal ou através da manobra de *Sommersault*, dispensando a necessidade de laqueação prévia. A evidência científica mais atual demonstra que numa situação de circular cervical apertada deve ser aplicada a manobra de *Sommersault*, que permite a sua resolução,

manter a integridade do cordão e a possibilidade do RN usufruir dos benefícios da clampagem tardia do cordão (Amaral et al., 2020).

Após a exteriorização do RN e confirmada a sua estabilidade na transição para a vida extrauterina, foi promovido e incentivado o contacto pele-a-pele com a mãe, favorecendo simultaneamente o estabelecimento da vinculação afetiva na primeira hora de vida, respeitando as condições clínicas da mãe e do RN. O bebé foi colocado diretamente sobre o abdómen materno, com o objetivo de apoiar este processo de transição fisiológica e emocional.

De acordo com Feldman, Rosenthal e Eidelman (2014), o contacto pele-a-pele contribui para que os RN se mantenham aquecidos, mais calmos, menos chorosos, apresentem menores níveis de hormonas do stresse, e se adaptem à mama mais precocemente que os bebés que são afastados das suas mães nas primeiras horas de vida.

Durante a promoção do contacto pele a pele prestaram-se os primeiros cuidados ao RN, nomeadamente a secagem e a avaliação do Índice de APGAR ao 1.º, 5.º e 10.º minutos de vida. Esta avaliação permite analisar a adaptação do RN ao meio extrauterino, com base em cinco parâmetros: frequência cardíaca (avaliada por auscultação com estetoscópio ou palpação do pulso do cordão umbilical), frequência respiratória (pela observação direta dos movimentos da parede torácica), tônus muscular (pelo grau de flexão e movimento das extremidades), irritabilidade reflexa (pela resposta à estimulação tátil) e coloração da pele. Cada parâmetro é pontuado de 0, 1 ou 2, ao 1º, 5.º e 10.º minutos de vida. Um Índice de APGAR superior a 7 no primeiro minuto de vida, corresponde a uma adaptação à vida extrauterina normal, preservando-se uma atitude expectante, com vigilância atenta do estado do RN. Uma pontuação inferior a 7, obriga à realização de manobras de suporte de vida, sendo necessária a intervenção da equipa de Neonatologia (Freitas & Batista, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008), o que se verificou apenas em duas ocasiões.

De acordo com o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG, 2015), a estabilização do RN sobre o abdómen materno, com o cordão umbilical intacto, é reconhecida pelos seus benefícios clínicos e é um procedimento valorizado pelos pais. O contacto pele-a-pele, nos casos em que o RN que não apresente complicações após o nascimento, deve ser uma prática padrão para todos os profissionais de saúde, mantendo-se, idealmente, durante, pelo menos, a primeira hora de vida. Esta prática contribui significativamente para a prevenção da hipotermia e para a promoção da amamentação precoce (OMS, 2018). Este contacto precoce reveste-se de um conjunto de benefícios que sustenta a promoção deste vínculo e o envolvimento da família,

nomeadamente a termorregulação, a estabilidade cardiorrespiratória, a diminuição do choro, a colonização do microbioma do RN pelo contacto com a pele materna, assim como a promoção do Aleitamento Materno (AM) e da vinculação (Haxton et al., 2012; Gubler et al., 2013), uma vez que após o parto o RN se encontra frequentemente num estado de alerta vígil.

A OMS recomenda a laqueação tardia do cordão umbilical, entre 1 a 3 minutos após o nascimento, para todos os partos, sejam vaginais ou por cesariana, iniciando-se, simultaneamente, os cuidados imediatos ao RN. Esta prática possibilita a passagem do sangue da placenta para o RN, aumentando o volume e fluxo de sangue para os órgãos importantes, resultando em melhores níveis de hemoglobina e ferro no RN (WHO, 2014). Como tal, no ENP, incentivou-se o envolvimento do pai ou pessoa significativa a cortar o cordão umbilical, no sentido de o tornar um elemento mais ativo e participativo no TP, favorecendo a vinculação da tríade mãe/pai/RN.

Sempre que clinicamente possível, foi promovida a laqueação tardia do cordão umbilical, realizada em contacto pele-a-pele entre o RN e a mãe, com o envolvimento do convivente significativo, segundo a manifestação da sua vontade. Nos casos em que tal não foi viável, nomeadamente em situações de necessidade de reanimação neonatal imediata, compromisso do bem-estar materno ou outras intercorrências clínicas, foi priorizada a estabilização da díade. Nestas circunstâncias, procedeu-se à laqueação precoce do cordão e à prestação de cuidados imediatos ao RN em ambiente adequado. Logo que possível, foi posteriormente retomado o contacto pele-a-pele e incentivado o envolvimento da pessoa significativa, respeitando-se as necessidades e segurança de ambos. Após a expulsão completa do RN, registou-se a hora de nascimento, envolvendo a mulher/convivente significativo na prestação dos cuidados, vigilância e apoio à adaptação do RN à vida extrauterina. Antes da dequitação, foi realizada a colheita de sangue do cordão para tipagem do RN, nas puérperas Rh negativo ou com grupo sanguíneo desconhecido. Sempre que solicitado pelos pais, procedeu-se à colheita de sangue para o kit de criopreservação células estaminais.

A reflexão sobre o procedimento de assistência ao nascimento, particularmente durante a fase expulsiva, evidenciou as dificuldades sentidas na gestão simultânea de múltiplas prioridades clínicas. Esta fase direciona a atenção para a necessidade de descentralizar o foco exclusivo em técnicas específicas, como a proteção do períneo e o controlo da tração na exteriorização dos ombros, promovendo uma abordagem mais holística e centrada na segurança da díade.

As competências desenvolvidas ao longo do ENP, nomeadamente a capacidade de

atender ao parto, considerando a mulher como um todo, executar as técnicas corretamente, manter uma comunicação eficaz, e identificar e referenciar as situações com evolução menos favorável, revelaram-se conquistas significativas deste percurso formativo.

Após a expulsão do RN, é esperado que ocorra o descolamento e saída da placenta e membranas fetais, que correspondem ao **terceiro estágio do TP - dequitação**. A condução deste estágio ainda suscita debate, existindo duas abordagens principais: a conduta expectante, em que o dequite é esperado naturalmente, sem manobras ou terapêutica, respeitando a fisiologia do TP (OMS, 2018); e a gestão ativa, que recomenda a administração de terapêutica uterotônica (ocitocina sintética), tração controlada do cordão e massagem uterina. Ambas as estratégias apresentam vantagens e desvantagens, sendo que os organismos internacionais recomendam a gestão ativa como medida eficaz de prevenção da hemorragia pós-parto (FIGO, 2012).

Nesta fase, avaliou-se a integridade dos tecidos perineais, a presença de sinais de descolamento da placenta e possíveis sinais de pré-choque na puérpera, adotando-se uma conduta ativa conforme as orientações das EEESMO tutoras. O cordão umbilical foi clampado junto ao períneo assim que deixou de pulsar. Posteriormente, realizou-se a manobra de *Küstner*, que consiste na aplicação de uma ligeira pressão sobre o fundo do útero, acima da sínfise púbica. Simultaneamente, com uma mão faz-se tração do cordão umbilical e, com a outra, empurra-se a placenta para baixo, sincronizando o movimento com as contrações uterinas, permitindo que a própria parturiente auxilie no dequite com esforços expulsivos. A saída da placenta e das membranas placentares foi conduzida com apoio e rotação no sentido dos ponteiros do relógio, facilitando a expulsão completa das membranas (Fatia & Tinoco, 2016).

A massagem uterina é uma intervenção adotada na gestão ativa do dequite, sendo frequentemente realizada após a expulsão da placenta, com o objetivo de promover a contração uterina. O globo de segurança de Pinard foi avaliado através da palpação uterina, e o útero foi massageado apenas para manter a tonicidade adequada, com monitorização contínua nas primeiras duas horas pós-parto e repetindo a intervenção sempre que necessário para prevenir a descontração uterina. A administração de ocitocina, fármaco uterotônico de ação praticamente imediata e com poucos efeitos secundários, constituiu outra medida adotada no dequite ativo (OMS, 2012).

Após o descolamento a placenta, foi verificado o tipo de expulsão: *Schultze* (quando a face fetal se apresenta primeiro) ou *Duncan* (quando emerge a face materna). Avaliou-se a integridade da placenta, garantindo que todas as suas estruturas estavam

presentes. Confirmou-se a formação do globo de segurança de *Pinard*, monitorizando as perdas sanguíneas, foi realizada massagem uterina para prevenir a descontração do útero, acompanhada da administração de medicação uterotónica profilática, fazendo cumprir o protocolo do serviço e as recomendações da evidência científica (Marshall & Raynor, 2014).

A grande maioria das dequitações foram naturais e completas pelo mecanismo de *Shultze*. Nos poucos casos de dequitação pelo mecanismo de *Duncan*, observou-se que o processo tende a ser mais moroso. Após a dequitação, é ainda importante realizar um exame cuidadoso à placenta, membranas e cordão umbilical, no sentido de confirmar a sua aparente integridade (DGS, 2015b). Assim, neste exame verificava-se a placenta, as membranas, os cotilédones, a inserção do cordão e o número de vasos. Sempre que a parturiente/pessoa significativa manifestaram interesse, estas estruturas foram apresentadas e tocadas, explicando como se implantava no útero, a sua utilidade e a forma como o feto se encontrava alojado. Verificou-se uma situação de retenção placentar, com o encaminhamento da mulher para a equipa médica e consequente realização de dequitação manual.

Concluída a dequitação inicia-se o período da hemóstase, ou **quarto estágio do TP**, que compreende as duas horas seguintes ao nascimento. Esta fase é fundamental para a vigilância contínua da puérpera e para a monitorização da adaptação do RN à vida extrauterina (Graça, 2010). Por se tratar de uma fase de recuperação física, o ambiente deve também ser considerado e cuidadosamente preparado, favorecendo o conforto, a privacidade e a harmonia, neste momento tão especial para o casal e família.

Durante este período, procedeu-se à inspeção cuidada do canal de parto e do períneo, para verificar a existência e extensão de lesões. Na aplicação técnica, foram considerados o controlo da hemóstase, a reconstrução anatómica dos tecidos e a minimização do uso de material de sutura, com especial atenção à percepção de dor da mulher. Se a puérpera manifestasse desconforto, era reforçada a analgesia por via epidural ou procedia-se a analgesia perineal com aplicação de Lidocaína spray a 10%, para alívio da dor.

Segundo Lowdermilk & Perry (2008), a reparação imediata destas lesões favorece a cicatrização, limita a lesão residual e diminui a possibilidade de infeção, devendo ser realizada sempre que exista sangramento ativo do local da laceração.

De acordo com a evidência (Thakar & Sultan, 2016), a sutura contínua com encerramento perineal intradérmico, é a técnica de eleição para a realização da episiorrafia e para a correção de lacerações de primeiro e segundo grau, desde que

estas sejam de moderada extensão e não apresentem cicatrizes de lesões perineais prévias (varizes vulvares, condilomatose perineal, entre outras). Este tipo de correção, simultaneamente com a utilização de poliglactina-910 (Vicril® Rapid 2/0), está associado a uma menor intensidade da dor nos primeiros dez dias de puerpério, menor necessidade de remoção de pontos, menor deiscência das feridas, melhor satisfação da puérpera com a sutura e a uma redução do número de fios utilizados. Na correção de lesões perineais e vaginais mais extensas, teve-se em atenção a correção por planos, finalizando com o encerramento por pontos separados de *Donatti*. Esta técnica foi escolhida pela sua capacidade de unir de forma eficaz os tecidos mais profundos e superficiais, garantindo maior firmeza à sutura e distribuindo melhor a tensão ao longo da linha de sutura. Além disso, os pontos de *Donatti* ajudam a reduzir o risco de deiscência da ferida e promovem uma cicatrização mais eficiente, especialmente em zonas com maior mobilidade, como o períneo (Sultan, Thakar & Jones, 2011). No contexto da prática, foi possível aplicar os diferentes métodos de sutura, o que contribuiu significativamente para a consolidação da aprendizagem técnica e clínica.

A realização da episiorrafia e das perineorrafias constituiu uma das competências mais desafiantes ao longo do estágio, tanto pela complexidade técnica da sua execução como pela dificuldade na identificação dos tecidos lacerados. No entanto, estes desafios foram encarados com uma postura positiva, motivada para a aprendizagem e aperfeiçoamento contínuo. Neste processo foi muito importante a orientação, apoio e incentivo dados pelas enfermeiras especialistas orientadoras do estágio. Foi assim possível desenvolver destreza e raciocínio na prática de sutura e com a continuidade do estágio fortaleceu-se a autonomia no desempenho prático, sendo intenção continuar o percurso de aperfeiçoamento desta competência.

Na escolha das técnicas de sutura para a reparação de lacerações perineais e vaginais, embora a evidência científica, como mencionada por Thakar e Sultan (2016), recomende a sutura contínua na mucosa vaginal por sua eficácia em termos de redução da dor pós-parto e cicatrização mais rápida, a técnica utilizada foi decidida em conjunto com a tutora.

A decisão de utilizar sutura contínua na mucosa vaginal, pontos simples no músculo e sutura tipo Donatti na pele baseou-se na avaliação da extensão da laceração e está alinhada com a evidência disponível sobre técnicas de reparação do períneo. Estudos demonstram que a utilização de sutura contínua na mucosa e no plano muscular está associada a menor dor pós-parto, menor necessidade de remoção de pontos e melhores resultados ao nível do conforto materno quando comparada com pontos separados (Kettle & Tohill, 2008; ACOG, 2018; WHO, 2018).

Já a utilização de pontos do tipo Donatti (pontos de acolchoamento) na pele é recomendada em situações que exigem reforço da coaptação dos tecidos superficiais, permitindo melhor alinhamento da pele e reduzindo a tensão local, sobretudo em lacerações com maior profundidade ou risco de deiscência (Fatia & Tinoco, 2016; Thakar & Sultan, 2013).

A sutura contínua tem benefícios claros em termos de redução da dor e menor necessidade de remoção de pontos (Thakar & Sultan, 2016), enquanto a combinação com pontos simples e de *Donatti* foi adotada para casos mais complexos em que é necessária maior estabilidade na reparação, principalmente em zonas de maior pressão ou movimento, como o períneo. Após concluir a correção das lacerações perineais ou vaginais, foi realizada a avaliação da integridade perineal, confirmando novamente a formação do globo de segurança de *Pinard* e monitorização das perdas hemáticas. De seguida, prestaram-se os cuidados perineais e de higiene geral à puérpera, promovendo o seu conforto, bem-estar e autoestima. Durante este período, foi realizada educação para a saúde, dirigida aos cuidados a ter com a higiene perineal e a amamentação na primeira hora de vida.

Neste estágio, considera-se fundamental a promoção da vinculação e o AM com a adaptação do RN à mama, caso seja essa a vontade da mãe (OMS, 2018). Desta forma, o contacto pele-a-pele, com início imediato após o nascimento, contribui fortemente para potenciar as competências parentais, sendo crucial a promoção, proteção e suporte da amamentação, devendo constituir um dos focos principais da ação do EEESMO, influenciando diretamente a adoção de comportamentos saudáveis, direcionando para um início de vida saudável (Parreira et al., 2021).

Nesta fase, foi promovida a díade mãe-filho ou a tríade mãe-pai-filho, com privacidade para poderem usufruir da sua nova família, assegurando sempre que a vigilância pela equipa de saúde se mantinha de forma discreta e eficaz. Incentivou-se o início da amamentação logo após o nascimento, possibilitando que o RN otimizasse os seus reflexos de busca para encontrar a mama e iniciar a sucção da forma mais fisiológica possível. Sempre que surgiram dificuldades, foi prestado apoio à primeira mamada, respeitando o consentimento da mulher e/ou família.

Considera-se fundamental refletir sobre este período marcado pela suscitação de muitas dúvidas manifestadas pela puérpera e também pelo companheiro significativo, relativamente à amamentação. Neste sentido, reforça-se a necessidade de investir em educação para a saúde, orientando e apoiando a mamada, valorizando os reflexos inatos do RN, como a reptação, a busca e a adaptação à mama. Esta prática imediata

após o parto, promove o sentimento materno de autoeficácia na amamentação, fator que influencia positivamente o seu sucesso a curto e longo prazo.

Os benefícios do contacto pele-a-pele continuam para além da 1ª hora de vida do RN, sendo que quanto mais longo e mais frequente for esse contacto entre as mães e bebés, nas horas e dias após o nascimento, maior será o seu benefício (Aghdas, Talat & Sepideh, 2014). Desta forma, atitudes como o contacto pele-a-pele, a amamentação precoce e o alojamento conjunto no bloco de partos foram disponibilizadas às novas famílias, com o intuito de favorecer o estabelecimento desta relação de vinculação e os respetivos ganhos em saúde.

A prestação dos cuidados ao RN foi orientada para promover a sua adaptação precoce à mama e à vida extrauterina. Procedeu-se à avaliação do peso, à observação física completa e à implementação de medidas de profilaxia neonatal, nomeadamente a administração de 1mg de vitamina K intramuscular para prevenção da doença hemorrágica do RN, e a profilaxia ocular, com a pomada oftálmica de cloridrato de oxitetraciclina, aplicada na pálpebra inferior dos olhos do RN, para prevenção de infeções oculares (Graça, 2010). Foram também colocadas as pulseiras de identificação e eletrónica. O RN foi vestido, na grande maioria das vezes pelo pai, tendo sido este incentivado e apoiado a assumir um papel ativo nesses primeiros cuidados, promovendo o vínculo com o bebé.

Duas horas após o parto, eram prestados novamente cuidados perineais à puérpera, procedendo-se à avaliação do globo de segurança de *Pinard*, a da altura uterina, da eliminação vesical e dos SV. Posteriormente, era fornecida uma refeição ligeira à puérpera e realizada a transferência desta e do RN para o internamento de puerpério.

Neste percurso de evolução profissional, assente num estudo contínuo e numa base crítico-reflexiva, destaca-se a necessidade de realizar uma análise crítica das aprendizagens adquiridas e das competências desenvolvidas, nos domínios s instrumental, interpessoal e sistémica. Assim, considera-se que foram atingidos os objetivos definidos inicialmente, tendo sido possível desenvolver as capacidades de conceber, implementar e planear intervenções, centradas na promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto, na garantia do seu bem-estar e do convivente significativo, na vinculação precoce da tríade mãe/pai e RN, no controlo da dor, na identificação e monitorização do trabalho de parto, assim como na avaliação do risco materno-fetal e da evolução do TP.

Face ao exposto, considera-se que foi estabelecida uma relação muito positiva, construtiva e colaborativa entre a estudante, toda a equipa e as parturientes/conviventes

significativos. Prevaleceu, ao longo do estágio, a vontade de vivenciar o maior número possível de experiências, facilitando o cumprimento de todos os objetivos, no que concerne ao desenvolvimento das competências, contribuindo positivamente para a construção da identidade profissional de enfermeiro especialista.

No domínio crítico-reflexivo, pretendeu-se transmitir uma visão fiel da experiência formativa vivenciada, bem como descrever a intencionalidade subjacente a cada uma das atividades desenvolvidas. As reflexões realizadas sobre as diferentes realidades observadas partiram uma profunda introspeção, que favoreceu transformações muito positivas e contribuiu para o crescimento pessoal e profissional.

Os obstáculos e as fragilidades sentidas no decurso do ENP, foram encarados como desafios e oportunidades de crescimento e desenvolvimento, permitindo identificar e mobilizar recursos internos e externos na procura das melhores soluções. Esta abordagem potenciou a aquisição de competências clínicas, relacionais e reflexivas, sustentando uma prática mais autónoma, segura e centrada na mulher e na família.

3.1. Experiências Mínimas para aquisição do título de EEESMO

A Lei n.º 9/2009 de 4 de março define as experiências mínimas que respondem à exigência da diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho. Desta forma, a validação do título de EEESMO poderá ser reconhecida em países da União Europeia (UE) que se tenham orientado pela mesma diretiva, permitindo a mobilidade de profissionais especializados. O EEESMO terá de concluir, durante a sua formação académica, as experiências mínimas descritas, para que lhe seja reconhecido o título de especialista pela Ordem que o regulamenta, no caso de Portugal, a OE.

De acordo com as competências e experiências mínimas obrigatórias referenciadas, apresenta-se em seguida um quadro resumo de todas as experiências realizadas no decorrer deste ENP.

