

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

Relatório de Estágio

**A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro  
obstetra**

**Cátia Alexandra Raposo Miranda Correia Antunes**

**Lisboa  
2019**



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

Relatório de Estágio

**A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro  
obstetra**

**Cátia Alexandra Raposo Miranda Correia Antunes**

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Maria Teresa Santana Félix

**Lisboa  
2019**



***“Birth is an involuntary process, and, as such,  
cannot be managed”***

(Sutton, 2001 citado por Byrom & Downe, 2008, p.168)

## AGRADECIMENTOS

À minha docente orientadora **Maria Teresa Félix** por todo o apoio, disponibilidade e por possibilitar o desenvolvimento de competências e pensamento reflexivo e crítico, numa procura contínua de excelência.

À musicoterapeuta **Eduarda Carvalho** pela disponibilidade e por fazer parte do desenvolvimento desta temática.

Aos meus **pais** pelo apoio incondicional, pelo incentivo permanente, pelo amor e por terem sempre uma palavra de conforto nas fases mais difíceis deste percurso formativo.

À minha **filha Matilde** por ser quem me motiva a procurar a excelência e pelo AMOR incondicional, mesmo nos meus momentos de ausência.

À minha **melhor amiga Marilyne Mateus** que me incentivou a seguir este percurso formativo, que me apoiou e partilhou comigo todos os momentos difíceis. Obrigada pelo teu incentivo, pelo apoio contínuo, pela escuta, pelos almoços e por estares sempre presente.

Às **novas amigas que o CMESMO proporcionou...** Joana Sebastião, Catarina Prudente, Marília Noro e Marilyn Lopes.

A todas **as docentes deste CMESMO** pelas aprendizagens proporcionadas e por permitirem o desenvolvimento de um pensamento reflexivo.

A todos os **profissionais de saúde** com quem me cruzei ao longo desta caminhada e que contribuíram para o meu processo formativo. Em especial à **EEESMO Goretti Silva** e **EEESMO Flora Monteiro** pela orientação e por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionaram.

Acima de tudo, a **todos os casais e famílias** que com as suas experiências de gravidez e parto, se mostraram sempre disponíveis para me enriquecer enquanto profissional e pessoa.

A todos **muito Obrigado...**

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

**ABCF** – Auscultação dos Batimentos Cardio-fetais

**ACNM** – *American College of Nurse-Midwives*

**ACOG** – *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

**AE** – Aborto espontâneo

**AM** – Aleitamento Materno

**APEO** – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

**APPT** – Ameaça de parto pré-parto

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

**BP** – Bloco de Partos

**BSG** – Boletim de Saúde da Grávida

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

**CPNP** – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

**CS** – Convivente significativo

**CTCU** – Clampagem tardia do cordão umbilical

**CTG** – Cardiotocográfica(o) ou Cardiotocografia

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EC** – Ensino Clínico

**EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**ER** – Estágio com Relatório

**FCF** – Frequência cárdio-fetal

**GND** – Gravidez Não Desejada

**HUA** – Hemorragia uterina anormal

**ICM** – *International Confederation of Midwives*

**IG** – Idade gestacional

**IO** – Índice Obstétrico

**ITP** – Indução de trabalho de parto

**IVG** – Interrupção Voluntária da Gravidez

**JBI** – *Joanna Briggs Institute*

**LA** – Líquido amniótico

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PBE** – Prática baseada na evidência

**PCC** – População Conceito e Contexto

**PP** – Plano de Parto

**RCM** – *The Royal College of Midwives*

**RN** – Recém-nascido

**RPM** – Ruptura Prematura de Membranas

**SR** – *Scoping Review*

**STFF** – Síndrome de Transfusão Feto-Fetal

**STM** – Sistema de Triagem de Manchester

**SUOG** – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

**TP** – Trabalho de Parto

**UC** – Unidade Curricular

**UNICEF** - United Nations Children's Fund

## RESUMO

O presente relatório tem como principal finalidade espelhar o nosso percurso de aprendizagem e apresentar a análise crítica das competências comuns e especializadas desenvolvidas no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. A assistência do EEESMO à parturiente/família deve assentar no pressuposto que o nascimento é um processo fisiológico. Assim, este relatório tem como objetivo enquadrar a evidência científica acerca do uso da vocalização da parturiente no primeiro e segundo estádios do trabalho de parto, impondo a necessidade de reflexão acerca da inclusão desta temática na prestação de cuidados diária do EEESMO. O referencial teórico escolhido como norteador dos cuidados e que permitiu a aquisição e desenvolvimento das referidas competências, foi a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991). As opções metodológicas deste relatório tiveram por base a prática baseada na evidência e, assentaram numa *Scoping Review* segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (2017) onde se pretendeu mapear a evidência científica relevante acerca da temática. A questão de pesquisa foi: **“Quais os efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estádios do TP, para o cuidar a parturiente nos locais de nascimento?”**.

No decurso do Estágio com Relatório foi elaborado e implementado um instrumento de interação da prática de cuidados a 66 parturientes. Após a análise de conteúdo e análise estatística descritiva dos registos emergiram categorias e subcategorias para o primeiro e segundo estádios do trabalho de parto (Bardin, 2016). Após a análise dos resultados obtidos foi evidente que a vocalização da parturiente proporciona uma melhor capacidade de gestão da dor, das emoções e sentimentos, aumenta a taxa de partos eutócicos, diminui o risco de trauma perineal e génito-urinário e, ainda, melhora os *outcomes* neonatais. Efetivamente, a vocalização da parturiente é promotora do processo fisiológico de nascimento e, simultaneamente permite que a parturiente e convivente significativo se tornem parceiros ativos no seu processo de cuidar aumentando, assim, os seus índices de satisfação com a experiência de parto.

**Palavras-chave:** vocalização, parturiente, cuidar, primeiro e segundo estádios de trabalho de parto.

## **ABSTRACT**

The main purpose of this report is to mirror our learning path and to present the critical analysis of the common and specialized skills developed within the Report Curricular Unit, inserted in the 8th Master Course in Maternal and Obstetrics Nursing. The assistance of midwives to the parturient/family should be based on the assumption that birth is a physiological process. Thus, this report aims to frame the scientific evidence about the use of parturient vocalization in the first and second stages of labor, imposing the need for reflection on the inclusion of this theme in the daily care of midwives. The theoretical framework chosen as the guiding care that allowed the acquisition and development of these competences was Kristen Swanson's Theory of Caring (1991). The methodological options of this report were based on evidence-based practice and were based on a Scoping Review according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute (2017) where it was intended to map relevant scientific evidence on the subject. The research question was: "**What are the effects of vocalization during the 1st and 2nd stages of labor to care for the parturient woman at the birthplace?**".

During the Internship with Report, an instrument of interaction of care practice for 66 parturients was elaborated and implemented. After content analysis and descriptive statistical analysis of the records, categories and subcategories emerged for the first and second stages of labor (Bardin, 2016). After analyzing the results, it was evident that the vocalization of the parturient provides a better ability to manage pain, emotions and feelings, increases the rate of eutocic deliveries, decreases the risk of perineal and genitourinary trauma, and improves neonatal outcomes. Effectively, the vocalization of the parturient is a promoter of the physiological process of birth and, at the same time, allows the parturient and family to become active partners in their care process, thus increasing their satisfaction rates with the experience of childbirth.

**Keywords:** vocalization, parturient, caring, first and second stages of labor.



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL</b> .....	<b>18</b>
1.1 Teoria do Cuidar de <i>Kristen Swanson</i> .....	19
1.2 A vocalização da parturiente .....	21
<b>2. OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b> .....	<b>27</b>
2.1 <i>Scoping Review</i> .....	27
2.1.1 Objetivos e questão de pesquisa .....	28
2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão .....	29
2.1.3 Estratégia de pesquisa .....	30
2.1.4 Resultados da pesquisa .....	32
2.2 Prática Baseada na Evidência: do Pensamento à Ação .....	34
2.3 Análise Conteúdo .....	36
2.4 Considerações Éticas .....	37
<b>3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA</b> .....	<b>39</b>
3.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional e pré-natal .....	40
3.2 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto .....	46
3.2.1 Resultados da prática baseada na evidência: a vocalização da parturiente no 1º e 2º estádios do TP .....	65
3.3 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal .....	75
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>77</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>79</b>

## **ANEXOS**

**Anexo I** – Certificado da participação *1º Congresso 25 anos de Enfermagem – Contextos e Desafios*

**Anexo II** – Certificado de Menção Honrosa atribuído ao póster apresentado no *1º Congresso 25 anos de Enfermagem – Contextos e Desafios*

**Anexo III** – Declaração de participação no Curso de Preparação para o Nascimento e Parto inserido no projeto *Escola de Pais*

**Anexo IV** – Certificado da participação “*III Congresso Internacional de saúde Pública do Delta do Parnaíba*”

## **APÊNDICES**

**Apêndice 1:** Termos de Pesquisa *CINAHL, MedLine e Cochrane Database Systemic Reviews*

**Apêndice 2:** Estudos incluídos na SR em função do ano publicação

**Apêndice 3:** Estudos incluídos na SR em função do desenho do estudo

**Apêndice 4:** Extração de dados de acordo com *JBI QARI (2015)* e segundo os tipos de estudo

**Apêndice 5:** Síntese dos artigos da SR

**Apêndice 6:** Método de Análise de Conteúdo dos registos de interação

**Apêndice 7:** Instrumento de registo de interação de cuidados

**Apêndice 8:** Caracterização do contexto do Ensino Clínico Estágio com Relatório

**Apêndice 9:** Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos saúde/doença ginecológica

**Apêndice 10:** Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar o período pré-concepcional

**Apêndice 11:** Sessão de Formação em Serviço subordinada ao tema, realizada em contexto de Estágio com Relatório

**Apêndice 12:** Poster elaborado para “*1º Congresso 25 anos de Enfermagem – Contextos e Desafios*”

**Apêndice 13:** Artigo para o E-book do “*1º Congresso 25 anos de Enfermagem – Contextos e Desafios*”

**Apêndice 14:** Planejamento da sessão de formação realizada no âmbito do Estágio com Relatório no contexto do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade inserida no *Projeto Escola de Pais*

**Apêndice 15:** Sessão de Formação realizada nos contextos dos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

**Apêndice 16:** Poster elaborado para “*III Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba*”

**Apêndice 17:** Artigo para E-book do “*III Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba*”

## **ÍNDICE DE QUADROS**

**Quadro nº 1:** Critérios de inclusão e exclusão.....29

**Quadro nº 2:** Síntese da Estrutura da Análise de conteúdo dos registos de interação de cuidados.....69

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Recurso à vocalização no 1º estágio de TP.....	69
<b>Gráfico 2</b> – Recurso à vocalização no 2º estágio de TP.....	71
<b>Gráfico 3</b> – Recurso à vocalização e trauma perineal.....	73
<b>Gráfico 4</b> – Recurso à manobra de valsava e trauma perineal.....	73

## ÍNDICE DE ESQUEMAS

<b>Esquema nº 1:</b> Teoria do Cuidar de <i>Kristen Swanson</i> (1991).....	20
<b>Esquema nº 2:</b> Mnemónica População, Conceito e Contexto.....	28
<b>Esquema nº 3:</b> <i>PRISMA Flow Diagram</i> da SR.....	31

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio pretende espelhar o nosso percurso formativo na Unidade curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), integrado no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estando sujeito a apresentação e discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. O ER decorreu no período de 5 de março a 13 de julho de 2018, com carga horária de 500 horas, no serviço de Bloco de partos (BP) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

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

No sentido do aprofundamento de conhecimentos, aquisição de competências especializadas e desenvolvimento de um pensamento reflexivo e crítico, delineámos os seguintes objetivos tendo como base o Projeto de Estágio desenvolvido na UC Opção e o Regulamento de Competências do EEESMO (OE, 2010):

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, a vivenciar **processos de saúde/doença do foro ginecológico**;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o **período pré-concepcional e pré-natal**, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, com o objetivo de promover o bem-estar materno-fetal;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o **trabalho de parto** (TP), promovendo um

ambiente seguro de forma a otimizar a saúde da parturiente e recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extrauterina;

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o **período pós-natal**, promovendo e apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Tivemos também como enfoque dar resposta ao projeto iniciado na UC Opção que tinha como objetivo desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher e seu convivente significativo (CS) no **uso da vocalização da parturiente durante o 1º e 2º estádios do TP**, enquanto um cuidado de enfermagem obstétrica promotor do processo fisiológico do TP.

A presente temática surgiu como um desafio lançado pela professora orientadora do presente relatório por ser uma temática inovadora e pertinente para a melhoria dos cuidados prestados pelo EEESMO. Aliou-se a nossa experiência profissional, enquanto enfermeira de cuidados gerais a trabalhar num serviço de internamento de puerpério, um dos nossos focos de atenção passa por conhecer a experiência de parto de cada parturiente, e um dos aspetos mais mencionados como negativo diz respeito à sua necessidade de vocalizar durante o TP. Da mesma forma, enquanto mãe sentimos necessidade de vocalizar durante o TP, contudo, optámos por não o fazer por considerarmos que seria uma conduta pouco aceitável numa sala de partos. Assim, pretendemos aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no sentido de dar voz às parturientes, no 1º e 2º estádios do TP, de forma a quebrar todos os mitos e preconceitos associados a esta técnica respiratória.

Com o objetivo de desenvolver e implementar este projeto, norteámos a prática de cuidados com base na Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson* (1991). O principal enfoque desta teoria é o cuidar o outro numa relação de parceria e envolvimento, assim, integrámos a Teoria do Cuidar (Swanson, 1991) na prática de cuidados, onde procurámos trabalhar em parceria com as mulheres/CS/família numa relação de confiança e respeito pelos seus direitos, preferências e bem-estar.

Com este relatório pretendemos desenvolver competências no âmbito do grau de Mestre no que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de análise, pesquisa e mobilização da evidência científica nos diversos contextos da prática clínica, contribuindo para a criação de nova evidência científica pertinente e atual, bem como para a tomada de decisão fundamentada em situações novas e complexas. Assim, a opção metodológica



escolhida foi a *Scoping Review (SR)* segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute (JBI, 2017)* que permitiu o mapeamento da evidência científica acerca da temática em estudo. A questão de pesquisa que serviu de orientação para esta *SR* foi: **“Quais os efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estádios do TP, para o cuidar a parturiente nos locais de nascimento?”**.

O presente trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos, o primeiro apresenta o enquadramento teórico, onde se abordam os conceitos, a evidência científica disponível acerca da temática em estudo e o modelo conceptual da Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson (1991)*. De seguida, o capítulo dois apresenta as opções metodológicas para o desenvolvimento de competências do EEESMO baseada numa *SR*, na prática baseada na evidência, na análise de conteúdo e análise estatística descritiva dos registos decorrentes da prática de cuidados às parturientes e nas considerações éticas. O terceiro capítulo tem enfoque na descrição de todo o percurso de aquisição de competências de EEESMO e do grau de Mestre ao longo de todo o CMESMO, através de uma análise reflexiva e crítica das aprendizagens adquiridas no ER. De seguida encontram-se as considerações finais, onde realizamos uma breve reflexão acerca das limitações e dos contributos deste relatório de estágio no nosso desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para a melhoria da qualidade de cuidados prestados à mulher/recém-nascido (RN) e sua família. Terminamos este relatório com a apresentação das referências bibliográficas.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL**

Para uma experiência de parto positiva para a mulher/CS é importante que se “humanize o parto” e, se torne a mulher/CS os principais atores do processo de cuidados. É nesta linha de pensamento, que o EEESMO deve intervir prestando cuidados especializados, com qualidade, individualizados e culturalmente sensíveis. Uma das prioridades do EEESMO passa por rever as práticas de cuidados e melhorar a qualidade dos cuidados prestados às parturientes/CS (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2009), com o intuito de estas vivenciarem experiências de parto normal, positivas e saudáveis. Com a implementação da temática em estudo, pretendemos capacitar a mulher para confiar no seu corpo e potencializar a fisiologia do TP através da vocalização no 1º e 2º estádios do TP.

Antes de introduzir os subcapítulos seguintes, consideramos essencial refletir sobre os principais conceitos apresentados neste trabalho: a vocalização, a parturiente e os cuidados de enfermagem obstétrica. Assim, a **vocalização** diz respeito ao recurso à técnica respiratória de glote aberta, com ênfase na expiração prolongada e com fonação das vogais “A” ou “O” (Leboyer, 2006). A **parturiente** é outro conceito chave deste trabalho, sendo definida como a mulher grávida que se encontra em TP e entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem prestados, tendo sido analisada numa perspetiva individual como um todo e como um ser de relação com o ambiente em que vive e se desenvolve (Regulamento n.º 391/2019). Por último, no que concerne aos **cuidados de enfermagem obstétrica**, estes dizem respeito a todas as intervenções especializadas, autónomas ou interdependentes, prestadas pelo EEESMO, e que dão resposta a processos fisiológicos e processos de vida normais do ciclo reprodutivo da mulher, bem como as que estão envolvidas em processos patológicos e processos de vida disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 391/2019). Consideramos, ainda, importante ressaltar que ao longo de todo o relatório iremos referir-nos ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia como EEESMO, tendo usado a designação enfermeiro obstetra apenas no título do trabalho com o objetivo de facilitar a leitura e compreensão do mesmo e, por ser um termo utilizado internacionalmente como descritor em saúde.

De seguida, iremos apresentar o modelo teórico que foi orientador do desenvolvimento das competências especializadas em saúde materna e obstetrícia e, por último, a evidência científica relacionada com a temática em estudo.

### **1.1 Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson***

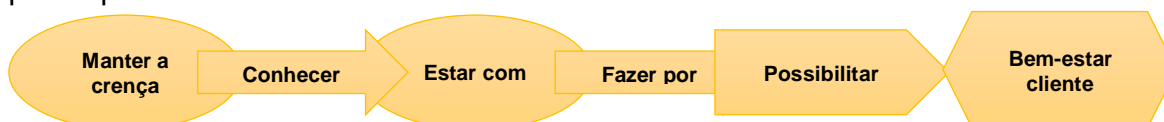
No desenvolvimento e implementação deste projeto, norteámos a prática de cuidados com base na Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991), para esta teórica o cuidar é definido como uma forma de se relacionar e crescer com o outro significativo, com o qual desenvolvemos um sentimento de envolvimento e responsabilidade. Uma vez que o principal enfoque desta teoria é o cuidar o outro numa relação de parceria e envolvimento, sentimos que a Teoria de Cuidar deveria orientar o nosso processo formativo ao longo do CMESMO, pois um dos nossos objetivos centrava-se no desenvolvimento de uma relação de parceria com as mulheres/CS/família, alicerçada numa relação de confiança e respeito pelos seus direitos e preferências.

Analisando cada conceito do metaparadigma, segundo Swanson (1991), a **pessoa** é entendida como um ser único inserido num processo de transformação e cuja totalidade se manifesta através de pensamentos, sentimentos e comportamentos, sendo determinada pelo meio que a rodeia e sobre o qual exerce a sua ação e, ainda é um ser com herança genética e livre arbítrio. No presente relatório, a pessoa assume-se pelas seguintes designações: a mulher – no que se refere à destinatária dos cuidados de enfermagem ao longo do seus processos de saúde/doença do foro ginecológico e do seu ciclo de vida reprodutivo; a grávida – como sendo a mulher que se encontra a vivenciar o período pré-natal; a parturiente – a mulher grávida que se encontrar a vivenciar os quatro estádios do TP e, ainda, a puérpera – sendo a mulher que vivencia o período pós-natal. O **ambiente** é determinado por qualquer contexto que influencia e é influenciado pela pessoa, podendo ser considerados os seguintes tipos de influências: culturais, políticas, económicas, sociais, biológicas, psicológicas e sociais. 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. Por último surge o conceito de

**cuidado de enfermagem** – como uma intervenção terapêutica e um conjunto de comportamentos presentes no ato de cuidar.

O cuidar, segundo a Teoria de Swanson (1991) é o pilar que alicerça a prática de cuidados de enfermagem, constituindo-se como um processo onde se integram cinco processos de cuidar que culminam na promoção do bem-estar do cliente, sendo estes o conhecer, o estar com, o fazer por, o possibilitar e o manter a crença. Analisando cada um dos processos de cuidar (Swanson, 1991), no que se refere ao conhecer o outro, o enfermeiro deve esforçar-se por 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 intuito de compreender a realidade e envolver-se efetivamente com o outro no seu processo de cuidar. O estar com remete para o estar emocionalmente presente para o outro, através de uma disponibilidade contínua com partilha de sentimentos, seguindo uma conduta responsável no sentido de caminhar cautelosamente através do conhecimento. No que diz respeito ao fazer por o enfermeiro deve fazer pelo outro tudo aquilo que ele seria capaz de fazer sozinho, se isso lhe fosse possível. Neste 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 advogar por ele, nesse momento de maior vulnerabilidade. Relativamente ao possibilitar, este processo implica facilitar a passagem do outro através das suas transições de vida e acontecimentos desconhecidos. O enfermeiro que possibilita é aquele que usa 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 vislumbrar alternativas. Por último, o processo de cuidar relativo a manter a crença sustenta-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, favorecendo a autoestima e mantendo uma atitude de esperança, com o intuito de o ajudar a encontrar sentido e, acompanhando-o ao longo de todo este percurso.

Assim, a autora desta Teoria apresenta o seguinte esquema explicativo dos cinco pressupostos de cuidar.



Esquema nº 1 – Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991)

Transpondo a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991) para a temática em estudo, pretendemos aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, enquanto futura EEESMO, que nos permitissem: manter a crença através da ajuda e de elogios às capacidades das parturientes/CS, fazendo-os acreditar nas suas próprias competências e aptidões inatas e instintivas para a vocalização no 1º e 2º estádios do TP; conhecer a parturiente/CS, o seu envolvimento e expectativas no processo de cuidar perante o uso da vocalização no 1º e 2º estádios do TP; estar com a parturiente/CS demonstrando disponibilidade e estando presente durante todo o TP, promovendo e orientando a vocalização; fazer por no sentido de promover intervenções que permitissem o bem-estar materno e, sempre que necessário, substituindo transitoriamente a parturiente na identificação e preparação da contração no 1º estágio do TP, de forma a iniciar a vocalização e, no 2º estágio do TP aconselhar a mulher a apenas realizar esforços expulsivos quando sentisse necessidade de o fazer, independentemente de já ter dilatação completa, e orientando-a a seguir os seus instintos naturais no período expulsivo; por último pretendemos possibilitar o uso da vocalização e técnicas respiratórias de glote aberta, criando um ambiente de segurança, privacidade e confiança. De seguida, iremos apresentar a evidência científica acerca do uso da vocalização da parturiente no 1º e 2º estádios do TP, incidindo nos seus *outcomes* maternos e neonatais.

## **1.2 A vocalização da parturiente**

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) definiu como uma das suas prioridades a promoção de uma experiência de parto positiva, definindo-a como um momento único e que preenche ou excede as expectativas maternas, onde as suas crenças e valores são respeitados e, que culmina com o nascimento de um RN saudável. Contudo, isto apenas é possível com a promoção de um ambiente clínico e psicologicamente seguro, dotado de profissionais de saúde competentes e da presença/participação permanente do seu CS (OMS, 2018). Esta prioridade foi desenvolvida com base na premissa de que grande parte das mulheres pretende um parto normal, bem como gostariam de ter um papel ativo na sua experiência de parto, sendo envolvidas em todas as tomadas de decisão (OMS, 2018).

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

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

A vocalização da parturiente durante o 1º e 2º estádios do TP é considerada uma prática promotora da fisiologia do parto normal e de uma experiência positiva e gratificante para a parturiente/CS. Assim, procurámos iniciar este percurso formativo através da pesquisa de evidência científica sobre a temática em várias bases de dados, na literatura cinzenta e em obras de diversos autores, tendo-se constatado que existe uma lacuna de evidência sobre o tema.

O obstetra Frédérick Leboyer (2006) publicou uma obra intitulada *The art of giving birth: with chanting, breathing and movement*, na qual reforça que as mulheres em TP não devem ser ensinadas a respirar, mas sim a deixar a respiração e a vocalização surgir de modo natural e instintivo. O autor chega mesmo a explorar os diferentes tipos de respiração que são ensinados às mulheres nos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade (CPNP). Assim, um dos métodos respiratórios é descrito como uma respiração rápida e superficial, em que se aconselha as parturientes a recorrerem a esta respiração quando sentem vontade de iniciar esforços expulsivos, mas ainda não apresentam dilatação completa, contudo segundo Leboyer (2006) este tipo respiratório apenas deve ser utilizado por um curto período de tempo e apenas na fase final do período expulsivo, de forma a minimizar o risco de lesão perineal. Outro tipo respiratório descrito por Leboyer (2006) refere-se à manobra de valsava ou técnica respiratória de glote fechada, muito aconselhada pelos profissionais de saúde no 2º estágio do TP (na qual se solicita à parturiente para inspirar profundamente e, sem expirar, realizar os esforços expulsivos durante o maior período de tempo possível) como uma técnica desaconselhada e que apenas conduz a um aumento do cansaço e dos níveis de ansiedade da parturiente. Por fim, a técnica de respiração circular ensinada às mulheres como uma respiração torácica profunda a utilizar durante as contrações no 1º estágio do TP, pode conduzir a um aumento da ansiedade e ao reviver de sentimentos negativos pelo facto de condicionar a mulher a um mecanismo de *rebirthing*, no qual o seu subconsciente pode reviver a sua própria experiência de parto (Leboyer, 2006). Assim, Leboyer (2006) reforça que a respiração durante o TP deve ocorrer de forma instintiva por

parte da parturiente, permitindo-lhe respirar lentamente e de forma regular pelo máximo tempo possível, acompanhando a expiração de vocalizações com recurso às vogais “A” e “O”, dando ênfase à expiração e não à inspiração. Nesta sua obra, Leboyer (2006) reforça que existe uma relação entre a vocalização da parturiente no TP e a capacidade de dilatação completa do cérvix, de forma harmoniosa e com menor sensação de dor durante as contrações uterinas.

Indo ao encontro desta ideia, o obstetra Michel Odent (2008) na conferência *Parto e Nascimento no mundo contemporâneo* proferida no *Seminário Belo Horizonte pelo Parto Normal*, afirma que é crucial redescobrir as necessidades básicas da parturiente e do RN, afirmando que a prioridade de hoje é “mamiferizar o parto”, permitindo às parturientes atender aos seus instintos, respeitando a fisiologia do TP e a sua capacidade em parir de forma natural sem interferência dos profissionais de saúde. Odent (2008) chega a exemplificar que nenhum outro mamífero é condicionado nas suas respostas fisiológicas, sendo que estes emitem vocalizações instintivas e facilitadores da fisiologia do TP.

Uma das parteiras impulsionadora do uso da vocalização no cuidar as parturientes, foi Ina May Gaskin (2008) que no seu livro *Ina May's Guide To Childbirth* formula a Lei do Esfíncter, onde apresenta as seguintes premissas: 1) o ânus, o cérvix e a vagina são esfíncteres que apenas funcionam na sua plenitude em ambientes de intimidade e privacidade; 2) Estes esfíncteres não são passíveis de serem abertos mediante ordens verbais de comando; 3) Quando um esfíncter se encontra em processo de abertura, este pode subitamente ser encerrado se a pessoa demonstrar sentimentos de ansiedade, medo, humilhação, uma vez que elevados níveis de adrenalina na corrente sanguínea não favorecem a abertura e relaxamento dos esfíncteres; 4) o estado de relaxamento da boca e mandíbula, conseguida através de técnicas de vocalização, encontra-se diretamente relacionado com a habilidade para a abertura completa do cérvix, vagina e ânus (Gaskin, 2008).