Quadro 1: Experiências mínimas obrigatórias realizadas no ENP

Experiências mínimas obrigatórias (Lei n.º 9/2009, de 4 de março, Anexo II)	Número
1) Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;	104
2) Vigilância/assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;	79

3) Realização pelo estudante de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o estudante participar, para além daqueles, em 20 partos;	40 efetuados 4 colaboradores
4) Participação ativa em partos de apresentação pélvica. Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;	1 parto pélvico em simulação
5) Prática de episiotomia e iniciação à sutura. A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;	26
6) Vigilância/assistência e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;	48
7) Vigilância/assistência e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais	105
8) Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;	25
9) Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.	18

Para garantir a qualidade e a adequação das competências adquiridas ao longo do ENP, todas as experiências mínimas obrigatórias, conforme estabelecido pela Lei nº 9/2009 e pela diretiva 2005/36/CE, foram cumpridas de acordo com os requisitos definidos pela OE. O resumo apresentado na Quadro 1 reflete as diversas experiências adquiridas, garantindo que o processo formativo esteja em total conformidade com as exigências legais e profissionais para a obtenção do título de EEESMO. Este cumprimento das experiências mínimas é essencial para o reconhecimento do título de especialista, assegurando a mobilidade do profissional e sua capacitação para atuar em diversos contextos dentro da UE.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO ENP

Ao finalizar este percurso de aprendizagem, é fundamental refletir sobre a prática e competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional. A elaboração do presente relatório foi o culminar de todo um processo reflexivo, de crescimento pessoal e profissional, que possibilita o desenvolvimento das competências comuns e, das competências específicas do EEESMO.

Foi pretensão redigir um relatório de estágio que proporcione uma visão a mais fidedigna possível da experiência formativa vivenciada, bem como relatar a intencionalidade das atividades desenvolvidas. As reflexões descritas sobre as diferentes realidades emergiram de uma profunda introspeção, que potenciaram mudanças muito positivas e evolutivas para o crescimento pessoal e profissional. Os obstáculos e as fragilidades sentidos, no decurso do estágio, foram encarados como desafios e oportunidades de crescimento e desenvolvimento, uma vez que permitiram identificar e mobilizar recursos na procura das melhores soluções, promovendo a aquisição de competências.

Na procura de um modelo que oriente a prática, entende-se que o Enfermeiro Especialista é *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (OE, 2010, p. 8648).

Tendo como base o pensamento crítico e a capacidade de reflexão enquanto instrumentos fundamentais da prática de cuidados, pretende-se, neste momento, realizar uma análise crítica aprofundada das competências específicas do EEESMO, desenvolvidas durante este percurso formativo. Este processo reflexivo apenas foi possível graças ao apoio contínuo, orientação e presença constante das EEESMO orientadoras, que possibilitaram alcançar o potencial máximo de desenvolvimento de competências.

A oportunidade de acompanhar a experiência do parto e o nascimento de um novo ser revelou-se uma experiência única e irrepetível para todos os intervenientes envolvidos neste evento. O nascimento de um filho implica mudanças profundas na vida do casal, movimentações da função conjugal para a função parental e necessidades de adaptação e redefinição dos papéis na estrutura familiar. A melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao casal e ao RN apresenta-se como uma das áreas de intervenção prioritária do EEESMO (Orfão, 2016).

Ao longo do presente ENP, foi possível desenvolver competências nas áreas da prestação de cuidados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do TP e período neonatal (atendendo à transição para a parentalidade), mas também em situações de saúde/doença (obstétrica/ginecológica), objetivando a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família. Assente nestes pressupostos, desenvolveu-se uma prática responsável e competente na resolução de problemas, perante novas situações, em contextos multidisciplinares, adquirindo uma crescente autonomia na prestação de

cuidados de enfermagem especializados coerentes e culturalmente sensíveis.

As experiências vividas no âmbito do estágio em TP e parto revelaram-se muito desafiantes, mas também extremamente gratificantes. A prestação de cuidados, nesta área, busca atingir a otimização do processo normal de parto, reduzindo as intervenções externas por rotina. Neste sentido, as experiências vivenciadas permitiram assegurar que o envolvimento da mulher na tomada de decisões e a consideração pelas suas escolhas, afirmam-se como aspetos cruciais e facilitadores do TP. Assim, esteve sempre presente a consciência de que qualquer intervenção pode apresentar consequências além do pretendido, devendo ser apenas efetuadas quando estritamente necessário e justificadas, baseadas na evidência, resultando em maior benefício do que prejuízo para a saúde materno-fetal e não interferindo no processo natural de nascimento.

Com base nestes pressupostos e com o objetivo de promover uma experiência de parto positiva, emergiu o interesse em aprofundar o conhecimento sobre a gestão do período expulsivo do TP, estando esta associada a um conjunto de comportamentos específicos, nomeadamente os esforços expulsivos maternos. A intervenção do EEESMO deve ser direcionada para a prestação de cuidados especializados com qualidade e que respeitem a fisiologia do parto. Neste sentido, os Esforços Expulsivos Expiratórios (EEE) respeitam a fisiologia do parto, uma vez que simulam os elementos do puxo espontâneo, sendo este 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). Torna-se assim fundamental que o EEESMO adquira competências e desenvolva competências sobre os esforços expulsivos, de modo a orientar a mulher adequadamente durante o parto. Desta forma, e por se considerar uma temática inovadora e desafiante para a prática profissional, surge o tema “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na orientação dos esforços expulsivos maternos” que será desenvolvido na fase metodológica deste documento.

Além das atividades realizadas ao longo do estágio, tivemos a oportunidade de desenvolver atividades de formação em serviço, tendo como tema “Promovendo Experiências de Parto Positivo”. Nesta formação, foi desenvolvido por cada uma das estagiárias os seguintes temas: Medidas de Alívio da Dor; Mobilização da Bacia na Bola de Pilates; Esforços Expulsivos Maternos no Segundo Estádio do Trabalho de Parto e Aplicação de Calor durante o Segundo Estádio do Trabalho de Parto: Prevenção do Trauma Perineal (Apêndice I). A temática “Esforços Expulsivos Maternos no Segundo Estádio do TP” foi da responsabilidade da autora deste RENP, tendo sido abordadas as principais evidências que sustentam a orientação do puxo espontâneo e não dirigido, em detrimento do puxo dirigido, com vista à promoção da fisiologia do TP e à redução

de potenciais complicações maternas e neonatais (Apêndice II).

Paralelamente, e impulsionada pela vontade de contribuir de forma significativa para a melhoria contínua dos cuidados em saúde materna, surgiu a inspiração para vir a desenvolver um projeto de comunicação institucional que favoreça uma articulação mais eficaz entre os profissionais e os diferentes níveis de cuidados. Acredita-se que, através de uma rede de comunicação mais fluída e colaborativa, será possível promover práticas mais integradas, coesas e verdadeiramente centradas na mulher e na família.

É nesta linha de motivação e raciocínio que se pretende direccionar a atividade profissional futura, alicerçada em bases mais sólidas e sustentadas, que permitam contribuir para a construção de respostas mais eficazes e articuladas no âmbito da saúde materna, promovendo uma comunicação institucional que potencie a colaboração entre serviços e profissionais, em benefício da mulher e da sua experiência de parto.

A necessidade de responder às exigências das Competências do EEESMO, relativamente ao cumprimento das experiências mínimas exigidas para obtenção do título de especialista, nomeadamente a realização dos 40 partos eutócicos, orientou a aprendizagem para a mulher em TP. Em alguns momentos, o desenvolvimento do ENP foi gerador de ansiedade, uma vez que existiram alguns turnos em que não foi possível realizar estas experiências por inexistência de mulheres em TP, mas também situações em que as mulheres se encontravam em fase ativa do TP no término do turno. No sentido de ultrapassar estas dificuldades, em algumas ocasiões, foi solicitado à orientadora para prolongar o turno com o objetivo de acompanhar o casal, para que fosse possível a realização do parto. Neste sentido, considera-se fundamental referir que a necessidade de articular horários laborais, a distância ao campo de estágio, assim como a situação pessoal/familiar, foram fatores que influenciaram fortemente o desenvolvimento do ENP e geraram bastante desgaste físico e cansaço. Estas situações foram desde muito cedo avaliadas, optando-se por assumir uma postura de grande positividade, motivação e perseverança, que conduziu, com toda a certeza, à vivência da forma mais positiva possível desta experiência em contexto prático.

Relativamente às experiências mínimas exigidas pela OE, importa referir que o facto do ENP ter sido desenvolvido num serviço com uma filosofia promotora do parto normal, revelou-se uma mais valia. Este ambiente permitiu um contacto privilegiado com práticas clínicas centradas na fisiologia do parto e proporcionou uma aprendizagem rica no que diz respeito à implementação de intervenções autónomas do EEESMO, orientadas para o conforto e bem-estar da mulher durante o TP e parto.

A área da Saúde Materna e Obstétrica encontra a sua essência nas relações humanas,

sendo os cuidados individualizados prestados no decorrer do estágio de natureza profissional fundamentais para potenciar a transição para a parentalidade de uma forma saudável, gratificante e feliz. É nesta base e nestes valores que se pretende firmar a prática clínica futura, enquanto EEESMO.

Em formato conclusivo, considera-se que todo o percurso formativo realizado de extrema relevância, resultando num balanço extraordinariamente positivo, tanto a nível pessoal como profissional. É importante ainda mencionar que, para além da motivação para alcançar este grande objetivo pessoal e profissional, destaca-se todo o acompanhamento proporcionado pela orientadora, pelas tutoras de estágio, pelos profissionais dos serviços onde se desenvolveram os estágios e pelos casais alvo dos cuidados prestados, cuja relação propiciou um enorme enriquecimento a diversos níveis.

O olhar retrospectivo desta caminhada, enquanto estudante do CMESMO, aclara o término de um período repleto de estímulos e desafios que culminaram num imenso sentimento de orgulho, reconhecimento e satisfação.

PARTE II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

A enfermagem, enquanto disciplina e ciência, está profundamente ligada à investigação. Esta investigação é realizada de forma sistemática, científica e rigorosa, com o objetivo de produzir e atualizar constantemente o conhecimento da profissão. Assim, procura-se encontrar respostas para questões práticas e soluções para problemas, sempre com o foco no benefício da pessoa, da família e comunidade. A prática da enfermagem abrange a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa em todas as fases da vida, durante situações de saúde e de doença, e também nos momentos de fim de vida, garantindo uma morte digna e tranquila (OE, 2006).

O conhecimento decorrente da investigação em enfermagem deve ser empregue para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Neste contexto, o enfermeiro especialista, assume um papel fundamental em difundir e levar a cabo investigação significativa e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019c).

No enquadramento de uma experiência de parto positiva e na humanização do TP, a intervenção do EEESMO deve direcionar-se para a prestação de cuidados especializados, com qualidade, individualizados e culturalmente sensíveis. É fundamental que faça uma revisão das suas práticas, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e proporcionar experiências de parto normal, positivas e saudáveis (APEO, 2009). Nesta linha de intervenção, pela observação contínua de diferentes práticas na gestão do segundo estágio do TP, emergiu o interesse em aprofundar conhecimentos sobre a intervenção do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos.

Alicerçada na prática baseada na evidência, a segunda parte do RENP corresponde à componente de investigação e visa responder à questão científica formulada no âmbito do ENP, através da realização de uma *scoping review*, metodologia considerada adequada para mapear e sintetizar o conhecimento existente sobre um tema específico. Esta parte encontra-se organizada em cinco capítulos, correspondendo o primeiro capítulo ao enquadramento teórico, que inclui uma breve apresentação da Teoria do Cuidado de Kristen Swanson e uma abordagem ao papel do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos, tema central do estudo. O segundo capítulo descreve a metodologia adotada, aprofundando o tipo de estudo, a questão de investigação, critérios de inclusão e exclusão, estratégia de pesquisa, processo de seleção dos estudos e extração de dados. O terceiro capítulo apresenta os resultados,

nomeadamente a caracterização dos estudos incluídos e a síntese dos dados encontrados. O capítulo quatro corresponde à discussão dos resultados, estabelecendo uma análise crítica com base na evidência científica disponível. O último capítulo apresenta as conclusões do estudo, respondendo à questão de investigação e apontando sugestões para a prática clínica e futura investigação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, pretende-se expor a informação obtida, através da consulta e análise bibliográfica relevante para a compreensão do fenómeno em estudo, com o objetivo de contribuir para uma resposta científica à questão inicialmente formulada: “Quais são as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos?”. Como referem Coelho e Mendes (2011), o objetivo de um modelo de enfermagem é a orientação para a prática de enfermagem, conferindo uma perspetiva da forma a partir da qual conseguiremos conceber e desenvolver o conhecimento da disciplina.

Este capítulo está organizado em dois subcapítulos, no primeiro será apresentado o referencial teórico que sustenta o desenvolvimento da prática de enfermagem, nomeadamente a teoria do cuidado de Kristen Swanson. No segundo subcapítulo são abordados os principais conceitos que enformam este estudo, no que se refere à intervenção do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos.

a) Teoria do cuidado de Kristen Swanson

As teorias de enfermagem são uma das mais importantes fontes norteadoras de ensino de um serviço de enfermagem sistemático, efetivo e de qualidade. Assente nestes pressupostos, revela-se fundamental conduzir a prática de cuidados tendo como base princípios teóricos consistentes. Neste contexto, o desenvolvimento e implementação da prática de cuidados foi norteadora pela Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, que se baseia pelo princípio de que a enfermagem é o cuidar do outro, numa relação de parceria e envolvimento, considerando o cuidado holístico essencial para alcançar cuidados de enfermagem de excelência (Swanson 1991; 1993). Tendo como foco o cuidar o outro numa relação de parceria e envolvimento, a Teoria de Cuidar apresenta-se como uma base teórica consistente para orientar o percurso formativo deste ENP, uma vez que são objetivos o desenvolvimento de uma relação de parceria com as parturientes/convivente significativo/família, consolidada numa relação de confiança e respeito pelos seus direitos e preferências.

A Teoria do Cuidado de Swanson dirigiu a enfermagem enquanto disciplina e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (McKelvey, 2018). Swanson (1991) definiu quatro fenómenos elementares de interesse (metaparadigmas): a pessoa, o ambiente, a saúde e o cuidado de enfermagem. A enfermagem como disciplina perita

nos cuidados que promovem o bem-estar aos outros, assenta no conhecimento empírico de várias disciplinas, sendo o cuidado em enfermagem considerado como um conjunto de comportamentos, desenvolvendo uma relação terapêutica.

Segundo Swanson (1991; 1993), a pessoa é compreendida como um ser único, em constante transformação, cuja totalidade se expressa por meio de pensamentos, sentimentos e comportamentos. É um ser dinâmico, com capacidade de escolha, influenciado pela interação entre herança genética, experiências de vida, espiritualidade e contexto sociocultural. No presente relatório, a pessoa é referenciada pela designação – a parturiente, sendo a mulher grávida que se encontra a vivenciar os quatro estádios do TP e, ainda – a puérpera, sendo a mulher que vivencia o período pós-natal.

O ambiente é definido por qualquer contexto que influencia e é influenciado pela pessoa, podendo ser considerados os contextos culturais, políticos, económicos, sociais, biológicos, psicológicos e sociais (Meleis, 2018).

No que respeita à saúde esta é entendida como o bem-estar pretendido pela pessoa, independentemente da existência de doença, é vista como um valor e vivenciada de forma diferente por cada indivíduo, contudo só é possível o seu alcance através da libertação da dor anterior, do estabelecimento de novos sentidos, da restauração da integridade e, finalmente, pela criação de um sentido de plenitude renovado, o bem-estar. O conceito de saúde é subjetivo, na medida em que, cada pessoa tem a sua própria compreensão de bem-estar. Assim, é compreendido como um bem-estar pretendido pela pessoa, independentemente da presença de doença, percecionado como um valor e vivenciado de forma distinta por cada pessoa. Contudo, para alcançar o bem-estar é necessário a libertação da dor anterior, que se traduz pela capacidade de estabelecimento de novos significados, pela capacidade de restauração da integridade e por último, a produção de uma renovação de um sentido de plenitude (Swanson, 1991).

O cuidado de enfermagem tem implícito a preservação da dignidade humana. A Teoria do Cuidado de Swanson é alicerçada na capacidade de prestar cuidados, no pressuposto de que o cuidado é um fenómeno de enfermagem. Os cuidados de enfermagem resultam de uma dedução lógica, de uma explicação científica e da inter-relação entre enfermeiro e utente, não sendo necessariamente observados, mas sentidos pelas pessoas que recebem este cuidado, o que acarreta uma responsabilidade ética e moral do profissional (Hutti et al., 2016).

O cuidar, segundo a Teoria de Swanson (1991; 1993), 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, sendo estes “o conhecer”, “o estar com”, “o fazer por”, “o possibilitar/capacitar” e o “manter a crença”. Nesta perspectiva, o afeto e a sensibilidade são competências indispensáveis para um bom profissional de enfermagem.

Fazendo uma análise de cada um dos componentes de cuidar e relacionando com a temática em estudo, relativamente ao “conhecer” o outro, o enfermeiro deve procurar compreender um acontecimento com o mesmo significado que o outro lhe atribui na sua vida, sem ideias pré-concebidas nem juízos de valor, com o propósito de compreender a realidade e envolver-se, de forma efetiva, com o outro no seu processo de cuidar (Swanson, 1991; 1993). Este componente reflete-se, neste estudo, na vertente de “conhecer a parturiente/ puérpera” relativamente às suas crenças, expectativas relativas aos cuidados que necessita, em particular durante o período expulsivo, promovendo o seu envolvimento.

O “estar com” direciona para estar emocionalmente presente para o outro, com uma disponibilidade contínua e partilha de sentimentos, seguindo uma conduta responsável, no sentido de caminhar cuidadosamente através do conhecimento (Swanson, 1991; 1993). No presente estudo, “estar com a parturiente/puérpera” mostrando disponibilidade e competência, através do ensino e treino, com foco nos esforços expulsivos, ser empático e garantir apoio emocional.

No que se refere ao “fazer por”, o enfermeiro deve fazer pelo outro tudo aquilo que ele seria capaz de fazer sozinho, se isso lhe fosse possível. No processo de cuidar, o enfermeiro deve cuidar o outro com base na evidência científica, mobilizando todas as suas competências, de forma a fazer pelo outro com dignidade e a protegê-lo, no momento de maior vulnerabilidade que atravessa (Swanson, 1991; 1993). Neste contexto, “fazer por” a parturiente/puérpera o que ela faria por si mesma, se conseguisse, ensinar a técnica para otimizar os esforços expulsivos, defender a dignidade, restringindo as intervenções às estritamente necessárias.

Relativamente “ao possibilitar/capacitar”, este componente implica facilitar a passagem do outro através das suas transições de vida e acontecimentos desconhecidos. O enfermeiro que possibilita e capacita o outro, é aquele que utiliza os seus conhecimentos e competências para proporcionar o crescimento do outro e a promoção do seu autocuidado, com recurso a técnicas de ensino, instrução, treino e validação de competências que, permitam ao outro descobrir alternativas (Swanson, 1991; 1993). Neste estudo, “possibilitar/capacitar” manifesta-se no apoio ao uso dos esforços expulsivos, criando um ambiente de segurança, privacidade e confiança.

Por último, o componente de cuidar relativo a “manter a crença” suporta-se na premissa que o enfermeiro deve manter a fé do outro, acreditando na capacidade do outro em ultrapassar um acontecimento ou mudança e enfrentar o futuro com significado, estimulando a autoestima e mantendo uma atitude de esperança, com o desígnio de o ajudar a encontrar sentido e, acompanhando-o ao longo de todo este percurso (Swanson, 1991; 1993). No presente estudo, o componente “manter a crença” revela-se através de reforço positivo, fazendo-a acreditar nas suas aptidões inatas e instintivas durante os esforços expulsivos, garantindo o seu máximo bem-estar, num ambiente seguro, proporcionando uma experiência de parto positiva.

Estes fundamentos dão impacto à enfermagem de saúde materna, no sentido que enfatizam a importância de uma abordagem centrada no utente/família, que considera não apenas as necessidades físicas, mas também as emocionais e psicológicas.

Swanson (1993), define como meta da Enfermagem o cuidado com a mulher e com o núcleo familiar, de forma significativa, e o acompanhamento no processo de adaptação. Conceptualiza a Enfermagem centrada no cuidado como aspeto fundamental do relacionamento com a mulher e a família, de forma educativa, respeitosa e comprometida viabiliza o protagonismo do binómio no processo de nascimento, a integração de experiências subjetivas e significativas para as famílias neste sistema.

Na parte seguinte deste relatório, será apresentada a evidência científica acerca da intervenção do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos, no segundo estágio do TP.

1.1. O EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos

O TP é definido como o 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 através do canal de parto até à sua expulsão para o exterior, tal como a expulsão dos outros produtos de concepção (Machado & Graça, 2017; Fatia & Tinoco, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008).

O TP caracteriza-se por um continuum de fases sucessivas, sendo possível identificar quatro estádios, em que o primeiro estágio engloba duas fases: a latente e a ativa. Este primeiro estágio do TP caracteriza-se pela presença de contrações dolorosas e regulares que provocam a dilatação e extinção do colo uterino (Fatia & Tinoco, 2016). Na fase latente acontecem contrações uterinas dolorosas, alterações do colo uterino, extinção e

progressão mais lenta da dilatação até aos 5 cm e a fase ativa compreende o período caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, com extinção e dilatação do colo uterino mais rápido e vai dos 5 cm até à dilatação completa (OMS, 2018).

O segundo estágio do TP, também determinado como período expulsivo, tem sido definido anatomicamente como o intervalo de tempo entre o momento da dilatação cervical completa (10cm) e a expulsão do feto. Esta etapa é muitas vezes caracterizada por contrações uterinas intensas, regulares, frequentes, por esforços expulsivos ativos, durante o qual a mulher em TP sente uma pressão vaginal, retal e um impulso inevitável de puxar (Osborne, 2010). É um período de grande exigência física para a parturiente, em que o EEESMO se assume como o profissional habilitado para o melhor acompanhamento do parto de baixo risco, criando um ambiente seguro e promovendo o conforto nesta fase do TP (Regulamento nº 391/2019).

O período expulsivo do TP é dividido em duas fases principais, fase não expulsiva, passiva ou de descida e a fase expulsiva que são descritos pela progressão do feto através do canal de parto e pela participação ativa da mulher. Na fase não expulsiva, passiva ou de descida, o colo uterino está completamente dilatado, ocorre o avanço do feto pelo canal de parto, devido à contração uterina e ao relaxamento dos tecidos pélvicos, mas sem esforço ativo de expulsão por parte da mulher. A mulher pode não sentir a necessidade de fazer força, pois o reflexo de Ferguson ainda não foi ativado de forma significativa. A fase expulsiva inicia-se quando a mulher sente necessidade involuntária de realizar esforços expulsivos em cada contração uterina, devido à apresentação fetal se encontrar ao nível das espinhas isquiáticas. O puxo ou reflexo expulsivo define-se como um impulso involuntário induzido pela compressão da apresentação sobre a musculatura pélvica (De la Fuente & Usandizaga, 2003 como citado em Álvarez-Burón & Arnedillo-Sánchez, 2011). Este é produzido quando a contração alcança 30mmHg de amplitude, com presença do reflexo de Ferguson, existindo alongamento dos nervos e dos músculos, simultaneamente com a estimulação dos recetores de estiramento da parede vaginal posterior, sinalizando a hipófise posterior para o aumento da libertação de ocitocina, num mecanismo de feedback positivo (Roberts, 2002). Por conseguinte, a ocitocina tem um efeito fisiológico sobre a contratilidade uterina, aumentando a quantidade e a intensidade das contrações. Quando a sensação de puxo é percebida pela mulher, é produzida uma contração abdominal involuntária de auxílio ao útero para que ocorra o nascimento do feto (De la Fuente, 1995 como citado em Álvarez-Burón & Arnedillo-Sánchez, 2011).

A respiração materna, coordenada com as pressões torácicas e abdominais, colaboram na expulsão do feto (Gilboa et al., 2018). A respiração, normalmente, é um ato

inconsciente, com frequência e profundidade variáveis, que varia de acordo com a atividade que se está a realizar, mas também pode ser uma atividade voluntária e controlada de modo consciente (Almeida et al., 2005; Araújo et al., 2021). Tendo como suporte 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 como forma de auxiliar o parto normal (Ferreira, 2014). A respiração, um ato inconsciente, torna-se numa atividade controlada, voluntária e ritmada pelos mecanismos fisiológicos do parto e as orientações para controle da respiração materna revelam-se comuns na rotina obstétrica, apesar de não haverem evidências claras quanto às indicações, resultados e quais as melhores formas de conduzi-las (Jones et al., 2011; Lemos et al., 2011). A procura do padrão respiratório ideal para o período expulsivo do parto tem sido alvo de estudos há aproximadamente cinco décadas e ainda origina muitas dúvidas, particularmente no que se refere ao tipo de puxo que se deve incentivar. Segundo Barasinski, C., Debost-Legrand, A., & Vendittelli, F. et al. (2020), puxos curtos com glote aberta, intercalados com respiração, alinham-se ao padrão fisiológico do parto, ao contrário do puxo dirigido prolongado, que pode comprometer o bem-estar materno e fetal.

A gestão do segundo estágio do TP tem associado um conjunto de comportamentos específicos, particularmente, 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 pelo profissional de saúde e ainda precoces ou tardios à dilatação completa (Ferreira, 2014; FAME & APEO, 2009; Lowdermilk & Perry, 2008). No puxo espontâneo não é dada qualquer instrução verbal à parturiente, unicamente encorajamento e reforço positivo, enquanto que no puxo dirigido são dadas instruções verbais ou demonstração de quando começar (Lee et al., 2019). A mulher puxa livremente, com glote aberta, quando sente esse impulso, associado às contrações. Este impulso é ativado pela pressão exercida pela apresentação fetal nos recetores elásticos da face posterior da vagina, que estimula a produção de ocitocina endógena, desencadeando o reflexo de Ferguson, surgindo a necessidade de “fazer força” (Lowdermilk & Perry, 2008). A realização do puxo ocorre em volume respiratório residual, são desencadeados entre três a cinco puxos expiratórios curtos, com duração não superior a seis segundos, em cada contração uterina (Barasinski & Vendittelli, 2016; FAME & APEO, 2009; Sampselle et al., 2005). No puxo espontâneo, a mulher pode emitir vocalizações, como gemidos e grunhidos e várias respirações entre os puxos, que originam a abertura da glote, o que facilita o recrutamento da musculatura abdominal, especialmente o transverso (Pacheco & Néné, 2020). A mulher ao adotar uma

respiração autocontrolada adquire a sua autonomia, o que facilita o processo de controle da sua dor, resiliência e satisfação com a experiência de parto, assim como as adaptações necessárias a cada fase do TP. Neste sentido, a respiração deve ser dirigida pela livre vontade da mulher, respeitando o seu estado físico-emocional e clínico (Jones et al., 2011; Lemos et al., 2011).

O puxo dirigido ou direcionado, com glote fechada, também designado como manobra de Valsalva, é orientado, geralmente de forma impositiva e incisiva, incita apneia prolongada de 10 segundos ou mais e é independente do desejo da parturiente para puxar (Roberts, 2002). Estudos recentes têm destacado os potenciais riscos dessa técnica e sugerem preferência pelo puxo espontâneo para melhor segurança materno-fetal (Barasinski, C., Debost-Legrand, A., & Vendittelli, F., 2020; WHO, 2018). Neste procedimento, a mulher adota, tendencialmente, a posição semi-dorsal, fixando os joelhos contra o tórax, sendo-lhe solicitado que inspire profundamente no início da contração e que use a apneia durante 10 a 30 segundos, combinada com o esforço da contração abdominal e diafragmática, numa frequência de 3 ou 4 puxos por contrações, com ausência de ruídos (Burón & Sánchez, 2010).

Segundo a literatura que serve de apoio a este estudo podemos classificar o puxo com glote aberta, que decorre durante a expiração, como espontâneo ou dirigido (Barasinski et al., 2016). Neste contexto, o esforço expulsivo expiratório dirigido ou direcionado é incentivado no sentido de reproduzir o mecanismo fisiológico do parto, ao contrário da manobra de Valsalva (Araújo et al., 2021; Barasinski, Debost-Legrand & Vendittelli, 2020; Ahmadi et al., 2017). O esforço expulsivo é realizado na expiração, a mulher é orientada a efetuar 2 a 6 puxos em cada contração uterina, com a duração de 5 segundos aproximadamente, com glote aberta, vocalizações e respirações entre os puxos. Assim, a mulher respira, permitindo melhorar a sua oxigenação e a do feto. O objetivo deste puxo expiratório é conseguir, livremente, uma compressão máxima do músculo transversos abdominal e oblíquo, provocando a elevação do diafragma, uma inclinação da pélvis e um deslocamento do útero para baixo, que encaixa no eixo certo de expulsão do feto, permitindo uma abertura e relaxamento do períneo (Barasinski & Vendittelli, 2016; Alfaro, 2010; González & Ortiz, 2005).

Segundo os estudos de Barasinski e Vendittelli (2016) e Lemos et al. (2011), a apneia prolongada por mais de 7 segundos, incentivada na manobra de Valsalva, interfere na perfusão útero-placentar, diminui a oxigenação fetal e o pH, podendo resultar em Índices de Apgar baixos e aumentar o risco de complicações. Segundo a revisão da literatura de Martin (2009), a manobra de Valsalva provoca um aumento no sofrimento fetal, no sofrimento materno e predispõe a maior trauma perineal. São vários os estudos que

sugerem que existem diferenças quanto ao tipo de puxo, particularmente, no que se refere à FCF, pH do cordão umbilical arterial, traumas no canal do parto, nos músculos do assoalho pélvico e períneo. A evidência científica tem indicado e incentivado a prática do puxo espontâneo e tardio, como forma de melhorar os *outcomes*, e desencorajado o puxo direcionado (manobra de Valsalva). Apesar destas evidências, a técnica de puxo dirigido, com manobra de Valsalva, ainda é comumente observada e incentivada rotineiramente, no segundo estágio do TP (Yao et al., 2024a). A realidade é que ainda existe controvérsia sobre que tipo de puxo recomendar durante o TP, particularmente para mulheres com analgesia epidural, uma vez que ainda não foi determinado o puxo associado à menor morbidade materno-fetal (ACOG, 2017; Barasinsk & Vendittelli, 2016; Lemos et al., 2017).

O puxo com glote aberta colabora no controle da oxigenação, durante o parto, e favorece a regulação dos parâmetros cardiovasculares, como a tensão arterial (Alfaro, 2010). O recurso ao puxo espontâneo, por parte das parturientes, revela maior incidência de períneos intactos, episiotomias ou lacerações de 2º-3º grau reduzidas, observando-se também diminuição da ocorrência de parto instrumentado. Por outro lado, nas mulheres que recorreram à manobra de Valsalva, verificou-se um aumento da possibilidade de trauma perineal, de fadiga materna, de taxa de parto instrumental e diminuição da oxigenação materna (Prins et al., 2011; Yildirim & Beji, 2008). A manobra de Valsalva pode ainda afetar expressivamente os índices de urodinâmica, como a diminuição da capacidade vesical e a urgência urinária (Prins et al., 2011). Parece estar também associada a um período expulsivo mais prolongado, relativamente às parturientes que realizaram puxos espontâneos (Jahdi et al., 2011; Yildirim & Beji, 2008). No entanto, na revisão de literatura de Martin (2009), a maioria dos estudos demonstram que não existe diferença significativa quanto à duração do segundo estágio do TP e, posteriormente, a revisão de literatura realizada por Prins et al. (2011), comprova que a duração do segundo estágio do TP é menor nas mulheres que realizaram a manobra de Valsalva.

Desde 1996, a OMS reconheceu os esforços de puxo prolongados e direcionados como conduta claramente prejudicial ou ineficaz, que deveria ser eliminada, durante o período expulsivo. Neste sentido, há autores que recomendam que a parturiente deve ser encorajada a puxar livremente, com a glote aberta, quando sente vontade para o fazer e o EEESMO deve promover o puxo espontâneo durante o segundo estágio de TP (Lowdermilk & Perry, 2008; FAME & APEO, 2009). Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez (2010), referem que na assistência ao parto, neste período, deverá ser respeitado o tempo do período expulsivo, assim a descida fetal e o tempo necessário até que a mulher manifeste vontade de puxar deve ser respeitado, tendo em consideração que em

situações de analgesia epidural o mesmo tende a prolongar-se. Neste contexto, a OMS (2018) faz referência que no período expulsivo do TP, o EEESMO deve incentivar os esforços expulsivos, conforme a vontade da mulher, respeitando o ritmo, as sensações da parturiente e promovendo uma abordagem mais fisiológica e respeitosa do TP. Deve ainda permitir que a mulher escolha a posição mais confortável para realizar os esforços expulsivos, evitando a posição em decúbito dorsal, devido ao risco de compressão da veia cava e da aorta, pelo peso do útero grávido, com redução da perfusão uteroplacentária. Além disso, a posição de litotímia aumenta o esforço da mulher e reduz a eficiência dos puxos, podendo prolongar o período expulsivo e aumentar o risco de intervenções.

Assente nestes pressupostos, revela-se fundamental que o EEESMO adquira competências sobre os esforços expulsivos, no sentido de orientar a mulher adequadamente, durante o período expulsivo do TP. Assim, objetivou-se explorar mais profundamente a temática das intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos, no segundo estágio do TP. Para compreender melhor este fenómeno optou-se por realizar uma revisão da literatura, através da elaboração de uma *scoping review* para identificação da evidência científica sobre a intervenção do EEESMO na orientação para os esforços expulsivos maternos, uma vez que a *scoping review* é um instrumento que possibilita encontrar um corpo de literatura e/ou estudos disponíveis com evidências sobre determinado tópico, garantindo uma visão geral ou detalhada do seu foco. O principal objetivo deste tipo de revisão de literatura, é identificar e mapear evidências científicas disponíveis sobre temáticas de interesse (Munn et al, 2018).

2. METODOLOGIA

Neste capítulo são descritas as opções metodológicas que conduziram a execução deste estudo, fazendo referência a todas as etapas do percurso percorrido.

Com o intuito de identificar as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos, foi realizada uma *scoping review*. Esta metodologia permite encontrar as evidências científicas mais atuais, sendo a primeira etapa no desenvolvimento de uma pesquisa (Peterson et al., 2017), fornecendo contributos para o tema de investigação e acrescentando qualidade nos cuidados de enfermagem. É considerada um instrumento fundamental para a enfermagem, enquanto ciência, complementando com a experiência profissional, objetivando a sustentação de um a

prática baseada na evidência (Amendoeira, 2018). Neste sentido, desenvolveu-se uma *scoping review* com o tema “O EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos”, aplicando o protocolo do Joanna Briggs Institute (JBI, 2020).

2.1. Tipo de Estudo: *Scoping Review*

De acordo com o propósito do investigador e com o intuito de reunir confirmações para o estudo acerca do estado de arte, será realizada uma revisão da literatura, através da elaboração de uma *scoping review*, para identificação da evidência científica sobre a intervenção do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos.

A *scoping review* é um instrumento que tem como principal objetivo nomear e mapear evidências científicas disponíveis sobre temáticas de interesse (Munn et al, 2018) e que possibilita explorar um corpo de literatura e/ou estudos disponíveis, com evidências sobre determinado tópico, possibilitando clarificar as definições do tema em estudo, bem como identificar os limites conceituais da temática (JBI, 2020). É uma estratégia de pesquisa metódica e ordenada, que reconhece os estudos existentes acerca do tema que se pretende estudar (Ribeiro, 2014).

O percurso para a concretização de uma *scoping review* passa pela formulação de uma questão de revisão; definição de critérios de inclusão e exclusão dos estudos; localização dos registos através de pesquisa; seleção e avaliação da qualidade dos estudos a incluir; extração, análise e síntese de dados significativos; apresentação e interpretação dos resultados (Amendoeira, 2018). Este percurso pode ser observado no protocolo de pesquisa, presente no Apêndice III.

A *scoping review* assume-se como uma ferramenta de pesquisa útil, para os profissionais de saúde, uma vez que possibilita o rápido acesso à evidência disponível sobre uma determinada temática em estudo; a inclusão de todos os estudos e artigos obtidos, fundamentados na sua relevância e não na qualidade dos mesmos; a identificação de lacunas na evidência disponível que poderão servir de orientação para a produção de nova evidência científica e a promoção da publicação e divulgação dos resultados da investigação alcançados (Armstrong et al., 2011; Tricco et al., 2015; Tricco et al., 2016).

2.2. Objetivo e Questão de Investigação

Tendo como objetivo mapear a evidência científica existente sobre as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos, de modo a

identificar lacunas no conhecimento e implicações para a prática clínica, recorreu-se à metodologia de *scoping review*.

A RS assumiu o título de “O EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos: uma *scoping review*”, com o objetivo de mapear a evidência existente sobre as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos.

A *scoping review* foi elaborada partindo das orientações sugeridas pela metodologia de “*Joanna Briggs Institute*” (JBI, 2020), norteada pelos pressupostos dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA) e utilização da mnemónica “População”, “Conceito” e “Contexto” – PCC, na estruturação de um título objetivo, no que se refere à pertinência da revisão.

O ponto de partida para a *scoping review* foi a formulação da questão de investigação “Quais são as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos?”, partindo da mnemónica PCC, mais especificamente: P- EEESMO; C- intervenção do EEESMO na orientação e C- esforços expulsivos maternos no TP.

2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Depois de definida a problemática e a questão de investigação, estabeleceram-se os critérios de inclusão dos estudos. Os critérios de inclusão são o ponto de partida para a *scoping review* e têm consequências na estratégia de pesquisa e na seleção dos artigos a serem incluídos na *scoping review* (JBI, 2020). O ato de formular critérios de inclusão e exclusão antes da pesquisa da literatura possibilita ao pesquisador não ficar enviesado por estudos publicados. Estes critérios devem ser definidos tendo por base a questão de investigação formulada (Siddaway, Wood & Hedges, 2019).

Desta forma, foram incluídos estudos que envolvessem os EEESMO, enquanto profissionais responsáveis pela prestação de cuidados durante o segundo estágio de TP. Não foram aplicadas restrições relativas a idade, género, nacionalidade ou outras características sociodemográficas dos profissionais. O conceito central do estudo correspondeu às intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos, incluindo tanto estratégias associadas ao puxo dirigido como ao puxo não dirigido, em particular os esforços expulsivos espontâneos. Este conceito enquadra-se na promoção da fisiologia do TP e no respeito pela autonomia e protagonismo da mulher. Relativamente ao contexto, foram considerados estudos desenvolvidos em qualquer ambiente de prestação de cuidados de saúde (como

hospitais, maternidades, centros de parto ou outros), desde que relacionados com a orientação dos esforços expulsivos maternos durante o segundo estágio do TP.

No que se refere aos tipos de fontes, nesta *scoping review* optou-se por incluir estudos publicados entre 01/01/2019 e 31/12/2024. Embora as *scoping reviews*, por norma, não exijam limite temporal, esta decisão fundamenta-se no facto de que, nos últimos cinco a dez anos, ocorreram mudanças significativas nas orientações clínicas internacionais, na formação específica dos EEESMO e na valorização das abordagens fisiológicas ao trabalho de parto. De forma particular, a discussão entre puxo dirigido versus puxo espontâneo tem sido alvo de atualização de recomendações em entidades como a OMS, ACOG, RCOG e ICM, sobretudo a partir de 2018, o que influenciou práticas e políticas institucionais. Assim, o objetivo deste limite temporal foi garantir que a evidência incluída refletisse as práticas contemporâneas dos EEESMO, integrando transformações recentes nas competências profissionais, orientações nacionais e internacionais, e nos modelos de cuidados centrados na mulher. Reconhece-se que estudos mais antigos contribuíram para fundamentar a evolução conceptual — por exemplo, autores como Jones et al. (2011) e Lemos et al. (2011) já defendiam o respeito pela espontaneidade dos esforços expulsivos. No entanto, estes trabalhos pertencem a uma fase que antecede importantes consensos atuais, justificando a opção por privilegiar evidência mais recente e alinhada com as práticas vigentes.

Relativamente ao tipo de estudo, foram incluídos artigos científicos publicados em bases de dados reconhecidas, bem como literatura cinzenta (relatórios institucionais, dissertações académicas e documentos de opinião), não publicados em bases de dados, mas considerados pertinentes e capazes de responder à questão de investigação. A inclusão de literatura cinzenta justifica-se pela sua potencial contribuição para a compreensão abrangente do fenómeno em estudo, especialmente em áreas onde a investigação empírica possa ser limitada. No que se refere ao idioma, foram consideradas todas as publicações em português, inglês e espanhol, excluindo-se todos os restantes idiomas.

Quadro 2: Elegibilidade segundo o modelo PCC

Elemento	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) que prestam cuidados no segundo estágio do TP	Outros profissionais que não sejam EEESMO; estudos sem especificação do profissional que realiza a intervenção
Conceito	Intervenções de orientação dos esforços expulsivos maternos (puxo dirigido e não dirigido (esforços espontâneos)	Estudos que não abordem os esforços expulsivos ou que enfoquem outras práticas obstétricas não relacionadas diretamente
Contexto	Esforços expulsivos maternos durante o segundo estágio do TP	Estudos que abordem outros momentos do TP ou fora do contexto clínico (ex: estudos puramente teóricos sem aplicação prática contextualizada)

2.4. Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa utilizada para concretizar uma *scoping review* deve ser o mais abrangente possível, com o intuito de identificar fontes primárias de evidências publicadas e não publicadas, assim como revisões da literatura (Aromataris et al, 2024).

A pesquisa de dados, nesta *scoping review*, direcionou-se para o mapeamento da evidência científica relativamente à intervenção do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos. O método de pesquisa foi abrangente, tendo em vista identificar os estudos primários publicados, literatura cinzenta e estudos não publicados, incorporando todo o tipo de publicações, desde revisões sistemáticas da literatura a artigos publicados e artigos de opinião.

A pesquisa bibliográfica desta *scoping review* foi realizada durante os meses de janeiro e fevereiro de 2025, sendo executada em diferentes etapas. Tendo como base a questão de investigação formulada e contendo os elementos da mnemónica PCC, foi realizada uma primeira pesquisa acerca da temática, utilizando termos de pesquisa livres, nomeadamente EEESMO/ midwife, obstetric nurses, esforços expulsivos/ expulsive efforts e segundo estágio de TP/ second stage of labor.

Na segunda etapa, foram identificados os termos mais utilizados nos títulos e resumos dos artigos encontrados, os quais foram posteriormente validados na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH, 2024), de forma a uniformizar a terminologia através de uma nomenclatura reconhecida em saúde.