Na mesma linha de pensamento, as autoras Calais-Germain e Germain (2013) no seu livro *Anatomia para la Voz* reforçam a analogia entre as pregas vocais e os músculos do pavimento pélvico, indo ao encontro da Lei do Esfíncter acima descrita.

O autor Dick-Read (2013) na sua obra intitulada de *Childbirth Without Fear* volta a reforçar a importância da vocalização no 2º estágio do TP, afirmando que a vocalização é fisiológica e permite a diminuição da pressão intra-abdominal, através da elevação

gradual do diafragma pela expiração, o que irá permitir o relaxamento dos músculos torácicos e a diminuição da sensação de dor.

A parteira Barbara Harper (2016) defende a vocalização instintiva e natural em todo o TP, como um mecanismo fisiológico e potenciador do parto normal. E, ainda, o obstetra Stuart Fischbein, na conferência *Nascer em Amor* realizada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa em 2018, abordou a importância de tornar o parto um momento natural e incentivar as mulheres a escutar e a dar resposta aos seus instintos fisiológicos, como é exemplo a vocalização.

Analisando os resultados obtidos relativos à evidência científica referente à temática em estudo, identificámos que existe uma lacuna na evidência científica disponível quanto aos benefícios da utilização da vocalização no 1º estágio do TP. Contudo, ao explorarmos as obras dos autores acima mencionados foi evidente que existe a referência ao uso da vocalização da parturiente, presente nos seus relatos de experiências de parto, sendo considerada um mecanismo favorecedor do TP. Assim, as vantagens do **uso da vocalização no 1º estágio do TP** descritas são:

- Promoção do bem-estar da parturiente e aumento do seu nível de satisfação com a experiência de parto (Leboyer, 2006; Odent, 2008; Carvalho & Rodrigues, 2016; Harper, 2016; Fischein, 2018);
- Diminuição da sensação de fadiga materna (Leboyer, 2006; Carvalho & Rodrigues, 2016);
- Promoção da sensação de relaxamento e concentração durante as contrações uterinas (Carvalho & Rodrigues, 2016).

O recurso às **técnicas respiratórias de vocalização da parturiente no 2º estágio do TP** deve ser promovido pelo EEESMO. Esta técnica respiratória no 2º estágio do TP é caracterizada pela realização de várias respirações superficiais, seguidas de cerca de 5 a 6 tentativas de realizar esforços expulsivos durante cada contração uterina. Assim, neste tipo respiratório, os esforços expulsivos são iniciados com um volume pulmonar residual e acompanhados de expiração de ar e emissão de vocalizações que se potenciam à medida que a apresentação fetal se insinua no canal de parto (Roberts & Hanson, 2007; Kopas, 2014). A evidência científica é categórica quanto aos *outcomes* maternos e neonatais desta técnica:



- Aumento da duração do 2º estágio, sem complicações maternas e neonatais (Palmer, 1996; Chalk, 2004; Bloom, Casey, Schaffer, McIntire & Leveno, 2006; Roberts & Hanson, 2007; Berghella, Baxter & Chauchan, 2008; Romano & Lothian, 2008; King & Pinger, 2014; Kopas, 2014; Koyucu & Demirci, 2017);
- Promoção do processo fisiológico de parto através do aumento da pressão abdominal, pela compressão dos músculos oblíquos e transversos abdominais, facilitando a descida da apresentação fetal (Barasinski, Lemery & Vendittelli, 2016; Barasinski, Debost-Legrand, Lemery & Vendittelli, 2018);
- Vivência do lado instintivo e fisiológico do TP (Chalk, 2004; Barasinski et al., 2016);
- Promoção do bem-estar da parturiente e aumento do seu nível de satisfação com a experiência de parto (Palmer, 1996; Chalk, 2004; Kopas, 2014);
- Diminuição da sensação de fadiga materna (Palmer, 1996; Chalk, 2004; Perez-Botella & Downe, 2006; Roberts & Hanson, 2007; King & Pinger, 2014; Kopas, 2014; Lee, Gao, Lotz & Kildea, 2018);
- Potencia a dinâmica uterina pela melhoria da perfusão útero-placentar (Roberts & Hanson, 2007; Barasinski et al., 2016; Lee et al., 2018);
- Diminuição do risco de hemorragia pós-parto associada à diminuição do trauma perineal (Koyucu & Demirci, 2017);
- Diminuição do risco de partos instrumentais (Roberts & Hanson, 2007);
- Diminuição do risco de trauma perineal e gínito-urinário (Palmer, 1996; Chalk, 2004; Albers, Sedler, Bedrick, Teaf & Peralta, 2006; Bosomworth & Bettany-Saltikov, 2006; Perez-Botella & Downe, 2006; Klein, 2006; Bloom et al., 2006; Klein, 2006; Roberts & Hanson, 2007; Berghella et al., 2008; Romano & Lothian, 2008; King & Pinger 2014; Kopas, 2014; Barasinski et al., 2016; Edquist, Hildingsson, Mollberg, Lundgren & Lindgren, 2017; Koyucu & Demirci, 2017; Lee et al., 2018);
- Diminuição do risco de ocorrência de mecónio fetal no TP, devido a uma diminuição da compressão do cordão umbilical e, conseqüente, diminuição do peristaltismo fetal (Bloom et al., 2006);
- Aumento da pressão arterial materna com melhoria da perfusão útero-placentar e aumento do pH fetal e PO<sub>2</sub>, culminando na diminuição do risco de traçados cardíofetais não tranquilizadores e melhores scores de índice de Apgar (Palmer, 1996; Roberts, 2002; Chalk, 2004; Bosomworth & Bettany-Saltikov, 2006; Perez-Botella & Downe, 2006; Roberts & Hanson, 2007; King & Pinger, 2014; Barasinski et al., 2016; Koyucu & Demirci, 2017).

Um aspeto importante a ressaltar diz respeito à evidência científica quanto à duração do 2º estágio do TP quando se recorre a técnicas respiratórias de vocalização, sendo que na maioria dos estudos é evidente um aumento da duração deste estágio. Contudo, o artigo de Bosomworth e Bettany-Saltikov (2006) retrata uma revisão sistemática de literatura onde apresenta como resultado uma diminuição da duração do 2º estágio quando se recorre à vocalização, contudo não é explorado criticamente este achado.

Em suma, são várias publicações que defendem o uso da vocalização e técnicas respiratórias de glote aberta no 1º e 2º estágios do trabalho de parto, sendo considerada uma boa prática de cuidados do EEESMO defendida pela Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses (AWHONN, 2008), pelo The Royal College of Midwives (RCM, 2011) e pela American College of Nurse-Midwives (ACNM, 2012a/b).

De seguida iremos apresentar o capítulo que retrata as opções metodológicas desenvolvidas, no sentido de desenvolver as competências especializadas do EEESMO.

## **2. OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

A excelência na prestação de cuidados é uma prioridade do EEESMO e apenas é alcançada com recurso a processos de formação contínua e procura da evidência científica mais atual. Assumindo-se que o conhecimento está em contínuo desenvolvimento, torna-se essencial compreender que as competências do EEESMO devem acompanhar esta evolução (OE, 2018). Deste modo, a qualidade dos cuidados apresenta uma estreita relação com a competência profissional. Assim, e com o objetivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente/CS, recorreremos à SR, para posteriormente a prática ser baseada na evidência (PBE), fundamentando a nossa tomada de decisão na prática de cuidados ao longo do ER. A análise dos dados obtidos, decorrentes da nossa prática de cuidados, foi realizada com recurso ao método de análise de conteúdo e à análise estatística através da estatística descritiva com apresentação de frequências absolutas e relativas.

### **2.1 Scoping Review**

A SR permite mapear a evidência científica acerca de uma determinada temática, permitindo clarificar as definições do tema em estudo, bem como identificar os limites conceptuais do tópico (JBI, 2017). Assim, a SR é uma estratégia de pesquisa metódica, ordenada e que identifica os estudos existentes acerca do tema que se pretende estudar (Ribeiro, 2014). Com a SR é possível explorar toda a literatura disponível acerca de uma temática, indo desde artigos de opinião até estudos científicos, e identificar possíveis falhas ou lacunas na evidência disponível, o que permite que seja um ponto de partida para a realização de novos estudos (Armstrong, Hall, Doyle & Waters, 2011; Tricco et al., 2015; Tricco et al., 2016). Desta forma, a SR é uma ferramenta de pesquisa útil para os profissionais de saúde ao possibilitar: o rápido acesso à evidência disponível acerca de uma determinada temática em estudo; a inclusão de todos os estudos e artigos obtidos baseados 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, finalmente, a promoção da publicação e disseminação dos

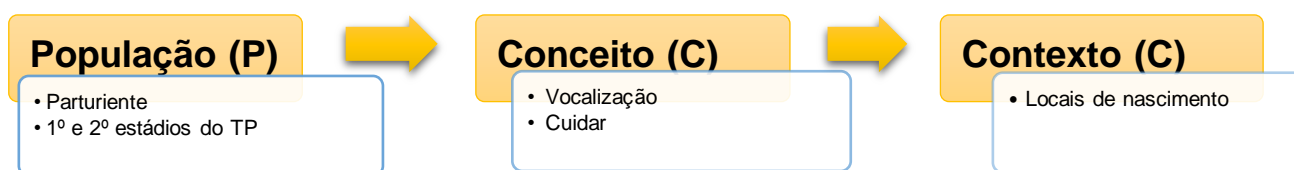
resultados da investigação obtidos (Armstrong et al., 2011; Tricco et al., 2015; Tricco et al., 2016).

Importa ressaltar que no âmbito da UC Opção foi iniciado este projeto de elaboração do protocolo da SR, de acordo com o método proposto pelo JBI (2017). Assim, relativamente ao *background* elaborámos uma pesquisa exaustiva da literatura acerca da vocalização da parturiente e que se encontra apresentada no subcapítulo 1.2, acima apresentado. É de salientar que a pesquisa foi iniciada no ano de 2017, repetida semestralmente em 2018 e, novamente, no início de 2019 com o objetivo de identificar a existência de nova evidência.

### 2.1.1 Objetivos e questão de pesquisa

Como mencionado, a metodologia de investigação adotada neste projeto foi a SR pois tem como finalidade uma análise preliminar da evidência disponível, permitindo categorizar a dimensão e a abrangência da literatura, de forma a possibilitar a compreensão da vocalização da parturiente no TP, mais especificamente no 1º e 2º estádios, bem como conhecer os seus efeitos e, finalmente, os cuidados de enfermagem promotores e inerentes ao uso da vocalização.

O ponto de partida para a SR é a formulação da questão de pesquisa, em formato População, Conceito e Contexto (PCC) segundo as orientações do JBI (2017): “**Quais os efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estádios do TP, para o cuidar a parturiente nos locais de nascimento?**”.



Esquema nº 2 – Mnemónica População, Conceito e Contexto

O objetivo central desta SR passou pelo mapeamento de evidência inerente ao uso da vocalização pela parturiente como um recurso para o cuidar no 1º e 2º estádios do TP, de forma a possibilitar o aprofundamento e desenvolvimento de competências relativas à integração da vocalização da parturiente nos cuidados de enfermagem durante o 1º e 2º estádios de TP.

Deste objetivo emergiram outros objetivos, aos quais se pretendia que a SR desse resposta, sendo estes:

- Identificar os efeitos da vocalização pela parturiente no 1º e 2º estádios do TP;
- Identificar os cuidados inerentes à vocalização da parturiente no 1º e 2º estádios do TP;
- Identificar o modo como a vocalização se repercute em termos dos mecanismos fisiológicos do trabalho de parto.

### 2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão/exclusão são o ponto de partida para a SR e têm efeitos na estratégia de pesquisa e na seleção dos artigos a serem incluídos na SR (JBI, 2017). Assim, foram definidos os seguintes critérios de inclusão, não existindo particularidades relevantes a considerar como exclusão:

INCLUSÃO		EXCLUSÃO
<b>Desenho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos qualitativos ou quantitativos, publicados em português, inglês, francês ou espanhol</li> <li>• Texto integral disponível</li> </ul>	
<b>População</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parturientes de termo, independentemente dos antecedentes pessoais e obstétricos, contexto sociocultural e idade materna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parturientes com idade gestacional inferior às 37 semanas.</li> </ul>
<b>Conceito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso à vocalização da parturiente, no 1º e 2º estádios do TP, enquanto cuidado especializado de enfermagem.</li> <li>• Subconceitos associados: psicofonia e as técnicas respiratórias inerentes à vocalização, como a expiração, a técnica de glote aberta, a manobra de valsava e o <i>spontaneous pushing</i>.</li> </ul>	
<b>Contexto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os locais de nascimento: maternidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outros</li> </ul>	

Quadro nº 1 – Critérios de inclusão e exclusão

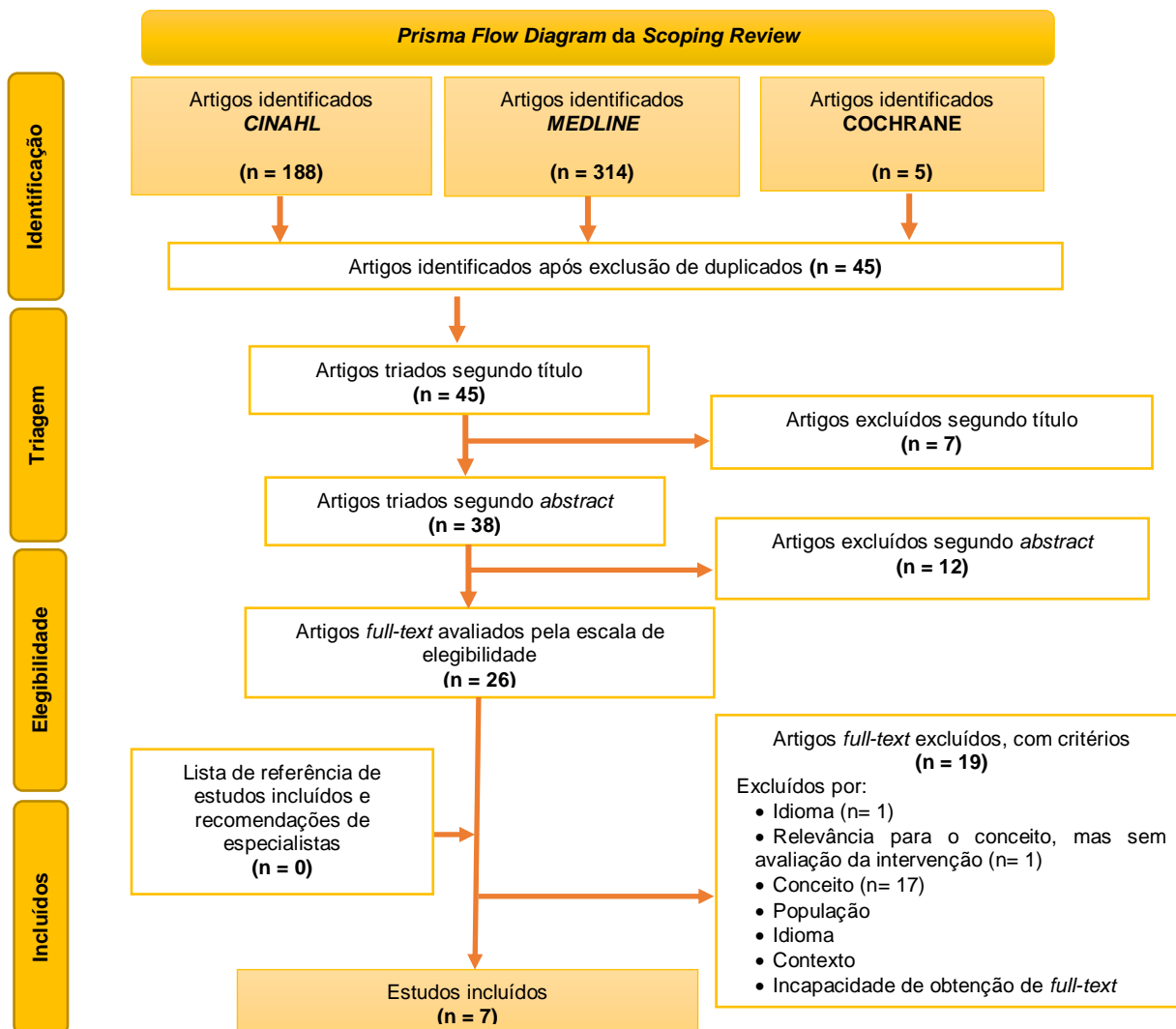
### **2.1.3 Estratégia de pesquisa**

Na SR é preconizado que se realize um mapeamento da evidência científica acerca da temática em estudo nos artigos publicados e na literatura cinzenta, incorporando todo o tipo de publicações desde revisões sistemáticas da literatura, a artigos publicados e artigos de opinião. A estratégia de pesquisa adotada, foi desenvolvida segundo as três etapas preconizadas pelo *JBI* (2017).

A primeira etapa retrata uma pesquisa inicial limitada a plataforma *EBSCO host Integrated Search*, e às bases de dados, a *CINAHL*, a *MedLine*. Numa segunda etapa, alargámos esta pesquisa a uma terceira base de dados, a *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Os termos de pesquisa utilizados foram ao encontro da temática em estudo, contendo os elementos da mnemónica PCC. Esta pesquisa inicial foi realizada em cada base de dados mencionada individualmente e termo a termo. Após, foi elaborada uma pesquisa com recurso às palavras-chave e termos indexados associados aos títulos dos artigos obtidos. Na segunda etapa, foi efetuada nova pesquisa nas bases de dados mencionadas, utilizando todas as palavras-chave e termos indexados identificados. A terceira etapa refere-se à pesquisa final, a qual foi realizada várias vezes no período de 01 de maio de 2017 até 16 de março de 2019. Relativamente aos limites temporais optámos por não realizar restrições, uma vez que a temática em estudo é inovadora e pouco estudada, considerámos crucial conseguir mapear a evidência disponível ao longo dos tempos, com o objetivo de compreender também qual a evolução da evidência acerca da temática em estudo.

A pesquisa foi realizada com base nos termos de pesquisa naturais e indexados tendo em conta a mnemónica PCC (Ver apêndice 1). Assim, iniciámos a pesquisa com os descritores naturais e indexados, para cada base de dados, da População e de seguida conjugámo-los com o operador booleano “OR”, obtendo assim um resultado. Após, dividimos o Conceito em dois grupos de descritores: a vocalização e técnicas respiratórias e, o cuidar. Realizámos a pesquisa dos dois grupos de descritores do Conceito, na linguagem natural e respetivos termos indexados e combinámos individualmente os grupos com o operador booleano “OR”, após cruzámos ambos os resultados finais com o operador booleano “AND” obtendo apenas um resultado final. Finalmente, realizámos o mesmo com os termos do Contexto. Para finalizar a pesquisa, aplicámos o operador booleano “AND” com os resultados da População, do Conceito e do Contexto e obtivemos o resultado final desta pesquisa. Não aplicámos critérios limitadores da pesquisa e

obtivemos, assim, o número de artigos que seriam sujeitos a uma triagem para inclusão no estudo. O seguinte esquema apresenta o *Prisma Flow Diagram* que representa de forma clara e objetiva o processo de seleção dos estudos obtidos na pesquisa.



Esquema nº 3 – PRISMA Flow Diagram da SR

Após este processo de triagem, sentimos a necessidade de recorrer a outras bases de dados, como a Google Académico e a Elsevier, de forma a conseguirmos obter os artigos pretendidos em formato *full texto*. Acedemos também à literatura cinzenta que nos permitiu enriquecer os conhecimentos acerca da temática em estudo, possibilitando a prestação de cuidados baseados na evidência científica consultada.

#### 2.1.4 Resultados da pesquisa

Uma vez selecionados os artigos que dão resposta à questão de pesquisa da SR, é importante proceder à sua análise e extração de dados. Assim, recorreremos à extração de dados com recurso aos instrumentos apropriados, segundo o método proposto pelo JBI (2017) para a análise: dos títulos, autores e ano de publicação (ver apêndice 2); do desenho dos estudos (ver apêndice 3); dos participantes, resultados obtidos e conclusões dos autores (ver apêndice 4). Realizámos, também, a síntese dos artigos (ver apêndice 5).

Da análise dos estudos selecionados constata-se que as parturientes devem ser incentivadas a confiar nos seus instintos fisiológicos durante o TP, conduzindo-o com técnicas respiratórias de expiração, glote aberta e vocalização, consentâneas com o seu próprio padrão respiratório (Pierce, 1998; Sampsel, Miller; Luecha, Fischer & Rosten, 2005; Yildirim & Beji, 2008; Hanson, 2009; Prins, Boxem, Lucas & Hutton, 2011; Naranjo, Puertas & López, 2011; Ahmadi, Torkzahrani, Roosta, Shakeri, Mhmoodi, 2017). Durante o 1º estágio do TP é fundamental que a intervenção do EEESMO incida na promoção da vocalização, para que esta seja implementada no 2º estágio do TP (Yildirim & Beji, 2008).

Apenas um estudo aborda os efeitos da vocalização no 1º estágio do TP, identificando como resultados: a gestão mais eficaz da dor; a manutenção da concentração durante as contrações; a vivência do lado instintivo da mulher no TP; a ressonância corporal em especial ao nível do pavimento pélvico; uma sensação de relaxamento; a gestão das emoções devido a uma diminuição da ansiedade associada à dor da contratilidade uterina e, finalmente, a sensação de *empowerment* da mulher/CS (Pierce, 1998). Neste mesmo estudo, é dado ênfase à presença do CS e à sua importância na promoção da vocalização da parturiente, agindo como um elemento que transmite segurança e a ajuda na implementação da vocalização durante as contrações uterinas (Pierce, 1998).

Vários estudos abordam a gestão fisiológica do 2º estágio do TP, identificando os benefícios do início dos esforços expulsivos apenas quando a parturiente apresenta dilatação completa e vontade de os iniciar (*delayed pushing*), recorrendo a esforços expulsivos com recurso a técnicas respiratórias de expiração, glote aberta e vocalização (Yildirim & Beji, 2008; Hanson, 2009; Prins et al., 2011; Naranjo et al., 2011; Ahmadi et al., 2017).



Um dos estudos fornece contributos importantes no que respeita à identificação dos cuidados do EEESMO na promoção da vocalização pela parturiente no 2º estágio do TP (Sampselle et al., 2005). Neste estudo é evidente que a forma como o EEESMO estabelece a relação com a parturiente e a forma como a incentiva, ou não, à realização de esforços expulsivos condiciona o comportamento da parturiente no que concerne ao tipo de esforços expulsivos (Sampselle et al., 2005). Assim, foi evidente que quando a parturiente solicita informação acerca de como realizar os esforços expulsivos, o EEESMO deve promover uma relação de parceria com esta, de forma a encorajá-la a confiar no seu corpo e nos seus instintos fisiológicos (Sampselle et al., 2005). Os autores referidos realizam uma reflexão crítica acerca dos cuidados do EEESMO que condicionam a parturiente a realizar esforços expulsivos com recurso à manobra de valsava, justificando-os pela necessidade de encurtar a duração dos esforços expulsivos. Contudo, a duração total do período expulsivo da parturiente que recorre à vocalização comparativamente à que recorre à manobra de valsava é idêntica (Sampselle et al., 2005). Por outro lado, os autores descrevem que os profissionais que promovem os esforços expulsivos espontâneos são os que maior *feedback* e reforço positivo dão à parturiente acerca do funcionamento do seu corpo no 2º estágio do TP (Sampselle et al., 2005). Desta forma, pode-se afirmar que os cuidados de enfermagem do EEESMO no 2º estágio do TP devem incidir numa relação de parceria, na qual se deve devolver à parturiente o seu papel ativo no TP e promover o recurso à vocalização e aos esforços expulsivos espontâneos, de forma a alcançar-se uma experiência de parto positiva e gratificante, respeitando assim o processo fisiológico do TP.

Como resultados do uso das técnicas respiratórias de vocalização no 2º estágio do TP, são identificados os seguintes: uma gestão mais eficaz da dor; a descida progressiva da apresentação fetal; a diminuição dos partos instrumentalizados; uma maior satisfação materna com o período expulsivo; a diminuição das complicações maternas e neonatais pós-parto; menor risco de problemas génito-urinários e uma diminuição do número de lacerações perineais (Pierce, 1998; Yildirim & Beji, 2008; Hanson, 2009; Naranjo et al., 2011; Ahmadi et al., 2017). No recém-nascido verificou-se um índice de *Apgar* e um pH arterial do cordão umbilical mais elevados (Yildirim & Benji, 2008; Hanson, 2009; Naranjo et al., 2011).

Apenas um dos estudos, refere que não se deve utilizar rotineiramente a manobra de valsava no 2º estágio do TP, contudo não identifica grandes diferenças nos *outcomes*

maternos e fetais quando comparadas ambas as técnicas respiratórias (Prins et al., 2011). É referido pelos autores, que os estudos analisados apresentavam limitações quanto ao tamanho das amostras (Prins et al., 2011).

O artigo de Hanson (2009) descreve pormenorizadamente os benefícios das técnicas respiratórias de vocalização na fisiologia do TP, sendo crucial a sua utilização na presença de sinais de complicações fetais, como no caso dos traçados cardíofetais não tranquilizadores, bem como na melhoria da *compliance* uterina.

Em jeito de conclusão, a vocalização da parturiente no 1º e 2º estádios do TP apresenta resultados maternos e neonatais positivos, sendo promotora do processo fisiológico do TP. Tornou-se evidente que o recurso à vocalização é vivenciado pelas parturientes de forma positiva no âmbito da gestão da dor, das emoções e dos sentimentos, contribuindo assim para uma experiência de parto gratificante e satisfatória. Pelo exposto, o EEESMO deve integrar na sua prática de cuidados diários estratégias relacionais que potenciem o ensino, instrução, treino e validação das parturientes para o uso da vocalização no 1º e 2º estádios do TP.

## **2.2 Prática baseada na evidência: do pensamento à ação**

A PBE é definida como o uso consciente, explícito e crítico da evidência científica disponível na tomada de decisão, no decurso da prática de cuidados (Sackett, 1997). No que respeita à especificidade e abrangência dos cuidados de enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia são reconhecidas competências clínicas ao EEESMO que impõem a mobilização de vários tipos de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos integrados numa lógica de PBE e que possibilitam a prestação de cuidados de qualidade com elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão. Para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO estão subjacentes os conhecimentos e capacidades adquiridos ao longo da sua formação profissional e, que lhe permitem assumir os cuidados de enfermagem a prestar à mulher nas áreas de saúde sexual e reprodutiva, gravidez, trabalho de parto, puerpério, climatério e ginecologia, intervindo no ambiente em que se inserem (Félix, 2011).

Está comprovado por vários estudos que os enfermeiros de práticas avançadas, são os profissionais que obtêm melhores ganhos em saúde e que promovem o acesso aos cuidados de saúde, reduzem a despesa pública e aumentam, concomitantemente, a

satisfação da população alvo (Lemos, [s.d.]; Franco & Henriques, 2013; Encarnação, 2015; McCormack et al., 2015). Apenas com recurso ao desenvolvimento do corpo de conhecimentos da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da prestação de cuidados baseados na evidência científica e do desenvolvimento de uma prática de Enfermagem Avançada, será possível dar visibilidade às competências do EEESMO no cuidado à mulher/família e comunidade.

No modelo assistencial prestado pelo EEESMO, no centro dos cuidados encontra-se a mulher e o respeito pelos seus sentimentos, expectativas, crenças, valores, costumes, dinâmica familiar, direito à informação e decisão esclarecida, autodeterminação, privacidade, individualidade e dignidade (Sandall, Devane, Soltani, Hatem, & Gates, 2010; Barradas et al., 2015). Este modelo de cuidados tem *outcomes* sobre a saúde e bem-estar da mulher/família, constatado pela evidência científica: a mulher tem maior participação nas tomadas de decisão; maior confiança e capacidade de *coping*; maior satisfação em relação aos cuidados e à forma como foram prestados (Turnbull et al., 1996; Kennedy, 2000; Kennedy, Grant, Walton, Shaw-Battista & Sandall, 2010; RCM, 2011; Barradas et al., 2015; Sandal, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). A evidência científica é categórica em relação à importância do modelo assistencial do EEESMO, com reconhecidos ganhos em saúde: menor uso da tecnologia e da intervenção; aumento da taxa de partos vaginais; diminuição de partos induzidos; diminuição de partos instrumentalizados; diminuição de episiotomias; diminuição de anestesia/analgesia; diminuição da taxa de cesarianas; menores efeitos maternos e neonatais adversos; diminuição do número de internamentos em unidades de cuidados neonatais; maior sucesso na iniciação e manutenção ao aleitamento materno (Oakley et al., 1996; Turnbull et al., 1996; Harvey, Rach, Stainton, Jarrell & Brant, 2002; Cragin & Kennedy, 2006; Devane et al., 2010; Newhouse et al., 2011; Sutcliffe et al., 2012; Vogt, Silva & Dias, 2014; Sandall et al., 2016; Gama et al., 2016).

Reportando para a temática em estudo, a vocalização da parturiente no 1º e 2º estádios do TP é uma prática de cuidados que se insere na lógica do modelo assistencial prestado pelo EEESMO, que respeita o processo fisiológico do TP e promove o parto normal. Ao analisarmos os resultados obtidos através da SR é notório que a temática em estudo integra uma prática de cuidados assente numa lógica de cuidados centrados na parturiente/família e, que contribui para a vivência de uma experiência de parto positiva e gratificante. Em suma, a vocalização da parturiente no 1º e 2º estádios do TP encontra-se alicerçada em todos os princípios acima descritos, uma vez que todo o nosso percurso

formativo teve como base a PBE, a prática de enfermagem avançada e o modelo assistencial do EEESMO. Assim, foi possível aprofundarmos conhecimentos acerca da temática e desenvolver competências especializadas que culminaram numa prática de cuidados com elevado nível de autonomia, qualidade e segurança.

Com o objetivo de desenvolver uma PBE, tivemos como principais metas numa primeira fase: o aprofundamento de conhecimentos acerca da temática em estudo com base na pesquisa da evidência científica e na realização de uma SR e; a elaboração de um projeto inserido na UC Opção que serviu para delinear os objetivos do nosso percurso formativo. Numa segunda instância, as metas incidiram já em contexto de prática clínica na identificação das necessidades formativas das equipas multidisciplinares dos vários contextos de EC, seguida da elaboração do diagnóstico de situação e da implementação de sessões de formação, formais e informais em contexto de formação em serviço, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para a temática em estudo, de forma a aumentar a implementação desta boa prática nos cuidados às parturientes. Participámos, também, nos CPNP no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e da Consulta Externa de Obstetrícia do hospital onde realizámos o ER, de forma a aumentar a literacia da grávida/CS acerca do uso da vocalização no TP e os seus benefícios, desmistificando este tipo de técnica respiratória, com base na evidência científica. Por último, procurámos a participação em Congressos e Seminários nacionais e internacionais com o recurso à elaboração e apresentação de um poster sobre a vocalização da parturiente e respetivas publicações de artigos nos e-books dos congressos.

### **2.3 Análise Conteúdo**

De forma a analisarmos a interação de cuidados com a parturiente/CS e obtermos resultados relativos ao uso da vocalização da parturiente no 1º e 2º estádios do TP, recorreremos ao método de análise de conteúdo dos registos de interação (ver apêndice 6), segundo Bardin (2016), bem como à análise estatística com estatística descritiva. Desta forma, foi-nos possível identificar categorias resultantes da prática de cuidados especializados junto da parturiente/CS. A análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, possibilitando inferir deduções lógicas acerca do seu conteúdo (Bardin, 2016).

## **2.4 Considerações Éticas**

No decurso do processo de aprendizagem neste CMESMO, as questões éticas e deontológicas estiveram sempre presentes, refletindo-se no projeto desde a identificação da temática em estudo até à análise e apresentação dos resultados obtidos.

O Código de *Nuremberg* foi um marco crucial na defesa dos princípios éticos nas investigações e é constituído por dez princípios, que respeitámos no decorrer do percurso formativo ao longo de todos os EC e, na prestação de cuidados à mulher/CS/família/comunidade (Shuster, 1997).

O Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019) diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (art. 5º) que define que o EE deve prestar cuidados seguros, éticos e com profissionalismo, recorrendo à tomada de decisão ética e deontológica, assentando esta competência num corpo de conhecimentos do domínio ético-deontológico, respeitando as preferências do cliente e analisando criticamente as suas práticas, com o objetivo final da melhoria da qualidade dos cuidados.

Para Nunes (2004), o enfermeiro deve ter sempre presente os seguintes pressupostos: o direito à dignidade da pessoa, agindo como advogado do cliente/família, protegendo e defendendo-o de práticas que inflijam a lei, a ética ou o bem comum; os direitos humanos especialmente o direito à vida e qualidade de vida, o respeito pela autonomia e direito de escolha da pessoa, bem como o direito ao cuidado e a defesa pelos valores humanos salvaguardando os grupos mais vulneráveis; a cidadania no sentido da igualdade, da participação e do dever do enfermeiro na promoção do autocuidado e estabelecimento de parcerias entre parturiente/CS e enfermeiro; e finalmente, deve assumir uma prestação de cuidados de qualidade e excelência com respeito pela intimidade, justiça e confidencialidade, baseados na melhor evidência científica disponível e competências relacionais.

Neste projeto tivemos sempre presente os princípios éticos, tais como: beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013), bem como os anteriormente descritos. No decorrer de todo este percurso de aprendizagem e prestação de cuidados, tivemos presente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015a), o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015), os

Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2011), os princípios éticos e os direitos mencionados, e comprometemo-nos a proteger a dignidade humana e o direito ao consentimento livre e esclarecido de todas as mulheres/famílias, promovendo o seu autocuidado e autonomia. Assim, solicitámos autorização verbal das parturientes/CS; conhecemos cada mulher e informámo-la acerca da vocalização na gravidez e TP, esclarecendo sobre os seus benefícios e sobre a finalidade do estudo da temática para a melhoria dos cuidados prestados. Informámos, também, sobre a metodologia e o modo de registo dos cuidados que prestámos e sobre a extração e análise de dados de forma a possibilitar, a estar com e a manter a crença, proporcionando bem-estar à parturiente/CS. Deste modo, respeitámos o direito à autodeterminação e intimidade, e informámos a parturiente que podia desistir de participar a qualquer momento, bem como tivemos em atenção a salvaguarda dos seus dados e a sua liberdade de escolha acerca das informações íntimas e da vida privada. Na extração e apresentação dos dados esteve sempre patente o direito ao anonimato e confidencialidade das participantes. Por último, tivemos sempre presente o princípio da fidelidade, através do qual estivemos com e estabelecemos uma relação terapêutica com a parturiente/CS.

### **3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA**

No presente capítulo iremos apresentar o percurso de aquisição das competências da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e do grau de Mestre, refletindo sobre as experiências de cuidados num processo contínuo de articulação com a metodologia concetual em estudo. Desta forma, em contexto de prática clínica pretendemos desenvolver as competências regulamentadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista (Regulamento n.º 140/2019), no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019) e no ICM (2019), honrámos o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESMO (OE, 2018), o Código Deontológico (Lei n.º 156/2015) e prestámos cuidados baseados na evidência científica, mobilizando a Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson* (1991).

Com o objetivo de promover a compreensão do contexto onde realizámos o ER, colocámos no apêndice 8 a caracterização do contexto onde decorreu o ER.

De seguida iremos proceder à descrição e reflexão crítica do percurso de aprendizagem desenhado ao longo do ER, subdividido em três subcapítulos que representam as competências do EEESMO: cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional e pré-natal; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, sendo que este se encontra subdividido com o objetivo de apresentar os resultados obtidos da implementação da temática em estudo, ou seja os resultados da prática baseada na evidência: sobre a vocalização da parturiente nos cuidados; e finalmente o subcapítulo cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal. Importa salientar, que as competências desenvolvidas no âmbito do cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, se encontram descritas no apêndice 9 do presente trabalho.

### **3.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional e pré-natal**

O desenvolvimento da **competência 1** do Regulamento de Competências do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019) que define que o EEESMO presta cuidados à mulher no âmbito do planeamento familiar, foi um dos desafios sentidos por nós no SUOG, encontrando-se apresentado no apêndice 10.

Ainda, em contexto de SUOG, tivemos a oportunidade de desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados a mulheres em situação de abortamento, **competência 2** do Regulamento de competências do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019). Uma das situações ocorreu com uma mulher de 39 anos, com índice obstétrico (IO) 0020 e com idade gestacional (IG) de 19 semanas. A utente recorreu ao SUOG, por perda de líquido amniótico de cor clara, onde após ter realizado inscrição administrativa foi encaminhada para a sala de triagem. De imediato questionámos a grávida acerca da sua vinda ao SUOG, deitámo-la na maca e procedemos à auscultação dos batimentos cardíaco-fetais (ABCF), após termos auscultado a frequência cardíaco-fetal (FCF) com ritmicidade e boa tonalidade, solicitámos de imediato a sua observação médica. De seguida, procurámos conhecer a mulher e a sua vivência da gravidez, bem como os seus antecedentes obstétricos e pessoais, que integravam dois abortos espontâneos tardios, sem necessidade de curetagem. Estivemos com a mulher durante todo o processo de admissão e avaliação médica, demonstrando sempre disponibilidade para a escuta, ao mesmo tempo que lhe íamos explicando todo o processo de cuidados, minimizando assim o seu sentimento de angústia e receio. Durante a observação médica, foi realizada ecografia abdominal e observação ginecológica, onde se comprovou o diagnóstico de rotura prematura de membranas (RPM) pré-termo, com um colo uterino apagado e com uma dilatação de dois centímetros, perante este diagnóstico estava iminente uma situação de abortamento espontâneo tardio. A RPM é designada como a rotura de membranas e a perda de líquido amniótico sem se verificar TP, sendo designada por RPM pré-termo quando a mesma ocorre antes das 37 semanas de gestação (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2017). A etiologia da RPM é multifatorial, sendo esses fatores mecânicos, estruturais ou infecciosos (Graça, 2017). Perante a situação relatada de RPM pré-termo, a gravidez iria terminar numa situação de abortamento espontâneo (AE) tardio, dado a gravidez não ter atingido o limiar da viabilidade fetal, que se caracteriza pelo feto apresentar IG compatível com 24 semanas e peso  $\geq$  a 500gr (SPP, 2014). Perante uma situação de AE as vivências das grávidas/casais passam pelo aparecimento de



sentimentos negativos com presença de dor emocional intensa, sendo necessário a vivência de um processo de luto pela privação súbita da gravidez e da maternidade desejada (Canavarro, 2006; Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015).

Sem dúvida que a assistência de casais em situação de abortamento sempre foi uma das nossas maiores dificuldades, por este motivo procurámos estar com este casal, de forma a conhecer as suas necessidades de cuidados e a desenvolver competências neste âmbito. Assim, estivemos emocionalmente presentes, tendo sido planeadas, implementadas e avaliadas intervenções de apoio à grávida/CS, em articulação com a equipa multidisciplinar, particularmente durante o período de expulsão do feto, em que participámos. Durante todo este processo, possibilitámos o envolvimento do CS e durante a sua permanência no SUOG, de forma a que este processo de perda de uma gravidez tão desejada fosse vivenciado em casal. Efetivamente, o cliente tem direito a um acompanhante devendo as instituições do Serviço Nacional de Saúde ter condições físicas de forma a assegurar a presença destes, durante a sua permanência no serviço de urgência (Lei n.º 33/2009). Com esta experiência tivemos a percepção da importância da permanência do CS junto da grávida que se encontra em situação de abortamento, especialmente quando se trata do companheiro. Compreendemos (conhecer) a vivência do processo de luto vivenciada pelo pai e identificámos que é crucial intervir junto dos companheiros, dado termos observado que os cuidados prestados apenas se focam na grávida e deixam o companheiro para segundo plano, assumindo que este deverá ser uma fonte de apoio e suporte para a grávida, negando-lhe a possibilidade de expressar os seus sentimentos e de iniciar o seu processo de perda. Assim, procurámos conhecer este companheiro e a sua experiência de gravidez, ao mesmo tempo estivemos com ele e possibilitámos que tivesse um papel ativo neste processo de perda fetal, incentivando a expressão de sentimentos, dúvidas e receios e, simultaneamente sensibilizando toda a equipa de saúde para a sua permanência junto da grávida, bem como para a sua integração no processo de cuidados à grávida/feto. São vários os estudos (Meaney, Corcoran, Spillane, O`Donoghue, 2017; Due, Chiarolli, Riggs, 2017; Louise & Due, 2018) que abordam as vivências dos companheiros em situações de abortamento, referindo que não é reconhecido o sentimento de perda dos companheiros pelos profissionais de saúde, bem como, dos suportes sociais e familiares do casal, o que condiciona negativamente a sua vivência deste processo de perda, devendo-se esta situação à falta de reconhecimento do papel do pai na gravidez e parto. Assim, estivemos com este casal durante todo o processo de abortamento, conhecemos os seus desejos e fizemos por eles

a preparação do feto. Deste modo, possibilitámos o início da vivência deste processo de perda, questionando o casal acerca do seu desejo em se despedirem do seu filho e o verem com roupa de RN, de forma a humanizar o feto e ajudar este casal em processo de perda, contudo optaram por não querer visualizar o feto. Por fim, mantivemos a sua crença na capacidade de superarem esta etapa da sua vida, tornando-os parceiros neste processo de luto e uma fonte de suporte mútua. Em suma, consideramos que conseguimos melhorar o bem-estar do casal perante a situação de perda de um filho, desenvolvemos competências no cuidado aos casais em situações de abortamento e demonstrámos a importância da presença do EEESMO nos cuidados ao casal em situação de abortamento e luto.

Ainda em contexto de SUOG, tivemos a oportunidade de prestar cuidados a 9 grávidas, culminando no desenvolvimento da **competência 2** do Regulamento do EEESMO, no que respeita ao cuidar a mulher/família durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (Regulamento n.º 391/2019). Na triagem começávamos por nos apresentar e conhecer o motivo de vinda ao SUOG, ao mesmo tempo que realizávamos uma avaliação sumária do bem-estar materno-fetal. Observámos que das triagens realizadas, os motivos de vinda mais comuns ao SUOG se deviam a situações de perda hemática no 2º trimestre de gravidez e, no 3º trimestre por situações de RPM, ameaças de parto pré-termo (APPT), contratilidade uterina dolorosa e diminuição dos movimentos fetais. Foi notório que a vinda ao SUOG, em contexto de intercorrências com a gravidez é um momento gerador de grande angústia para os casais, que logo no processo de triagem manifestam as suas preocupações acerca do decurso da gravidez e do bem-estar fetal. Assim, é crucial o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia, alicerçada num ambiente de segurança e privacidade. Pelo exposto, estivemos com a grávida e guiámos a intervenção de forma a assegurar os seus mais elevados níveis de satisfação, respeitando, concomitantemente, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2018) que referem que o EEESMO deve assegurar “(...) o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente; (...) o estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente; (...) o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados (...)” (OE, 2018, p.4).

Durante a triagem procurámos conhecer a grávida/CS, identificando se se tratava de uma gravidez vigiada, qual a sua IG e intercorrências da presente gravidez, analisando

minuciosamente o Boletim de Saúde da Grávida (BSG). O enfoque primário recaiu sempre sobre estarmos com a grávida/CS, de forma a identificarmos as queixas e procedermos à obtenção do consentimento da grávida para a avaliação do bem-estar materno-fetal, realizando a avaliação dos sinais vitais e, com recurso às manobras de Leopold, realizávamos a ABCF de acordo com a IG da grávida. Durante este contacto com a grávida procurávamos recolher dados (conhecer) sobre antecedentes pessoais, a sua história ginecológica e obstétrica, a vigilância da sua gravidez atual e exames pré-natais realizados e, em simultâneo procurávamos determinar outros aspetos como o planeamento e aceitação da gravidez, identificação do CS, a frequência de CPNP ou do curso de aleitamento materno e, ainda, sobre a existência do plano de parto.

Nas situações sugestivas do início do TP, em grávidas de termo, procedíamos à realização do toque vaginal, após a obtenção do consentimento da grávida, com o objetivo de avaliarmos as características do colo uterino, a integridade das membranas e características do LA, a apresentação fetal e, se possível, a variedade e a proporção fetopélvica. Após esta avaliação, procedíamos à explicação do observado junto da grávida/CS, de forma a possibilitar que se tornasse parceira no seu processo de cuidados. No final da avaliação, procedíamos à atribuição do grau de prioridade e, em situações de início de TP, encaminhávamos de imediato a grávida para outra sala de forma a iniciar a cardiocografia (CTG), no sentido de avaliarmos o bem-estar fetal analisando a variabilidade fetal, a frequência cardíaca fetal basal e a presença de acelerações ou desacelerações, ao mesmo tempo que analisávamos a dinâmica uterina. Durante a presença da grávida/CS no SUOG procurávamos sempre conhecer as suas preferências e identificar as necessidades de cuidados, de forma a fazermos por eles todas as intervenções necessárias para a promoção do seu bem-estar, mantendo a sua crença na capacidade fisiológica do seu corpo em parir de forma natural e instintiva. Quando a grávida se encontrava numa fase ativa de TP, encaminhávamo-las para o bloco de partos, realizando a transferência da mulher junto do EEESMO.

Também tivemos a oportunidade de prestar cuidados especializados a grávidas com patologia associada como pré-eclampsia, ameaça de parto pré-termo (APPT), infeção do trato urinário, diabetes gestacional, colestase gravídica e achados ecográficos alterados, tanto em contexto de SUOG como no BP. No SUOG realizámos a triagem, prestámos cuidados individualizados e realizámos a transferência destes casais para o BP ou internamento, articulando com toda a equipa multidisciplinar quer do SUOG, quer do BP

quer do internamento, assegurando a continuidade de cuidados e a qualidade dos mesmos.

Um outro aspeto a referir prende-se com a prestação de cuidados especializados a mulheres com gravidezes gemelares. No BP tivemos a oportunidade de realizar a vigilância do bem-estar materno fetal a uma grávida com 26 semanas de gestação, gemelar, internada no BP por Síndrome de transfusão feto-fetal (STFF). O STFF ocorre normalmente no 2º trimestre da gravidez e caracteriza-se por uma significativa discordância do volume do líquido amniótico entre ambas as cavidades, ou seja, um dos fetos apresenta-se hiperperfundido e com hipervolemia, policitemia, e poliúria, com consequente hidrâmnios, mostrando-se o co-gémeo hipoperfundido com hipovolemia, anemia, diminuição do ritmo de crescimento, anúria e oligoâmnios (Graça, 2017). Durante a prestação de cuidados procurámos conhecer a grávida/CS, bem como a vivência da sua gravidez, os seus receios, as suas dúvidas e dificuldades. Durante todo o turno estivemos com a grávida, demonstrando disponibilidade para a escuta e partilha de sentimentos, explicando-lhe todo o processo de cuidados. Avaliámos o bem-estar materno fetal e conhecemos as diferenças entre os BCF de cada um dos fetos e possibilitámos à grávida escutar os seus bebés, transmitindo-lhe força de forma a mantermos a sua crença neste processo de gravidez, bem como na sua capacidade de vivenciar esta gravidez com uma atitude de esperança. Possibilitámos a partilha de sentimentos e dúvidas por parte do CS, tornando-o, também, um foco da nossa prestação de cuidados. Ao mesmo tempo, fizemos pela grávida a prestação de cuidados de conforto e suporte, enquanto esta se encontrava em repouso no leito.

Nas situações de alta para o domicílio, quer em contexto de SUOG quer de internamento, capacitámos as grávidas/CS para o regresso a casa, realizando e validando educação para a saúde acerca de cuidados promotores da vivência de uma gravidez saudável, bem como na identificação precoce de sinais de alerta para regresso ao SUOG.

Ao longo deste percurso formativo, um dos objetivos delineados passou pelo desenvolvimento de competências no âmbito da promoção de uma parentalidade positiva, na qual pretendemos que o CS tivesse um papel ativo na gravidez. São vários os estudos e *guidelines* que apontam os benefícios do envolvimento do CS na gravidez com *outcomes* positivos para o casal e para o estabelecimento do processo de vinculação com o RN (Martins, 2006; Zampieri, Guesser, Buendgens, Junckes & Rodrigues, 2012; Nogueira & Ferreira, 2012; OMS, 2018). Assim, promovemos a participação ativa do

pai/CS durante as consultas de vigilância da gravidez e CPNP, nos períodos de internamento no serviço de medicina materno-fetal e SUOG e, especialmente no BP durante todo o TP.

Por último importa ressaltar que em todos os contextos de EC realizámos a sensibilização da equipa de enfermagem para a temática em estudo, no sentido de desmistificar o uso da vocalização em TP. Por outro lado, no âmbito do EC III e EC IV participámos nos CPNP (ver apêndice 14 e 15) no sentido de esclarecer os casais para o uso da vocalização em TP, demonstrando ser uma técnica respiratória com benefícios para a mãe e RN.

Em suma, podemos afirmar que alcançámos com sucesso os objetivos traçados, culminando no desenvolvimento de competências no cuidar a mulher/família no âmbito pré-concepcional bem como durante o período pré-natal, em contexto de situações de urgência bem como de internamento. Cuidámos a mulher durante o período pré-natal com o objetivo de promover uma gravidez saudável, atuando na prevenção e identificação precoce de eventuais complicações, da mesma forma que na presença de patologias da gravidez desenvolvemos cuidados especializados de qualidade à grávida/CS. Assim, promovemos educação para a saúde de acordo com as necessidades individuais da grávida/CS, com o objetivo de a capacitarmos para o autocuidado, para o reconhecimento de sinais e sintomas de alerta sobre desvios ao decurso da gravidez, estratégias de alívio dos desconfortos da gravidez, trabalho de parto e cumprimento do regime terapêutico.

Desta forma, prestámos cuidados individualizados alicerçados numa relação de confiança com as mulheres/CS, sempre numa perspetiva de cuidados culturalmente sensíveis. Detetámos situações de eventual risco e intervimos de acordo com as necessidades identificadas, dentro da autonomia do EEESMO e articulando com a equipa multidisciplinar sempre que necessário. Por último, consideramos que promovemos a continuidade dos cuidados, encaminhando as grávidas/CS para os serviços na comunidade.

### **3.2 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto**

O EEESMO “cuida 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 recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). Neste sentido, um dos objetivos deste ER passou pelo desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente/RN/CS.

O parto caracteriza-se por um conjunto de fenómenos fisiológicos, que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto pelo canal de parto até à sua expulsão (Graça, 2017). Este ultrapassa a definição de um evento físico e a forma como ocorre irá determinar o processo de vinculação entre a mãe e RN e todo o processo relacional daquela família, bem como o próprio futuro reprodutor daquela mulher (Rodrigues, 2016). Assim, o EEESMO tem o dever de proporcionar à parturiente/CS a melhor experiência de parto possível (OE, 2015b), devendo ser portador de um corpo de conhecimentos baseados na melhor evidência científica e agir na promoção do bem-estar da parturiente e seu RN.

Recordamo-nos do nosso primeiro dia de estágio no BP e a forma como ficámos maravilhadas a admirar as salas individuais, atribuindo todo um novo significado a cada um daqueles espaços, tendo sentido que finalmente estávamos a desenvolver o olhar atento de um EEESMO, no que se referia a analisar todo o potencial da sala para a promoção de medidas de bem-estar à parturiente. Durante todo o ER tivemos a oportunidade de prestar cuidados especializados a 90 mulheres, nos diferentes estádios do TP, implementando as intervenções preconizadas para o desenvolvimento das competências de EEESMO, mantendo sempre como pilar da nossa prática a teoria de Cuidar de Swanson (1991), tendo como objetivo o bem-estar da parturiente/família ao nosso co-cuidado.

O primeiro estágio do TP caracteriza-se pelo aparecimento de contratilidade uterina regular, com sensação dolorosa para a parturiente, e que conduz ao apagamento e dilatação do colo uterino (Lowdermilk & Perry, 2008; Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017). A OMS (2018) propõe novas recomendações de forma a promover uma experiência de parto positiva, recomendando que: a fase latente do TP seja considerada até 5 cm de dilatação cervical e a duração da fase ativa do 1º estágio do TP pode ser até 12 horas nas primíparas e 10 horas nas múltíparas.

O acolhimento da parturiente no BP é determinante para o estabelecimento de uma relação de confiança com a parturiente/CS. O saber estar em termos comunicacionais e relacionais é a base de toda a relação entre o EEESMO e a parturiente/CS (Fonseca, 2016). Assim, o primeiro contacto com a parturiente/CS é fundamental para conhecer a parturiente/família, as suas expetativas, medos, receios e preferências para o seu TP (OE, 2015b). Para se conhecer a parturiente é necessário estar com ela, ajudando-a na gestão da dor de forma a que se desenvolvam as condições facilitadoras deste processo de conhecimento do outro. O apoio contínuo do EEESMO durante o TP é crucial, devendo manter uma atitude de compreensão, empatia, estando atento à linguagem verbal e não-verbal da parturiente, potenciando a autoconfiança e reforçando positivamente a parturiente, simultaneamente tranquilizando e promovendo a fisiologia do TP (Fonseca, 2016). A evidência demonstra que o suporte contínuo do EEESMO na interação com a parturiente/CS é uma boa prática de cuidados, com *outcomes* ao nível: da promoção do parto normal; do aumento do índice de satisfação da parturiente/CS; do decréscimo da duração do TP e do decréscimo do recurso a métodos farmacológicos de alívio da dor (Hunter, 2002; AWHONN, 2011; Hodnet, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012). Assim, desenvolvemos uma prática de cuidados baseada nestas orientações, ficando corresponsáveis por cuidar de duas parturientes em cada turno.