Assim, foram definidos os descritores “Enfermeiros Obstétricos/*Nurse Midwives*” e “Segunda fase do trabalho de parto/*Labor Stage, Second*”, aos quais se adicionaram

termos livres relevantes. Com base nestes elementos, foi construída uma frase de pesquisa em formato booleano, adaptada às especificidades de cada base de dados. Para otimizar a combinação dos termos, utilizaram-se operadores booleanos: o operador AND restringiu os resultados às referências que incluíam simultaneamente os termos selecionados, enquanto o operador OR permitiu ampliar a busca, integrando referências que contivessem pelo menos um dos termos, favorecendo uma pesquisa mais abrangente e sensível (University of Southern California Libraries, 2025).

Adicionalmente, optou-se por integrar termos compostos quando estes são reconhecidos na literatura como descritores relevantes das práticas de orientação dos esforços expulsivos (Gonçalves et al., 2021). Assim, foi construída a seguinte frase de pesquisa:

“((((midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushing)) OR ((expulsive contractions)) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labour) OR (intrapartum))))”

A última etapa passou pela pesquisa nas diversas bases de dados científicas eletrônicas, mais concretamente PubMed®, EBSCOhost (MEDLINE Complete e Cochrane Central Register of Controlled Trials, COCHRANE), Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP®), SCOPUS®, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS®). A equação de pesquisa foi adaptada a cada uma das bases de dados utilizadas, tendo sido selecionados filtros em cada uma delas (Apêndice IV). Foi ainda realizada uma pesquisa na plataforma google académico, com o propósito de procurar literatura cinzenta relacionada com o tema e que respondesse à questão de investigação.

Foram incluídos estudos empíricos e revisões que abordassem diretamente a atuação do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos, independentemente do tipo de metodologia (qualitativa, quantitativa, mista ou revisão).

2.5. Seleção dos Estudos

Da pesquisa nas diferentes bases de dados, foram encontrados um total de 11.957 artigos, sendo 1506 artigos na PubMed®, 2 465 artigos na EBSCOhost®, 14 artigos na SCOPUS®, 151 artigos na BVS®, cerca de 7 420 artigos no Google Académico (Inglês) e cerca de 401 resultados no Google Académico (Português), não tendo sido encontrado nenhum artigo no RCAAP®.

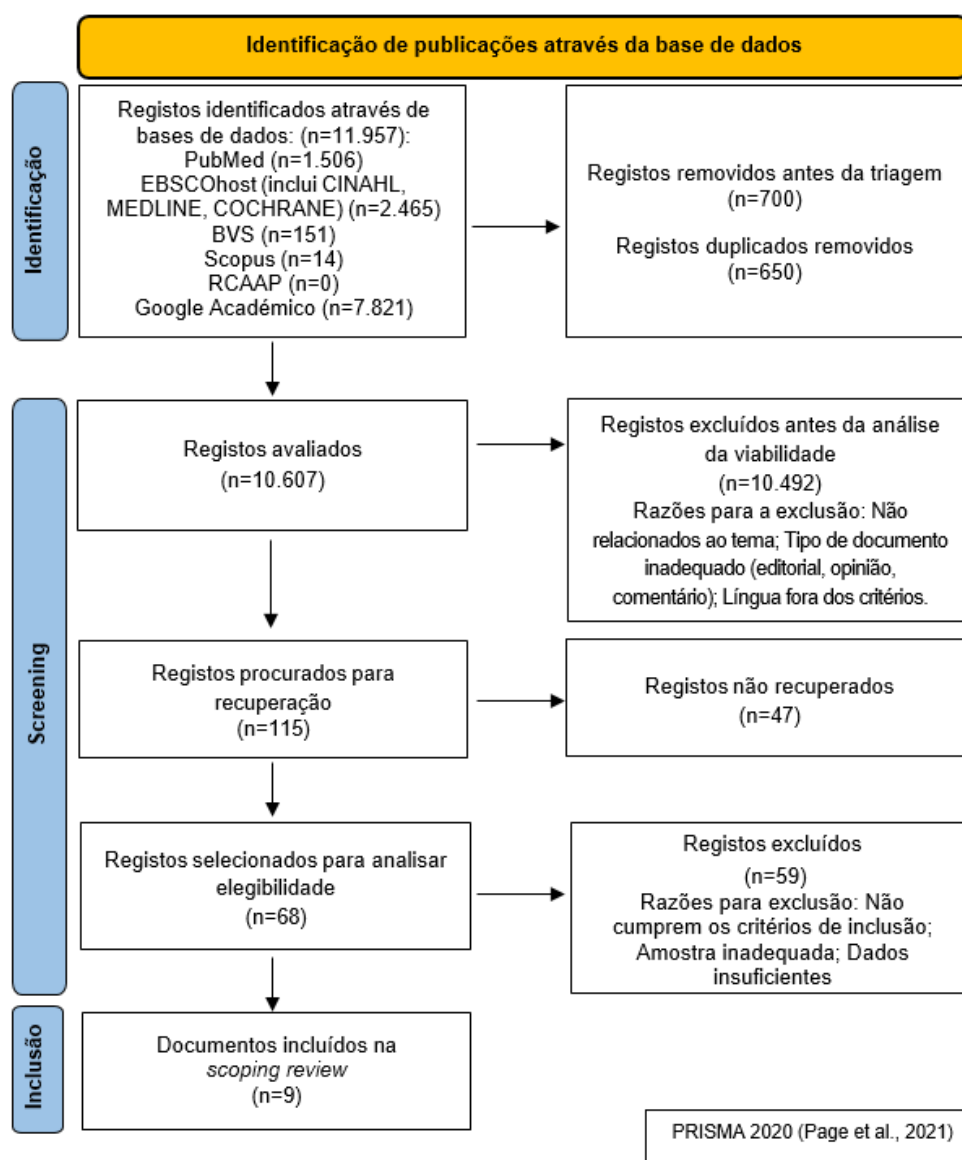
A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas distintas, de forma a assegurar o processo de elegibilidade dos artigos. Houve uma primeira e uma segunda triagem, realizadas em momentos diferentes e de forma independente por dois revisores (J.C. e A.M.). Sempre que surgiam discordâncias, o consenso era alcançado através de discussão, recorrendo a um terceiro investigador (C.F.). A primeira triagem foi realizada através da leitura e análise do título e resumo de cada artigo encontrado, eliminando desde logo aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão, ou seja, passaram apenas para a próxima fase 21 artigos, sendo eliminados 47 artigos.

A segunda triagem consistiu na leitura integral dos artigos e enquadramento dos mesmos de acordo com os critérios de inclusão, sendo eliminados nesta fase 12 artigos.

As razões para a exclusão dos artigos na segunda etapa foram sempre registadas e serão apresentadas no fluxograma a seguir. Assim, foram considerados elegíveis para a presente *scoping review*, um total de 9 artigos.

A seguir, será apresentado o fluxograma da pesquisa realizada, traduzido e adaptado do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), conforme as diretrizes do JBI (Aromataris et al., 2024). A abordagem PRISMA sintetiza de forma clara todas as etapas, desde a pesquisa inicial até a seleção dos artigos a serem incluídos na revisão.

Figura 1: Diagrama PRISMA



2.6. Extração de Dados

Após a seleção dos estudos relevantes para esta *scoping review*, seguiu-se a fase de extração de dados, conduzida de forma independente por dois investigadores (J.C. e A.M.), a fim de garantir a precisão e a consistência na recolha das informações. Esta fase foi fundamental para verificar a elegibilidade dos artigos seleccionados e para organizar os dados de maneira sistemática.

Para a extração dos dados, foi utilizada uma ferramenta adaptada do modelo proposto pela *Joanna Briggs Institute* (JBI), que passou por algumas modificações durante o processo, conforme as necessidades identificadas pela equipa de investigação

(Aromataris et al., 2024). A ferramenta foi desenhada para garantir que todas as informações pertinentes fossem recolhidas de forma uniforme e eficaz, facilitando a análise dos dados.

O instrumento de recolha de dados consistiu numa tabela estruturada, projetada para registar as principais informações de cada estudo selecionado (Apêndice V). Esta tabela permitiu organizar e sistematizar os dados de forma clara, o que facilitou a análise e comparação entre os estudos incluídos.

Antes de ser aplicada a todos os estudos selecionados, a ferramenta foi testada através de uma etapa piloto. Durante esta fase, o instrumento foi validado em duas fontes independentes, a fim de garantir que todos os dados relevantes fossem extraídos de maneira correta e consistente. A etapa piloto foi realizada por dois investigadores (J.C. e A.M); no caso de discrepâncias na extração dos dados, um terceiro investigador (C.F.) foi consultado para resolução de divergências.

O preenchimento do instrumento de recolha de dados foi realizado com base em treze categorias, nomeadamente: autores, ano de publicação, país de origem, objetivo(s) do estudo, palavras-chave, população em estudo, amostra, contexto, conceitos abordados, metodologia utilizada, resultados, conclusões e implicações para a prática.

Esta abordagem permitiu obter uma visão abrangente, atualizada e estruturada sobre o papel do EEESMO no acompanhamento e orientação dos esforços expulsivos maternos, respeitando os princípios da prática baseada na evidência e valorizando a experiência subjetiva da mulher no processo de parto.

A extração de dados seguiu um processo rigoroso e sistemático, utilizando uma ferramenta adaptada do modelo JBI, que foi validada por meio de uma fase piloto. Esta abordagem garantiu que as informações mais relevantes fossem reunidas de forma precisa e consistente, contribuindo para o sucesso desta *scoping review*.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo procede-se à caracterização dos estudos incluídos nesta *scoping review*, com a apresentação da síntese dos principais resultados dos 9 estudos selecionados. O objetivo é fornecer uma visão abrangente e aprofundada sobre a intervenção do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos.

Na apresentação dos resultados, será adotada a terminologia utilizada em cada estudo

para designar os esforços expulsivos e os profissionais de saúde da área da Saúde Materna e Obstétrica. Esta referenciação justifica-se pelo facto de serem empregues diferentes terminologias em contextos internacionais, o que inviabiliza a utilização de um termo universal. Desta forma, será respeitada a nomenclatura de cada país, sendo utilizados os seguintes termos: puxo/empurrão e descida, parteira e midwives e obstetric nurses, conforme citado nos artigos selecionados.

3.1. Caraterização dos Estudos

A presente *scoping review* teve como objetivo mapear as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos. Foram incluídos 9 estudos e analisadas diferentes abordagens ao esforço expulsivo e o seu impacto na fisiologia do parto. Nesta linha de investigação, justifica-se a caraterização dos respetivos estudos, como forma de conferir uma visão abrangente sobre o contexto em que foram concretizados, as metodologias utilizadas e os intervenientes envolvidos.

Os estudos selecionados foram publicados entre os anos de 2019-2024. A maioria dos estudos são provenientes da Europa (n=4), sendo dois de França (Barasinski, Debost-Legrand & Vendittelli, 2020; Le Ray et al., 2023), um da Irlanda do Norte, Suécia e Holanda (Verhoeven et al., 2019) e outro de Portugal (Rodrigues, 2022). Três dos estudos incluídos são da América do Norte, procedentes dos EUA (Dent, VanOtterloo & Brady, 2023; Erickson et al., 2024) e do Canadá (Kaouther et al., 2023) e dois dos estudos provenientes da Ásia, mais concretamente da China (Yao et al., 2024a; Yao et al., 2024b).

Na maior parte dos estudos foram utilizados ensaios clínicos randomizados como metodologia (n=4) (Barasinski, Debost-Legrand & Vendittelli, 2020; Yao et al., 2024a; Kaouther et al., 2023; Le Ray et al., 2023), dois dos estudos são revisões sistemáticas, sendo um, uma revisão sistemática da literatura (Verhoeven et al., 2019) e outro, um estudo com recurso a duas metodologias, uma revisão Scoping e uma metodologia qualitativa de análise de conteúdo (Rodrigues, 2022), outros dois são estudos descritivos e observacionais (Dent, VanOtterloo & Brady, 2023; Erickson et al., 2024) e um estudo qualitativo (Yao et al., 2024b).

Os dados extraídos dos estudos que cumprem critérios de elegibilidade foram organizados numa matriz síntese e são apresentados de forma mais pormenorizada na Tabela 3, onde constam os principais aspetos relacionados com os objetivos, participantes, metodologia, resultados e principais conclusões.

Quadro 3: Resumo dos Artigos Selecionados

Código Ano Autores Local	Objetivos	População/Amostra	Metodologia	Resultados	Principais conclusões
E9 2024 Jiasi YAO; Heike ROTH; Debra ANDERSON; Hong LU; Huijuan RONG; Kathleen BAIRD China	Explorar a experiência de mulheres chinesas no esforço espontâneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.	Mulheres grávidas que frequentavam cuidados de maternidade no local do estudo. Mulheres no terceiro trimestre de gravidez, com 18 anos ou mais, primíparas; com um feto saudável, com apresentação cefálica.	Estudo de viabilidade não randomizado; Após admissão na sala de parto em trabalho de parto, as mulheres participantes foram apoiadas por parteiras para fazerem força espontaneamente. Um grupo específico de parteiras passou por um programa educacional, sobre as estratégias para apoiar as mulheres participantes a fazerem força espontaneamente durante o TP.	▪ Maioria das mulheres relatou um alto nível de apoio da parteira e sentimentos de segurança. ▪ Mais de três quartos das mulheres sentiram-se capazes de empurrar espontaneamente, quando apoiadas pela parteira. ▪ Multíparas: Comparando a sua experiência anterior de fazer força, com a atual: Relataram que a maior diferença foi as parteiras as encorajarem a seguir seus próprios impulsos corporais para fazer força (64%). Também destacaram que se sentiam mais no controle do processo de fazer força (33%). ▪ Mulheres multíparas receberam uma pontuação total mais alta, bem como pontuações mais altas para a <i>Dimensão “Suporte profissional”</i> ▪ Não houve diferença estatística na experiência de empurrar e na experiência de parto das mulheres entre os dois grupos (grupo 1, parteiras seniores; grupo 2, experiência clínica por menos de 10 anos) ▪ No empurrão espontâneo, o suporte de parteira de alta qualidade é reconhecido como um elemento positivo pelas mulheres. ▪ O medo pode ser reduzido pelo fornecimento de suporte profissional aprimorado e garantias antes do parto e durante o TP. ▪ Multíparas que experimentaram puxo direcionado em partos anteriores, podem avaliar o suporte profissional mais alto devido ao contraste com a experiência passada. Nas primíparas, a falta de comparação anterior pode resultar em diferentes percepções de suporte, sugerindo estratégias adicionais para melhorar a experiência de parto de uma mulher primípara.	A transição para o empurrão espontâneo durante o TP foi considerada uma mudança aceitável na prática. Quando mulheres multíparas compararam sua experiência anterior de empurrão (predominantemente empurrão direcionado) com sua experiência atual de empurrão espontâneo, elas relataram receber mais incentivo dessa vez para seguir seus impulsos naturais do corpo e sentiram que tinham mais controle do processo de empurrão. Os resultados positivos do empurrão espontâneo, durante o segundo estágio do TP, defendem ainda mais a implementação e a promoção do empurrão espontâneo durante o TP. Os resultados deste estudo demonstram que o empurrão espontâneo é bem aceito pelas mulheres e facilitou a experiência positiva de empurrão e parto.

E8 2024 Elise N. Erickson; Sally R. Hersh; Mariah R. Wharton; Marit L. Bovbjerg; Ellen L. Tilden EUA	Relatar características associadas ao esforço prolongado e fatores como uso de analgesia epidural e descida passiva no segundo estágio de TP.	Parturientes nulíparas em cuidados obstétricos; Total de 3553 registros de nascimento de gestantes; gestação única a termo (pelo menos 37 semanas completas); Apresentação fetal cefálica e cuidados intraparto pelo serviço de obstetria.	Estudo descritivo; Análises compararam parturientes com segundo estágio prolongado com parturientes sem trabalho de parto prolongado no segundo estágio (<3 horas).	▪ O segundo estágio prolongado ocorreu em 16,9% (n = 247) dos nascimentos; ▪ O empurrão ativo variou de 0 minutos a 9,75 horas, com uma mediana de 1,3 horas; ▪ O empurrão ativo foi mais longo para parturientes com analgesia epidural, 124,3 minutos em comparação com 80,2 minutos para aquelas sem analgesia epidural; ▪ Nas parturientes sem analgesia epidural, o estilo de empurrar foi mais frequentemente codificado pela parteira que assistiu ao parto como espontâneo em comparação com direcionado; 17% das parturientes nulíparas que receberam cuidados de parteiras hospitalares nos Estados Unidos, experimentaram puxo prolongado antes do parto. ▪ Os resultados obtidos indicam que o uso regular de empurrão não direcionado significa que, na maior parte do tempo, as parturientes não receberam instruções rígidas para prender a respiração por mais tempo/empurrão de Valsalva. ▪ Quando o empurrão no segundo estágio de TP se aproxima da terceira hora sem parto iminente, os prestadores de cuidados podem começar a pesar os benefícios de continuar os esforços expulsivos contra os riscos de resultados adversos.	Usar uma abordagem centrada na pessoa para o segundo estágio de TP, considera múltiplos fatores na tomada de decisão sobre quando e como empurrar, especialmente para gestações nulíparas. A descida passiva pode minimizar o risco de cesarianas. Esse tempo passivo geralmente reflete os esforços dos enfermeiros e cuidadores em auxiliar na rotação fetal, fazer pausas para a fadiga materna, otimizar os padrões de contração uterina e discussões para abordar medos, frustrações, traumas passados ou outras preocupações.
---	--	---	---	---	--

E7 2024 Jiasi YAO; Heike ROTH; Debra ANDERSON; Hong LU; Huijuan RONG; Kathleen BAIRD China	Testar a viabilidade de um futuro ensaio clínico randomizado para comparar os efeitos do empurrão espontâneo e do empurrão direcionado para resultados maternos e neonatais.	105 mulheres que atendem aos critérios de seleção recrutadas para receber a intervenção; 6 parteiras recrutadas para realizar a intervenção.	Estudo de viabilidade de não inferioridade, não randomizado e de grupo único.	▪ Incluiu um programa de preparação para parteiras e a implementação do empurrão espontâneo durante o segundo estágio do trabalho de parto para mulheres e uma comparação com o atendimento padrão normal (empurrão direcionado). ▪ Resultados incluíram 3 domínios: viabilidade, aceitabilidade e eficácia. ▪ A “intervenção” neste estudo (empurrão espontâneo), encoraja a mulher em trabalho de parto a sentir os seus impulsos corporais e empurrar da maneira mais eficaz.	O estudo prevê a viabilidade para a implementação do puxo espontâneo na China, apesar das barreiras culturais e hospitalares que favorecem o puxo direcionado. Os dados sugerem que o puxo espontâneo pode melhorar a experiência materna, reduzir e intervenções desnecessárias. A pesquisa fornece base para um futuro ensaio clínico randomizado, com possíveis implicações para políticas de assistência ao parto na China e noutros países.
E6 2023 Kaouther Dimassi; Ahmed Halouani; Farah Ben Zina; Najla Khemessi; Amel Triki. Canadá	Avaliar o impacto de um método respiratório expiratório regulado no processo de parto.	Primíparas, com início espontâneo do TP, em estágio inicial, feto em apresentação cefálica com peso normal para a idade gestacional.	Ensaio randomizado Avaliado método respiratório expiratório regulado, com base no uso de um dispositivo bucal de expiração usado durante exercícios respiratórios para garantir um fluxo ventilatório constante.	▪ De acordo com as parteiras, o método respiratório expiratório regulado teve um impacto positivo significativo na respiração das parturientes e na intensidade do esforço de empurrar. ▪ Facilitou a comunicação com a parturiente. ▪ O método avaliado teve um impacto positivo significativo na experiência do parto da paciente.	Método respiratório expiratório regulado tem o potencial de encurtar a duração do TP, melhorar o controle da dor e melhorar a experiência do parto.