Reportando para o EC, prestámos cuidados especializados a 78 parturientes no 1º estágio do TP, sendo 43 parturientes nulíparas, assim, para conhecer a parturiente/CS começávamos por consultar primeiramente o seu processo clínico, o BSG, o partograma e a CTG no sentido recolher o máximo de informação acerca da sua história ginecológica e obstétrica, bem como, de informação relevante para o seu TP, de forma a iniciarmos o planeamento de cuidados a validar com a parturiente. Desta forma, ao realizarmos o primeiro contato com a parturiente/CS já conhecíamos alguns aspetos relevantes da sua história ginecológica e vivência da gravidez, de seguida realizávamos a anamnese de forma a conhecer os seus antecedentes pessoais, história ginecológica e obstétrica, vigilância da gravidez e exames pré-natais realizados, vivência da gravidez e os receios e expetativas face ao TP e pós-parto, quer da parturiente quer do seu CS. No sentido de conhecer as suas expetativas em relação ao seu TP, questionávamo-la acerca do seu plano de parto (PP). Das parturientes que cuidámos apenas 6 apresentavam o seu PP redigido, nas restantes fizemos questão de transmitir a toda a equipa de saúde as suas expetativas e preferências para o TP, obtendo sempre o consentimento informado para

a realização de todos os procedimentos, preservando a sua dignidade, autonomia e autodeterminação.

Em Portugal, o PP é um instrumento recomendado pela Ordem dos Enfermeiros e pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (OE, 2012), onde se preconiza que o EEESMO deva colaborar na execução do PP, com o objetivo de contribuir para a melhoria dos indicadores de qualidade propostos para a assistência dos casais no parto. A OMS (2002) manifesta-se em relação ao PP, afirmando que este é um componente fundamental a utilizar em todos os serviços de assistência ao parto, e a sua realização deve ser incluída nos programas de preparação para o parto. Em 2018, a OMS volta a reforçar a importância do PP devendo ser individualizado e de acordo com as necessidades e preferências do casal.

Um outro aspeto que validávamos diz respeito à frequência do CPNP, tendo sido constatado que apenas 32 parturientes frequentaram este curso. Os CPNP têm como objetivo primordial capacitar a parturiente/CS para a vivência de uma experiência de parto gratificante e saudável, permitindo a aquisição e validação de conhecimentos da grávida/CS sobre as alterações físicas, psicológicas e sociais do ciclo gravídico-puerperal (Pereira, 2016). Sabe-se que as parturientes que frequentam CPNP apresentam uma melhor gestão da dor, conseguindo vivenciar uma experiência de parto positiva e, conseqüentemente uma parentalidade saudável (Mourato, 2015).

Após, e com o consentimento da parturiente, realizávamos a avaliação do TP, do bem-estar materno-fetal e do nível de dor, recorrendo à escala analógica da dor, de forma a utilizar esses dados no planeamento de cuidados. De seguida, consultávamos a CTG de forma a avaliar a frequência cardíaca fetal basal, a sua variabilidade, a presença de acelerações ou desacelerações. Recorremos à categorização definida pela *Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics* (2015), despistando situações de sofrimento fetal e intervindo prontamente, de forma autónoma ou interdependente. Embora a OMS (2018) não recomende a monitorização contínua da CTG, no serviço a norma vigente impõe esta medida, contudo de forma a minimizar o desconforto da parturiente e promover a liberdade de movimentos possibilitámos o uso da monitorização com telemetria.

Durante toda a prestação de cuidados especializados, procurámos conhecer a parturiente/CS e estar com eles, de forma a proporcionar tranquilidade e a manter a sua crença na sua capacidade de ter um parto normal. Um aspeto importante prendeu-se com o conhecer as experiências de parto anteriores de cada parturiente, quer na perspetiva



da parturiente quer do seu CS, de forma a possibilitar a desmistificação de experiências menos positivas, no sentido de aumentar o seu bem-estar nesta nova experiência.

As mais recentes *guidelines* da OMS (2018) recomendam que a realização do toque vaginal seja efetuada em intervalos de 4/4 horas, como uma forma regular de avaliação da progressão do TP. O toque vaginal deve ser realizado apenas após consentimento livre e esclarecido da parturiente e, permite avaliar: as características do colo uterino (posição, consistência e apagamento/dilatação); a estática fetal conjugada com a realização das manobras de Leopold (a atitude, a situação, a apresentação, a variedade); a altura da apresentação fetal com base nos níveis *DeLee*; as características do assolhado pélvico (como a elasticidade e comprimento do períneo); as características da bacia (tipo de bacia e diâmetros) e a integridade das membranas. Durante o ER, mantivemos sempre uma postura de *hands-off* respeitando o processo fisiológico do TP, desta forma, apenas fizemos pelas parturientes a avaliação da progressão do TP, com recurso à realização do toque vaginal da parturiente quando necessário, nesses momentos obtínhamos sempre o consentimento livre e esclarecido, explicando que nos encontrávamos num processo formativo e poderia existir a necessidade da EEESMO, orientadora do ER, realizar um toque vaginal posterior ao nosso para confirmação da avaliação realizada. Após a realização do toque vaginal procedíamos sempre à explicação do que tínhamos avaliado, efetuando o reforço positivo da parturiente e mantendo a sua crença na capacidade do seu corpo para parir de forma natural. Observámos sempre uma grande disponibilidade das parturientes para a realização do toque vaginal, pensamos que devido ao sentimento de confiança que tinham para conosco, bem como por compreenderem que era uma técnica apenas realizada em situações de necessidade. Inicialmente tivemos dificuldade na realização do toque vaginal pelo receio de infligir demasiada dor à parturiente, bem como pela dificuldade de avaliação de todos os parâmetros, nomeadamente da variedade fetal e dos diâmetros da bacia. Contudo, com o decorrer do ER esta dificuldade foi sendo superada, tornando-nos cada vez mais experientes e cuidadosas na realização desta técnica.

É de ressaltar que cuidámos de parturientes que não realizaram a vigilância da gravidez, nas quais foi necessário intervir no sentido de avaliar o contexto social e proceder à colheita de sangue para avaliação de serologias e grupo sanguíneo. E, ainda, cuidámos de parturientes com patologia associada, tendo sido necessário intervir de forma a assegurar o processo fisiológico do TP, minimizar o risco de complicações maternas e fetais e aumentar o bem-estar da parturiente/feto, sendo estas: hipertermia materna;

hipertensão arterial/pré-eclâmpsia; infecções a vírus hepatite B; diabetes gestacional; presença de líquido amniótico com mecônio; entre outros. Realizámos a técnica de amniotomia em duas situações, com o objetivo de promover a progressão do TP, contudo previamente procedemos à explicação do procedimento e a necessidade de o realizar, obtendo o consentimento da parturiente (fazer por). A amniotomia consiste na rutura artificial das membranas, devendo ser realizado após uma cuidadosa avaliação das características do colo uterino e da apresentação fetal, tendo como riscos a possibilidade de infeção, de prolapso do cordão umbilical e rutura de vasa prévia (RCOG, 2008; ACOG, 2009; Graça, 2017). A amniotomia também pode ser considerada como um método complementar de diagnóstico para avaliar o bem-estar fetal (Souza & Amorim, 2008). Tivemos, também, a necessidade de recorrer à perfusão ocitócica em 5 parturientes (fazer por), com o objetivo de promover a progressão do TP e evitar o risco de partos distócicos por paragem de progressão do TP, possibilitando assim que culminassem em partos eutócicos. Por outro lado, tivemos ainda a oportunidade de realizar duas amnioinfusões intraparto, após indicação médica, em situações de rutura espontâneas de membranas, com oligoâmnios e presença de líquido amniótico com mecônio grau II. Assim, num ambiente de confiança e respeito pela parturiente fizemos por ela todas as técnicas promotoras da progressão do seu TP.

A dor do TP constitui um dos maiores receios da parturiente/CS e atua negativamente na progressão e na vivência do TP. Assim, a compreensão dos mecanismos da dor e o conhecimento da vivência da dor de cada parturiente, tornou-se uma das nossas prioridades, no sentido de desenvolver competências ao nível do alívio da dor do TP e puerpério. A dor do TP é subjetiva, sendo influenciada por crenças, valores, religião e experiências anteriores (Guerra, 2016). No 1º estágio do TP a dor encontra-se associada à contratilidade uterina, à dilatação do colo uterino e à distensão do segmento inferior do útero (Guerra, 2016; Graça, 2017). Por este motivo, procurámos conhecer a parturiente de forma a compreender a sua vivência e experiência de dor, através da escala visual analógica. De seguida, procurávamos conhecer as intenções da parturiente relativamente às estratégias de alívio da dor pretendidas, enquanto a informávamos de todos os métodos não farmacológicos e farmacológicos disponíveis, conjuntamente com as suas vantagens, desvantagens, riscos e complicações associadas.

Identificámos que 43 parturientes a quem prestámos cuidados especializados, optaram pelo recurso a analgesia loco-regional. Nestas situações, e após conhecermos as mulheres, a evolução do TP, a sua experiência e vivência de dor, esclarecemo-las acerca

dos benefícios, riscos e complicações associadas a este método farmacológico e assegurámos o consentimento informado. De seguida, procedemos à articulação com a equipa multidisciplinar e colaborámos na técnica de analgesia loco-regional. Nestas situações, estivemos com a parturiente, numa perspetiva de suporte contínuo, minimizando os seus medos e receios, ao mesmo tempo que implementávamos estratégias de gestão da dor. Desta forma, possibilitámos o recurso a métodos farmacológicos de alívio da dor e fizemos por ela todas as medidas de preparação para a realização do procedimento, bem como a avaliação do nível de dor antes e após a administração da analgesia prescrita. Observámos, também, que 68 parturientes apresentavam intenção prévia de recorrer a métodos farmacológicos de alívio da dor, nomeadamente ao recurso à analgesia locoregional, com maior evidência nas parturientes que frequentaram CPNP.

A analgesia sistémica foi um recurso para grávidas em situação de Indução do TP (ITP), fase latente do TP ou parturientes que não pretendiam ou não podiam realizar outro tipo de analgesia. Em 5 parturientes recorremos a este tipo de analgesia, sendo os fármacos de eleição: Paracetamol; Brometo de Butilescopolamina; Metamizol de Magnésio; Petidina e Remifentanil. Uma das situações que se mantém na nossa memória, diz respeito a uma parturiente em fase latente do TP internada no BP, por oligoâmnios para ITP, e que apresentava um *score* de dor de 6. Após avaliação da parturiente e comunicação à equipa médica foi prescrita a administração de uma fórmula de Brometo de Butilescopolamina, contudo cerca de 5 minutos após o início da administração a parturiente inicia um quadro de dispneia e alteração do estado de consciência, com alterações patológicas na CTG representativas de uma desaceleração. Nesta situação rapidamente solicitámos apoio dos EEESMO e equipa médica, colocámos a parturiente em decúbito lateral com oxigénio por máscara e perfusão de Lactato de Ringer, otimizámos a CTG no sentido de avaliar corretamente o traçado cardíofetal e, com indicação da EEESMO orientadora, iniciámos a preparação de uma fórmula de Hidrocortisona para administração endovenosa, por prescrição médica. Devido à nossa rápida intervenção e solicitação de apoio multidisciplinar, o estado da parturiente reverteu e foi possível a manutenção do bem-estar materno-fetal. Com esta experiência, compreendemos que o EEESMO é o profissional de excelência para vigilância do TP, sendo dotado de um corpo de conhecimentos específicos que lhe permite conceber, planear, implementar, avaliar e detetar situações de desvio nos padrões normais do TP e

intervir rapidamente, de forma autónoma e interdependente, em situações de risco materno e fetal.

Ao refletirmos acerca do recurso a métodos farmacológicos de alívio da dor, torna-se importante abordar a questão da colocação de soroterapia *versus* a ingestão oral da parturiente. São várias as *guidelines* e a evidência científica que promovem a ingestão durante o TP, reforçando os seus benefícios: previne o risco de desidratação e acidose; diminui o risco de exaustão materna e complicações associadas; permite a manutenção de uma reserva energética para o feto e atividade uterina; aumenta a satisfação e conforto da parturiente; diminui os níveis de stresse da parturiente e, diminui o risco de episódios de vómitos (OE, 2013; NICE, 2014; Singata, Tranmer & Gyte, 2014; RCM, 2018; OMS, 2018). Em todas as parturientes procurámos conhecer as suas expectativas e desejos para o TP, abordando a questão da colocação do acesso venoso periférico, e negociámos com elas a sua colocação numa região mais distal das mãos, de forma a não ser um fator dificultador da adoção de posições verticalizadas para o 1º e 2º estádios do TP, bem como deixando-o obturado. Assim, possibilitámos a ingestão da parturiente durante o TP, incentivando-a ao consumo de bebidas, gelatinas e gelados de gelo (conforme protocolo do serviço) e avaliámos esta intervenção, sendo vigente um sentimento de satisfação por parte das parturientes.

As parturientes têm sentido a necessidade de ter um papel ativo no seu TP e de procurar, cada vez mais, medidas não farmacológicas para a gestão da dor, que lhe permitam vivenciar a experiência do parto de forma mais natural e instintiva. Durante todo o ER, recorreremos às medidas não farmacológicas de alívio de dor implementando-as em todas as parturientes, incluindo as que se encontravam com medidas farmacológicas. Assim, concebemos, planeámos, implementámos e avaliámos as intervenções promotoras de conforto e bem-estar da mulher, recorrendo às seguintes medidas e técnicas: apoio contínuo; terapia ambiental; presença do CS; adoção de posições verticais; a bola de nascimento; o duche; o calor; a massagem; a música e; ainda, as técnicas respiratórias.

Procurámos estar com a parturiente/CS durante todo o turno, existindo situações em que permanecemos após o término do horário de turno para dar suporte emocional e reforço positivo à parturiente/CS. Podemos afirmar, que efetivamente conhecemos cada parturiente/CS. Da mesma forma, possibilitámos e incentivámos a presença contínua do CS, dotando o casal de conhecimentos de forma a efetuarem escolhas esclarecidas e promotoras do seu desejo de experienciar um parto normal. Fizemos pela parturiente/CS

todas as medidas de conforto e alívio da dor que se encontravam ao alcance, e que iam ao encontro do pretendido pela parturiente/CS. Com a nossa presença e suporte conseguimos promover o bem-estar de cada parturiente/família, contribuindo para uma experiência de parto positiva e satisfatória. O apoio contínuo durante o TP é considerado uma boa prática de cuidados, devendo ser adotada por todos os EEESMO (Hunter, 2002; AWHONN, 2013; King & Pinger, 2014; Dresang & Yonke, 2015; OMS, 2018).

A terapia ambiental na sala de partos é um aspeto essencial para se proporcionar conforto, diminuir os fatores de stresse e ansiedade e promover um ambiente acolhedor e o meio ideal para o nascimento de um novo ser (Ferreira, 2016; RCM, 2018). Neste sentido, procurámos tornar cada sala de parto num espaço seguro, calmo, com diminuição da luminosidade e ruído. Na admissão de cada parturiente apresentámos o espaço físico da sala de partos e procurámos conhecer as suas preferências em relação ao ambiente físico e às medidas não farmacológicas de alívio da dor disponíveis e, fizemos por ela todos os ajustes necessários ao espaço físico, de forma a acomodar os seus desejos, nomeadamente na procura de uma sala com aparelhagem quando o casal trazia consigo uma *pen* com uma seleção musical ou, também, na procura e disponibilização do aparelho de aromaterapia. Respeitámos a intimidade da parturiente/CS, solicitando sempre permissão para entrar na sala de partos e avaliámos o seu impacto positivo na progressão do TP e no aumento dos níveis de satisfação maternos.

A presença do CS é um fator determinante para a satisfação materna durante o TP, sendo um elemento tranquilizador para a parturiente e uma fonte de suporte emocional. Em todas as interações com a parturiente incentivámo-la a ter presente um CS, procurando conhecer a importância daquele elemento para a mulher. Possibilitámos momentos de educação para a saúde ao CS e dotámo-lo de conhecimentos para a implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente. Ao longo da prestação de cuidados, tivemos sempre um olhar atento sobre o CS, procurando conhecê-lo e envolvê-lo no processo de cuidados, nunca esquecendo as questões culturais associadas a cada parturiente e seu CS.

Em várias situações de vigilância do TP, adotámos a massagem como medida não farmacológica de alívio da dor, grande parte das vezes associada à aplicação de calor local, assim, após conhecermos as queixas de dor da parturiente e a sua recetividade para o toque, realizámos a aplicação de calor na região sagrada, com recurso a balões de soro aquecidos, conjuntamente com a realização de uma massagem e aplicação de

pressão. De seguida, avaliámos os resultados da intervenção e foi notória a diminuição do *score* de dor, o aumento da sensação de relaxamento, bem como em alguns casos a diminuição da intensidade da contratilidade uterina. Efetivamente, a massagem promovida pelo EEESMO, durante o TP, reduz a ansiedade e o stress, promove o relaxamento, a redução da fadiga muscular, diminui a sensação de dor, agindo como um suporte psicológico benéfico para o TP (Costa, 2015). Recorremos à técnica de massagem e aplicação de calor local em cerca de 64% das parturientes, fazendo por elas a promoção do conforto, com *outcomes* positivos na redução da sensação de dor do TP, contudo observámos que quando procedemos ao ensino, instrução e treino dos CS para realizarem a técnica de massagem na região sagrada (possibilitar), os efeitos terapêuticos da massagem eram potenciados pelo desenvolvimento de um ambiente de intimidade, conforto e segurança entre a parturiente e o CS, culminando no alcançar de um estado de maior bem-estar materno.

Neste contexto de ER, todas as salas de partos encontram-se equipadas com aparelhagens com leitor de CD/mp3, bem como existe no serviço CD com complicações musicais para a escuta durante o TP. A escuta musical contribui para: a redução de emoções negativas e dos níveis de stress; o alcançar um estado de relaxamento e bem-estar; a redução dos níveis de dor; ajudar na progressão do TP e, ainda para a promoção de uma sensação de ambientalização e vínculo entre parturiente e EEESMO (Liu, Meu-Yueh & Chung-Hey, 2010; Hosseini, Bagheri & Honarparvaran, 2013; Vicente, 2015; Ferreira, 2016). A música pode, assim, ser considerada uma estratégia não farmacológica de alívio da dor a ser utilizada pelo EEESMO no decurso do TP, para isto é essencial conhecer a parturiente e os seus gostos musicais, possibilitar e incentivar ao uso da música e fazer por ela toda a preparação do ambiente da sala de partos de forma a que a música se alie a um ambiente de tranquilidade, segurança e pouca luminosidade, medidas estas que foram implementadas neste ER. Foi neste ambiente de intimidade e confiança, que testemunhámos momentos de pura intimidade e amor partilhados entre os casais, enquanto estes dançavam tranquilamente ao som da música, sempre que uma nova contração surgia. Sentimo-nos verdadeiramente privilegiadas e emocionadas ao vivenciar estes momentos, sentindo que a nossa presença e intervenções tinham culminado numa experiência satisfatória para o casal.

A liberdade de movimentos e a deambulação foram outras medidas não farmacológicas de alívio da dor que utilizámos. Desde 1996, que a OMS dá destaque à posição materna durante o TP, no sentido da promoção do parto normal. Mais recentemente em 2015 e

2018, a OMS volta a recomendar a todos os profissionais de saúde a adoção de posições verticalizadas, da parturiente, ao longo do 1º e 2º estádios do TP. Assim, surgiu evidência e *guidelines* abordando esta temática e enumerando as suas vantagens e benefícios: menor duração do TP; maior controlo da dor e conforto; maior probabilidade de parto normal; menor recurso a métodos farmacológicos de alívio da dor; maior facilidade nos mecanismos de encravamento e de descida da apresentação fetal; favorecimento do relaxamento do períneo e o aumento dos diâmetros dos estreitos da bacia; diminuindo o risco de sofrimento fetal (Difranco, Romano & Keen, 2007; Kripke, 2010; Priddis, Dahlen & Schmied, 2012; OE & APEO, 2012; Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013; Gizzo et al., 2014; Ferrão & Zangão, 2017; Gallo, Santana, Marcolin, Duarte & Quintana, 2018; RCM, 2018). Pelo exposto, a evidência científica sugere que se torna imperativo que os EEESMO motivem as mulheres para o recurso a posições verticalizadas durante o TP. Desta forma, possibilitámos o recurso a posições verticalizadas, aconselhando também o recurso à bola de nascimento, assumindo uma postura de educadoras acerca das formas de utilização da bola e das possíveis posições a adotar. Ao mesmo tempo, fizemos por elas a preparação da box com a bola de nascimento, o recurso às lianas e a preparação da marquesa de nascimento de forma a ser possível assumirem posições verticalizadas que lhes fossem mais confortáveis, alternando o posicionamento sempre que necessário. Tivemos sempre presente, a avaliação prévia da mobilidade da parturiente, especialmente nas que usufruíram de analgesia loco-regional, no sentido de prevenir acidentes associados a quedas.

O uso da água, com recurso ao duche, foi utilizado em 6 parturientes comprovando-se os seus benefícios na progressão do TP e na gestão da dor da parturiente. Em todas as situações, avaliámos criteriosamente o bem-estar materno-fetal e, de seguida, procurámos conhecer as expectativas e a disponibilidade da parturiente para a ida ao duche, explicando-lhe os benefícios do uso da água. De seguida, possibilitámos a sua ida ao duche (que se localiza no SUOG, exterior ao BP) acompanhada pelo seu CS e estivemos com a parturiente durante todo o seu duche, de forma a implementar e avaliar o uso desta medida não farmacológica. Indo ao encontro da evidência existente, em todas as parturientes observou-se o aumento do seu bem-estar e a progressão rápida do TP, o que aumentou a sua crença na capacidade de ter um parto normal (Stringer & Hanes, 1999; Abo-Romia & El-Adham, 2014; ACNM, 2014; Nutter, Meyer, Shaw-Battista & Marowitz, 2014; Gayiti, Li, Zulifeiya, Huan & Zhao, 2015; Bovbjerg, Cheyney & Everson, 2016; Low, 2017).

Por último, o recurso às técnicas respiratórias instintivas e fisiológicas foram o foco da nossa intervenção junto das parturientes/CS e irão ser abordados no seguinte subcapítulo.

Em suma, consideramos que conseguimos, de forma harmoniosa, conjugar todas estas medidas não farmacológicas de alívio da dor e promover o bem-estar da parturiente. Da mesma forma, conseguimos atuar de acordo com o PP das parturientes/CS e conceber, planejar, implementar e avaliar as intervenções desenvolvidas no sentido da promoção do parto normal, deteção precoce de complicações e, intervenção em situações de risco/complicação e de urgência.

Quando se atinge a dilatação completa inicia-se o **segundo estágio do TP** que tem o seu término com a expulsão do feto (Lowdermilk & Perry, 2008; Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017). A sua duração é variável dependendo de inúmeros fatores: eficácia das contrações; analgesia; condição física e emocional da parturiente; posição, paridade e características pélvicas da parturiente; tamanho, apresentação e situação do feto e; ainda, o apoio recebido pelo EEESMO (Fatia & Tinoco, 2016). Para se alcançar um parto normal, com o feto na posição de vértice, é essencial compreender os movimentos cardinais do parto, sendo estes: o encravamento que se designa pela passagem do maior diâmetro transversal da apresentação fetal através do estreito superior da bacia; a descida é o primeiro requisito para a progressão do TP e consiste no movimento descendente do feto no canal de parto; a flexão corresponde ao movimento de flexão do mento sobre a face anterior do tórax do feto, oferecendo o menor diâmetro cefálico à passagem pela bacia; a rotação interna é essencial para a contínua progressão do TP, ocorrendo quando o polo cefálico atinge o plano das espinhas ciáticas e possibilita a deslocação do occipito fetal no sentido da sínfise púbica; a extensão verifica-se quando o polo cefálico fetal, fletido, atinge o plano da vulva e inicia um movimento de extensão, no qual à medida que a cabeça fetal fletida desce no canal de parto ocorre um abaulamento perineal seguido da coroação, após, a cabeça fetal é exteriorizada por extensão progressiva do occipital, bregma, fronte, nariz, boca e mento; a rotação externa ocorre quando o polo cefálico retoma a atitude anterior à rotação interna e; finalmente, a expulsão do feto verificando a expulsão do ombro anterior sob a sínfise púbica e de seguida o ombro posterior seguido do corpo do feto (Lowdermilk & Perry, 2008; Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017).

O segundo estágio do TP, como acima descrito, envolve um processo fisiológico e uma nova experiência para a parturiente, tornando-se um desafio para os profissionais de



saúde que devem ter sempre presente os aspetos da progressão do TP e simultaneamente apoiar a parturiente na gestão da dor. Segundo a OMS (2018) a duração do 2º estágio do TP pode variar e, em primíparas pode ir até às 3h de duração, enquanto que nas múltiparas ronda as 2 horas. Indo ao encontro da temática em estudo, o *delayed pushing* tem inúmeros benefícios: a promoção da descida e rotação passiva da apresentação fetal pelo canal de parto; o aumento da incidência de partos normais; a diminuição do risco de exaustão materna e consequente acidose metabólica; a diminuição da duração dos esforços expulsivos; a diminuição do risco de lesão perineal; (OMS, 1996; Roberts, 2002; Hanson, 2006; Berghella et al., 2008; Hanson, 2009; Naranjo, et al., 2011; Prins et al., 2011; King & Pinger, 2014; Kopas, 2014; Ahmadi et al., 2017; OMS, 2018).

Das 45 parturientes que cuidámos e culminaram em partos eutócicos, cerca de 34 parturientes não apresentaram necessidade de iniciar esforços expulsivos após a dilatação completa, dado não sentirem o reflexo de *Ferguson* causado pela compressão do polo cefálico nos recetores distendidos do pavimento pélvico (Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, respeitámos e promovemos a descida fisiológica da apresentação fetal e, aguardámos até que a parturiente manifestasse vontade de iniciar esforços expulsivos.

Durante todo o 2º estágio do TP possibilitámos e incentivámos as parturientes a posições verticalizadas, identificando os seus *outcomes* positivos nomeadamente: melhoria do fluxo uteroplacentário com consequente menor percentagem de alterações anómalas nos padrões de FCF; maior eficácia da contratilidade uterina; facilidade de descida passiva e rotação interna da apresentação fetal por força da gravidade e retificação do canal de parto; aumento dos diâmetros da bacia; esforços expulsivos mais eficazes dado a sua maximização pela ação gravídica; distensão progressiva do assoalhado pélvico; melhor gestão da dor por escolha da parturiente pela posição que lhe seja mais confortável; maior participação da parturiente no seu parto e diminuição do risco de partos instrumentalizados (OMS; 1996; Hanson, 2006; Berghella et al., 2008; OE, 2013; Kopas, 2014; Dresang & Yonke, 2015; Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016; Edqvist et al., 2017; Santos, Nicácio, Pereira, Oliveira & Progianti, 2017; Çalik, Karabulutlu & Yavuz, 2018; RCM, 2018; OMS, 2018). Desta forma, procurámos conhecer as preferências da parturiente, de forma a compreender a posição em que se encontrava mais confortável, possibilitámos a alternância de posicionamentos aconselhando algumas posições de acordo com a observação realizada através do toque vaginal, estivemos com a parturiente/CS e promovemos o seu bem-estar.