E5 2023 Dent, Mimi; VanOtterloo, Lucy; Brady, Margaret. Estados Unidos da América	Desenvolver, implementar e avaliar um programa educacional para melhorar a gestão do segundo estágio do trabalho de parto por enfermeiros.	Enfermeiros do Hospital de ensino de cuidados intensivos na Califórnia central; 18 enfermeiros registados participaram da intervenção educacional.	Projeto de prática baseada em evidências orientado pelo Modelo de Iowa – Revisado; Curso instrucional que abordou as diretrizes contemporâneas da gestão do TP e expulsão tardia e aberta/fechada da glote. Participantes envolveram-se numa experiência interativa sobre posições maternas.	▪ Pacientes de enfermeiras que participaram da intervenção educacional (n=18) tiveram uma taxa de parto vaginal de 87,5% e uma taxa de parto cirúrgico de 6,2%. ▪ Pacientes de enfermeiras que não participaram da intervenção educacional (n=31) tiveram uma taxa de parto vaginal de 81,8% e uma taxa de parto cirúrgico de 9,1%. ▪ As enfermeiras aprenderam novos conhecimentos no curso educacional, conforme demonstrado pelo aumento nas pontuações medianas dos pré e pós-testes, e foram capazes de usar os novos conhecimentos obtidos na sua prática clínica.	A educação interativa de enfermagem regularmente programada e focada em estratégias para melhorar o segundo estágio do TP pode ser benéfica. Após participar do curso instrucional, as enfermeiras demonstraram habilidades para gerir o segundo estágio do TP. Elas seguiram as recomendações para promover mudanças de posição durante o segundo estágio do TP, indicações e parâmetros para puxo tardio e diretrizes de duração do TP para o primeiro e segundo estágios do TP.
E4 2023 Camille Le Ray; PatrickRozenberg; Gilles Kayem; Thierry Harvey; Jeanne Sibiude; Muriel Doret; Olivier Parant; Florent Fuchs, Delphine Vardon; Elie Azria; Marie-Victoire Sénat; Pierre- François Ceccaldi; Aurélien Seco; Charles Garabedian; Anne Alice Chantry França	Examinar o efeito do empurrão moderado versus o empurrão intensivo no <i>segundo estágio do trabalho de parto</i> sobre o risco de morbilidade neonatal.	13 maternidades francesas entre janeiro de 2017 e maio de 2020; Parturientes adultas nulíparas que tiveram parto espontâneo ou induzido, sem complicações, de um feto único com ≥ 37 semanas de gestação.	Ensaio clínico randomizado, multicêntrico e controlado.	▪ O grupo de intervenção ou de empurrão moderado teve uma duração de empurrão mais longa do que o grupo de controle ou de empurrão intensivo e menor taxa de episiotomia. ▪ As parteiras também orientaram os esforços de empurrar de acordo com o grupo de randomização e colheram prospetivamente os resultados necessários para as análises. ▪ A taxa de episiotomia foi menor no grupo de intervenção, podendo uma das explicações ser o facto de as parteiras no grupo de intervenção terem tido menos pressa para concluir o parto e mais propensas a respeitar a fisiologia durante todo o processo.	Durante o estágio ativo do TP, o encorajamento dado pelas parteiras às mulheres para empurrarem moderadamente versus instruções usuais de empurrão intensivo, não foi associado à diminuição da morbilidade neonatal. Empurrões moderados devem ser oferecidos às mulheres, mesmo que estejam associados a uma duração maior do trabalho de parto. Isso implica que o profissional pode dedicar todo o tempo necessário à mulher.

E3 2022 Iolanda Maria da Rosa Rodrigues Portugal	Compreender os resultados da utilização dos Esforços Expulsivos Expiratórios (EEE) para a parturiente, enquanto cuidado do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica promotor de uma experiência de parto positiva.	Grávida em TP, com gravidez de termo e de baixo risco. Participantes com explicação sobre a técnica de Esforços Expulsivos Expiratórios (puxo dirigido com glote aberta).	Revisão <i>Scoping</i> (n=8) Estatística descritiva Análise de conteúdo	▪ Esforços expulsivos realizados com glote aberta ou com glote fechada. ▪ Podem ser definidos como esforços expulsivos dirigidos/treinados ou como não dirigidos/não treinados. ▪ Puxo com glote fechada: Manobra de Valsalva (puxo dirigido) ▪ Puxo com glote aberta (pode ser não dirigido ou dirigido). ▪ Esforço expulsivo espontâneo: um padrão respiratório autodirigido. ▪ Puxo dirigido com glote aberta: na expiração, simula o puxo espontâneo e respeita a fisiologia do parto. ▪ Análise de conteúdo: ▪ Gestão de emoções e sentimentos ▪ Bem-estar; ▪ Autocontrolo; ▪ Satisfação. ▪ 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. ▪ Compreensão e utilização dos EEE ▪ Fatores relevantes para o sucesso dos EEE; ▪ intervenção de apoio e orientação do enfermeiro obstetra ▪ conhecimento prévio da técnica.	O conhecimento prévio sobre os EEE, no 1º estágio do TP e apoio e incentivo do seu uso no 2º estágio do TP, sugere menor duração do 2º estágio do TP e menos intervenções. Técnica expiratória é eficaz na proteção do períneo e redução do trauma perineal (método que reduz a intervenção; respeita a fisiologia). Manobra de Valsalva: evitada no período expulsivo pelos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao parto. Conceber à parturiente mais autonomia.
---	--	--	--	--	--

E2 2020 Chloé Barasinski; Anne Debost-Légrand; Françoise Vendittelli. França	Comparar a eficácia do puxo direcionado de glote aberta e do puxo direcionado de glote fechada.	250 parturientes com treino padronizado nos dois tipos de puxo, que cumprem os critérios de seleção. Grupo intervenção: puxo dirigido com glote aberta (n=125) Grupo controle: puxo dirigido com glote fechada/ manobra de Valsalva (n=125)	Estudo de superioridade pragmático,	▪ Após 20 minutos de esforço ativo, o tipo de esforço direcionado parecia ineficaz. ▪ As parteiras se considerassem importante, poderiam pedir às parturientes que mudassem para o outro tipo de esforço expulsivo. ▪ Ocorrendo anormalidades na frequência cardíaca fetal ou outras emergências obstétricas, a parteira e/ou o obstetra supervisor, em conjunto com a parturiente, tomariam a decisão, para a orientação subsequente (mudança na técnica de esforço ou parto instrumental ou cesariana). ▪ As práticas francesas padrão permitem uma fase de expulsão de aproximadamente 30 minutos, quando a frequência cardíaca fetal é normal. ▪ Um parto vaginal operatório deve ser considerado após 30 minutos de esforço ativo adequado, se o parto não parecer iminente.	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. 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. Se o empurrão direcionado for necessário, as mulheres devem ser capazes de escolher o tipo de empurrão direcionado que preferem usar durante o parto.
E1 2019 Corine J Verhoeven; Dale Spence; Viola Nyman; René HJ Otten; Maria Healy. Irlanda do Norte, Suécia, Holanda	Rastrear, reunir e sintetizar as evidências internacionais que respaldam cuidados intraparto de boa qualidade, durante o segundo estágio, com o objetivo de informar a prática, a educação e as pesquisas futuras da obstetrícia.	Prática das Parteiras no segundo estágio do TP fisiológico	Revisão sistemática da literatura	▪ Prática da parteira pode ser influenciada pela educação e práticas culturais, mas deve ser informada por evidências de pesquisa atualizadas. ▪ Reunir, analisar e sintetizar evidências disponíveis relacionadas ao que as parteiras fazem para facilitar o parto fisiológico. ▪ Quatro temas principais: posições de parto, alívio da dor não farmacológica, técnicas de empurrar e otimização dos resultados perineais. ▪ Parteiras podem permitir que as mulheres durante o segundo estágio do ▪ trabalho de parto otimizem os processos fisiológicos para dar à luz.	Fornecer uma visão valiosa das evidências empíricas relacionadas à prática da obstetrícia durante o segundo estágio fisiológico do parto, que também pode informar a educação e pesquisas futuras.

3.2. Síntese dos Resultados

Neste subcapítulo, apresenta-se a análise dos artigos selecionados, inter-relacionando-os, de forma a evidenciar os contributos para a questão de revisão: “Quais são as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos?”

A síntese de dados permitiu identificar as informações mais relevantes de cada estudo incluído, promovendo uma visão estruturada sobre os aspetos centrais da atuação do EEESMO no segundo estágio do trabalho de parto. Os estudos analisados abordaram temas como técnicas de esforços expulsivos, apoio profissional durante o parto, impactos de intervenções educacionais e consequências dos diferentes tipos de esforços expulsivos.

Para organizar a análise, foram definidas três categorias temáticas principais, nomeadamente “tipos de esforços expulsivos”, “intervenções do EEESMO/parteiras na fisiologia do Trabalho de Parto”, “importância da educação profissional” para a prática baseada na evidência.

Estas categorias orientaram a leitura crítica dos estudos e possibilitaram a identificação de padrões, variações e implicações clínicas relevantes para a prática do EEESMO.

Tipos de Esforços Expulsivos

A *scoping review* realizada permitiu identificar e categorizar os diferentes tipos de esforços expulsivos descritos na literatura. De forma geral, os estudos analisados classificam os esforços expulsivos em duas categorias principais, nomeadamente esforços expulsivos dirigidos/treinados e esforços expulsivos não dirigidos/não treinados (Barasinski, Debost-Legrand, & Vendittelli, 2020; Rodrigues, 2022; Le Ray et al., 2023; Erickson et al., 2024)

Pela análise dos estudos selecionados, no puxo dirigido são dadas instruções verbais ou demonstração de quando começar a puxar e o puxo não dirigido acontece quando não é dada qualquer instrução verbal à parturiente, somente encorajamento e reforço positivo (Rodrigues, 2022; Le Ray et al., 2023).

Os esforços expulsivos dirigidos/treinados podem ser com glote aberta ou com glote fechada (Rodrigues, 2022). O puxo dirigido com glote aberta define-se como uma expiração prolongada, com contração dos músculos abdominais (puxando o estômago para dentro), que simula o padrão respiratório do puxo espontâneo, ajuda a mover o feto pelo canal do parto e respeita a fisiologia do parto. O puxo dirigido com glote fechada

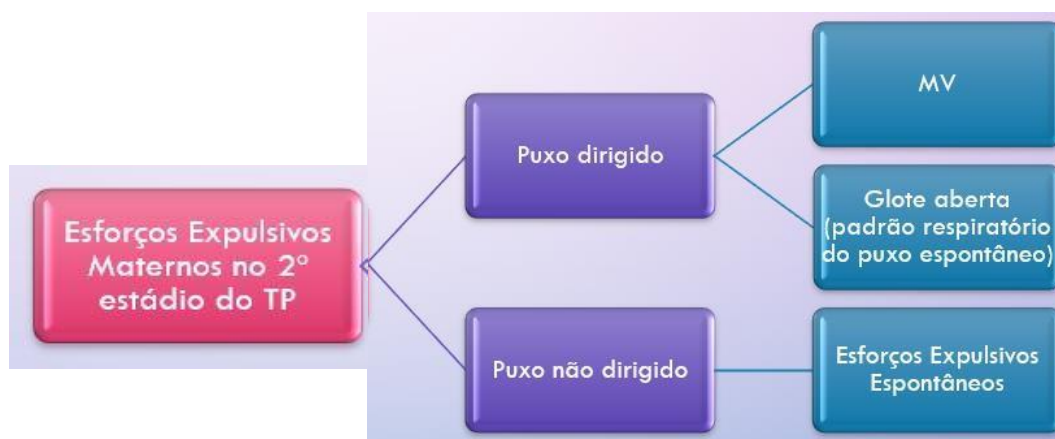
foi definido como manobra de Valsalva, onde a parturiente prende a respiração ao empurrar (Barasinski, Debost-Legrand, & Vendittelli, 2020; Rodrigues, 2022; Erickson et al., 2024).

O esforço expulsivo não dirigido, o puxo espontâneo é realizado naturalmente pela mulher, de acordo com o inevitável desejo de empurrar para baixo progressivamente, sendo descrito como um padrão respiratório autodirigido. Compreende a realização de três a cinco puxos de glote aberta (que podem incluir gemidos e grunhidos), durante a contração e rápidos períodos de glote fechada. A parturiente começa a puxar de um volume respiratório em repouso, sem expiração prévia profunda. Estes esforços de impulsão espontâneos ou fisiológicos, variam de intensidade e frequência (Rodrigues, 2022).

O puxo moderado é um tipo de esforço expulsivo dirigido/treinado que compreende a orientação dada pelas parteiras às parturientes, para fazerem força apenas durante o segundo estágio ativo do TP. No puxo moderado são orientadas para empurrarem apenas duas vezes, no máximo, durante cada contração e fazerem pausas sem empurrar numa de cinco contrações uterinas ou mais frequentemente, não sendo estabelecido limite para a duração do puxo (Le Ray et al., 2023).

O esforço intensivo está recomendado como padrão de cuidado para o segundo estágio ativo do TP na França. Neste tipo de esforço expulsivo, as parteiras orientam as parturientes a fazerem esforço três vezes por contração uterina e em cada contração, sem nenhuma pausa, com o intuito de acelerar o nascimento (Le Ray et al., 2023).

Figura 2: O EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos



Intervenções do EEESMO na fisiologia do trabalho de parto

A análise dos estudos incluídos nesta *scoping review* permitiu identificar diversas intervenções realizadas pelo EEESMO/parteiras, com impacto direto na fisiologia do TP, particularmente no segundo estágio. Estas intervenções incidiram sobre as técnicas de esforço expulsivo, a forma de orientação e o tipo de suporte prestado à mulher em TP.

Comparação entre tipos de puxo dirigido

No estudo de Barasinski, Debost-Legrand e Vendittelli (2020), as parturientes e profissionais foram previamente treinados para utilizar puxos com glote aberta e fechada. Apesar da intervenção, apenas 65% das mulheres aderiram ao puxo com glote aberta em pelo menos metade das contrações. O estudo conclui que não se verificaram diferenças significativas nos desfechos maternos e neonatais consoante o tipo de puxo dirigido utilizado.

De igual modo, Rodrigues (2022) observou que os puxos com glote aberta podem prolongar ligeiramente o segundo estágio do TP, mas não afetam negativamente o bem-estar materno ou neonatal. Esta técnica apresenta benefícios fisiológicos por permitir a respiração durante o esforço e revela-se eficaz na proteção perineal, reduzindo a taxa de trauma.

Inovação técnica: métodos respiratórios e dispositivos auxiliares

Kaouthar et al. (2023) avaliaram um método respiratório expiratório regulado, utilizando um bocal específico para promover um fluxo ventilatório constante durante o puxo. Segundo as parteiras, o dispositivo facilitou o esforço de expulsão e melhorou a respiração, o controlo da dor e a experiência do parto. Contudo, não se observaram reduções significativas nas taxas de cesariana.

Puxo moderado vs. puxo intensivo

No estudo de Le Ray et al. (2023), parturientes orientadas a realizar puxo moderado (duas vezes por contração, com pausas regulares) apresentaram menor taxa de episiotomia e menor necessidade de intervenções para encurtar o segundo estágio, embora com duração de puxo ligeiramente superior ao grupo submetido a puxo intensivo.

Influência da analgesia epidural e posição fetal

Erickson et al. (2024) observaram que, em parturientes sem analgesia epidural, o puxo espontâneo foi mais frequentemente adotado pelas parteiras. Já nas mulheres com epidural, o puxo prolongado associou-se a maior incidência de apresentações fetais desfavoráveis (occipital posterior ou transversa) e a segunda fase passiva mais longa.

O mesmo estudo indica que, quando o puxo se aproxima da terceira hora sem parto iminente, os profissionais de saúde devem ponderar os riscos e benefícios de continuar o esforço expulsivo versus recorrer a outras intervenções.

Percepções maternas sobre autonomia e suporte

Yao et al. (2024b) relataram que multíparas que experimentaram puxo espontâneo após partos anteriores com puxo dirigido descreveram uma experiência mais positiva e maior sensação de controle. Em contrapartida, as primíparas mostraram menor capacidade de avaliar o suporte, dada a ausência de experiências prévias de comparação. O mesmo estudo demonstrou que, após formação específica, parteiras que apoiaram o puxo espontâneo foram percebidas como mais disponíveis, seguras e respeitadoras do ritmo fisiológico do parto. Mais de 75% das mulheres sentiu-se capaz de puxar espontaneamente, quando apoiada por parteiras com formação direcionada.

Gestão clínica e adaptação das técnicas

De acordo com Rodrigues (2022), conhecer e apoiar os puxos espontâneos desde o primeiro estágio do TP pode reduzir a duração do segundo estágio e diminuir a necessidade de intervenções. O EEESMO desempenha um papel fundamental na promoção da autonomia da mulher e na garantia de cuidados baseados na evidência.

Já Barasinski et al. (2020) destacam que, após 20 minutos de esforço ativo sem progressão, pode ser necessário alterar a técnica de puxo ou recorrer ao parto instrumental. Em situações de anomalias da frequência cardíaca fetal ou outras complicações obstétricas, o papel do EEESMO/parteira na tomada de decisão compartilhada com a mulher torna-se central.

Os estudos analisados demonstram que as intervenções do EEESMO têm impacto relevante na fisiologia do trabalho de parto, podendo influenciar a duração do segundo estágio, o tipo de parto, o trauma perineal, a experiência subjetiva da mulher e a taxa de intervenções. Técnicas que respeitam o ritmo fisiológico e promovem a autonomia da

mulher são valorizadas tanto clinicamente como subjetivamente.

Importância da educação profissional

A evidência analisada nesta *scoping review* destaca a importância da educação profissional contínua do EEESMO/parteiras para a orientação eficaz dos esforços expulsivos maternos durante o segundo estágio do trabalho de parto.

No estudo de Verhoeven et al. (2019), é evidenciado que a prática da parteira pode ser influenciada pela educação e práticas culturais, mas, em última análise, deve ser sustentada por evidências de pesquisa atualizadas. Nesta linha de pesquisa, as parteiras assumem um papel preponderante, pois podem permitir que as mulheres durante o segundo estágio do TP otimizem os processos fisiológicos para parirem, promovendo uma abordagem centrada na mulher e respeitadora da fisiologia.

Yao et al. (2024a) testaram a viabilidade da implementação de um ensaio clínico randomizado com o objetivo de comparar os efeitos do puxo espontâneo versus puxo direcionado, no segundo estágio do TP. O estudo incluiu um programa de preparação para parteiras no qual foram fornecidas informações práticas abrangentes e baseadas em evidências sobre a orientação do esforço expulsivo, em particular do puxo espontâneo durante o segundo estágio de TP. Os resultados indicam que a formação capacita as profissionais a apoiar eficazmente a mulher a reconhecer e seguir os seus impulsos corporais naturais, favorecendo um parto mais fisiológico.

Por sua vez, o estudo de Dent, VanOtterloo e Brady (2023) centrou-se no desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa educacional para enfermeiras obstétricas, com foco na melhoria da gestão do segundo estágio do TP. Os resultados revelaram que pacientes de enfermeiras que participaram da intervenção educacional (n = 18), tiveram uma taxa de parto vaginal de 87,5% e uma taxa de parto cirúrgico de 6,2%. Por outro lado, pacientes de enfermeiras que não participaram da intervenção educacional (n = 31) tiveram uma taxa de parto vaginal de 81,8% e uma taxa de parto cirúrgico de 9,1%. De acordo com os resultados obtidos com este projeto, as enfermeiras aprenderam novos conhecimentos no curso educacional, demonstrado pelo aumento nas pontuações medianas dos pré e pós-testes, e foram capazes de usar os novos conhecimentos obtidos na sua prática clínica para melhorar o segundo estágio do TP.

Os resultados encontrados foram organizados por categorias e são explanados no Quadro 4.

Quadro 4: Categorização dos Resultados

Tipos de Esforços Expulsivos	Intervenções do EEESMO na fisiologia do trabalho de parto	Importância da educação profissional
Dirigidos/treinados ▪ glote aberta ▪ glote fechada ▪ manobra de Valsalva Não dirigidos/não treinados ▪ espontâneo Puxo moderado Esforço intensivo	Intervenções específicas do EEESMO ▪ treino prévio em técnicas de puxo (glote aberta e glote fechada); ▪ método respiratório expiratório regulado (bocal de expiração); ▪ orientação do puxo moderado; ▪ puxo espontâneo vs puxo direcionado; ▪ gestão dos esforços expulsivos maternos (decisão na técnica de esforço expulsivo).	Importância da educação profissional ▪ Prática influenciada pela formação e práticas culturais; ▪ Sustentação da prática em evidência científica atualizada; ▪ Programas de preparação para parteiras; ▪ Práticas baseadas em evidências (orientação dos esforços expulsivos).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente *scoping review* permitiu explorar e sintetizar a evidência científica mais recente sobre o papel do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos. Os resultados obtidos foram organizados em três categorias: tipos de esforços expulsivos, impacto das intervenções do EEESMO/parteiras na fisiologia do TP e importância da educação profissional. Esta estrutura viabilizou uma análise abrangente e crítica dos dados, permitindo compreender as implicações práticas e clínicas das diferentes abordagens.

Os estudos analisados distinguem, de forma consistente, dois tipos principais de esforços expulsivos: dirigidos/treinados e não dirigidos/não treinados. No puxo dirigido, a parturiente recebe instruções verbais sobre quando e como empurrar, ao passo que no puxo não dirigido, os impulsos fisiológicos da mulher são respeitados, com apoio não interventivo (Rodrigues, 2022).

O puxo dirigido subdivide-se em glote aberta e glote fechada. No primeiro, há expiração prolongada com contração abdominal, respeitando a fisiologia do parto; no segundo, verifica-se a manobra de Valsalva, com apneia em esforço, sendo esta frequentemente associada a maior risco de trauma perineal (Barasinski, Debost-Legrand & Vendittelli, 2020; Erickson et al., 2024).

A manobra de Valsalva, ou puxo com glote fechada, associada a apneias prolongadas e esforço máximo, tem sido criticada por estar relacionada a potenciais riscos, como a diminuição da oxigenação fetal, aumento do trauma perineal e efeitos adversos na

urodinâmica materna (Barasinski, Debost-Legrand & Vendittelli, 2020; Martin, 2009; Prins et al., 2011). Ainda assim, estudos como o de Prins et al. (2011) demonstram que a manobra de Valsalva pode reduzir a duração do segundo estágio, o que leva à sua persistência em algumas rotinas obstétricas. Tal dualidade evidencia a complexidade de se recomendar uma abordagem única para todas as situações clínicas.

O puxo espontâneo, característico dos esforços não dirigidos, é descrito como uma resposta fisiológica involuntária, com variação individual (Rodrigues, 2022). Este tem vindo a ser valorizado por estar associado a menor intervenção, maior satisfação materna e respeitar os impulsos fisiológicos da mulher em TP. O puxo espontâneo, particularmente com glote aberta, tem sido cada vez mais valorizado pela literatura como a abordagem que mais respeita os mecanismos fisiológicos do parto, a autonomia da mulher e o seu protagonismo no processo de nascimento (Barasinski & Vendittelli, 2016; OMS, 2018). Esta abordagem, ao permitir que a parturiente conduza os seus próprios esforços expulsivos, parece estar associada a uma menor interferência perineal e a uma experiência de parto mais positiva (Rodrigues, 2022). O respeito pelo reflexo expulsivo involuntário e pelo tempo fisiológico necessário à descida fetal, especialmente em casos com analgesia epidural, foi amplamente destacado como uma prática promotora da segurança materno-fetal (Álvarez-Burón & Arnedillo-Sánchez, 2010; OMS, 2018). Os resultados encontrados confirmam o crescente reconhecimento da importância do respeito pelo protagonismo da mulher no processo de parto, uma prática central no modelo de cuidados centrado na mulher, que o EEESMO deve promover.

O impacto do tipo de puxo sobre a integridade perineal foi uma preocupação recorrente nos estudos. Indo de encontro com os estudos de Jahdi et al. (2011) e Yildirim e Beji, (2008), o puxo espontâneo foi associado a maior probabilidade de períneo intacto, menor número de episiotomias e menor frequência de lacerações graves. Em contraste, o puxo dirigido com glote fechada demonstrou associação com maior incidência de traumas perineais e intervenções instrumentais, bem como maiores níveis de exaustão materna (Freitas et al., 2009; Lemos et al., 2017).

Destacam-se ainda os conceitos de puxo moderado e esforço intensivo como variações do esforço dirigido, com impactos distintos. O primeiro, orientado pelas parteiras, envolve menor número de puxos por contração e pausas frequentes, com impacto positivo na integridade perineal e menor necessidade de intervenções (Le Ray et al., 2023). O segundo, recomendado em algumas diretrizes, implica esforços contínuos com o objetivo de acelerar o nascimento, podendo contribuir para maior exaustão e

desconforto materno (Le Ray et al., 2023). O puxo moderado, ao limitar o número de esforços por contração e promover pausas, revelou-se associado a melhores desfechos perineais e menor necessidade de intervenções, enquanto o esforço intensivo, ainda recomendado em alguns contextos, parece visar essencialmente a aceleração do nascimento, podendo implicar riscos acrescidos.

A intervenção do EEESMO revela-se determinante na orientação dos esforços expulsivos e na promoção de práticas baseadas na evidência. A literatura sustenta que este profissional deve possuir competências não apenas técnicas, mas também relacionais, para garantir que a mulher se sinta segura, encorajada e respeitada em sua autonomia durante o parto (Regulamento nº 391/2019; OMS, 2018). Os estudos incluídos demonstram que a orientação adequada, seja através do treino prévio em técnicas de puxo, da introdução de dispositivos como o bocal de expiração, ou do encorajamento à autonomia da mulher, pode influenciar significativamente os desfechos do TP (Rodrigues, 2022; Kaouther et al., 2023 & Yao et al., 2024a). A orientação para o puxo deve ser sensível às preferências da parturiente e ao seu estado físico e emocional, promovendo um ambiente de partilha de decisões e escuta ativa.

As intervenções dos EEESMO/parteiras demonstram influência significativa na fisiologia do TP e nos desfechos maternos e neonatais. No estudo de Barasinski, Debost-Legrand e Vendittelli (2020), a aplicação de técnicas de puxo treinadas previamente não revelou diferenças estatisticamente significativas nos desfechos, embora se destaque a baixa adesão ao puxo com glote aberta (65%).

O uso do método respiratório expiratório regulado, através de bocal de expiração, demonstrou melhorias na respiração e na experiência de parto, embora sem impacto direto nas taxas de cesariana (Kaouther et al., 2023).

Rodrigues (2022) identificou que o puxo com glote aberta, embora possa prolongar o segundo estágio, preserva o bem-estar materno e neonatal, reduzindo o trauma perineal. Le Ray et al. (2023) mostraram que o puxo moderado está associado a menor taxa de episiotomia e menor necessidade de intervenções para encurtar o TP, comparativamente ao esforço intensivo.

Em parturientes sem analgesia epidural, o esforço espontâneo foi mais frequentemente promovido, refletindo maior respeito pela fisiologia. Por outro lado, o puxo prolongado em mulheres com analgesia epidural associou-se a maiores taxas de má posição fetal e prolongamento do segundo estágio (Erickson et al., 2024).

A respiração consciente, elemento essencial na condução dos esforços expulsivos, aparece como uma ferramenta promissora de suporte à mulher. Embora as evidências

ainda não sejam conclusivas quanto ao padrão respiratório ideal (Jones et al., 2011; Lemos et al., 2011), há consenso sobre os benefícios da respiração ritmada com glote aberta, tanto na promoção do relaxamento perineal quanto na otimização da oxigenação materno-fetal (Araújo et al., 2021; Alfaro, 2010). A sua integração como parte das estratégias de orientação para o parto revela-se uma intervenção de baixo risco, custo reduzido e alto potencial de empoderamento feminino.

A valorização da autonomia feminina e o suporte individualizado foram evidenciados em mulheres multíparas que, após experiências anteriores com puxo dirigido, referiram maior controle e satisfação ao recorrerem ao puxo espontâneo (Yao et al., 2024b). Neste contexto, destaca-se a necessidade de adaptação das intervenções às respostas fisiológicas e emocionais de cada parturiente.

A gestão clínica ativa por parte do EEESMO, nomeadamente a monitorização da eficácia dos esforços após 20 minutos ou em caso de anomalias da frequência cardíaca fetal, revela-se fundamental para a tomada de decisão conjunta sobre a continuidade do puxo, mudança de técnica ou recurso a parto instrumental (Barasinski, Debost- Legrand & Vendittelli, 2020).

Apesar de algumas evidências apontarem para a não significância estatística nas diferenças de resultados maternos e neonatais entre os diferentes tipos de puxo dirigido, outras revelam benefícios claros do puxo espontâneo, nomeadamente na redução da duração do segundo estágio do TP, no menor recurso à episiotomia e na melhoria da experiência subjetiva do parto. Tal reforça o papel do EEESMO como promotor de práticas que valorizem a fisiologia do parto e o bem-estar materno.

As parturientes que experienciaram esforços espontâneos referiram maior sensação de controle e segurança, sobretudo quando apoiadas por parteiras treinadas nesse modelo de suporte (Lowdermilk & Perry, 2008; Lemos et al., 2011). A gestão da técnica de puxo revelou-se particularmente relevante em contextos de analgesia epidural, nos quais os esforços dirigidos prolongados estiveram associados a mal posicionamento fetal e prolongamento do segundo estágio, evidenciando a importância da avaliação clínica contínua e da adaptação da estratégia ao contexto específico (Barasinski & Vendittelli, 2016; ACOG, 2019).

Neste enquadramento, a atuação do EEESMO assume um papel central na identificação de situações que justifiquem a alteração da técnica de esforço expulsivo, nomeadamente perante a ausência de progresso ou em situações de emergência obstétrica. Esta capacidade de avaliação e adaptação contribui de forma decisiva para a segurança e bem-estar do binómio mãe-bebé, promovendo uma abordagem

humanizada e baseada na melhor evidência disponível (OMS, 2018; Munn et al., 2018).

A formação e atualização contínua dos EEESMO/parteiras emergem como pilares fundamentais para a implementação de práticas seguras, eficazes e respeitadoras da fisiologia do parto. Verhoeven et al. (2019) sublinham que a prática clínica deve estar alicerçada em evidência atualizada e não apenas em modelos culturais ou experienciais. Esta perspectiva é corroborada por Yao et al. (2024a), que demonstraram a eficácia de programas educacionais no encorajamento do puxo espontâneo e na promoção da autonomia da mulher.

Dent, VanOtterloo e Brady (2023) evidenciaram que a implementação de formação específica em gestão do segundo estágio do TP conduziu a melhores desfechos obstétricos, como aumento da taxa de parto vaginal e redução de partos cirúrgicos. Estes dados reforçam a importância de investir na capacitação técnica dos profissionais, promovendo práticas clínicas seguras, eficazes e centradas na mulher.

Assim, torna-se imprescindível que o EEESMO esteja preparado para orientar os esforços expulsivos maternos com base nas melhores práticas disponíveis, promovendo simultaneamente, a autonomia da mulher e a segurança clínica.

A integração sistemática do conhecimento científico atualizado nos currículos de formação e nos contextos de prática clínica contribuirá para a uniformização de cuidados, reduzindo a variabilidade das práticas e favorecendo a implementação de estratégias centradas na mulher, fisiológicas e não intervencionistas.

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O presente estudo permitiu mapear a evidência científica disponível sobre o papel na orientação dos esforços expulsivos maternos, uma etapa crítica do TP que requer competências técnicas, comunicacionais e humanizadas.

A evidência reunida demonstrou que a atuação do EEESMO contribui de forma significativa para a vivência positiva do parto, tanto no que diz respeito aos desfechos maternos e neonatais, como à percepção da mulher sobre o seu protagonismo no processo.

Os resultados evidenciaram que a orientação adequada dos esforços expulsivos pode influenciar diretamente a duração da fase expulsiva, a integridade perineal, a redução de intervenções instrumentais e o conforto materno. A intervenção do EEESMO, quando

sustentada em conhecimento atualizado, comunicação eficaz e sensibilidade às necessidades da mulher, favorece um parto mais fisiológico, seguro e respeitoso.

Contudo, os estudos sugerem a existência de desafios na prática clínica, como a possível carência de formação contínua focada em técnicas e estratégias para orientar os esforços expulsivos de forma individualizada, assim como a indicação de escassez de protocolos institucionais que norteiem essa atuação. Apontam-se indícios de que, em alguns contextos, a abordagem ainda é padronizada, podendo desconsiderar a singularidade de cada parto e a autonomia da mulher.

Os estudos incluídos apontam indícios da relevância de se investir em formação específica e baseada em evidências, que potencialmente contribua para capacitar os EEESMO a atuarem de forma crítica, empática e centrada na mulher. Sugerem-se também necessidades relacionadas ao reforço do papel ativo da parturiente, promovendo a sua participação informada e consciente no processo de parto.

Este estudo revelou-se uma mais-valia para a prática profissional dos EEESMO, ao oferecer uma reflexão fundamentada sobre a sua atuação numa fase decisiva do TP. O aprofundamento dos conhecimentos neste campo contribui para práticas mais seguras e humanizadas, promovendo o empoderamento feminino, a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação das mulheres com a sua experiência de parto.

Embora o estudo tenha alcançado os seus objetivos, algumas limitações devem ser reconhecidas, como a possível escassez de estudos específicos sobre esta temática, em determinadas bases de dados e a diversidade de abordagens metodológicas nos artigos incluídos. Estas limitações não comprometem a validade dos achados, mas apontam caminhos para futuras investigações.

Assim, futuros estudos poderão centrar-se em estratégias de ensino e formação dos EEESMO na orientação dos esforços expulsivos, bem como na construção e validação de protocolos clínicos que promovam boas práticas baseadas em evidência científica e centradas na mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do RENP representou o culminar de um processo intenso de aprendizagem, reflexão e crescimento, que permitiu desenvolver competências fundamentais para o exercício autónomo e responsável do EEESMO. Este percurso, pautado por vivências enriquecedoras, traduziu-se num significativo desenvolvimento pessoal, profissional e académico.

Ao longo do ENP, foi possível vivenciar uma diversidade de situações clínicas que exigiram a mobilização de competências específicas e comuns ao exercício especializado, bem como competências avançadas no âmbito do grau de Mestre. O contacto próximo com as mulheres em TP e a oportunidade de intervir na orientação dos esforços expulsivos maternos, constituíram momentos-chave para a consolidação de uma prática fundamentada, segura e humanizada.

Este percurso formativo evidenciou a relevância do papel do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos, não apenas no que diz respeito à melhoria dos desfechos clínicos maternos e neonatais, mas também na promoção de uma experiência de parto positiva, centrada na mulher. A experiência adquirida reforçou a importância de uma abordagem individualizada e sensível, que respeite os tempos, desejos e necessidades de cada mulher.

A investigação desenvolvida no âmbito deste relatório permitiu aprofundar o conhecimento científico relativamente à atuação do EEESMO nesta fase TP. A realização da *scoping review* contribuiu para a sistematização da evidência existente, ao mesmo tempo que promoveu o desenvolvimento de competências em metodologia de investigação e prática baseada na evidência, competências essas, essenciais para uma atuação crítica e atualizada.

Foram ainda potenciadas competências a nível da expressão escrita, da reflexão crítica sobre a prática e da capacidade de articular conhecimento teórico com a realidade vivida em contexto clínico. Estas aprendizagens fortalecem a identidade profissional e sustentam a construção de um perfil de enfermeiro especialista capaz de oferecer cuidados de elevada qualidade na área da Saúde Materna e Obstétrica.

A discussão pública deste RENP será uma oportunidade ímpar para partilhar os principais resultados e aprendizagens decorrentes deste percurso, promovendo o debate sobre uma temática que, embora essencial, continua a ser pouco explorada na prática clínica e na investigação; a orientação dos esforços expulsivos maternos. Esta

discussão poderá constituir um ponto de partida para a implementação de estratégias que valorizem a atuação do EEESMO nesta etapa do parto, contribuindo para uma assistência cada vez mais empática, centrada na mulher e sustentada na melhor evidência disponível.

Considera-se, assim, que ao longo deste percurso foram plenamente desenvolvidas as competências necessárias para a atribuição do título de EEESMO e do grau acadêmico de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, reafirmando o compromisso com uma prática clínica segura, reflexiva e baseada em evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aghdas, K.; Talat, K., & Sepideh, B. (2014). *Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. Women and Birth*, 27(1), 37-40. Doi: 10.1016/j.wombi.2013.09.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519213004010>

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.

Alfirevic, Z.; Devane, D., & Gyte G. (2013). Continuous Cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review). *The Cochrane Library* 5. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub2

Almeida, V. S. (2017). *Estímulos sensoriais no trabalho de parto: contributos do enfermeiro especialista na promoção de um ambiente tranquilo*. [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20982/1/Relat%c3%b3rio_da_UC_Est%c3%a1gio_com_Relat%c3%b3rioEstimulos_Sensoriais_finalissimo.pdf

Almeida, N. A., 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>

Álvarez-Burón, E. & Arnedillo-Sánchez, M. S. (2010). Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica. *Matronas Profesión*. Vol. 11. n.º 2. p. 64-8.

Alves, C. F. (2021). *Benefícios da posição verticalizada da mulher durante o segundo estadio de trabalho de parto*. [Relatório de Estágio de Natureza Profissional, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório Aberto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16196/1/Relatorio%20de%20Est%C3%A1gio%20Final-Patr%C3%ADcia%20Sousa.pdf>

Amaral, C., Ferreira, N., Monteiro, M. & Bulcão, E. (2020). Assistir parto vaginal. In Sequeira, A., Pousa O. & Amaral, C. (1ª Edição). *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, 115- 122. Lisboa: Lidel.

Amendoeira, J. (2018). *Revisão sistemática de literatura – A scoping review (documento orientador para estudantes)*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Santarém.

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>.

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.

APEO & FAME. (2009). *Iniciativa parto normal: Documento de consenso*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Araújo, A., Delgado, A., Maia, J., Campos, S., Ferreira, C., & 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(7), 854–860. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1945016>

Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J., & Waters, E. (2011). Cochrane update “Scoping the scope” of a cochrane review. *Journal of Public Health*, 33(1), p. 147-150.

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBIM manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>

Ascensão, A. R. (2016). *Contribuição do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica, para o bem-estar materno fetal*.

[Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Saúde de Santarém].

Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém.

https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1741/1/Trabalho%20de%200%20mestrado_Ana%20Rita%20Viegas%20Ascens%c3%a3o.pdf

Associação Portuguesa dos Direitos da Mulher e Parto. (2017). *Reflexão sobre o trabalho de parto e parto: Construção de um plano de preferências de parto*.

<https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-%20constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf>

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2009). *Normas de atuação do enfermeiro obstetra*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

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>

Barasinski, C., Debost-Legrand, 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, 102843. <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>

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Brandão, A. S. (2022). *A Visita Domiciliária como recurso facilitador do processo de Transição para a Parentalidade*. [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44280/1/MESMO_2700_original.pdf

Burón, E., & Sánchez, M. (2010). Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo: Revisión de la evidencia científica. *Matronas Profesión*, 11(2), 64-68.

Coelho, S. M., & Mendes, I. 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>

Cardoso, V., Mineiro, A., Carrancha, S., Monteiro, M., Santos, M., Carneiro, E., Varela, V., Sequeira, A., & Santos, M. (2020). Posicionamento da parturiente no período expulsivo. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. Amaral (Eds.), *Procedimentos de enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 123–130). Lidel.

Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (3), 520-526. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>

Couto, T. M., & Carneiro, M. (2017). Cuidados obstétricos durante o período expulsivo: Técnicas para evitar deflexão rápida da cabeça fetal. *Revista Brasileira de Enfermagem Obstétrica*, 72 (4).

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS/Mesh. (2024). São Paulo. <https://decs.bvsalud.org/>

Direção-Geral de Saúde. (2015). *Orientação: Trabalho de parto estacionário*. DGS.

Direção-Geral de Saúde. (2015a). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. DGS.

Direção-Geral de Saúde. (2015b). Norma n.º 015/2015 de 30/09/2015 – Cuidados de saúde materna e neonatal no pós-parto imediato. Ministério da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt>

Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Dulay, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, G. (2005). *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto* (3ª ed.). Guanabara Koogan.

Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 335– 347). Lidel.

Federación de Asociaciones de Matronas de España & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2009). *Iniciativa parto normal. Documento de consenso*. Lusociência.

Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry*, 75(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.012>. Disponível em: [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(13\)00764-%206/abstract](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(13)00764-%206/abstract)

Ferrão, A., & Zangão, B. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1). [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886)

Ferreira, S. (2016). Métodos não farmacológicos de alívio da dor. In M. Néné, R. Marques, & A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 416–424). Lidel.

Ferreira, V. L. (2014). *Um percurso em análise retrospectiva: Os esforços expulsivos maternos - quando e como puxar?* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/9471>

FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. (2012). FIGO guidelines: Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 119(2), 111–116.

Fonseca, S. (2016). Indução do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 335–347). Lidel.

Freitas, M., & Baptista, M. (2016). Avaliação e estabilização do recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 487–491). Lidel Edições Técnicas.

Freitas, A. (2009). Posturas e puxos durante o trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 10, 48–50.

Frias, A. (2019). *Competências relacionais do enfermeiro* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. https://www.rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/26498/1/MestradoEnfermagem_de_Sa%c3%bade_Materna_e_Obst%c3%a9trica-na_Isabel_Ramalho_Galhanas-Compet%c3%aaancias_relacionais_do_enfermeiro....pdf

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>

Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P., & Marques, C. G. (2021). *Manual de investigação qualitativa: Conceção, análise e aplicações*. Pactor.

González, M., & Ortiz, M. (2005). Técnicas de empuje durante la segunda fase del parto. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 3, 1–14. http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV05_006.pdf

Graça, L. (2010). *Medicina materno-fetal* (4ª ed.). Lidel.

Gubler, T., Krähenmann, F., Ross, M., Zimmermann, R., & Ochsenbein-Kölble, N. (2013). Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: A Swiss university hospital observational study. *Journal of Perinatal Medicine*, 41(3), 331–339. <https://doi.org/10.1515/jpm-2012-0102>

Guerra, A. (2016). Analgesia e anestesia em obstetrícia. In M. Néné, R. Marques, & A. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (p. 425–431). Lidel.

Guerra, A. (2016a). A dor em obstetrícia. In M. Néné, R. Marques, & A. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 408–410). Lidel.

Haxton, D., Doering, J., Gingras, L., & Kelly, L. (2012). Implementing skin-to-skin contact at birth using the Iowa model: Applying evidence to practice. *Nursing for Women's Health*, 16(3), 220–230.

Hutti, M., 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>

Joanna Briggs Institute. (2020). *JB I manual for evidence synthesis* (Edition). jbi.global.

Johns, C. (2009). *Becoming a reflective practitioner: A reflective and holistic approach to clinical nursing, practice development and clinical supervision*. Wiley- Blackwell.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordânia, S., Lavanda, T., & Neilson, J. (2011). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews *Cochrane Library*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>

Lavender, T., Hart, A., & Smyth, R. (2008). *Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

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., Andrade, A., Souza, A., Filho, J., & Correia, J. (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. (2011). The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(1), 66–72. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552011000100012>

Lopes, M. (2016). Plano de parto. In M. Néné, R. Marques, & A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª Edição, pp. 167–169). Lidel.