Neste estágio estivemos atentas a todas as manifestações da parturiente que fossem indicativas da progressão do TP, tendo-se identificado que a mais evidente era a verbalização da necessidade de iniciar esforços expulsivos. Neste período possibilitámos a adoção da posição mais confortável para a parturiente tendo sido proposto, inclusive, a alternância de posições maternas, de acordo com a avaliação da progressão da descida da apresentação fetal, intervindo de acordo com as recomendações da OE (2015b). Simultaneamente, fizemos por ela a avaliação contínua do bem-estar materno-fetal, analisando a FCF. Numa fase inicial apresentámos dificuldades na avaliação do CTG durante o período expulsivo, aliando a essa avaliação toda a concentração no momento da expulsão do feto, bem como na promoção do apoio contínuo à parturiente e CS, contudo, com o apoio e orientação da EEESMO orientadora, fomos desenvolvendo competências neste âmbito, observando-se um aumento gradual da autonomia neste estágio do TP.

Por outro lado, limitámos o toque vaginal a situações estritamente necessárias e procurámos, nesta fase, avaliar as características perineais, nomeadamente no que concerne à sua distensibilidade e comprimento, e o nível da apresentação fetal (fazer por). Uma das nossas preocupações passou também pela vigilância da presença de globo vesical, tendo sido necessário recorrer à técnica de esvaziamento vesical em algumas situações.

Durante os esforços expulsivos da parturiente intervimos de acordo com o método fisiológico de vigilância do TP, respeitando a parturiente ao mesmo tempo que promovemos e possibilitámos a realização de esforços expulsivos espontâneos, onde estivemos com a parturiente e a encorajámos a realizar esforços expulsivos de acordo com os seus instintos fisiológicos, mantendo a crença na sua capacidade de parir de forma natural e instintiva. É de ressaltar, que à medida que fomos adquirindo competências e segurança na assistência às parturientes no 2º estágio do TP, começámos a recorrer apenas à avaliação do bem-estar fetal pela monitorização da FCF, demonstrando confiança e reforçando a crença da parturiente na sua capacidade de conhecer o seu corpo e vivenciar a necessidade fisiológica de reiniciar esforços expulsivos, sempre que uma nova contração se instalava. Assim, e respeitando a temática em estudo não condicionámos a parturiente a realizar esforços expulsivos com recurso à manobra de valsava. Esta temática será explorada no subcapítulo seguinte referente aos resultados da PBE relativos à vocalização da parturiente.

A aplicação de calor perineal (fazer por) foi uma das estratégias utilizadas em 25 parturientes, quer pela aplicação de compressas aquecidas quer pela irrigação de soro aquecido, tendo sido evidente que as parturientes referiram uma sensação de conforto e bem-estar. Esta técnica encontra-se descrita na evidência científica mobilizada, pelos seus *outcomes* positivos na promoção do conforto, aumento da elasticidade perineal e consequente diminuição do risco de trauma perineal (OMS, 1996; Berghella et al., 2008; Kopas, 2014; Dresang & Yonke, 2015; Edqvist et al., 2017; RCM, 2018; OMS, 2018).

À medida que observávamos que a apresentação fetal se encontrava a coroar, procedemos à implementação de técnicas de prevenção do trauma perineal (fazer por), onde exercemos a técnica de *hands-on* em 34 parturientes, nomeadamente nas parturientes que pariram em posição de litotomia (6), semi-sentadas (22) e lateralizadas (6). Assim, recorremos à manobra de *Ritgen* modificada, aplicando pressão perineal e com a outra mão evitando a deflexão rápida da cabeça fetal (Graça, 2017). A adoção de medidas protetoras do períneo é aconselhada em vários estudos e *guidelines* (OMS, 1996; Berghella et al., 2008; Çalik et al., 2018; RCM, 2018; OMS, 2018). Importa salientar a necessidade do recurso às técnicas de massagem perineal com lidocaína a 1%, de incentivo a esforços expulsivos condicionados, de abaulamento digital do segmento inferior do períneo, de rotação manual da apresentação fetal e realização de episiotomia, foram utilizadas em 1 parturiente, nulípara, e com feto na variedade occipito-posterior tendo culminado num parto eutócico com o nascimento de um RN com índice de *Apgar* de 9 ao 1º minuto e 10 ao 5º minuto e peso de 3890 gramas.

A técnica de *hands-off* (manter a crença) foi um recurso nos restantes partos, nos quais assistimos a 6 partos com a parturiente na posição sentada, 2 no banco de parto, 1 em pé, 1 na posição de quatro apoios e 1 na posição de cócoras.

No que concerne ao trauma perineal, realizámos apenas quatro episiotomias (fazer por), correspondendo a uma percentagem de 8% da totalidade dos partos realizados, valor este que cumpre os requisitos da OMS encontrando-se abaixo dos 10% (1996). A episiotomia foi realizada criteriosamente com o objetivo de evitar o risco de lacerações graves. Nos restantes partos, 13 parturientes apresentaram períneos íntegros, 9 lacerações de grau I e 23 lacerações de grau II.

Efetivamente, o momento da expulsão do feto é um momento causador de ansiedade, tanto para a parturiente como para o EEESMO, e que marcou as nossas experiências de parto pelo receio do surgimento de complicações. Identificámos a presença de 4 situações

de apresentações fetais compostas, onde se observaram procedências da mão, que culminaram em trauma perineal com lacerações de grau II. Um outro aspeto prendeu-se com a ocorrência de 3 situações de circulares cervicais apertadas, sendo que em 2 delas fomos orientadas para laquear o cordão umbilical, situação que foi de encontro à evidência científica quanto à intervenção em situação de circular cervical, aconselhando a realização da manobra de *Somersault* (Hutchon, 2013; Graça, 2017; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017). Após estas situações procurámos, junto dos EEESMO, proporcionar momentos de debate acerca da intervenção em situação de presença de circular cervical apertada e apresentámos a evidência científica relativa à manobra de *Somersault* e benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical (CTCU). Experienciámos, ainda, 2 situações de partos precipitados onde foi necessário intervir (fazer por) de forma rápida e segura, sem a possibilidade de preparar a mesa de parto e respeitar todas as técnicas de assépsia recomendadas. Foi numa destas situações que identificámos 1 circular cervical apertada e realizámos a manobra de *Somersault* possibilitando, à parturiente e ao feto, usufruírem de todos os benefícios da CTCU.

Com o culminar iminente da expulsão do feto, possibilitámos que as parturientes/CS tivessem a oportunidade de vivenciar aquele momento de forma única e incentivámos a que a extração do abdómen e membros inferiores do feto fosse realizado por um deles. É de ressaltar que a grande maioria das parturientes optou por realizar a extração do feto, colocando-o de imediato no seu tronco. Com esta simples intervenção possibilitámos que a parturiente se sentisse envolvida no seu processo de nascimento, mantendo a crença na sua capacidade de ajudar ao nascimento do seu filho, estimulando o fortalecimento do vínculo entre mãe-bebé e aumentando a sua satisfação e sensação de bem-estar com a experiência de parto.

O contacto pele-a-pele e a CTCU foram outra prioridade da nossa intervenção enquanto futuras EEESMO. O contacto pele-a-pele, nos RN que não apresentem complicações após o nascimento, deve ser uma prática standard de todos os profissionais de saúde e mantida durante, pelo menos, a primeira hora de vida de forma a prevenir a hipotermia e promover a amamentação precoce (OMS, 2018). As vantagens do contacto pele-a-pele excedem as supramencionadas, sendo notórias a nível materno: dequitação precoce; redução do risco de hemorragia; aumento da autonomia na amamentação e diminuição dos níveis maternos de stress (Karimi, Sadeghi, Maleki-Saghooni & Khadivzadeh, 2019; Widström, Brimdyr, Svensson, Cadwell & Nissen, 2019). Para o RN, são mencionados os seguintes aspetos: redução do impacto negativo do nascimento; facilidade de

termorregulação; menores períodos de choro e maior sucesso da amamentação (Karimi et al., 2019; Widström et al., 2019). Desta forma, estivemos com a parturiente durante todo o processo de TP, possibilitámos a experiência de contacto pele-a-pele precoce e prolongado de forma a aumentar o bem-estar materno e do RN. Apenas em 1 situação não foi possível a realização do contacto pele-a-pele precoce, que retratou um parto precipitado em que o RN apresentou um índice de *Apgar* de 7 ao 1º minuto de vida, tendo necessidade de medidas de estimulação. Gostávamos, ainda, de ressaltar que procurámos sempre que os primeiros cuidados ao RN fossem realizados na sala de parto, junto da mãe/CS, com recurso à bancada portátil, disponível no serviço para a prestação dos primeiros cuidados ao RN nas salas de parto. Finalizando as temáticas em análise, consideramos crucial referir que tivemos a oportunidade de realizar a experiência de contacto pele-a-pele com um pai, num dos partos por ventosa e fórceps, a que assistimos e apoiámos na prestação de cuidados à parturiente e ao RN.

A promoção do aleitamento materno precoce foi, também, foco da nossa intervenção durante o TP. Assim, após conhecermos o desejo da mulher amamentar, solicitámos apoio à enfermeira de cuidados gerais que estava presente na sala de partos, de forma a instruí-la a avaliar os sinais de prontidão do RN para iniciar a mamada, logo após o parto (possibilitar). Assim, foram inúmeras as situações em que o RN foi adaptado a mama, em contacto pele-a-pele com a mãe, logo após o nascimento, respeitando assim a política hospitalar da Iniciativa Amiga dos Bebés e as *guidelines* da OMS e UNICEF (1991; 2018) e da OMS (1996; 1998; 2002; 2018).

A CTCU deve ser uma prática diária do EEESMO, pelos seus benefícios no aumento do hematócrito e níveis de ferro sérico ao longo dos primeiros meses de vida do RN, sendo considerada uma boa prática de cuidados e incentivada pelas *guidelines* europeias e evidência científica considerando os *outcomes* neonatais e infantis (OMS, 1996; King & Pinger, 2014; Dresang & Yonke, 2015; ACOG, 2017; Santos et al., 2017; OMS, 2017; RCM, 2018; OMS, 2018; Zhao, Hou, Zhu & Lu, 2019). Assim, realizámos a técnica de CTCU em aproximadamente 85% dos partos, nos quais procurámos conhecer o desejo da parturiente relativamente a esta temática, possibilitámos o aumento da literacia da parturiente/CS acerca dos benefícios da CTCU e fizemos por ela esta técnica de forma a proporcionar bem-estar ao RN. Das três situações em que não foi possível a realização da CTCU, duas foram por desejo da parturiente/CS na colheita de sangue para recolha de células estaminais, nestas situações validámos com a parturiente os seus

conhecimentos acerca dos benefícios da CTCU (conhecer) e após decisão esclarecida da parturiente fizemos por ela esse procedimento.

O último aspeto a ressaltar relativo ao 2º estágio do TP diz respeito aos benefícios do parto normal na colonização do RN pelo microbioma vaginal materno. Esta temática tem vindo a ser uma área em estudo, surgindo cada vez mais a preocupação em compreender os seus *outcomes* neonatais. Importa clarificar a definição de microbioma, este compreende um trilião de microrganismos que habitam a nossa pele, o sistema gastrointestinal, o sistema urogenital, a boca e nariz, os pulmões e, nas mulheres também na vagina. Este trilião de microrganismos tem uma função muito importante na manutenção do bom funcionamento do nosso organismo e na proteção contra doenças (Wakeford & Hartmam, 2017). O parto é o momento de colonização do RN pela flora vaginal materna, contribuindo para o desenvolvimento do sistema imunitário do RN, ajudando-o a identificar os microrganismos que podem ser prejudiciais de forma a prevenir doenças e alterações no normal metabolismo (Wakeford & Hartmam, 2017; Tribe, Taylor, Kelly, Rees, Sandall & Kennedy, 2018). Estes microrganismos que colonizam o RN migram para o seu sistema gastrointestinal, e tornam-se as primeiras bactérias a colonizar o intestino do RN, alimentando-se e multiplicando-se por ação dos oligossacarídeos existentes no leite materno, promovendo assim o desenvolvimento do sistema imunitário do RN. Desta forma, possibilitámos o contacto do feto com o microbioma materno, reforçando o seu sistema imunitário e reduzindo o risco de morbilidades no futuro, da mesma forma, que ao promover o aleitamento precoce contribuímos para o sucesso da colonização do RN.

Após ocorrer o nascimento do RN, espera-se que ocorra o processo de expulsão da placenta, iniciando-se o **terceiro estágio do TP**. Este período de tempo entre o nascimento do RN e a expulsão completa da placenta é considerado o 3º estágio do TP. A diminuição súbita das dimensões uterinas e as contrações uterinas, após o período expulsivo, originam o processo de dequitação, podendo ocorrer através de dois mecanismos: o de *Schultze* (saída da face fetal da placenta) que é caracterizada pela separação da placenta se iniciar na zona mais central, formando um hematoma que apenas é expulso no final, nestas situações em primeiro lugar dá-se a saída da superfície fetal brilhante e a hemorragia sucede a remoção da placenta; no de *Duncan* (expulsão da face materna da placenta) observa-se o início do descolamento da placenta pela sua periferia, observando-se a saída da superfície rugosa da placenta acompanhada de um

discreto e contínuo sangramento (Lowdermilk & Perry, 2008; Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017).

No ER tivemos a oportunidade de cuidar 46 mulheres durante o 3º estágio do TP, sendo que 45 situações decorreram dos cuidados nos estádios anteriores do TP e 1 situação foi de um parto que decorreu na ambulância e o 3º estágio foi realizado em contexto hospitalar.

As *guidelines* recomendam uma intervenção com respeito pelo processo fisiológico do 3º estágio do TP (OE, 2015b; OMS, 2018). Assim, adotámos esta estratégia de intervenção e seguimos a conduta da EEESMO orientadora, recorrendo a medidas de CTCU e tração controlada do mesmo após sinais de descolamento de placenta. Durante todo o período de espera possibilitámos a manutenção do contacto pele-a-pele, entre mãe e RN e dotámos a parturiente/CS de conhecimentos acerca desta nova etapa do TP. Apenas vivenciamos 4 situações de membranas fragmentadas, onde solicitámos apoio da equipa médica e com recurso a controlo ecográfico constatou-se que em 1 situação existia a presença de restos placentares, tendo sido realizada a revisão digital da cavidade uterina removendo os restos placentares, sob supervisão da EEESMO orientadora. Tivemos ainda uma situação de retenção placentar, onde se observou que após 1h da expulsão fetal, não existiam sinais de descolamento da placenta, nesta situação, e sempre com o apoio da EEESMO orientadora, foi requerido apoio médico e procedemos à administração de 10 unidades de ocitocina pela veia do cordão umbilical, tendo se observado, de seguida, o processo de dequitação normal (Ramos, Valadares, Videira, Soares & Dâmaso, 2002; Baggieri et al., 2011).

Após a dequitação, fizemos pela parturiente a administração de ocitocina endovenosa, de acordo com o protocolo de atuação do serviço, de forma a prevenir o risco de hemorragia pós-parto e manter o processo de bem-estar da parturiente, minimizando o risco de complicações. É de ressaltar que solicitámos sempre o consentimento da parturiente para a administração de ocitocina endovenosa, explicando-lhe os seus benefícios. Por último, procurámos conhecer e respeitar o desejo da parturiente/CS de visualizar a sua placenta e membranas (fazer por).

Uma das situações que mais nos marcou e emocionou foi referente ao *lotus birth*. O *lotus birth* diz respeito à prática de manter o cordão umbilical intacto, sem clampagem, até ao término do processo de dequitação e até este se separar espontaneamente (Monroe, Rubin, Mychaliska, Skoczylas & Burrows, 2019; Zinsser, 2018). Esta situação ocorreu com

uma parturiente, com PP, num parto realizado na posição sentada e com recurso ao banco de parto, onde após conhecermos os desejos da parturiente para o processo de dequitação compreendemos que esta pretendia um *lotus birth*, mas no que se referia a que o cordão umbilical apenas fosse laqueado após a dequitação. Desta forma, possibilitámos que a sua vontade fosse respeitada e fizemos por ela a gestão fisiológica do 3º estágio do TP, possibilitando que o RN usufrísse de todos os benefícios da CTCU, de seguida, e por desejo da parturiente, o pai procedeu à clampagem e corte do cordão umbilical com o RN em contacto pele-a-pele com a mãe. Recordamo-nos de todos os pormenores deste parto devido à intensidade com que foi vivenciado pelos pais e por nós, sentimos que esta tríade nos deu a oportunidade de partilhar com eles este momento único e maravilhoso da sua vida e, sentimo-nos verdadeiramente gratas por ter possibilitado a este casal a vivência do seu parto idealizado e humanizado.

A etapa seguinte prendeu-se com o desenvolvimento de competências de técnicas de avaliação da integridade perineal e aplicação de técnicas de reparação. Este foi, sem dúvidas, um dos aspetos nos quais apresentámos mais dificuldades iniciais, contudo com o apoio e supervisão da EEESMO orientadora, fomos desenvolvendo competências nesta técnica. Assim, tivemos a oportunidade de praticar a realização das várias técnicas de correção perineal (fazer por). Da mesma forma, tivemos a oportunidade de desenvolver competências na técnica de anestesia local em 5 situações de correção perineal.

O **quarto estágio do TP** corresponde ao puerpério imediato, sendo caracterizado pelas duas primeiras horas após o parto, nesta fase ocorrem os processos hemostáticos maternos e a adaptação do RN à vida extrauterina, sendo crucial uma vigilância cuidadosa da díade (Lowdermilk & Perry, 2008; Fatia & Tinoco, 2016). Neste período procurámos sempre realizar a avaliação da puérpera e do RN, por nós cuidados nos estádios anteriores do TP, de forma a desenvolvermos competências na intervenção no puerpério imediato, bem como a avaliarmos a experiência de parto e as técnicas de correção do períneo realizadas.

Consideramos que o puerpério imediato é um momento privilegiado de intervenção do EEESMO, sendo muitas vezes menosprezado por estes e delegado para os enfermeiros de cuidados gerais que trabalham no BP. Desta forma, desenvolvemos educação para a saúde no âmbito das alterações fisiológicas da puérpera e do RN, da importância do contacto pele-a-pele e alojamento conjunto e, ainda, do aleitamento materno (possibilitar). Realizámos (fazer por) a avaliação física e dos sinais vitais da puérpera, bem como no



RN realizámos os primeiros cuidados. Aproveitámos estes momentos privilegiados de interação para estar com a díade/CS e escutar atentamente (conhecer) o seu relato da experiência de parto, possibilitando sempre que possível a permanência do RN junto da mãe e do CS, mantendo a crença na capacidade da mãe de cuidar do RN e possibilitando a transição para a parentalidade positiva e saudável. Assim, consideramos que promovemos o conforto e bem-estar da puérpera e do RN, identificando precocemente complicações e antecipando necessidades de cuidados.

Em suma, podemos afirmar que desenvolvemos com sucesso a competência de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP (Regulamento n.º 391/2019). Desta forma, com o apoio e orientação da EEESMO orientadora, ao analisar o percurso formativo percorrido, desenvolvemos as competências necessárias para cuidar a parturiente/família nos quatro estádios do TP, estando com ela e os seus CS, conhecendo as suas expectativas, desejos e significado da experiência de parto respeitando as suas características individuais e de cariz social e cultural, fazendo por eles tudo o que eles fariam se a sua condição física permitisse, ao mesmo tempo que preservámos a sua dignidade. Possibilitámos apoio contínuo, mantivemos a crença e esperança realista, contribuindo assim para uma experiência de parto positiva, onde foi possível alcançar o bem-estar materno e neonatal.

### **3.2.1 Resultados da prática baseada na evidência: a vocalização da parturiente**

Cada vez mais urge a necessidade de devolver o TP aos seus principais intervenientes, a parturiente/CS, surgindo assim o nosso interesse pelo desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da vocalização da parturiente em TP. Desta forma, desenvolvemos uma prática baseada na evidência e nas *guidelines* existentes, com o objetivo final de promover o bem-estar materno-fetal e possibilitar uma experiência de parto gratificante para a mulher/CS (Pierce, 1998; Sampsel et al., 2005; Hanson, 2006; Difranco, Romano & Keen, 2007; AWHONN, 2008; Yildirim & Beji, 2008; Hanson, 2009; Prins et al., 2011; Naranjo et al., 2011; Potel, 2011; RCM, 2011; ACNM, 2012 a/b; Borrelli, Locatelli & Nespoli, 2012; King & Pinger, 2014; Kopas, 2014; Keeler et al., 2015; Carvalho & Rodrigues, 2016; Ahmadi et al., 2017).

De forma a implementar a temática tivemos como primeiro desafio a sensibilização de toda a equipa multidisciplinar, pois só assim seria possível o estabelecimento de um

ambiente terapêutico promotor da vocalização das parturientes, onde todos os profissionais de saúde interviessem de forma a apoiar a implementação deste projeto. Assim, iniciámos este percurso com vários momentos de debate com a docente orientadora Maria Teresa Félix, com o objetivo de compreender o melhor percurso a delinear para a implementação, com sucesso, da temática. Tivemos, ainda, o apoio de uma musicoterapeuta, a doutora Eduarda Carvalho, com a qual tivemos momentos de debate e formação acerca do uso da voz durante a gravidez. No primeiro dia no local de estágio debatemos com a EEESMO chefe do serviço a temática e sentimos uma grande receptividade da sua parte para a implementação do projeto. De seguida, abordámos a EEESMO orientadora acerca dos mesmos aspetos e obtivemos mais contributos para o projeto. Assim, após aconselhamento de todos os elementos referidos, começamos por sensibilizar a equipa de enfermagem e obstetras/pediatras acerca da vocalização da parturiente e os seus contributos maternos e neonatais. Da mesma forma, aliámo-nos a elementos de referência da equipa de enfermagem, obstétrica, pediátrica e de anestesia de forma a que se tornassem parceiros neste percurso e sensibilizassem os restantes colegas para a temática. Consideramos que ao seguir esta metodologia de sensibilização dos profissionais de saúde, conseguimos ter a inclusão de todos na implementação da temática, bem como a plena autonomia para promover a vocalização das parturientes independentemente do estágio do TP em que se encontrassem, ou do tipo de parto.

Neste sentido, uma das primeiras estratégias de sensibilização dos profissionais de saúde para a temática em estudo passou pela nossa participação no 1º Congresso de Enfermagem do hospital onde se realizou o ER, com a apresentação de um póster e um artigo para o e-book (ver apêndice 12 e 13) que foi reconhecido pela sua pertinência com a atribuição de uma menção honrosa (ver anexo II). Da mesma forma, participámos em duas formações em serviço com a apresentação (ver apêndice 11) da temática a toda a equipa de enfermagem, e que foram de extrema importância pelo momento de debate e partilha de experiências que se proporcionou entre toda a equipa e que foi de extrema importância para o desenvolvimento de novas metodologias de intervenção junto das parturientes. Da mesma forma, já no final do ER participámos com a apresentação do póster e elaboração de um artigo para o e-book do III Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba e VII Congresso Piauiense de Saúde Pública (ver anexo IV, apêndice 16 e 17).

Deste modo, após o processo de sensibilização dos profissionais de saúde e da nossa integração na dinâmica orgânico-funcional do BP, começámos a integrar a implementação

da vocalização na nossa prática de cuidados junto das parturientes/CS e elaborámos um instrumento de registo da interação de cuidados (ver apêndice 7) que espelhava os resultados da evidência científica proveniente da SR, assente no referencial teórico de enfermagem seguido neste projeto.

Tivemos a oportunidade de implementar o uso da vocalização a um total de 66 parturientes no 1º estágio do TP e 47 parturientes no 2º estágio do TP. As parturientes apresentaram idades compreendidas entre os 15 e os 42 anos de idade e uma percentagem idêntica de nulíparas e múltiparas. Quanto às habilitações literárias, identificou-se que a grande maioria tinha o ensino secundário, sendo que cerca de 40% apresentavam habilitações ao nível da licenciatura. Cerca de 32 das parturientes frequentaram CPNP e apenas 6 apresentavam plano de parto escrito.

Assim, ao planearmos os cuidados a implementar à parturiente/CS tivemos como principal enfoque conhecer as suas experiências de partos anteriores e as expectativas para o parto atual. De seguida, procurámos conhecer a opinião da parturiente/CS acerca do uso da vocalização no TP e quais os seus conhecimentos acerca dos seus efeitos. Efetivamente, numa primeira abordagem, a maioria das parturientes/CS demonstrou sentimentos negativos quanto ao uso da vocalização em TP, associando-a a à vivência de dor e descontrolo, não lhe reconhecendo quaisquer benefícios.

Durante toda a prestação de cuidados estivemos com a parturiente/CS adotando uma postura de disponibilidade e possibilitando o estabelecimento de um ambiente seguro alicerçado numa relação de confiança. Desta forma, consideramos que conseguimos criar um ambiente promotor e propício à vocalização da parturiente (possibilitar e fazer por). De seguida, ensinámos a parturiente acerca do uso da vocalização e seus efeitos, desmistificando todas as conceções erradas acerca do uso da voz no TP (possibilitar), simultaneamente avaliámos a disponibilidade das parturientes para recorrerem à vocalização, respeitando sempre a sua vontade de experienciar esta técnica respiratória. Quando contactávamos que as parturientes se encontravam recetivas ao uso da vocalização, instruímo-las e treinámo-las para o uso da voz de forma eficaz, treinando conjuntamente com elas o uso de sons graves e vogais abertas (estar com e fazer por), e mantivemos a crença na sua aptidão inata para a vocalização durante o 1º e 2º estágios do TP. Ao implementarmos a vocalização das parturientes, sentimos a necessidade de intervir junto dos CS de forma a explicar os efeitos do uso da vocalização, e constatámos que grande parte destes associavam a vocalização à expressão de dor intensa das

parturientes, assim, desmistificámos o recurso ao uso da voz como uma medida de conforto e relaxamento das parturientes (possibilitar), validando com estas esse mesmo efeito da vocalização. Desta forma, tranquilizámos os CS acerca do uso da vocalização das parturientes (estar com e possibilitar).

Também, sempre que uma parturiente recorria à vocalização durante o TP sentimos a necessidade de percorrer as restantes salas de parto com o objetivo de desmistificar o uso da vocalização, junto das restantes parturientes/CS. Efetivamente, constatámos que as restantes parturientes ao ouvirem a vocalização, de outra parturiente, associavam-na a sentimentos de dor intensa e descontrolo tornando-se um aspeto fomentador de stress e receio para estas. Assim, uma das estratégias da nossa intervenção passou por estarmos com as restantes parturientes que se encontravam na sala de partos e desmistificar o uso da voz durante o TP, possibilitando que as mesmas pudessem recorrer também a esta técnica respiratória.

Dado existir uma grande lacuna de conhecimentos, por parte das parturientes, e mitos associados ao uso da vocalização em TP, considerámos de extrema pertinência continuar a participar nos CPNP do hospital onde nos encontrávamos a realizar o ER. Deste modo, durante o ER realizámos quatro sessões (ver anexo III e apêndice 14 e 15) de sensibilização das grávidas acerca da temática em estudo, foi-nos possível cuidar 8 destas parturientes no seu TP, tendo sido um aspeto facilitador do recurso à vocalização. Observámos que estas parturientes iniciaram, de forma espontânea, a vocalização reduzindo o recurso ou recorrendo mais tardiamente a medidas farmacológicas de alívio da dor.