Lothian, J. A. (2014). Healthy Birth Practice #4: Avoid interventions unless they are medically necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 198–206.

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.). Lusodidatica.

Machado, H. M., & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: Fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Coord.), *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed., pp. 220, 228). Lidel.

Marshall, J., & Raynor, M. (2014). *Myles textbook for midwives* (16ª ed.). Elsevier.

Martin, C. (2009). Effects of Valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing. *British Journal of Midwifery*, 17(5), 300–305.

McKelvey, M. (2018). Finding meaning through Kristen Swanson's caring behaviors: A cornerstone of healing for nursing education. *Creative Nursing*, 24(1), 6–11.

Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, 15763–15764. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67660941>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Ministerio de Sanidad. Disponível em: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_472_Partо_Normal_compl.pdf. Acesso em: 20/09/2024.

Munn, Z., Peters, M., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies* (NICE Guideline CG190). NICE. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>. Acesso em: 20/09/2024.

Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade%20dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Despacho n.º 11304/2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 166.

OE e APEO. (2012). *Pelo direito ao parto normal – Uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido em: 06/03/2014. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Normas de orientação para a prática clínica: Cuidados à mulher durante o trabalho de parto e parto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. DR, 2.ª série N.º 28 — 8 de fevereiro.

Ordem dos Enfermeiros. (2019c). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia*. Diário da República, n.º 85, 3 de maio, Série II, 13560-13565. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Orfão, A. (2016). Assistência pré-natal: Determinação do risco materno-fetal. In M. Néné, M. Rosália, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 108-116). Lisboa: Lidel.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Recomendações da OMS para cuidados intraparto: Uma abordagem centrada na pessoa durante o nascimento*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: [25/08/2024].

Organização Mundial de Saúde. (1996). *Assistência ao parto normal: Um guia prático*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FHE-MSM-96.24>. Acesso em: [25/08/2024].

Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. WHO. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260215/WHO-RHR-18.04-%20eng.pdf;jsessionid=168F7FEC936932431C0F2AF3F72519E2?sequence=1>

Osborne, K. (2010). *Pushing techniques used by midwives when providing second stage labor care*. Wisconsin: Marquette University Milwaukee.

Pacheco, H. R. (2014). *Um percurso retrospectivo do processo de aquisição de competências. Implicações da manobra de Valsalva no segundo período do trabalho de parto: Revisão integrativa da literatura*. [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9738/1/Implica%C3%A7%C3%B5es%20da%20MV%20so%202PTP-RIL%20HeloisaPacheco.pdf>

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.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Peterson, J., Pearce, P., Ferguson, L., & Langford, C. (2017). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1). <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12380>

Pinheiro, A. (2016). Promoção do parto normal. In M. Néné, M. Rosália, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Pinheiro, S. C., & Coutinho, E. C. (2012). Diferentes olhares sobre a presença de uma pessoa significativa no parto: Visão da puérpera, pessoal de saúde, pessoa significativa. [Tese de doutoramento, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório IPV. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1800?mode=full>

Portugal. Decreto-Lei n.º 8/85. (1985, 9 de janeiro). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 6, 1985. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/8-1985-449482>. Acesso em: [25/08/2024].

Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*, 25(3), 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>

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>

Ribeiro, J. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671–682.

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)

Royal College of Midwives. (2018). *Midwifery care in labour guidance for all women in all settings*. RCM. <https://pdf4pro.com/view/midwifery-care-in-labour-guidance-for-all-women-in-all-6ba1ca.html>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Guideline for the management of third stage of labour*. London: RCOG. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk>. Acesso em: [20/09/2024].

Sampsel, 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>

Santos, A., Oliveira, A., Amorim, T., & Silva, U. (2015). O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5(3), 531–539. <https://doi.org/10.5902/2179769217337>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/17337>

Sequeira, V. (2017). *Orientação dos esforços expulsivos: contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica* [Dissertação de mestrado. Universidade de Évora].

Siddaway, A. P., Wood, A. M., & Hedges, L. V. (2019). How to do a systematic review: A best practice guide to conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. *Annual Review of Psychology*, 70, 1–21. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102803>

Simkin, P., & Ancheta, R. (2017). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia* (4th ed.). Wiley-Blackwell.

Smyth, R. M. D., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6). Art. No.: CD006167. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167>

Sng, B., Leong, W., Zeng, Y., Siddiqui, F., Assam, P., Lim, Y., & Sia, A. (2014). Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *The Cochrane Library*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007238.pub2/full>

Soares, D., & Sadigursky, D. (2015). Facilidades e dificuldades de enfermeiras na prática da competência interpessoal. *Revista de APS*, 18(1), 1–9.

Soong, B., & Barnes, M. (2005). Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: Is there an association? *BIRTH*, 32(3), 164–169. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00365.x>

Sousa, S. (2014). *Partograma: contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na vigilância do trabalho de parto* [Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].

Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, 520–526. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0459.2579>

Sultan, A., Thakar, R., & Jones, P. (2011). Perineal and vaginal tears: The impact of repair technique on healing and postnatal recovery. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 13(2), 69–76. <https://doi.org/10.1576/toag.13.2.69.32087>

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 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>

Thakar, R., & Sultan, A. (2016). Episiotomy and obstetric perineal trauma. In *Best Practice in Labour and Delivery* (2^a ed., pp. 206–220). Cambridge: Cambridge University Press.

Tricco, A. C., Antony, J., Zarin, W., Striffler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., ... & Straus, S. E. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC Medicine*, 13, 224. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0465-6>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Kastner, M., ... & Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>

ULSAM. (2024). *Relatório e contas 2024*. Unidade Local de Saúde do Alto Minho. https://www.ulsam.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/10/2016/11/Relat%C3%B3rio-e-Contas-2024_.pdf

University of Southern California Libraries. (2025). *Boolean Searching*. In *Searching Solutions: Boolean Searching*. USC Libraries.

World Health Organization. (2018). *Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-Friendly Hospital Initiative*. WHO
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>

World Health Organization. (2014). *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. In *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649>. Acesso em: [20/09/2024].

Yao, J., Roth, H., Anderson, D., Lu, H., Rong, H., & Baird, K. (2024a). *The experience of spontaneous pushing during labor among Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey*. *Women and Children Nursing*, 2(4), 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.wcn.2024.12.001>

Yao, J., Roth, H., Anderson, D., Lu, H., Rong, H., & Baird, K. (2024). *Comparison of spontaneous pushing and directed pushing during the second stage of labor among Chinese women without epidural analgesia: Protocol for a noninferior feasibility study*. *JMIR Research Protocols*, 13, Article e55701. <https://doi.org/10.2196/55701>

Yildirim, G., & Beji, N. (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>

Zangão, M. (2016). Parte I: Enquadramento político. In *Desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar* (1ª ed., pp. 35–88). Lisboa, Portugal: Chiado Editora.

APÊNDICES

Convite

Formação em Serviço

Convidam-se todas as enfermeiras especialistas em SMO a participarem na formação em serviço, no próximo dia 22/04/2024 das 9h às 13h, na sala de Convívio do Serviço de Obstetrícia, alusiva ao tema: “Promovendo Experiências de Parto Positivo”, onde serão abordados os seguintes conteúdos:

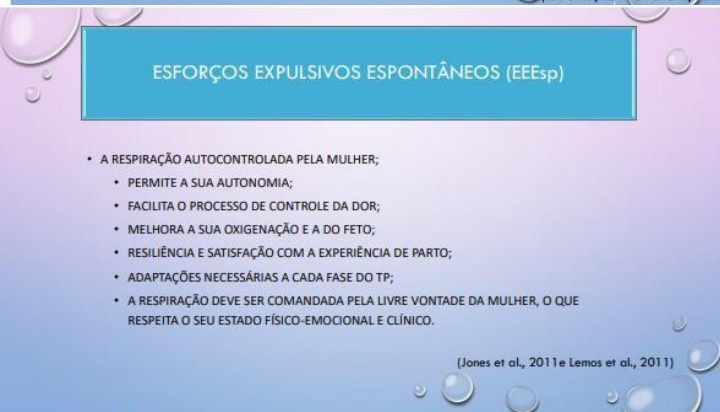
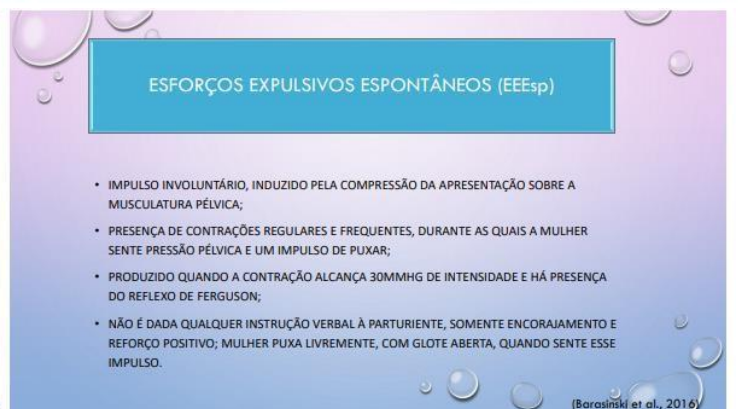
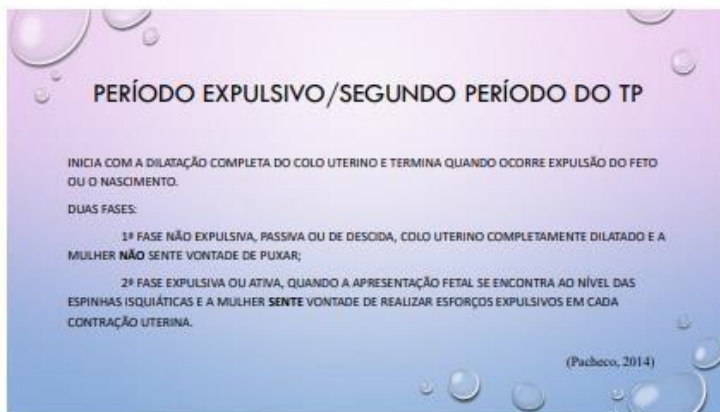
1. Medidas de Alívio da Dor
2. Mobilização da Bacia na Bola de Pilates
3. Esforços Expulsivos maternos no segundo estadio do TP
4. Aplicação de Calor durante o segundo estadio do TP: Prevenção do trauma perineal

15/04/2024

Enf.^a Responsável pela formação em Serviço,
Marlene Campos

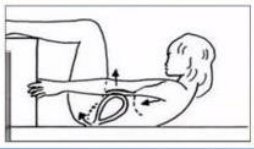


Apêndice II: Atividade formativa – Esforços expulsivos maternos no segundo estágio do TP



Puxo Dirigido/GLOTE FECHADA (MV/respiração suspensa)

- INDEPENDENTE DO DESEJO DA PARTURIENTE DE PUXAR;
- ORIENTADO, GERALMENTE DE FORMA IMPOSITIVA E INCISIVA;
- TENDENCIALMENTE A MULHER ADOTA A POSIÇÃO SEMIDORSAL, SEGURANDO OS JOELHOS CONTRA O TÓRAX E OS COTOVELOS ESTENDIDOS.



(Roberts, 2002 e Burón & Sánchez, 2010)

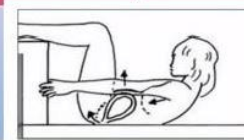
Puxo Dirigido/GLOTE FECHADA (MV/respiração suspensa)

Apneia
expiratória
10 a 30 seg

3 a 4 puxos
cada
contração

Ausência
de ruídos

Glote
fechada



(Pacheco, 2014)

3 Tips básicos

Pujos durante
el parto

fisioonline



Woman

Puxo Dirigido/GLOTE FECHADA (MV/respiração suspensa): REPERCUSSÕES MATERNAS

- AUMENTO DA CONCENTRAÇÃO DE LACTATO;
- MAIOR ANSIEDADE E STRESS MATERNOS;
- DIMINUI A OXIGENAÇÃO MATERNA, AUMENTANDO A FADIGA MATERNA;
- AUMENTO PROBABILIDADE DE TRAUMA PERINEAL;
- PODE DIMINUIR A CAPACIDADE VESICAL E A URGÊNCIA URINÁRIA;
- PARECE ESTAR ASSOCIADA A UM PERÍODO EXPULSIVO MAIS PROLONGADO;
- AUMENTO DA TAXA DE PARTO INSTRUMENTAL.

(Prins et al., 2011 e Martin, 2009)

Puxo Dirigido/GLOTE FECHADA (MV/respiração suspensa): REPERCUSSÕES FETAIS

- APNEIA PROLONGADA POR MAIS DE 7 SEGUNDOS - INTERFERE NA PERFUSÃO ÚTERO-PLACENTAR;
- REDUZ A OXIGENAÇÃO FETAL E O PH;
- AUMENTO DA ACIDOSE FETAL;
- AUMENTO DAS CONCENTRAÇÕES DE LACTATO FETAIS;
- PODE RESULTAR EM ÍNDICES DE APGAR BAIXOS;
- INTERFERE NA ROTAÇÃO E NA PROGRESSÃO DA APRESENTAÇÃO FETAL;
- AUMENTA O RISCO DE COMPLICAÇÕES NEONATAIS.

(Barasinski & Venditelli, 2016 e Lemos et al., 2011)

Esforços Expulsivos Expiratórios Glote aberta (padrão respiratório do puxo espontâneo)

- OS EEE RESPEITAM A FISIOLÓGIA DO PARTO;
- SIMULAM OS COMPONENTES DO PUXO ESPONTÂNEO;
- CONSIDERADO UMA PRÁTICA PROMOTORA DA FISIOLÓGIA DO PARTO NORMAL E DE UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA E GRATIFICANTE PARA A PARTURIENTE.

(Jones et al., 2011 e Lemos et al., 2011)

Esforços Expulsivos Expiratórios Glote aberta (padrão respiratório do puxo espontâneo)

Cada
contração

2 a 6 puxos
expiratórios
curtos

4 a 6 seg
(duração não
sup. a 6 seg)

Glote aberta



(Barasinski et al., 2016)

3 Tips básicos

Pujos durante
el parto

fisioonline



Woman

REPERCUSSÕES MATERNAS

- CONTROLE DA OXIGENAÇÃO DURANTE O PARTO;
- A REGULAÇÃO DOS PARÂMETROS CARDIOVASCULARES, COMO A TENSÃO ARTERIAL;
- MAIOR PROBABILIDADE DE PRESERVAÇÃO DA INTEGRIDADE DO PERÍNEO;
- EPISIOTOMIAS OU LACERAÇÕES DE SEGUNDO E TERCEIRO GRAU MENOS EXTENSAS;
- DIMINUIÇÃO DA PROBABILIDADE DE PARTO INSTRUMENTADO;
- AUMENTO DA TAXA DE PARTOS EUTÓCICOS;
- MENOR FADIGA MATERNA;
- MAIOR PROTEÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO;
- MENOR INCIDÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS.

(Martin, 2009 e Alfaro, 2010)

REPERCUSSÕES FETAIS:

- ÍNDICE DE APGAR MAIS ELEVADOS, NOMEADAMENTE NO PRIMEIRO MINUTO;
- MENOS DESACELERAÇÕES CARDÍACAS FETAIS.

(Martin, 2009 e Alfaro, 2010)



RECOMENDAR DURANTE O TP?

- ENCORAJAR AS MULHERES A SEGUIREM O SEU INSTINTO DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO.
- DISCUTIR OS EFEITOS DOS ESFORÇOS EXPULSIVOS COM AS MULHERES QUANDO ELABORAM O SEU PLANO DE PARTO.
- O EESMO DEVE ADQUIRIR COMPETÊNCIAS E DESENVOLVER CAPACIDADES SOBRE OS ESFORÇOS EXPULSIVOS, DE MODO ORIENTAR A MULHER ADEQUADAMENTE DURANTE O PARTO.

(Rodrigues, 2023)

TRABALHO DE PARTO?

- MAXIMIZAR PROBABILIDADE DE UM PARTO VAGINAL.
- MINIMIZAR RISCOS MATERNO E PERINATAIS.



- ALVARO, Z., CARRASCO, S., BOOSTA, F., MORA, M., and WHITLOCK, Z. (2017). EFFECT OF BREAST TUMOR LOCATION ON THE EXTENT OF DAMAGE TO THE PREGNANT AT THE TIME OF DELIVERY: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *BRITISH JOURNAL OF NURSING AND MIDWIFERY*, 22(1), 64-66. <https://doi.org/10.1093/bjnm/nny001>
- ALVARO, Z. (2018). RESULTADOS MATERNALES Y FETALES DEL PUJO INTRACANAL - BLOQUEO DILATATORIO VERSUS EL PUJO EN DILATACIÓN FETAL POR DILATACIÓN MANO. EN SIGUENO PERIODO DE TRANSICIÓN PARA EL PUJO. TESIS DE GRADO. UNIVERSIDAD DE LA ALFAR, 2018.
- BARAKAT, R., and VERDUGUELLI, L. (2016). EFFECT OF THE TYPE OF HEMIAL PREGNANCY DURING THE SECOND STAGE OF LABOR ON CESAREAN AND CLINICAL OUTCOMES: A RETROSPECTIVE ANALYSIS. *THE BIRTH JOURNAL*, PBM 01/16, 812-817. <https://doi.org/10.1111/bjd.12190>
- BARAKAT, R., DROST, UEGHARA, A., and VERDUGUELLI, L. (2018). DIRECTED OPPOSITE GLUTES PUSING MORE EFFECTIVE THAN DIRECTED CLOSET GLUTES PUSING DURING THE SECOND STAGE OF LABOR: A PRAGMATIC RANDOMIZED TRIAL - THE B-E-LT STUDY. *MIDWIFERY*, 67, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.102843>
- BURD, J., and SANDERS, K. (2010, 10). HANDED ACTIVITY RATES: A EXPECTATIVE OF LOS PUJOS IN EL PARTO. REVISIÓN DE LA EVIDENCIA CRÍTICA. *HISTORIA PROFESIONAL*, 1(12), 64-68.
- FERRER, V. L. (2014). UN PUJO EN CADA UNO DE LOS PERIÓDOS DE LA GESTACIÓN: ESPERANZAS Y DESAFÍOS PARA LAS MUJERES. *QUANUM E COMO PUNAR (DISERTACIÓN DE POSTGRADO)*, DISERTACIÓN EN: 2014.
- JONES, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- LEE, N., GAO, Y., LOZ, L., and KODA, S. (2019). MATERNAL AND FETAL OUTCOMES FROM A COMPARISON OF SPONTANEOUS AND DIRECTED PUSING IN SECOND STAGE. *WOMEN AND BIRTH*, 30(4), 423-430.
- SMITH, A., DEAN, L., and ANDRASE, A. D. (2011). THE VALSALVA MANEUVER DURATION DURING LABOR EXHAUSTION. *REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA*, 15(1), 46-72. <https://doi.org/10.1590/S1518-33212011000100012>
- MARTIN, C. J. L. (2005). EFFECTS OF VALSALVA MANEUVER ON MATERNAL AND FETAL WELLBEING. *BRITISH JOURNAL OF MIDWIFERY*, 17(5), 279-285. <https://doi.org/10.1198/00071260500071542214>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2016). WHO RECOMMENDATIONS: INTERNATIONAL CARE FOR A POSITIVE CHILDREN EXPERIENCE. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204821>
- PACISCO, E. S. (2014). EN PARTO: RESULTADOS DEL PROCESO DE LAS AGENTES DE COMPLEMENTOS IMPULSOS EN EL PUJO Y EL SIGUENO PERIODO DE TRANSICIÓN PARA EL PUJO. TESIS DE GRADO. UNIVERSIDAD DE LA ALFAR, 2014.
- REPOSICIÓN DE LA ALFAR. (2018). EL PUJO EN EL SEGUNDO PERIODO DE TRANSICIÓN PARA EL PUJO. TESIS DE GRADO. UNIVERSIDAD DE LA ALFAR, 2018.
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2>
- WOMEN, L., CRIPPA, M., DOWNSWELL, P., ALFAR, Z., GATES, S., HEWELL, M., ... and NELSON, J. K. (2011). PAIN MANAGEMENT FOR WOMEN IN LABOR: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *Cochrane Library*. [https://doi.org/10.1002/2011](https://doi.org/10.1002/2011.0000720342.PUB2)

Apêndice III: Protocolo *Scoping review*

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na orientação dos esforços expulsivos maternos: uma *Scoping Review*

Autora:

Joana Filipa Fernandes da Costa Matias Cerqueira Graduada em Enfermagem

Instituição: Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo Endereço: Viana do Castelo, Portugal

E-mail: joaninhacerq@gmail.com

Orientadora:

Conceição Moreira Freitas

Especialista na Área Científica de Enfermagem Instituição: Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo Endereço: Viana do Castelo, Portugal

E-mail: freitas.maria@ess.ipvc.pt

Resumo

A orientação dos esforços expulsivos maternos durante o segundo estágio do trabalho de parto é um fator essencial para um desfecho positivo e para a integridade física da mulher e do bebé. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica desempenha um papel fundamental ao apoiar a mulher na escolha da posição mais confortável, orientar padrões respiratórios adequados e decidir entre puxos espontâneos ou dirigidos, influenciando diretamente o progresso do parto e a experiência da parturiente. No entanto, a literatura científica sobre as intervenções específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica nesta fase é dispersa e frequentemente focada em subgrupos ou em variáveis isoladas, o que limita a criação de recomendações consistentes para a prática clínica. Neste contexto, propõe-se a realização de uma *scoping review* que visa mapear e sistematizar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na orientação dos esforços

expulsivos maternos, identificando também lacunas de investigação relativas aos efeitos materno-fetais, às variáveis contextuais como posição e analgesia, e às competências necessárias para a prática. Este estudo será elaborado segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute e contribuirá para fundamentar futuras diretrizes clínicas e programas de formação baseados na melhor evidência científica disponível, promovendo uma melhoria na qualidade dos cuidados especializados prestados no segundo estágio do trabalho de parto.