Ao longo da prestação de cuidados, constatámos que os restantes EEESMO e obstetras nos procuravam sempre que tinham ao seu cuidado uma parturiente que recorria à vocalização instintiva, assim tivemos a oportunidade de promover a vocalização junto dessas parturientes. Nestes momentos, sentimos que nos tínhamos integrado na equipa e éramos reconhecidas, por todos os profissionais de saúde, como elementos de referência no uso da vocalização em TP.

Com o objetivo de apresentarmos os registos obtidos através da interação de cuidados com as parturientes/CS e compará-los com os resultados obtidos pela SR, procedemos à sua análise de conteúdo de forma a elaborar categorias. A análise de conteúdo permite a análise de comunicações, possibilitando inferir deduções lógicas acerca dos conteúdos das mensagens (Bardin, 2016). De forma a clarificar os resultados obtidos nas categorias

analisadas (ver apêndice 6) que explicita o modo como foi realizada a análise de conteúdo), iremos citar pequenos excertos dos registos de interação da prática de cuidados junto das parturientes/CS.

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Recurso à vocalização no 1º estágio do TP	Gestão da dor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceção do nível de dor</li> <li>• Recurso a métodos farmacológicos</li> </ul>
	Gestão das emoções e sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bem-estar e satisfação</li> <li>• Concentração</li> <li>• Fadiga</li> <li>• Vivência do lado instintivo</li> </ul>
Recurso à vocalização no 2º estágio do TP	Gestão da dor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceção do nível de dor</li> </ul>
	Gestão das emoções e sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bem-estar e satisfação</li> <li>• Fadiga</li> <li>• Vivência do lado instintivo</li> </ul>

Quadro n.º 2- Síntese da estrutura da Análise de conteúdo dos registos de interação de cuidados

No que concerne ao primeiro tema, o **recurso à vocalização no 1º estágio do TP**, observou-se que a grande maioria das parturientes recorreu à vocalização, identificando os seus benefícios.



Gráfico n.º 1 – Recurso à vocalização no 1º estágio do TP

Na categoria **gestão da dor** procurámos compreender a perceção do nível de dor da parturiente quando recorria à vocalização durante as contrações, contudo optámos por não introduzir um registo de avaliação do *score* de dor dado considerarmos que poderia ser um elemento de maior *stress* para a parturiente. Foi evidente, em todas as parturientes que recorreram eficazmente à vocalização, uma diminuição da perceção do nível de dor, verbalizando expressões como: “A dor fica mais suportável” (RI 2); “Sinto que consigo controlar melhor a dor desta forma” (RI 8) e “Sinto menos dor durante a contração e noto que a contração foi mais pequena” (RI 49). Efetivamente, constatámos que a vocalização da parturiente tem um efeito positivo na gestão da dor, indo ao encontro do explanado no

artigo de Pierce (1998) e na pesquisa inicial (Gaskin, 2002; Leboyer, 2006; Odent, 2008; Gaskin, 2008; Dick-Read, 2013; Harper, 2016; Fischein, 2018).

Reportando aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, foi notório que a vocalização foi um recurso em todas as parturientes que não pretenderam métodos farmacológicos de alívio da dor durante grande parte do 1º estágio do TP, já nas parturientes sob analgesia locoregional, ao analisarmos os registos, a vocalização não foi utilizada dado estas terem a percepção dos níveis de dor controlada com recurso a medicação analgésica, não sentindo necessidade de recorrer a técnicas respiratórias para controlo da dor. Como exemplos apresentamos os seguintes excertos: “O gemer [vocalização da letra “A” durante a expiração] ajudou-me a controlar a dor, foi a única coisa que me ajudou mesmo [parturiente que foi admitida no BP em fase ativa do 1º estágio do TP e não pretendeu o recurso a métodos farmacológicos de alívio da dor] (RI 31) e “Não senti a necessidade de vocalizar, sempre que a dor começa a aparecer pedia a epidural e elas [EEESMO] davam-me a medicação e ficava logo bem [parturiente que recorreu à analgesia locoregional]” (RI 12).

Relativamente à **gestão das emoções e sentimentos**, todas as 45 parturientes que recorreram ao uso da vocalização de forma eficaz e, apenas com recurso a métodos não farmacológicos de alívio da dor associados, referiram: um aumento da sensação de bem-estar e satisfação com o seu TP, a melhoria da capacidade de concentração durante a contração; uma diminuição do cansaço e fadiga associada e, foi notório o relato da sensação de vivência do lado instintivo do TP. Os aspetos mencionados são perceptíveis nas unidades de registo, que se apresentam de acordo com as subcategorias: bem-estar e satisfação explanadas nos seguintes exemplos “Esta respiração é instintiva e sinto-me bem a fazê-la durante as contrações” (RI 18), “(...) sinto-me bem, sinto que a contração é mais pequena e que não me descontrolo” (RI 25) e “Desta forma [a vocalizar] sinto-me livre, sinto que estou a viver o TP de forma natural como eu sempre quis” (RI 11); concentração, nos seguintes relatos “(...) [a vocalização] ajuda-me a concentrar durante a contração” (RI 49); fadiga, visível no seguinte enxerto “(...) com a outra maneira de respirar ficava muito cansada e com a boca seca” (RI 18) e; vivência do lado instintivo espelhada nas seguintes unidades de registo “Sinto-me bem a vocalizar, é algo instintivo” (RI 49), “Assim [a vocalizar] é tão natural” (RI 25) e “(...) obrigada enfermeira por permitir que me liberte desta forma” (RI 25). Sem dúvida que estes relatos espelham a evidência científica, sendo aspetos referidos por múltiplos autores (Pierce, 1998, Gaskin, 2002 e 2008; Odent, 2008; Dick-Read, 2013, Harper, 2016, Fischein, 2018).

Efetivamente, a vocalização é um recurso eficaz a utilizar no 1º estágio do TP, sendo visíveis os seus efeitos no âmbito da gestão da dor, das emoções e sentimentos.

Passando ao segundo tema, o **recurso à vocalização no 2º estágio do TP**, este foi um dos grandes desafios da implementação desta temática, tendo sido neste momento que sentimos maiores dificuldades em ensinar, instruir, treinar e validar com as parturientes o uso da vocalização. Foi notório que o recurso à vocalização, em especial no período expulsivo, foi difícil de aplicar em todos os partos que participámos, pelo facto de ainda se encontrar muito enraizado na população a manobra de valsava associada a esforços expulsivos eficazes, assim observámos que a maioria das parturientes ainda se encontra formatada para este tipo respiratório. Da mesma forma, sentimos maiores dificuldades em ensinar, instruir e treinar a vocalização nas parturientes que frequentaram CPNP, tantos nos Cuidados de Saúde Primários como em instituições particulares, pelo motivo de se encontrarem treinadas para o uso da manobra de valsava. Assim, procurámos ao longo do ER desenvolver estratégias promotoras do uso da vocalização no 2º estágio do TP e implementámos o seu ensino, instrução e treino durante o 1º estágio do TP, integrando na nossa prática de cuidados o estudo de Sampsel e associados (2005).

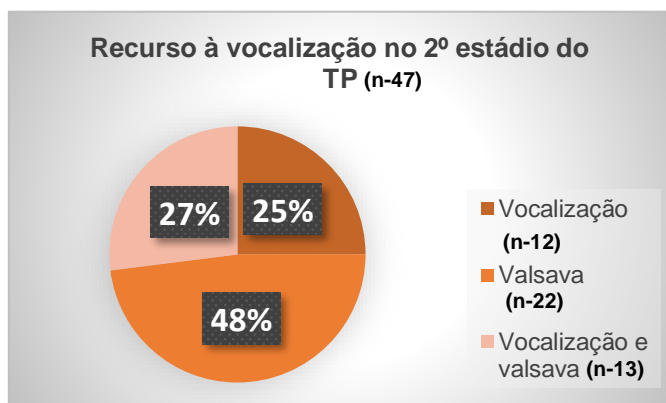


Gráfico n.º 2 – Recurso à vocalização no 2º estágio do TP

A primeira categoria que emergiu, foi inerente à **gestão da dor**, que reflete a sub-categoria perceção do nível de dor da parturiente durante o 2º estágio do TP, quando recorreu à vocalização como estratégia respiratória. Das participantes apenas 12 recorreram somente à vocalização durante o período expulsivo, tendo sido notória uma melhoria no controlo da experiência de dor, tal como é visível na seguinte unidade de registo: “Senti uma enorme vontade de gritar e isso ajudou-me, sentia menos dor nesse momento e foi mais fácil fazer força” (RI 23). Efetivamente, a vocalização da parturiente durante a fase latente e ativa do 2º estágio do TP foi sentida pelas parturientes de forma positiva quanto

à gestão da dor, aumentando a eficácia do período expulsivo, tal como descrito pelos autores Yildirim (2008), Hanson (2009), Kopas (2014) e King e Pinger (2014). Não foi evidente diferenças no tipo de técnica respiratória utilizada quer em parturientes sem analgesia, quer nas que recorreram a métodos farmacológicos de alívio da dor, bem como na posição em que a parturiente realizou esforços expulsivos.

A categoria seguinte, **gestão das emoção e sentimentos**, foi evidente em todas as unidades de registo das parturientes: um aumento do bem-estar e satisfação com a sua experiência de parto; a diminuição da fadiga e a vivência do lado instintivo do TP, sendo os seguintes relatos os mais representativos desta subcategoria: bem-estar e satisfação - “[a vocalização] tornou este parto mais fácil e maravilhoso” (RI 39); fadiga - “(...)senti que consegui fazer força como deve de ser e sem me cansar tanto” (RI 39) e; vivência do lado instintivo - “(...) senti que só pelo facto de usar a voz que consegui fazer força de forma mais eficaz, era instintivo” (RI 39) e “(...) o corpo pedia-me para fazer isso” (RI 39). Analisando os registos de interação, todas as parturientes que recorreram à vocalização e ao uso alternado desta com a manobra de valsava, foram ao encontro dos benefícios da vocalização descritos na literatura (Gaskin, 2008; Odent, 2008; Yildirim & Beji, 2008; Hanson, 2009; Dick-Read, 2013; King & Pinger, 2014; Kopas, 2014; Harper, 2016). Consideramos importante refletir acerca do que observámos nas parturientes que recorreram à vocalização no período expulsivo, efetivamente estas realizaram esforços expulsivos curtos, com uma média de 4 a 6 períodos de esforços expulsivos, por cada contração, o que culminou numa diminuição da sensação de fadiga da mulher e, ainda, num aumento da oxigenação do feto através da circulação útero-placentar que se repercutiu na observação de um CTG categoria I, durante todo este período.

Decorrente da prestação de cuidados foi também analisada a **duração do estádio**, não tendo emergido grandes diferenças, nas parturientes que recorreram à vocalização, à manobra da valsava ou ao uso de ambas as técnicas respiratórias. No que diz respeito ao uso da vocalização esta repercutiu-se numa média de 36 minutos de duração do período do expulsivo e o recurso à manobra de valsava foi muito discrepante indo de um intervalo mínimo de 8 minutos até um máximo de 48 minutos. Consideramos que existem muitas variáveis que interferem na duração do período expulsivo, independentemente do recurso a qualquer destes métodos respiratórios, tais como: a paridade; a variedade; o recurso a métodos farmacológicos de alívio da dor e a posição de parto assumida pela parturiente (Fatia & Tinoco, 2016; Mineiro et al., 2016). Desta forma, consideramos que os resultados obtidos não vão ao encontro da evidência científica, que refere que a



vocalização aumenta a duração do 2º estágio do TP, sem complicações maternas e neonatais (Bosomworth & Bettany-Saltikov, 2006; Blom et al., 2006; Roberts & Hanson, 2007; Yildirim & Beji, 2008; Prins et al., 2011).

Analisando o **tipo de parto**, a vocalização no 2º estágio do TP parece ser promotora do processo fisiológico do TP, sendo que das 49 parturientes que assistimos durante o 2º estágio do TP, 45 tiveram partos eutócicos, 2 cesariana, 1 parto por ventosa e 1 parto por ventosa e fórceps. Importa aqui salientar que ambas as cesarianas foram decididas durante o 1º estágio do TP. Por este motivo, considerámos que a vocalização possibilita a descida progressiva da apresentação fetal pelo canal de parto, diminuindo o risco de distócias de progressão, tal como evidenciado nos estudos analisados (Bloom et al., 2006; Yildirim & Beji, 2008; Hanson, 2009; Naranjo et al., 2011; King & Pinger, 2014; Kopas, 2014; Barasinski et al., 2018).

Relativamente ao **trauma perineal e génito-urinário** identificámos como relevantes a lesão perineal e a *compliance* génito-urinária. Quanto à lesão perineal identificámos algumas diferenças no que concerne ao uso da vocalização ou da manobra de valsava no período expulsivo, assim os resultados obtidos encontram-se apresentados nos seguintes gráficos.

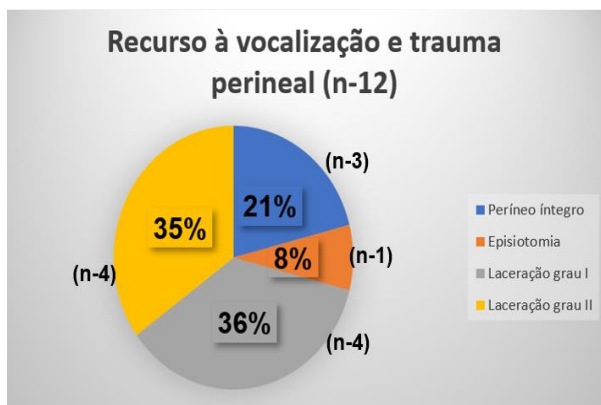


Gráfico n.º 3 – Recurso à vocalização e trauma perineal

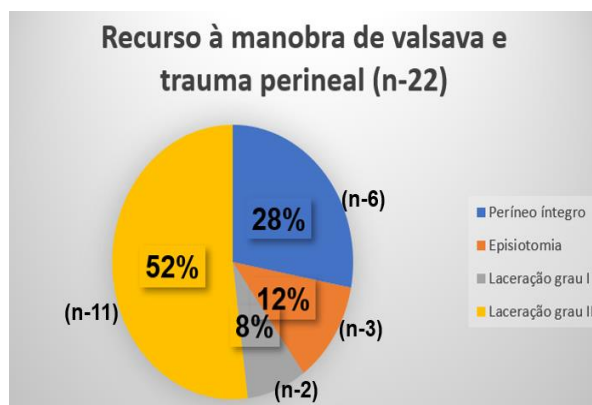


Gráfico n.º 4 – Recurso à manobra de valsava e trauma perineal

Importa ressaltar, que embora as taxas de episiotomias se mantenham iguais em ambos as técnicas respiratórias analisadas, no caso do recurso à manobra de valsava identificou-se a predominância da realização de episiotomias (três), realizadas com o intuito de reduzir o risco de ocorrências de lacerações perineais graves. Desta forma, parece notório que o recurso à vocalização diminui o risco de lacerações mais graves, como

explanado anteriormente, indo ao encontro da literatura consultada (Harvey et al., 2002; Cragin & Kennedy, 2006; Devane et al., 2010; Newhouse et al., 2011; Prins et al., 2011; Sutcliffe et al., 2012; King & Pinger, 2014; Kopas, 2014; Sandall et al., 2016; Gama et al., 2016; Ahmadi et al., 2017). Analisando a *compliance* genito-urinária constatámos que as parturientes que recorreram à manobra de valsava tiveram uma maior necessidade de esvaziamento vesical pós-parto por retenção urinária. Desta forma, é-nos possível dizer que o recurso à vocalização diminui o risco de complicações génito-urinárias imediatas, tal como foi referido pelos autores (Prins et al., 2011; Low et al., 2012).

No segundo estágio do TP, referente ao **recém-nascido** e à subsequente avaliação do *score* do índice de Apgar não se observaram diferenças nos *scores* obtidos independentemente da técnica respiratória utilizada pela parturiente, indo ao encontro de alguma evidência científica (Prins et al., 2011; Barasinski et al., 2016; Lee et al., 2018).

Assim, é evidente que o recurso à vocalização da parturiente no 2º estágio do TP deve ser considerada uma boa prática de cuidados e um cuidado a implementar pelos EEESMO. Foi-nos possível analisar os registos de interação e compreender que a vocalização parece ter inúmeros benefícios, tais como: uma gestão mais eficaz da dor, emoções e sentimentos e, uma redução do risco de trauma perineal e alterações ao nível da *compliance* génito-urinária.

Um outro aspeto que se torna premente abordar reporta à vigilância do traçado cardiotocográfico, tendo sido evidente nas parturientes que recorreram à vocalização uma diminuição da incidência de alterações no CTG, bem como não foram necessárias medidas interventivas no âmbito da promoção do bem-estar materno fetal, como exemplo: técnicas de amniotomia e amnioinfusão, recurso a perfusões de ocitocina para promover a progressão do TP e, ainda, a ocorrência de mecónio nas situações de rotura de membranas (Hanson, 2009). Assim, consideramos que a vocalização das parturientes foi promotora do processo fisiológico do TP (Leboyer, 2006; Hanson, 2009; Naranjo et al., 2009; Harper, 2016; Fischein, 2018).

Por outro lado, foi curioso observarmos que as parturientes que realizaram CPNP não recorreram ao uso da vocalização em TP, mesmo quando ensinadas, instruídas e treinadas para o fazer, utilizando sempre o método psicoprofilático, sendo evidente que os CPNP necessitam de reestruturar a informação e treino de modo a que as parturientes tenham a vocalização como recurso no TP, devendo integrar a evidência científica face aos seus benefícios.

Em suma, consideramos que conseguimos aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na promoção da vocalização da parturiente durante o 1º e 2º estádios do TP, tendo compreendido os seus benefícios maternos e neonatais. Desta forma, consideramos que a vocalização deve ser integrada nos cuidados como uma boa prática e urge a necessidade de sensibilizar todos os profissionais de saúde para a importância de reestruturar a forma como encaram o TP. Da mesma forma, é essencial aumentar a literacia das mulheres/comunidades para quebrar os mitos associados ao uso da voz durante o TP e, assim, devolver o parto às suas principais protagonistas.

### **3.3 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

O período pós-natal é caracterizado por um conjunto de ajustamentos físicos, psico-emocionais e sociais por parte da puérpera e, também, de toda a família. Neste período ocorre o retorno das características dos órgãos reprodutores ao estado anterior à gravidez, bem como todo um processo de adaptação psico-emocional ao novo papel parental (Lowdermilk & Perry, 2008; Santos & Baptista, 2016). Por este motivo, a intervenção do EEESMO é crucial na promoção do conforto, na educação para a saúde e no *empowerment* da puérpera e do casal para esta nova etapa do seu ciclo de vida. Desta forma, uma das competências do EEESMO é referente a “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). Neste âmbito, o EEESMO deve estabelecer uma relação de confiança com a puérpera/CS, identificando as suas reais necessidades de cuidados de forma a conceber, planear, implementar e avaliar intervenções promotoras do aleitamento materno, do apoio à adaptação pós-parto, da promoção da saúde mental potenciando a parentalidade responsável (Regulamento n.º 391/2019).

No período pós-parto privilegiámos a intervenção ao nível: da promoção do conforto da puérpera e RN; *empowerment* da puérpera/família para o seu auto-cuidado e cuidados ao RN; deteção precoce de complicações; do apoio e promoção do aleitamento materno; da transição saudável para a parentalidade; preparação do regresso a casa e articulação com os recursos da comunidade. Sentimos a necessidade de estar com as puérperas que assistimos durante o seu TP, assim, procurámos cuidar todas as parturientes que assistimos ao longo do ER na sala de partos, já no internamento de puerpério enquanto

enfermeiras de cuidados gerais, pela necessidade de conhecermos a sua experiência de parto de forma a melhorarmos continuamente a prática de cuidados. Este momento de interação, em contexto de internamento de puerpério, teve como principais objetivos: conhecer o impacto dos nossos processos de cuidar na sua experiência de parto e transição para a parentalidade; estar com e dar continuidade aos processos relacionais estabelecidos com a puérpera/família; conhecer a forma como o recurso à vocalização influenciou a sua vivência do 1º e 2º estádios do TP e, avaliar a amamentação em todas as puérperas.

Também foi uma das nossas preocupações identificar as melhorias a implementar na técnica de correção perineal, assim, solicitámos permissão para a observação puerperal de forma a avaliar o períneo, no sentido de observar o seu processo cicatricial e melhorar a técnica. Desta forma, tornámos todos os momentos de interação com a puérpera, no internamento de puerpério, um momento privilegiado de relação, onde estivemos com a puérpera/família com o objetivo de conhecer as suas necessidades de cuidados e possibilitámos o desenvolvimento de competências para o seu auto-cuidado e cuidados ao RN. Assim, estar com a puérpera, possibilitar e manter a sua crença no seu potencial parental foi essencial para conhecermos profundamente o significado da sua experiência de parto.

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Finalizado este percurso de aprendizagem torna-se importante refletir acerca das competências desenvolvidas. A realização do presente relatório foi o culminar de todo um processo reflexivo e de crescimento pessoal e profissional, onde nos foi possível o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEESMO e, ainda, das competências do grau de Mestre.

Tendo sempre presente um pensamento crítico, e assumindo a capacidade de reflexão como o instrumento da prática de cuidados, realizámos uma análise pormenorizada das competências específicas do EEESMO que desenvolvemos ao longo deste percurso formativo, agindo sempre com base na PBE e no modelo concetual adotado. Contudo, este processo apenas foi possível com o apoio e presença constante da professora orientadora e da EEESMO orientadora do local do ER, que nos possibilitaram alcançar o potencial máximo de obtenção de competências.

A vocalização da parturiente foi o tema que nos propusemos a desenvolver, contudo nem imaginávamos onde este caminho nos levava. Sentimos inúmeras dificuldades por ser uma temática inovadora e que desafia o olhar dos profissionais de saúde. Inicialmente foi difícil iniciar este percurso pela dificuldade em mapear a evidência científica disponível, pela carência de estudos no que se refere ao uso da vocalização no 1º estágio do TP. Da mesma forma, não foi possível aplicar esta temática como inicialmente tínhamos idealizado, sendo necessário alterar os objetivos iniciais e optar por abranger os dois primeiros estágios do TP. Tudo isto se tornou um desafio e aumentou a nossa vontade em desenvolver novas estratégias e ultrapassar os obstáculos encontrados. Assim, reformulámos inúmeras vezes a nossa intervenção quer junto dos profissionais de saúde, quer das grávidas/parturientes/CS.

Analisando toda a nossa prática de cuidados constatamos que atualmente teríamos seguido outros caminhos e apostado mais na implementação desta temática nos CPNP, bem como na formação dos profissionais de saúde de todos os contextos clínicos por onde passámos. Efetivamente, a vocalização da parturiente tem inúmeros benefícios maternos e neonatais e o maior entrave à sua utilização passa pelos profissionais de saúde, daí ser crucial investir no aumento da literacia das equipas multidisciplinares.

Ao longo do ER tornou-se claro que o cuidar do EEESMO durante o TP influencia a forma como a parturiente vivencia o TP. Assim é crucial que todos os EEESMO incluam na sua prática de cuidados diária o pensamento de enfermagem, que permita alcançar o bem-estar da parturiente/CS e prestar cuidados de excelência.

A elaboração deste relatório fez-nos compreender a importância de desenvolver uma PBE, bem como a importância de todos os EEESMO contribuírem para o desenvolvimento de nova evidência científica. Tendo presente que este relatório não integra um estudo de investigação primária, desenvolvemos aquele pequeno prurido que leva os enfermeiros a querer produzir evidência científica e pretendemos continuar a aprofundar conhecimentos e a investir sobre a temática, com o objetivo de dar voz a todas as parturientes do mundo. Assim, um dos nossos objetivos passa por continuarmos a participar em congressos e conferências com a apresentação de póster e comunicações livres, bem como pela publicação de artigos em revistas científicas, de forma a sensibilizarmos todos os profissionais de saúde para a temática em estudo. Da mesma forma, pretendemos continuar a participar nos CPNP, inseridos no âmbito da consulta externa de obstetria do hospital onde nos encontramos a prestar cuidados. Relembramos que nos encontramos a prestar cuidados de enfermagem no serviço de internamento de puérperas, assim iremos continuar a desmistificar, junto destas, o uso da voz em trabalho de parto, de forma aumentar a sua literacia e tornar a vocalização um recurso a utilizar num próximo TP. Por último, iremos continuar a sensibilizar os EEESMO e a equipa médica do BP para a vocalização da parturiente.

Em suma, consideramos que conseguimos desenvolver competências como EEESMO na prestação de cuidados especializados, autónomos e interdependentes, a todas as mulheres inseridas na sua família e comunidade, ao longo do seu ciclo de vida. Da mesma forma, desenvolvemos com sucesso as competências do grau de Mestre através da reflexão crítica e integração da prática baseada na evidência.

Concluimos, assim, este relatório com o sentimento de objetivo cumprido e com vontade de voar mais alto.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abo-Romia, F. & El-Adham, A (2014) – Effect of warm showering on labor pain during the first stage of labor. *International Journal of Advanced Research*. Vol.2, Issue 5; p.438-442.
- ACNM (2012a). *Evidence-based practice: Pearls of midwifery* [PowerPoint]. Acedido a 25-06-2017. Disponível em: <https://www.midwife.org/>
- ACNM (2012b). *Midwifery Evidence-based practice: A summary of research on midwifery practice in the united states*. EUA: ACNM.
- ACNM (2014) – *Hydrotherapy during labor and birth*. EUA: ACNM. Acedido a: 6/01/2019. Disponível em: <http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/Filename/000000004048/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf>.
- ACOG (2009). Induction of labor. *ACOG Practice Bulletin*, 107, p. 1-12.
- ACOG (2017). Delayed umbilical cord clamping after birth. *Committee Opinion*. Nº 684, p.1-6. Acedido a 17/03/2019. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-ObstetricPractice/co684.pdf?dmc=1&ts=20170126T1339592817>
- 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), p. 62-66.
- Albers, L., Sedler, K., Bedrick, E., Teaf, D. & Peralta, P. (2006). Factores related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*, 33(2), p.94-100.
- 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., Munn, Z. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009). *Documento de consenso: Iniciativa ao parto normal*. Loures: Lusociência.
- AWHONN (2008). *Nursing care and management of the second stage of labor*. DC Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- AWHONN (2011). *Nursing support of laboring women*. DC Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- AWHONN (2013). *Nursing care and management of the second stage of labor*. DC Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Baggieri, R., Vicente, G., Santos, J., Cabalero, M., Barbosa, H., Santos, R. ... Filho, A. (2011). Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 56(2), p. 96-101.
- Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lemery, D. & Vendittelli, F. (2018). Practices during the active second stage of labour: A survey of french midwives. *Midwifery*, 60, p. 48-55.
- Barasinski, C., Lemery, D. & Vendittelli, F. (2016). Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes? *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 44, p.578-583.
- Bardin, L. (2016) – *Análise de conteúdo*. (6ª edição). Lisboa: Edições 70.
- Barradas, A., Torgal, A.L., Gaudêncio, A.P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E. ... Varela V. (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Berghella, V., Baxter, J. & Chauchan, S. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 11, p.445-454.
- Bloom, S., Casey, B., Schaffer, J., McIntire, D. & Leveno, K. (2006). A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194, p.10-13.



- Borrelli, S., Locatelli, A. & Nespoli, A. (2012). Early pushing urge in labour and midwifery practice: A prospective observational study at an Italian maternity hospital. *Midwifery*, 29, p.871-875.
- Bosomworth, A. & Bettany-Saltikov, J. (2006). Just take a deep breath.... A review to compare the effects of spontaneous versus directed valsalva pushing in the second stage of labour on maternal and fetal wellbeing. *Midwifery Digest*, 16(2), p.157-166.
- Bovbjerg M., Cheyney, M., Everson, C. (2016) - Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort. *Journal of Midwifery Women's Health*. Jan-Feb; 61(1). p. 1-10. DOI: 10.1111/jmwh.12394.
- Calais-Germain, B. & Germain, F. (2013). *Anatomia para la voz: Entender y mejorar la dinámica vocal*. Barcelona: La Liebre de Marzo, S.L.
- Çalik, K., Karabulutlu, O. & Yavuz, C. (2018). First do no harm – Interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(415), p. 1-10.
- Camarneiro, A., Maciel, J. & Silveira, R. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: Um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, p. 109-117.
- Canavarro, M. (2006). *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, M. & Rodrigues, H. (2016). A Musicoterapia e o canto pré-natal: Contributos nos cuidados de saúde. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 17, p. 4-7.
- Chalk, A. (2004). Spontaneous versus directed pushing. *British Journal of Midwifery*, 12(10), p. 626-630.
- Costa, A. (2015). *A massagem no trabalho de parto: Um cuidado especializado promovido pelo EEESMO para uma experiência significativa de nascimento*. (Dissertação de mestrado apresentada à ESEL). Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16484>
- Cragin, L. & Kennedy, H. (2006). Linking obstetric and midwifery practice with optimal outcomes. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing* 35, p.779-785.

- Devane, D., Brennan, M., Begley, C., Clarke, M., Walsh, D., Sandall, J. ... Normand, C. (2010). *Socioeconomic value of the midwife: a systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care*. London: Royal College of Midwives.
- DGS (2017). *Relatório dos registos das interrupções voluntárias da gravidez – dados de 2016*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Dick-Read, G. (2013). *Childbirth without fear*. London: Pinter & Martin Ltd.
- DiFranco, J., Romano, A. & Keen, R. (2007). Care practice #5: Spontaneous pushing in upright or gravity-neutral positions. *Journal of Perinatal Education* 16(3), p. 35-38. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.15/1412>
- Dressang, L. & Yonke, N. (2015). Management of spontaneous vaginal delivery. *American Family Physician*, 92 (3), p. 202-208.
- Due, C., Chiarolli, S. & Riggs, D. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: A systematic review. *BMJ Open*, 17(1), p.7-12.
- Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., Lundgren, I. & Lindgren, H. (2017). Midwife's management during the second stage of labor in relation to second-degree tears – An experimental study. *Birth*, 44(1), p.86-94.
- Encarnação, L. (2015). *O empoderamento social do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia uma realidade?* (Dissertação de Mestrado) Acedido em 06/02/2017.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica*. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.
- Félix, M.T. (2011). Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica: Do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento.... In *III Conferência de Regulação do Conselho de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Ferrão, A. & Zangão, O. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), p. 886-901. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886)

- Ferreira, S. (2016). Métodos não farmacológicos de alívio da dor. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica*. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.
- Fischbein, S. (2018). Parto após cesariana. In *Nascer em Amor*. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, Lisboa.
- Fonseca, S. (2016). Indução do trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica*. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.
- Franco, J. & Henriques, C. (2013). Visibilidade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 13, 62-66.
- Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Duarte, G. & Quintana, S. (2018). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 64(1), p. 33-40. DOI: 10.1016/j.jphys.2017.11.014.
- Gama, S., Viellas E., Torres J., Bastos, M., Brüggemann O., Filha M. ... Leal, M. (2016). Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive Health*, 13(1), 225 – 233.
- Gaskin, I. (2002). *Spiritual midwifery* (4ª edição). USA: Book Publishing Company.
- Gaskin, I. (2008). *Ina May's guide To childbirth*. London: Ebury Publishing.
- Gayiti, M., Li, X., Zulifeiya, A., Huan, Y., Zhao, T. (2015) - Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 19 (9). p. 1554-1558.
- Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., Nardelli, G. (2014). Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? *Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International*. vol. 2014, Article ID 638093; p.1-7. DOI: 10.1155/2014/638093.
- GPT (s.d). *Sistema de triagem de manchester*. Acedido a: 22/06/2019. Disponível em: [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)

- Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal*. (5ª Edição). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda.
- Guerra, A. (2016). A dor em obstetrícia. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica*. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.
- Hanson, L. (2006). Pushing for change – Expert opinion. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, Out/Nov, p. 282-284.
- Hanson, L. (2009). Second-stage labor care – Challenges in spontaneous bearing down. *Journal of Perinatal Neonatology Nursing*, 23(1), p. 31-39.
- Harper, B. (2016). WaterBirth International. In *Formação prática em Parto na Água*, Hospital Garcia de Orta, EPE. Julho de 2016.
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M.C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, 18(4), 260–267
- Hodnet, E., Gates, S., Hofmeyr, G. & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Reviews* 10. DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub4.
- Hosseini, S., Bagheri, M. & Honarparvaran, N. (2013). Investigatin the effect of music on labor pain and progresso in the active stage of first stage labor. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17, p.1479-1487.
- Hunter, L. (2002). Being with women: A guiding concept for the care of laboring women. *JOGNN* 31(6), p.650-657.
- Hutchon, D. (2013). Management of the Nuchal Cord at Birth. *Journal of midwifery and reproductive Health*, 1(1), p. 4-6.
- ICM (2019) *Essential competencies for midwifery practice – 2018 update*. Disponível em: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies\\_english\\_final\\_jan-2019-update\\_final-web\\_v1.0.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf)
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 131, p. 25-29.

JBI (2017). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2017 – Methodology for JBI Reviews*. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

Karimi, F., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N. & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwan Journal of Obstetrics and Gynecology.*, 58(1), p.1-9. DOI: 10.1016/j.tjog.2018.11.002.

Keeler, J., Roth, E., Neuser, B., Spitsbergen, J., Waters, D. & Vianney, J-M. (2015). The neurochemistry and social flow of singing: bonding and oxytocin. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9(518), p.1-10. Acedido a 11-05-2017. Disponível em: <https://www.frontiersin.org>

Kennedy, H. (2000). A Modelo of exemplary midwifery practice: Results of a delphi study. *Journal of midwifery & women's health*, 55(3), p. 4-19.

Kennedy, H., Grant, J., Walton, C., Shaw-Battista, J. & Sandall, J. (2010). Normalizing birth in England: a qualitative study. *Journal of midwifery & women's health*, 55 (3), p. 262-299.

King, T. & Pinger, W. (2014). Evidence-based practice for intrapartum care: The pearls of midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health* 59(6), p- 572-585.

Klein, M. (2006). Pushing in the wrong direction. *Birth*, 33(3), p. 251-253.

Kopas, M. (2014). A review of evidence-based practices for management of second stage of labor. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 59(3), p. 264-276.

Koyucu, R. & Demirci, N. (2017). Effects of pushing techniques during the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 56, p.606-612.

Kripke, C. (2010). Upright vs. Recumbente maternal position during first stage of labor. *American Family Physician*, 81(3), p. 285-290.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20(8). DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub3.

- Leboyer, F. (2006). *The art of giving birth chanting, breathing and movement*. EUA: Healing Arts Press.
- Lee, N., Gao, Y., Lotz, L. & Kildea, S. (2018). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women and Birth*, p. 1-8.
- Lei n.º 136/2015 (2015). Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (n.º 136 de 07 de setembro).
- Lei n.º 156/2015 (2015). Código Deontológico inserido no Estatuto da OE aprovado a 16 de setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série.
- Lei n.º 33/2009 (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, 1ª Série (n.º 134 de 14 de julho).
- Lemos, L. [s.d.]. A visibilidade da enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 06/02/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/Search/results.aspx?k=a%20visibilidade%20de%20enfermagem>
- Liu, Y., Meu-Yueh, C. & Chung-Hey, C. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 19, p.1065-1072.
- Louise, K. & Due, C. (2018). Australian men's experiences of support following pregnancy loss: A qualitative study. *Midwifery*, 70, p. 1-6.
- Low, L. (2017) – A model practice template for hydrotherapy in labor and birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 62 (1). P. 120-126.
- Low, L., Miller, J., Guo, Y., Ashton-Miller, J., DeLancey, J. & Sampsel, C. (2012). Spontaneous pushing to prevent urinary incontinence: a randomized, controlled trial. *The International Urogynecological Association Journal*, 24, p.453-460.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª edição) Loures: Lusodidacta.

- Martins, A. (2006) – A vivência do pai na sala de partos: perspectiva do acompanhante. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Nº 7, p. 43-46.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N. ... Val Wilson, F. (2015). Person-centredness: the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (1), p.1-15.
- Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N. & O'Donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open*, 7(3), p.24-32
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica*. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.
- Monroe, K., Rubin, A., Mychaliska, K., Skoczylas, M. & Burrows, H. (2019). Lotus birth: A case series report on umbilical nonseverance. *Clinical Pediatrics (Philadelphia)*, 58(1), p. 88-94. DOI: 10.1177/0009922818806843
- Mourato, C. (2015). *Preparação para a parentalidade: Intervenções do EEESMO que contribuem para uma parentalidade saudável*. (Dissertação de mestrado apresentada à ESEL). Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16406/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio-CI%C3%A1udia%20Mourato.pdf>
- Naranjo, M., Puertas, E. & López, E. (2011). Implicaciones obstétricas, perinatales y maternas de los pujos espontáneos frente a los pujos dirigidos. *Metas de Enfermería*, 14(5), p. 8-11.
- Newhouse, R.P., Stanik-Hutt, J., White, K.M., Johantgen, M., Bass, E.B., Zangaro, G. ... Weiner, J.P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990 – 2008: A systematic review. *Nursing Economic*, 29(5), p.230 – 250.
- NICE (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. London: Nacional Institute for Health and Care Excellence.
- Nogueira, J. & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/ parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, p. 57-66.
- Nunes, L. (2004). A especificidade da enfermagem in Nunes, M. & Pacheco, S, – *Para uma ética da Enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS.
- Nutter, L., Meyer, S., Shaw-Battista, J., Marowitz, A. (2014) – Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature. *Journal of midwifery & women's health*, 59, p. 286-319.
- Oakley, D., Murray, M., Murtland, T., Hayashi, R., Andersen, H., Mayes, F. ... Rooks, J. (1996). Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. *Obstetrics & Gynecology*, 88, p. 823-829
- Odent, M. (2008). *A prioridade hoje é mamiferizar o parto*. In Seminário Pelo Parto Normal. Belo Horizonte, 2008. Acedido a 20-07-2017. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/blog/2016/01/a-prioridade-hoje-e-mamiferizar-o-parto-por-michel-odent/>
- OE & APEO (2012). *“Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”* (Documento de Consenso). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- OE (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual e conceitos descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2012). *Parecer n.º 7/2012 – Plano de parto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2013) – *Projeto maternidade com qualidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>
- OE (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos enfermeiros: Lisboa. Acedido 17-03-19. Disponível em: [file:///C:/Users/marilyne/AppData/Local/Temp/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](file:///C:/Users/marilyne/AppData/Local/Temp/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- OE (2015b). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.



- OE (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OMS & UNICEF (1991) – *Baby-friendly Hospital Initiative*. Geneva: WHO.
- OMS & UNICEF (2018) – *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. Geneva: WHO.
- OMS (1996) – *Safe motherhood, care in normal Birth: a practical guide*. Geneva: WHO.
- OMS (1998) – *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO.
- OMS (2002). *Essential antenatal, perinatal and postpartum care: training modules*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107482>
- OMS (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. Geneva: Organização Mundial de Saúde
- OMS (2017). *Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anemia in infants*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 12/03/2019. Disponível em: [http://www.who.int/elena/titles/cord\\_clamping/en/](http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/en/)
- OMS (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: Organização Mundial de Saúde
- Palma, S. (2017). *Interrupção voluntária da gravidez: O porquê desta escolha...* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20992/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20IVG%20-Sara%20FINALISSIMA2.pdf>
- Palmer, J. (1996). Physiological pushing in the second stage of labour: the future of midwifery care. *Australian College of Midwives Incorporated Journal*, 9, p. 15-20.
- Pereira, M. (2016). Preparação para o nascimento e parentalidade. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica*. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.
- Perez-Botella, M. & Downe, S. (2006). Stories as evidence: Why do midwives still use directed pushing? *British Journal of Midwifery*, 14(10), p. 596-599.

- Pierce, B. (1998). The practice of toning in pregnancy and labour: participants experiences. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 4, p. 41-46. Medline with full text. Acedido a 20-07-2017.
- Potel, M-L. (2011). *Le chant pré-natal*. Itália: Éditions désiris.
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women & Birth*, 25(3), p.100-106. DOI: 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*, p. 662-670.
- Ramos, L., Valadares, S., Videira, A., Soares, C. & Dâmaso, J. (2002). Prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. *Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, XVIII(2), p.54-60.
- RCM (2011). *High quality midwifery care*. London: Royal College of Midwives.
- RCM (2018). Midwifery care in labour: guidance for all women in all settings. *The Royal College of Midwives*, 1, p.1-28.
- RCOG (2008). *Standards for maternity care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Série II de nº 26/2019*, p. 4744 - 4750.
- Regulamento n.º 391/2019 de 5 de maio de 2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República, Série II de nº 85/2019*, p. 13560 – 13565.
- Ribeiro, J. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), p.671-682.

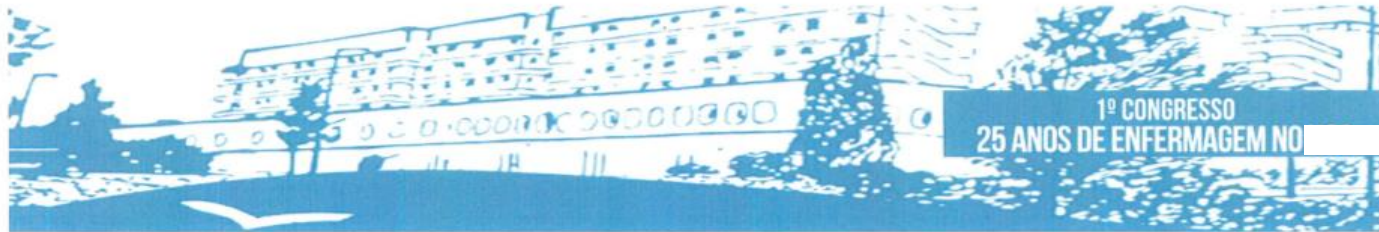
- Roberts, J. & Hanson, L. (2007). Best practices in second stage labor care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), p.238-245.
- Roberts, J. (2002). The “push” for evidence: management of the second stage. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(1), p. 2-15.
- Rodrigues, S. (2016). Tipos de parto. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica*. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.
- Romano, A. & Lothian, J. (2008). Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence. *JOGNN*, 37(1), p.94-105.
- Sackett, D. (1997). Evidenced-Based Medicine. *Seminars in Perinatology*, 21(1), p.3-5.
- Sampselle, C., Miller, J., Luecha, Y., Fischer, K. & Rosten, L. (2005). Provider Support of Spontaneous Pushing During the Second Stage of Labor. *JOGNN*, 34(6), p. 695-702.
- Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M. & Gates, S. (2010). Improving quality and safety in maternity care: contribution of midwife-led care. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 55(3), p. 255-261.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, 4.
- Santos, A., Nicácio, M., Pereira, A., Oliveira, T. & Progianti, J. (2017). Práticas de assistência ao parto normal: formação na Modalidade de Residência. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(1), p.1-9. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11871p1-9-2017>
- Santos, M. & Baptista, M. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e do recém-nascido. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica*. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.
- Shuster, E. (1997) Fifty years later: The significance of the Nuremberg Code. *The New England Journal of Medicine*, 337, p. 1436-1440.

- Silva, A. & Fossá, M. (2015). Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica*, 16 (1), p. 3-19.
- Simkin, P., Hanson, L. & Ancheta, R. (2017). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia*. New Jersey: Wiley Blackwell.
- Singata, M., Tranmer, J. & Gyte, G. (2014). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1. DOI:10.1002/14651858.CD003930.pub2.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) (2018). *Consenso nacional sobre hemorragias uterinas anormais*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) (2014). *Consenso clínico: Limite da viabilidade*. SPP – Secção de Neonatologia.
- Souza, A. & Amorim, M. (2008). Avaliação da Vitalidade fetal intraparto. *Acta Médica Portuguesa*, 21, p. 229-240.
- Stringer, M. & Hanes, L. (1999) - Hydrotherapy Use During Labor: An Integrative Review. *The online journal of knowledge synthesis for nursing*. 6(1). p. 3-9.
- Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K. ... Thomas, J. (2012). Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: A systematic review of reviews. *Journal of Advanced Nursing*, p.2376-2386.
- Sutton (2001) in Byrom, A. & Downe, S. (2008). Second stage of labour: Challenging the use of directed pushing. *Royal College of Midwives Magazine*, 8(4), p.168-169.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), p. 161-166.
- Tribe, R., Taylor, P., Kelly, N., Rees, D., Sandall, J. & Kennedy, H. (2018). Parturition and the perinatal period: can mode of delivery impact on the future health of the neonate? *Journal of Physiology*, 596(23), p. 5709-5722. DOI: 10.1113/JP275429.
- Tricco, A., Antony, J., Zarin, W., Striffler, L., Ghassemi, M., Ivory, J. ... Straus, S. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC Medicine*, 13(224), p.1-15.

- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M ... Straus, S. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16(15), p. 2-10.
- Turnbull, D., Holmes, A., Shields, N., Cheyne, H., Twaddle, S., Gilmour, W. ... Lunan, C. (1996). Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet*, 27(348), p.140-148.
- Vicente, P. (2015). *Música no conforto e dor no 1º estágio do trabalho de parto: um cuidado de enfermagem especializado*. (Dissertação de mestrado apresentada à ESEL). Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16475/1/REALT%C3%93RIO%20DE%20EST%C3%81GIO.pdf>
- Vogt, S., Silva, K. & Dias, M. (2014). Comparison of childbirth care models in public hospitals Brazil. *Revista Saúde Pública*, 48(2), p. 304–313.
- Wakeford, A. & Hartman, T. (2017). *Your Baby'S Microbiome - The critical role of vaginal birth and breastfeeding for lifelong health*. Londres: Chelsea Green Publishing.
- Widström, A., Brimdyr, K., Svensson K., Cadwell K. & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatric*, 108(7), p.1192-1204. DOI: 10.1111/apa.14754.
- Yildirim, G. & Beji, N. (2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*, 35(1); p.25-30.
- Zampieri, M., Guesser, J., Buendgnes, B., Junckes, J. & Rodrigues, I. (2012). O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(3), p.483-493.
- Zhao, Y., Hou, R., Zhu, X. & Lu, H. (2019). Effects of delayed cord clamping on infants after neonatal period: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 92, p. 97-102. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.012.
- Zinsser, L. (2018). Lotus birth, a holistic approach on physiological cord clamping. *Women and Birth*, 31, p. 73-76.

**ANEXOS**

**ANEXO I – Certificado da participação no 1º Congresso 25 anos de  
Enfermagem – Contextos e Desafios**



## *Certificado*

*Certifica-se que o Poster intitulado*

*“A vocalização da parturiente no cuidar durante o trabalho de parto”;*

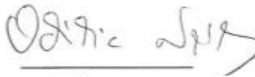
*Elaborado por Cátia Antunes; Maria Teresa Félix*

*foi apresentado por Cátia Antunes*

*no 1º Congresso de Enfermagem*

*“25 anos de Enfermagem no [ ] –Contextos e desafios”.*

  
\_\_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_



**ANEXO II** – Certificado da Menção Honrosa do póster apresentado no 1º  
*Congresso 25 anos de Enfermagem – Contextos e Desafios*



## *Menção Honrosa*

*Atribui-se Menção Honrosa ao Poster intitulado  
“A vocalização da parturiente no cuidar durante o trabalho de  
parto”; elaborado por Cátia Antunes; Maria Teresa Felix,  
Apresentado por Cátia Antunes no 1º Congresso de Enfermagem  
“25 anos de Enfermagem no – Contextos e desafios”.*

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Cátia Antunes".

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Maria Teresa Felix".

**ANEXO III** – Declaração de participação no Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade inserido no projeto *Escola de Pais*

### **Certificado**

Para os devidos efeitos, certifico que a enfermeira Cátia Alexandra Raposo Miranda Correia Antunes participou no Projeto "Escola de Pais" da Consulta Externa de Obstetria do \_\_\_\_\_, com a apresentação de 4 Workshops subordinados ao Tema "**Vocalização da parturiente no Trabalho de Parto**", com duração de 1 hora cada sessão, no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO IV** – Certificado da participação “*III Congresso Internacional de saúde pública do Delta do Parnaíba*”

# Certificado



III CONGRESSO  
INTERNACIONAL DE  
SAÚDE PÚBLICA DO  
DELTA DO PARNAÍBA

Certificamos que o trabalho intitulado: **VOCALIZAÇÃO DA PARTURIENTE NO CUIDAR: UMA SCOPING REVIEW** de autoria de MARIA TERESA SANTANA FÉLIX, CÁTIA ALEXANDRA RAPOSO MIRANDA CORREIA ANTUNES; foi apresentado na modalidade **Pôster** no III Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba & VII Congresso Piauiense de Saúde Pública (COPISP 2018), realizado no período de 28 a 30 de setembro de 2018 no Centro de Convenções do Hotel SESC Praia.

Luis Correia (PI), 30 de setembro de 2018.

Profa. Dra. Mônica de Oliveira Santos  
Presidente da Sociedade Brasileira de Ciências  
Aplicadas à Saúde - SBCSaúde

Prof. Dr. José Ivô dos Santos Pedrosa  
Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP  
Presidente COPISP 2018

Realização |   
17.180.177/0001-10

  
25.344.636/0001-07

Apoio |  

## **APÊNDICES**

**Apêndice 1:** Termos de pesquisa *CINAHL, MedLine e Cochrane*  
*Database of Systematic Reviews*



Elementos do PCC		Plataforma EBSCO host					
P	-Parturientes - 1º e 2º estádios do TP	CINAHL		MEDLINE		COCHRANE DSR	
		<u>Linguagem Natural</u>		<u>Linguagem Natural</u>		<u>Linguagem Natural</u>	
		-Parturient* -Pregnant* -Pregnant women*	-Labor -Labour -Childbirth -Birth	-Parturient* -Pregnant* -Pregnant women*	-Labor -Labour -Childbirth -Birth	-Parturient* -Pregnant* -Pregnant women* -Labor -Labour -Childbirth -Birth -Labor stage, first -Labor stage, second	
		<u>Termos indexados</u>		<u>Termos indexados</u>			
		-Expectant Mothers	-Labor stage, first -Labor stage, second -Cervix dilation and effacement	-Pregnant women	-Labor stage, first -Labor stage, second -Labor, obstetric		
C	- Uso da vocalização: *Psicofonia *Técnicas respiratórias  - Cuidar	<u>Linguagem Natural</u>		<u>Linguagem Natural</u>		<u>Linguagem Natural</u>	
		-Vocal toning -Toning -Singing -Music therapy -Music -Vowel sound -Sound therapy -Sound* -Breathing techniques -Respiratory modes -Pushing -Phonation -Open glottis -Open cervix	-Diaphragmatic respiration -Diaphragmatic breathing -Pushing techniques -Valsalva maneuver -Expiration -Exhalation -Active pushing -Spontaneous pushing -Car* -Midw* -Nurse midw* -Obstetric car*	-Vocal toning -Toning -Singing -Music therapy -Music -Vowel sound -Sound therapy -Sound* -Breathing techniques -Respiratory modes -Pushing -Phonation -Expiration -Exhalation	-Diaphragmatic respiration -Diaphragmatic breathing -Phonation -Open glottis -Open cervix -Active pushing -Spontaneous pushing -Pushing techniques -Valsalva maneuver -Car* -Midw* -Nurse midw* -Obstetric car*	-Vocal toning -Toning -Singing -Music therapy -Music -Vowel sound -Sound therapy -Sound* -Breathing techniques -Respiratory modes -Expiration -Pushing -Exhalation -Diaphragmatic respiration -Diaphragmatic breathing -Pushing techniques -Valsalva maneuver -Expiration -Exhalation -Active pushing -Spontaneous pushing -Car* -Midw* -Nurse midw* -Obstetric car*	
		<u>Termos indexados</u>		<u>Termos indexados</u>			
		-Singing -Music therapy -Music therapy (Iowa NIC) -Music -Breathing exercises -Expiration -Phonation	-Valsalva's maneuver -Midwifery -Obstetric care	-Singing -Music therapy -Music -Breathing exercises -Exhalation -Phonation	-Valsalva maneuver -Nursing -Midwifery		
C	- Locais de nascimento	<u>Linguagem Natural</u>		<u>Linguagem Natural</u>		<u>Linguagem Natural</u>	
		-Delivery room* -Birth house* -Maternity	-Delivery obstetric* -Birth center*	-Delivery room* -Birth house* -Maternity	-Delivery obstetric* -Birth center*	-Delivery room* -Birth house* -Maternity -Delivery obstetric* -Birth center*	
		<u>Termos indexados</u>		<u>Termos indexados</u>			
		-Delivery rooms -Delivery obstetric	-Alternative birth centres -Home childbirth	-Delivery rooms -Delivery obstetric -Birthing centres	-Hospitals, maternity -Home childbirth		

**Apêndice 2:** Estudos incluídos na SR em função do ano de publicação

<b>Autores</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Número de estudos em função do ano publicação</b>
Pierce, B.	1998	1
Sampselle, C.; Miller, J.; Luecha, y.; Fischer, K.; Rosten, L.	2005	1
Yildirim, G.; Beji, N.	2008	1
Hanson, L.	2009	1
Naranjo, M.; Puertas, E.; López, E.	2011	2
Prins, M.; Boxem, J.; Lucas, C.; Hutton, E.		
Ahmadi, Z.; Torkzahrani, S.; Roosta, F.; Shakeri, N.; Mhmoodi, Z.	2017	1

**Apêndice 3:** Estudos incluídos na *SR* em função do desenho do estudo

<b>Autores</b>	<b>Desenho do Estudo</b>	<b>Número de estudos em função do desenho</b>
Pierce, B. (1998)	Estudo qualitativo	1
Sampselle, C.; Miller, J.; Luecha, y.; Fischer, K. & Rosten, L. (2005)	Estudo descritivo	1
Yildirim, G.; Beji, N. (2008)	Estudo controlado	2
Ahmadi, Z.; Torkzahrani, S.; Roosta, F.; Shakeri, N. & Mhmoodi, Z. (2017)	aleatorizado	
Hanson, L. (2009)	Artigo de opinião e texto	1
Naranjo, M.; Puertas, E. & López, E. (2011)	Revisão sistemática da literatura	1
Prins, M.; Boxem, J.; Lucas, C. & Hutton, E. (2011)	Revisão sistemática da literatura – Meta-análise dos ensaios clínicos aleatorizados	1

**Apêndice 4:** Extração de dados de acordo com *JBI QARI* e segundo os tipos de estudo



JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research<sup>1</sup>

Reviewer: Cátia Antunes \_\_\_\_\_ Date: 15/05/2017 \_\_\_\_\_

Author: Pierce, Beverly \_\_\_\_\_ Year 1998 \_\_\_\_\_ Record Number: 1 \_\_\_\_\_

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

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



DATA EXTRACTION INSTRUMENT

Review title: A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra.