Introdução

O trabalho de parto (TP) constitui um processo fisiológico complexo que culmina no nascimento e envolve um conjunto de adaptações anatômicas, hormonais e motoras, tanto para a mãe, como para o feto. Entre as quatro fases tradicionalmente descritas, o segundo estágio – ou período expulsivo – reveste-se de particular exigência física e emocional para a parturiente. Nesta etapa, contrações uterinas intensas são acompanhadas por esforços expulsivos que, quando bem orientados, favorecem o progresso fetal pelo canal de parto, reduzem intervenções obstétricas e preservam a integridade perineal (Barasinski, C., Debost-Legrand, A., & Vendittelli, F., 2020; WHO, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) desempenha um papel essencial durante o TP, sendo responsável por identificar o momento adequado para iniciar os esforços expulsivos, apoiar a mulher na escolha da posição mais confortável, orientar os padrões respiratórios e decidir, conforme a situação clínica, entre o uso do puxo espontâneo (com glote aberta) ou do puxo dirigido (com glote fechada/manobra de Valsalva).

A evidência atual tende a privilegiar estratégias que respeitem o reflexo expulsivo fisiológico da mulher, uma vez que puxos prolongados e dirigidos podem comprometer a oxigenação materno-fetal, aumentar o trauma perineal e prolongar o período expulsivo (Barasinski, C., Debost-Legrand, A., & Vendittelli, F., 2020; Barasinski & Vendittelli, 2016). Apesar disso, a prática clínica mostra grande variabilidade e persistência de condutas baseadas mais em tradição do que em evidência (Yao et al., 2024).

Reconhecendo a importância de uma assistência centrada na fisiologia do parto e na promoção de uma experiência positiva para a mulher, é essencial reunir e organizar o conhecimento existente sobre as intervenções EESMO na orientação dos esforços expulsivos. No entanto, a literatura disponível encontra-se dispersa, muitas vezes

limitada a subgrupos específicos (por exemplo, mulheres com analgesia epidural) ou centrada em aspetos isolados (como a duração do segundo estágio do parto), o que dificulta a formulação de recomendações sólidas para a prática clínica.

Diante deste contexto, propõe-se a realização de uma *scoping review* no sentido de identificar e mapear as intervenções descritas na literatura, em que os EEESMO/parteiras orientam os esforços expulsivos maternos, englobando métodos de puxo espontâneo/tardio e puxo dirigido. O objetivo é também identificar lacunas na investigação sobre os efeitos materno-fetais, fatores como posição, analgesia e ambiente, além das competências necessárias para o enfermeiro especialista. Esta revisão pretende apoiar a criação de futuras diretrizes clínicas e formações baseadas em evidência para a prática no segundo estágio do TP.

Ao reunir e organizar a evidência científica mais recente, esta revisão pretende oferecer uma visão abrangente e atualizada do papel do EEESMO durante o período expulsivo, contribuindo para práticas mais seguras, humanizadas e alinhadas com a fisiologia do parto.

Objetivo

Mapear e analisar a evidência científica disponível sobre as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos.

Questão de investigação (formato PCC)

De forma a atingir o objetivo deste estudo, foi estruturada a seguinte questão de investigação: “Quais são as intervenções realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na orientação dos esforços expulsivos maternos?”. Esta questão foi formulada de acordo com a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), tendo como população os EEESMO/parteiras, como conceito as intervenções destes profissionais na orientação dos esforços expulsivos maternos, e como contexto o trabalho de parto, com especial enfoque na fase expulsiva.

Palavras-chave

esforços expulsivos maternos; trabalho de parto; enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica; parteiras.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram definidos com base na estratégia **PCC** (População, Conceito e Contexto):

População (P): Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO);

Conceito (C): Intervenções realizadas pelos EEESMO/parteiras na orientação dos esforços expulsivos maternos;

Contexto (C): Prestação de cuidados em saúde materna durante o segundo estágio do Trabalho de Parto (TP)

Tipo de fontes:

Serão considerados estudos publicados em bases de dados científicas, independentemente da metodologia utilizada (qualitativa, quantitativa ou mista), desde que relevantes para a questão de investigação. Serão igualmente incluídas fontes de literatura cinzenta, como documentos de opinião, relatórios institucionais ou dissertações académicas, mesmo que não estejam indexados em bases de dados, desde que contribuam para responder ao objetivo do estudo.

A revisão irá abranger publicações dos últimos cinco anos (2019–2024), garantindo a atualidade e relevância da evidência científica, tendo em conta as mudanças recentes nas práticas obstétricas e na valorização do parto fisiológico.

Serão incluídos estudos redigidos em português, inglês e espanhol, línguas compreendidas pela investigadora. Todos os estudos em outros idiomas serão excluídos.

Critérios de exclusão:

Serão excluídos estudos que:

Não envolvam EEESMO/parteiras como participantes principais;

Não abordem intervenções relacionadas com os esforços expulsivos;

Sejam publicados fora do intervalo temporal definido;

Estejam redigidos em idiomas diferentes dos definidos.

METODOLOGIA

Tipo de estudo:

De acordo com o propósito desta investigação; identificar e mapear a evidência científica relativa às intervenções do EEESMO/parteiras na orientação dos esforços expulsivos maternos; considerou-se a metodologia mais adequada a *scoping review*.

A *scoping review* é particularmente indicada quando se pretende obter uma visão abrangente de um domínio ainda pouco explorado, clarificando conceitos, delimitando fronteiras temáticas e evidenciando lacunas no conhecimento (Munn et al., 2018; JBI, 2020).

Segundo Peters et al. (2020), este tipo de revisão cumpre três objetivos principais, sendo eles: mapear toda a evidência disponível sobre uma área de investigação; identificar lacunas ou campos onde a produção científica é escassa e informar a necessidade (ou não) de revisões sistemáticas futuras mais focadas.

No presente trabalho, não se procura avaliar criticamente a qualidade metodológica de cada estudo para sintetizar a “melhor evidência”, mas sim reunir e descrever as intervenções que têm sido realizadas pelos EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos, incluindo tanto o método de puxo dirigido quanto o puxo espontâneo/tardio, no âmbito da promoção da fisiologia do parto (Munn et al., 2018).

A *scoping review* será conduzida segundo a metodologia recomendada por Joanna Briggs Institute (JBI, 2020), sendo esta uma ferramenta útil para profissionais de saúde e gestores, pois permite acesso rápido ao conjunto de evidências existentes sobre uma temática emergente; inclui todas as fontes pertinentes (independentemente do desenho ou qualidade), ampliando a compreensão do fenómeno; destaca lacunas que podem orientar futuras investigações ou o desenvolvimento de diretrizes clínicas e favorece a divulgação de resultados de modo a apoiar a tomada de decisão centrada na fisiologia do parto (Armstrong et al., 2011; Tricco et al., 2015, 2016).

Estratégia de pesquisa:

A estratégia de pesquisa desta *scoping review* foi delineada com o objetivo de identificar, de forma ampla e sistemática, a evidência científica disponível sobre a intervenção do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos, durante o segundo estágio do TP.

A revisão foi conduzida de acordo com as diretrizes metodológicas do Joanna Briggs

Institute (JBI, 2020), que propõe um processo estruturado em três etapas, com o objetivo de assegurar uma abordagem abrangente e transparente.

A primeira etapa deve ser uma pesquisa inicial limitada a pelo menos duas bases de dados científicas apropriadas e relevantes para o tema. A partir dessa pesquisa, devem ser identificados os descritores e termos indexados mais relevantes. Por fim, procede-se à pesquisa completa nas restantes bases de dados, utilizando os termos previamente selecionados.

Desta forma, realizou-se uma pesquisa piloto em duas bases centrais para a temática, PubMed, B-On e BVS, utilizando termos livres como EEESMO/*midwife*, *obstetric nurses*, esforços expulsivos/*expulsive efforts* e segundo estágio de TP/*second stage of labor*.

Na segunda fase, os termos mais frequentes encontrados nos títulos e resumos foram cruzados com os descritores validados nas plataformas DeCS/MeSH - Descritores em Ciências da Saúde (2024), permitindo padronizar a terminologia e aumentar a precisão dos resultados. Foram assim selecionados os seguintes descritores principais: “Enfermeiros Obstétricos/*Nurse Midwives*” e “Segunda fase do trabalho de parto/*Labor stage, second*”. Para complementar a pesquisa, foram ainda utilizados termos livres e construídas expressões booleanas com os operadores AND e OR, maximizando a sensibilidade e especificidade das pesquisas (University of Southern California Libraries, 2025; Gonçalves et al., 2021).

A equação de pesquisa geral foi: “((((midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushing)) OR ((expulsive contractions)) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labour) OR (intrapartum))))”

Esta equação será adaptada conforme a especificidade de cada base de dados. A pesquisa será realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed®, EBSCOhost® (MEDLINE Complete e Cochrane), SCOPUS®, RCAAP® e BVS®, podendo também ser realizada uma pesquisa complementar na Google académico, com o intuito de identificar literatura cinzenta relevante (como dissertações, relatórios ou artigos de opinião), bem como no repositório RCAAP, com o intuito de localizar dissertações académicas relevantes. Os filtros aplicados em cada uma das bases de dados utilizadas serão devidamente registados e organizados em formato de tabela.

Neste protocolo, é igualmente importante explicitar o período destinado à realização da pesquisa, assegurando a transparência e rigor metodológico da *scoping review*. Assim, prevê-se que a pesquisa bibliográfica decorra entre os meses de janeiro e fevereiro de 2025

Processo de seleção dos estudos:

A pesquisa inicial resultará num conjunto de artigos provenientes de cada base de dados científica consultada. Em seguida, será realizada a etapa de seleção desses artigos, considerando rigorosamente os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

O passo seguinte consistirá na seleção dos artigos identificados, tendo sempre como base os critérios de inclusão previamente definidos. Todos os artigos serão exportados para o software Mendeley®, com o objetivo de eliminar os registos duplicados. A seleção dos estudos será realizada em duas etapas distintas, de forma a garantir o rigor e a elegibilidade dos artigos. A primeira triagem será efetuada através da leitura e análise do título e do resumo de cada artigo, sendo excluídos aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão (JBI, 2020).

A segunda triagem abrangerá a leitura integral dos artigos, com avaliação detalhada da adequação à população, conceito e contexto definidos na *scoping review*. As razões para a exclusão dos estudos lidos serão devidamente registadas e relatadas nesta revisão. Ambas as etapas serão conduzidas de forma independente por dois revisores, sendo que, em caso de divergência, o consenso deverá ser obtido por discussão, com o envolvimento de um terceiro investigador.

Por fim, o processo de seleção dos estudos deverá ser criteriosamente documentado.

Extração e mapeamento dos dados

Após a seleção dos estudos relevantes para esta *scoping review*, deverá proceder-se à extração dos dados de forma independente, de forma a garantir a precisão e consistência na recolha das informações.

O instrumento de colheita de dados que será utilizado é uma adaptação do modelo sugerido pela JBI (2021), desenvolvido pela investigadora, e que poderá ser ajustado conforme as necessidades identificadas durante todo o processo de extração dos dados. Esse instrumento consiste numa tabela ou formulário para registrar as principais informações de cada publicação, com o objetivo de facilitar a análise posterior (Apêndice I).

Antes da aplicação em todos os artigos, o instrumento será submetido a uma fase piloto, na qual deverá ser validado por duas fontes independentes para garantir a extração correta e consistente dos dados relevantes. Esta etapa piloto deverá ser conduzida por pelo menos dois investigadores. Os dados recolhidos abrangerão informações detalhadas sobre os participantes, o conceito abordado, o contexto do estudo, a

metodologia utilizada e as principais conclusões pertinentes à questão de pesquisa.

Apresentação dos resultados

Nesta fase, será realizada a caracterização dos estudos incluídos nesta *scoping review*, assim como a exposição dos resultados obtidos. Os dados extraídos serão organizados e apresentados em tabelas, facilitando o mapeamento e a visualização clara das informações relevantes.

Além disso, será apresentado o fluxograma do processo de pesquisa e seleção dos estudos, elaborado com base nas diretrizes do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), conforme recomendado pelo JBI (2020). Esta abordagem sintetiza todas as etapas, desde a pesquisa inicial até a escolha final dos artigos incluídos na revisão.

Complementarmente ao fluxograma, será fornecida uma descrição narrativa detalhada de todo o processo de seleção dos estudos, incluindo informações específicas referentes a cada base de dados consultada.

Discussão dos resultados

Nesta etapa, será feita a comparação dos resultados obtidos na *scoping review* com o conhecimento teórico existente, conforme sugerido por Mendes et al. (2008). Serão identificadas as principais conclusões e as implicações práticas decorrentes dos resultados desta revisão. Além disso, este momento será oportuno para destacar possíveis lacunas no conhecimento atual, indicando áreas que necessitam de investigação futura para aprofundar o conhecimento sobre o papel do EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos.

Procedimentos éticos

A ética na investigação científica visa fundamentalmente maximizar os benefícios e minimizar quaisquer prejuízos durante todo o processo de investigação. Nesta revisão, serão rigorosamente observados os princípios éticos aplicáveis à pesquisa, garantindo transparência e respeito aos direitos envolvidos. Igualmente, será declarado de forma clara que não existem conflitos de interesse que possam comprometer a condução ou os resultados desta *scoping review*, assegurando a integridade e a credibilidade do estudo.

Referências

Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J., & Waters, E. (2011). Cochrane update “Scoping the scope” of a cochrane review. *Journal of Public Health*, 33(1), p. 147-150.

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBIMES manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>

Barasinski, C., Debost-Legrand, 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, 102843. <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>

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS/Mesh. (2024). *São Paulo*. <https://decs.bvsalud.org/>

Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P., & Marques, C. G. (2021). *Manual de investigação qualitativa: Conceção, análise e aplicações*. Pactor.

Joanna Briggs Institute. (2020). *JBIMES manual for evidence synthesis* (Edition). jbi.global.

Munn, Z., Peters, M., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

Peters, M. D., Godfrey, C. M., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version)*. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), **JBIMES**

Manual for Evidence Synthesis. Joanna Briggs Institute.

<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Tricco, A. C., Antony, J., Zarin, W., Striffler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., ... & Straus, S. E. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC Medicine*, 13, 224.

<https://doi.org/10.1186/s12916-015-0465-6>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Kastner, M., ... & Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews.

BMC Medical Research Methodology, 16(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>

University of Southern California Libraries. (2025). *Boolean Searching*. In *Searching Solutions: Boolean Searching*. USC Libraries.

Yao, J., Roth, H., Anderson, D., Lu, H., Rong, H., & Baird, K. (2024a). *The experience of spontaneous pushing during labor among Chinese women: A cross sectional questionnaire survey*. *Women and Children Nursing*, 2(4), 84–89.

<https://doi.org/10.1016/j.wcn.2024.12.001>

Apêndice do Protocolo *Scoping review*

Apêndice I – Instrumento de recolha de Dados

1. INFORMAÇÕES GERAIS	
Data de extração dos dados: 19/01/2025	
2. DETALHES DA REVISÃO SCOPING	
Título: “O EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos: uma revisão <i>scoping</i>”. Objetivo: Mapear as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos. Questão de investigação: “Quais são as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos?” Critérios de inclusão/exclusão: População: EEESMO Conceito: Intervenção do EEESMO Contexto: Esforços expulsivos maternos	
3. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO:	
Título	
Autores	
Ano (publicação)	
País (origem)	
Tipo de Estudo	
Objetivo(s)	
Palavras-chave	
População em estudo	
Amostra	
Contexto	
Conceitos	
Metodologia	
Resultados	
Conclusões	
Implicações para a prática	

Apêndice IV – Estratégia de Pesquisa

Estratégia de Pesquisa utilizada na PubMed, no dia 19/01/2025

PESQUISA	FILTROS	RESULTADOS
#5	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushy) OR (expulsive against the pain) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labor) OR (intrapartum)) Filtros: Texto completo gratuito, Inglês, Português, Espanhol, Humanos, de 2019 a 2024	1506
#4	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushy) OR (expulsive against the pain) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labor) OR (intrapartum)) Filtros: Texto completo gratuito, Inglês, Português, Espanhol, de 2019 a 2024	2253
#3	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushy) OR (expulsive against the pain) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labor) OR (intrapartum)) Filtros: Texto completo gratuito, de 2019 a 2024	2260
#2	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushy) OR (expulsive against the pain) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labor) OR (intrapartum)) Filtros: de 2019 a 2024	3724
#1	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushy) OR (expulsive against the pain) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labor) OR (intrapartum))	11900

PESQUISA	FILTROS	RESULTADOS
#4	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushing) OR (expulsive contractions) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labour) OR (intrapartum)) Filtros: Todos os campos; Texto integral; Data de publicação: 01/01/2019-31/12/2024; Idioma: Inglês, Português, Espanhol.	2 465
#3	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushing) OR (expulsive contractions) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labour) OR (intrapartum)) Filtros: Todos os campos; Texto integral; Data de publicação: 01/01/2019-31/12/2024.	5 788
#2	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushing) OR (expulsive contractions) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labour) OR (intrapartum)) Filtros: Todos os campos; Texto integral.	13 894
#1	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushing) OR (expulsive contractions) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labour) OR (intrapartum)) Filtros: Todos os campos.	230 699

Estratégia de Pesquisa utilizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS®), no dia 27/01/2025

PESQUISA	FILTROS	RESULTADOS
#4	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses) AND (intervention) AND (expulsive efforts) OR (expulsive force) OR (intrapartum) (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses) AND (intervention) AND (expulsive efforts) OR (expulsive force) OR (intrapartum) Filtros: Título, resumo, assunto, texto completo, Inglês, Português, Espanhol, de 2019 a 2024.	151
#3	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses) AND (intervention) AND (expulsive efforts) OR (expulsive force) OR (intrapartum) (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses) AND (intervention) AND (expulsive efforts) OR (expulsive force) OR (intrapartum) Filtros: Título, resumo, assunto, texto completo, Inglês, Português, Espanhol.	347
#2	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses) AND (intervention) AND (expulsive efforts) OR (expulsive force) OR (intrapartum) (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses) AND (intervention) AND (expulsive efforts) OR (expulsive force) OR (intrapartum) Filtros: Título, resumo, assunto, texto completo.	362
#1	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses) AND (intervention) AND (expulsive efforts) OR (expulsive force) OR (intrapartum) (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses) AND (intervention) AND (expulsive efforts) OR (expulsive force) OR (intrapartum) Filtros: Título, resumo, assunto	480

PESQUISA	FILTROS	RESULTADOS
#3	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushing) OR (expulsive contractions) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labour) OR (intrapartum)) Filtros: Data de publicação: 2019-2024, Idioma: Inglês, Português, Espanhol.	14
#2	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushing) OR (expulsive contractions) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labour) OR (intrapartum)) Filtros: Data de publicação: 2019-2024.	15
#1	Pesquisar: (midwi*) OR (nurse midwi*) OR (obstetric nurses)) AND ((intervention) OR (action) OR (role)) AND ((expulsive efforts) OR (pushing) OR (expulsive contractions) OR (bearing-down reflex) OR (expulsive force)) AND ((second stage) OR (second period)) AND ((labour) OR (intrapartum)) Filtros: Todos os campos.	37

Apêndice V – Instrumento de recolha de Dados

4. INFORMAÇÕES GERAIS	
Data de extração dos dados: 19/01/2025	
5. DETALHES DA REVISÃO SCOPING	
Título: “O EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos: uma revisão <i>scoping</i> ”.	
Objetivo: Mapear as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos.	
Questão de investigação: “Quais são as intervenções realizadas pelo EEESMO na orientação dos esforços expulsivos maternos?”	
Critérios de inclusão/exclusão:	
População: EEESMO	
Conceito: Intervenção do EEESMO	
Contexto: Esforços expulsivos maternos	
6. CARATERÍSTICAS DO ESTUDO:	
Título	
Autores	
Ano (publicação)	
País (origem)	
Tipo de Estudo	
Objetivo(s)	
Palavras-chave	
População em estudo	
Amostra	
Contexto	
Conceitos	
Metodologia	
Resultados	
Conclusões	
Implicações para a prática	