Review questions: Quais os efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estádios do TP, para o cuidar a parturiente nos locais de nascimento?

Inclusion/Exclusion Criteria (PCC):

- **Population:**
  - Parturientes de termo, independentemente dos antecedentes pessoais e obstétricos, contexto sociocultural e idade materna.
- **Concept:**
  - Recurso à vocalização da parturiente, no 1º e 2º estádios do TP, enquanto cuidado especializado de enfermagem;
  - Subconceitos associados: psicofonia e as técnicas respiratórias inerentes à vocalização, como a expiração, a técnica de glote aberta, a manobra de valsava e o spontaneous pushing.
- **Context:**
  - Todos os locais de nascimento: maternidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outros.
- **Types of study:**
  - Texto integral disponível
  - Estudos qualitativos ou quantitativos, publicados em português, inglês, francês ou espanhol

Study Details and Characteristics:

- **Author(s):** Pierce, B.
- **Title:** The practice of toning in pregnancy and labour: participants experiences.
- **Year of publication:** 1998.
- **Country of origin:** Estados Unidos da América.
- **Aims:**
  - Conhecer as experiências de vocalização das parturientes durante a gravidez e TP, com recurso ao envio por e-mail de um questionário (elaborado conjuntamente com um psicólogo) para preenchido por parte das participantes no período pós-parto.
- **Study design:** Estudo qualitativo.
- **Study population and sample size:** 23 grávidas que frequentaram o CPNP, não existe referência à idade e contexto sociocultural, contudo apenas 22 participantes devolveram à autora o questionário.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

- **Context:** Introduzida a vocalização nas sessões de CPN pela autora e posteriormente foi realizado um questionário pós-parto no sentido de conhecer as suas vivências.
- **Type of intervention:** Ensino, instrução e treino das técnicas de vocalização da grávida durante os CPN no sentido de as participantes explorarem esta estratégia durante a gravidez e a utilizassem como um recurso durante o TP.
- **Duration of the intervention:** Realizada apenas durante o decurso do CPNP.
- **Concept(s) relevant to the review question:** Efeitos da vocalização durante o TP na ótica da parturiente.
- **Main results:**
  - A experiência de vocalização na gravidez foi apenas realizada por 17 mulheres e 1 vez por semana, fora das sessões de PN. Dessas 4 referiram sensação de relaxamento físico, juntamente a estes aspetos mais três mulheres constataron sentimentos de tranquilidade e diminuição da ansiedade. Foi ressaltado por outras 3 participantes a sensação de tranquilidade e relaxamento numa dimensão mental e espiritual. Outro aspeto referido por 4 mulheres foi a ressonância física sentida pela vocalização, identificada como positiva.
  - A vocalização no TP foi realizada por 18 mulheres, das 21 em TP. Os dois benefícios mais mencionados foram associados a uma melhor gestão da dor e uma forma de aumentar a concentração no TP. É mencionado que a vocalização culminou num decréscimo do recurso a analgesia no TP. Metade das participantes referiu a vocalização como uma poderosa aliada na concentração, distraindo da dor no TP. Vocalização descrita como potenciadora de sentimentos de poder. 5 mulheres referiram que se mantiveram mais relaxadas, controladas e que permitiu reduzir os gastos de energias no TP. Um aspeto interessante referido pelas participantes foi a importância da vocalização também pelos companheiros no TP, ajudando-as a manter a vocalização nos sons médios e graves.
  - Foram obtidos os seguintes resultados: aumento da capacidade de gestão da dor; aumento da capacidade de concentração; conexão com a natureza; ressonância física abdominal; relaxamento; diminuição da ansiedade; sensação de libertação emocional; aumento da confiança; e sensação de poder.
  - Todos os profissionais que pretendam utilizar os benefícios da vocalização devem ter formação/experiência adequada na área.



  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

### JBI Critical Appraisal Checklist for Case Series

Reviewer Cátia Antunes Date 13/07/2019

Author Sampelle, C.; Miller, J.; Luecha, Y.; Fischer, K. & Rosten, L. Year 2005 Record Number 2

	Yes	No	Unclear	No applic.
1. Were there clear criteria for inclusion in the case series?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants included in the case series?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were valid methods used for identification of the condition for all participants included in the case series?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Did the case series have consecutive inclusion of participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Did the case series have complete inclusion of participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was there clear reporting of the demographics of the participants in the study?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was there clear reporting of clinical information of the participants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the outcomes or follow up results of cases clearly reported?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was there clear reporting of the presenting site(s)/clinic(s) demographic information?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Was statistical analysis appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info


Comments (Including reason for exclusion)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

### DATA EXTRACTION INSTRUMENT

**Review title:** A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra.

**Review questions:** Quais os efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estádios do TP, para o cuidar a parturiente nos locais de nascimento?

**Inclusion/Exclusion Criteria (PCC):**

- **Population:**
  - o Parturientes de termo, independentemente dos antecedentes pessoais e obstétricos, contexto sociocultural e idade materna.
- **Concept:**
  - o Recurso à vocalização da parturiente, no 1º e 2º estádios do TP, enquanto cuidado especializado de enfermagem;
  - o Subconceitos associados: psicofonia e as técnicas respiratórias inerentes à vocalização, como a expiração, a técnica de glote aberta, a manobra de valsava e o spontaneous pushing.
- **Context:**
  - o Todos os locais de nascimento: maternidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outros.
- **Types of study:**
  - o Texto integral disponível
  - o Estudos qualitativos ou quantitativos, publicados em português, inglês, francês ou espanhol

**Study Details and Characteristics:**

- **Author(s):** Sampelle, C.; Miller, J.; Luecha, Y.; Fischer, K. & Rosten, L.
- **Title:** Provider Support of Spontaneous Pushing During the Second Stage of Labor.
- **Year of publication:** 2005.
- **Country of origin:** Estados Unidos da América.
- **Aims:**
  - o Descrever a relação entre os cuidados de saúde prestados durante o TP (tipo de comunicação) e o tipo de esforços expulsivos realizados pela parturiente;
  - o Avaliar as diferenças na duração do 2º estágio do TP;
  - o Avaliar a duração do período expulsivo consoante o tipo de esforços expulsivos realizados pela parturiente.
- **Study design:** Estudo descritivo (Case serie study).
- **Study population and sample size:** 20 parturientes primíparas com gravidez de baixo risco e que tiveram parto normal, idades entre os 21 e 38 anos e com domínio da língua inglesa.

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>



- **Context:** Maternidade central do Estados Unidos da América.
- **Type of intervention:** Cuidados de saúde, incidindo no tipo de comunicação fornecida pelos profissionais às parturientes, promotores da realização de esforços expulsivos espontâneos versus esforços expulsivos direcionados e condicionados pelos profissionais, pretendendo-se avaliar o tipo de esforços expulsivos realizados pela parturiente.
- **Duration of the intervention:** As parturientes, após consentimento, eram filmadas durante o 2º estágio do TP (incidindo a imagem na região perineal e com foco no údio), desde que verbalizavam a sensação de iniciar esforços expulsivos até à expulsão do RN.
- **Concept(s) relevant to the review question:** Cuidados à parturiente no 2º estágio do TP e a associação entre os mesmos e o tipo de esforços expulsivos realizados pela parturiente, com os seus devidos *outcomes*.
- **Main results:**
  - o A comunicação do profissional de saúde condiciona o tipo de comportamento da parturiente no 2º estágio do TP. Verificou-se uma relação entre o tipo de comunicação do profissional de saúde e o tipo de esforços expulsivos adotados pela parturiente.
  - o Quando a parturiente solicita informação acerca do método de realização dos esforços expulsivos, o profissional de saúde deve comunicar de forma a encorajar a parturiente a confiar no seu corpo e nos seus instintos fisiológicos. Contudo, é crucial que os profissionais de saúde alterem a forma como comunicam com as mulheres.
  - o Muitos profissionais justificam o recurso a comunicação que conduz a esforços expulsivos direcionados com a necessidade de encurtar o 2º estágio do TP. Contudo, foi notório que não existe uma diferença significativa entre o tempo total em esforços expulsivos ativos entre os dois tipos de esforços expulsivos.
  - o Por outro lado, verificou-se que os profissionais de promovem os esforços expulsivos espontâneos são os que maior feedback e reforço positivo dão à mulher acerca do funcionamento do corpo da mulher no 2º estágio do TP.
  - o Assim conclui-se que os profissionais de saúde que fornecem informação que promove os esforços expulsivos espontâneos atingem dois importantes objetivos: 1) esclarecem e informam a parturiente acerca da fisiologia do 2º estágio do TP; 2) não aumentam a duração do 2º estágio do TP nem a duração do período expulsivo; 3) prestam cuidados baseados na melhor evidência obtendo melhores ganhos em saúde.

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>




Esforços expulsivos espontâneos	Esforços expulsivos direcionados
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas respiratórias e esforços expulsivos na contração são espontâneos e direcionados pela parturiente;</li> <li>- O momento de iniciar os esforços expulsivos é irregular e normalmente ocorre quando a contração se encontra bem estabelecida;</li> <li>- Os esforços expulsivos são caracterizados por vocalizações, por serem curtos e frequentes em cada contração;</li> <li>- Esforços expulsivos de glote aberta com vocalizações;</li> <li>- Parturiente segue os seus instintos fisiológicos;</li> <li>- Não são dadas instruções verbais pelo profissional de saúde, em relação a como deve realizar os esforços expulsivos;</li> <li>- Os profissionais de saúde encorajam a mulher e proporcionam reforço positivo, não instruções.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- São dadas instruções verbais, demonstrações acerca:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Do momento para iniciar os esforços expulsivos;</li> <li>* Da duração dos esforços expulsivos;</li> <li>* Da posição em que realiza os esforços expulsivos;</li> <li>* Da técnica respiratória durante os esforços expulsivos (manobra de valsa);</li> <li>* A força com que realiza os esforços expulsivos;</li> <li>* Instruções específicas de como realizar os esforços expulsivos;</li> <li>* Instruções para não realizar vocalizações durante os esforços expulsivos (manobra de valsa);</li> <li>* Posicionamento da parturiente para a realização dos esforços expulsivos ou dar instruções verbais à mulher de como se posicionar;</li> <li>* Realizar o toque vaginal como forma de direcionar os esforços expulsivos ("Faça força cá em baixo... empurre os meus dedos");</li> <li>* Realizar o toque vaginal de forma a estimular o reflexo de Ferguson, ou manipular de forma a aumentar o perímetro vaginal;</li> <li>* Seguir qualquer tipo de indicação não-verbal em relação a como a parturiente deve realizar os esforços expulsivos.</li> </ul> </li> </ul>

Tabela 1 – Critérios para categorização dos esforços expulsivos maternos

Outcome Description	Scale/measure
<b>Classificação dos esforços expulsivos maternos</b>	- Verificou-se que os esforços expulsivos maternos eram predominantemente espontâneos, sendo que 13 participantes entraram na categoria dos esforços expulsivos espontâneos. Destas 13, verificou-se que 11 mulheres mantiveram este método durante pelo menos 83% do tempo do período expulsivo.
<b>Classificação da forma de comunicação do profissional de saúde</b>	- A comunicação promotora dos esforços expulsivos espontâneos variou entre 11% a 95% nos 20 casos.  - Verificou-se uma relação direta entre a percentagem de comunicação promotora dos esforços expulsivos espontâneos e a percentagem de realização dos esforços expulsivos pela mulher. E o semelhante nos esforços expulsivos direcionados.
<b>Relação entre o tipo de esforços expulsivos e a duração do 2º estágio do TP</b>	- Apenas se verificou um aumento de 1,6 minutos na duração do 2º estágio do TP nas mulheres que predominantemente realizaram esforços expulsivos espontâneos, quando comparado com as que realizaram esforços expulsivos direcionados.  - O tempo dispensado em esforços expulsivos ativos nas mulheres com o método espontâneo foi 4,9 minutos mais longo do que as que realizaram esforços expulsivos direcionados.

Tabela 2 – Síntese dos resultados obtidos pelos autores

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

### JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials

Reviewer Cátia Antunes Date 20/07/2017


Author Yildirim, G. & Beji, N. Year 2008 Record Number 3

	Yes	No	Unclear	N/
Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were treatment groups similar at the baseline?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were treatments groups treated identically other than the intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was follow-up complete, and if not, were strategies to address incomplete follow-up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were participants analysed in the groups to which they were randomized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
!. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion) \_\_\_\_\_

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

### DATA EXTRACTION INSTRUMENT

**Review title:** A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra.

**Review questions:** Quais os efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estádios do TP, para o cuidar a parturiente nos locais de nascimento?

**Inclusion/Exclusion Criteria (PCC):**

- **Population:**
  - o Parturientes de termo, independentemente dos antecedentes pessoais e obstétricos, contexto sociocultural e idade materna.
- **Concept:**
  - o Recurso à vocalização da parturiente, no 1º e 2º estádios do TP, enquanto cuidado especializado de enfermagem;
  - o Subconceitos associados: psicofonia e as técnicas respiratórias inerentes à vocalização, como a expiração, a técnica de glote aberta, a manobra de valsava e o spontaneous pushing.
- **Context:**
  - o Todos os locais de nascimento: maternidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outros.
- **Types of study:**
  - o Texto integral disponível
  - o Estudos qualitativos ou quantitativos, publicados em português, inglês, francês ou espanhol

**Study Details and Characteristics:**

- **Author(s):** Yildirim, G. & Beji, N.
- **Title:** Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study.
- **Year of publication:** 2008
- **Country of origin:** Turquia
- **Aims:**
  - o Avaliar os efeitos das técnicas de esforços expulsivos com recurso a glote aberta versus manobra de valsava.
- **Study design:** Estudo experimental aleatorizado
- **Study population and sample size:** 100 parturientes de baixo risco, primíparas com idade gestacional entre 38 e 42 semanas e que aceitaram participar no estudo.
- **Context:** Maternidade Barkirkoy and Children's Teaching Hospital da República da Turquia
- **Type of intervention:**

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>




THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

- o **Intervention 1:** Esforços expulsivos com manobra de Valsava – as parturientes foram informadas no decorrer do 1º estágio do TP acerca do tipo de esforço expulsivo a usar. As parturientes foram encorajadas e apoiadas a utilizar esforços expulsivos direcionadas no sentido da manobra de Valsava.
- o **Intervention 2:** Esforços expulsivos espontâneos com glote aberta – as parturientes foram informadas no decorrer do 1º estágio do TP acerca do tipo de esforço expulsivo a usar. As mulheres foram encorajadas e apoiadas a desenvolver esforços expulsivos espontâneos em resposta às contrações e sua intensidade.
- **Duration of the intervention:** Durante o 2º estágio do TP no período expulsivo.
- **Concept(s) relevant to the review question:** Efeitos da vocalização na fisiologia do TP e seus *outcomes* maternos e fetais.
- **Main results:**
  - o As mulheres devem ser ensinadas, instruídas e treinadas acerca da técnica de glote aberta e de esforços expulsivos espontâneos, devendo ser promovida esta prática por parte dos profissionais de saúde, com *outcomes* positivos no âmbito da diminuição do tempo do período expulsivo e em ganhos em saúde neonatal. Por outro lado, as parturientes do grupo 2 verbalizaram ter menos complicações no pós-parto e um maior grau de satisfação com o parto.

Outcome	Scale/measure
Duração do período expulsivo	- Verificou-se uma duração média superior no grupo dos esforços expulsivos com manobra de Valsava.
Duração do 2º estágio do TP	- Verificou-se uma duração média inferior no grupo dos esforços expulsivos com manobra de Valsava.
Trauma perineal	- As diferenças neste <i>outcome</i> não foram significativas entre ambos os grupos.
Outcomes neonatais	- No grupo dos esforços expulsivos espontâneos verificou-se um maior índice de Apgar ao 1º e o 5º minutos e um pH arterial do cordão umbilical superior no grupo 1
Satisfação materna	- As mulheres no grupo 2 referiram maior satisfação com o 2º estágio do TP, bem como relataram ter menos complicações no pós-parto imediato.

Tabela 1 – Síntese dos resultados obtidos pelos autores

Fonte: Armatari, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

**JBI Critical Appraisal Checklist for Text and Opinion Papers**

Reviewer Cátia Alexandra RMC Antunes Date 02/Outubro/2018

Author Lisa Hanson Year 2009 Record Number 1

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
5. Is there reference to the extant literature?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---




---



---

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

**DATA EXTRACTION INSTRUMENT**

**Review title:** A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra.

**Review questions:** Quais os efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estádios do TP, para o cuidar a parturiente nos locais de nascimento?

**Inclusion/Exclusion Criteria (PCC):**

- **Population:**
  - o Parturientes de termo, independentemente dos antecedentes pessoais e obstétricos, contexto sociocultural e idade materna.
- **Concept:**
  - o Recurso à vocalização da parturiente, no 1º e 2º estádios do TP, enquanto cuidado especializado de enfermagem;
  - o Subconceitos associados: psicofonia e as técnicas respiratórias inerentes à vocalização, como a expiração, a técnica de glote aberta, a manobra de valsava e o spontaneous pushing.
- **Context:**
  - o Todos os locais de nascimento: maternidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outros.
- **Types of study:**
  - o Texto integral disponível
  - o Estudos qualitativos ou quantitativos, publicados em português, inglês, francês ou espanhol

**Study Details and Characteristics:**

- **Author(s):** Hanson, L.
- **Title:** Second-stage labor care – Challenges in spontaneous bearing down
- **Year of publication:** 2009
- **Country of origin:**
- **Aims:**
  - o Explicar os desafios dos profissionais de saúde nos cuidados prestados às parturientes durante o 2º estágio do TP, no que se refere a respeitar a fisiologia do período expulsivo.
  - o A autora defende a prática baseada na evidência científica, em como o EESMO deve seguir uma prática de cuidados à parturiente baseada numa abordagem fisiológica do 2º estágio do TP.
- **Study design:** Artigo de opinião e texto
- **Study population and sample size:** não aplicável

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>



- **Context:** não aplicável
- **Type of intervention:** No âmbito da lógica de argumentação pela PBE - A autora recorre à evidência científica, defendendo a fisiologia do parto normal no que concerne ao 2º estágio do TP, afirmando que permite alcançar o máximo bem-estar materno-fetal. Reforçando que urge a necessidade de se alterarem as práticas de cuidados, promovendo uma abordagem fisiológica do 2º estágio do TP.
- **Duration of the intervention:** não aplicável
- **Concept(s) relevant to the review question:** Efeitos da vocalização no cuidar a parturiente e no respeito pela fisiologia do 2º estágio do TP.
- **Main results:**
  - o A autora descreve os aspetos fisiológicos do 2º estágio do TP:
    - 1) **Manobra de Valsava:** é uma técnica muito enraizada na América no 2º estágio do TP, sendo difícil por isso a aplicação de uma abordagem mais fisiológica e que respeite a vontade espontânea da mulher em iniciar e realizar esforços expulsivos. Os esforços expulsivos com recurso à manobra de Valsava aumentam a pressão no pavimento pélvico, o que por sua vez conduz a um aumento do risco de complicações associadas ao pavimento pélvico. Um dos estudos analisados pela autora que estuda os efeitos da manobra de Valsava durante o 2º estágio do TP no funcionamento urogenital no 3º mês pós-parto, reforça que as mulheres que realizaram esforços expulsivos com recurso à manobra de Valsava, tiveram uma diminuição na capacidade da bexiga, uma diminuição na vontade inicial de urinar, maior risco de desenvolver síndrome de bexiga hiperativa e, ainda, uma tendência a incontinência vesical de stress. Os mesmos autores apenas apresentam como benefício a diminuição do tempo de duração do período expulsivo. Um outro aspeto documentado pela autora, diz respeito aos efeitos estudados da manobra de Valsava durante o 2º estágio do TP. Sendo que o feto experiêcia uma diminuição da saturação de oxigénio. Quando a manobra de Valsava tem duração superior a 5/6 segundos conduz a alterações hemodinâmicas maternas e fetais, como uma diminuição da pressão arterial materna e perfusão uteroplacentar, uma diminuição do pH e PO<sub>2</sub>, uma elevação da PCO<sub>2</sub>, acidose fetal, alterações no ritmo cardíaco fetal que se caracterizam por desacelerações prolongadas e baixos índices de apgar à nascença.
    - 2) **Esforços expulsivos espontâneos:** nestes casos a parturiente inicia esforços expulsivos com um volume residual dos pulmões, realiza várias tentativas de esforços expulsivos por cada contração (cerca de 3-5) e de curta duração (3-5 segundos) seguidos de cerca de 2 segundos de respiração. Verifica-se uma sincronização entre a respiração materna e a dinâmica uterina, que permite à mulher otimizar a contratilidade uterina com recurso a esforços expulsivos espontâneos e não direcionados. Nas mulheres que recorrem a este tipo de esforços expulsivos, é possível verificar que apenas iniciam esforços quando a contração uterina atinge uma pressão uterina mínima de 30mmHg. À medida que a apresentação fetal desce verifica-se um aumento na frequência e intensidade dos esforços expulsivos espontâneos realizados pela mulher. Existem estudos que referem que este tipo respiratório aumenta a duração do período expulsivo, contudo não se verificam prejuízos maternos e neonatais.
  - o De seguida, a autora aborda os principais desafios os cuidados prestados pelos EEESMO, apresentando a evidência científica como norteadora da intervenção especializada junto das parturientes no 2º estágio do TP. É abordada a avaliação da progressão da descida da apresentação fetal; a promoção da descida fisiológica; a avaliação da dor, dos mecanismos



de coping da mulher e da sua fadiga; a promoção dos esforços expulsivos espontâneos; a vontade prematura de iniciar esforços expulsivos; os traçados cardíofetais não tranquilizadores e, finalmente, a inexistência de vontade de iniciar esforços expulsivos. Dos seguintes aspetos apresentados, apenas irei retratar os que apresentam ganhos para a temática em estudo: os esforços expulsivos espontâneos e os traçados cardíofetais não tranquilizadores.

1) **Esforços expulsivos espontâneos:** Aconselhar e apoiar a mulher na realização de esforços expulsivos espontâneos deve ser a prática de referência durante o 2º estágio do TP. Quando o EEESMO adota uma postura em que apoia e aconselha a mulher a realizar esforços expulsivos espontâneos, este deve ter uma postura de suporte, permite que a mulher siga os seus próprios instintos fisiológicos e que a sua respiração deve ser espontânea, o acompanhamento do TP deve incidir em palavras de encorajamento, feedback positivo e de proporcionar à mulher a capacidade de reagir às necessidades fisiológicas do momento. Da mesma forma, os esforços expulsivos devem ser espontâneos, de glote aberta, com recurso a vocalizações e com duração máxima de 6 segundos, por outro lado, não devem ser realizados toques vaginais à mulher no sentido de a aconselhar a focar os esforços expulsivos no períneo.

2) **Traçados cardíofetais não tranquilizadores:** os traçados CTG não tranquilizadores, como o caso de desacelerações e/ou bradicardia fetal durante o 2º estágio do TP podem ser revertidos com recurso a intervenções de enfermagem que não incluem a manobra de Valsava. Nestas situações o EEESMO pode sentir a necessidade de intervir no sentido de ajudar a mulher a direcionar os esforços expulsivos, contudo deve agir como fonte de suporte e reforço positivo incentivando os esforços expulsivos espontâneos que resultem na descida da apresentação fetal. Pode também ser necessário incentivar a mulher a prolongar ligeiramente os esforços expulsivos espontâneos, promovendo vocalizações. Quando é necessário que os esforços expulsivos sejam mais prolongados, a mulher deve ser encorajada a realizar múltiplos esforços expulsivos, com duração máxima de 6 segundos e sem recorrer à manobra de Valsava. Outra intervenção deve passar pelo reposicionamento da mulher e a adoção de posições verticalizadas. Na presença de bradicardia fetal no 2º estágio do TP está comprovada que se deve incentivar a mulher a respirar e a usar técnicas respiratórias de glote aberta, em vez de realizar a manobra de Valsava, pois está comprovado que melhora a resposta e a recuperação fetal. Assim, a manobra de Valsava deve ser evitada especialmente perante a suspeita de sofrimento fetal.

- o A gestão do 2º estágio do TP deve passar pelos cuidados de suporte e pela abordagem fisiológica deste estágio. É crucial o EEESMO reconhecer a importância e os benefícios dos esforços expulsivos espontâneos maternos, bem como o seu impacto positivo na fisiologia do parto normal. Deve ser respeitado as vivências anteriores da mulher, bem como o que a parturiente sente no seu TP, permitindo a progressão fisiológica do TP, não sendo boa prática de cuidados a intervenção junto da mulher com o incentivo a esforços expulsivos não espontâneos e com recurso à manobra de Valsava.
- o O respeito pela fisiologia do TP transmite à mulher confiança nos seus próprios instintos e vontades, bem como na sua capacidade para parir.

  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

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


Reviewer Cátia Alexandra RMC Antunes Date 16/ outubro/2018  
 Author Naranjo, m.; Puertas, E. & López, E. Year 2011 Record Number 1

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

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)  
Não foi apresentada a questão para a revisão da literatura, contudo o objetivo da mesma encontra-se bem explicito. Por este motivo o estudo é incluído nesta Scoping Review.

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

### DATA EXTRACTION INSTRUMENT

**Review title:** A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra.

**Review questions:** Quais os efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estádios do TP, para o cuidar a parturiente nos locais de nascimento?

**Inclusion/Exclusion Criteria (PCC):**

- **Population:**
  - o Parturientes de termo, independentemente dos antecedentes pessoais e obstétricos, contexto sociocultural e idade materna.
- **Concept:**
  - o Recurso à vocalização da parturiente, no 1º e 2º estádios do TP, enquanto cuidado especializado de enfermagem;
  - o Subconceitos associados: psicofonia e as técnicas respiratórias inerentes à vocalização, como a expiração, a técnica de glote aberta, a manobra de valsava e o spontaneous pushing.
- **Context:**
  - o Todos os locais de nascimento: maternidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outros.
- **Types of study:**
  - o Texto integral disponível
  - o Estudos qualitativos ou quantitativos, publicados em português, inglês, francês ou espanhol

**Study Details and Characteristics:**


- **Author(s):** Naranjo, m.; Puertas, E. & López, E.
- **Title:** Implicaciones obstétricas, perinatales y maternas de los pujos espontáneos frente a los pujos dirigidos
- **Year of publication:** 2011
- **Country of origin:** Espanha
- **Aims:**
  - o Analisar comparativamente a evidência disponível acerca do efeito obstétrico, perinatal e materno da técnica de esforços expulsivos espontâneos versus esforços expulsivos dirigidos.
- **Study design:** Revisão sistemática da literatura
- **Study population and sample size:** Pesquisa bibliográfica em três bases de dados, tendo um limite temporal: anos 1995-2008. Analisados 13 estudos.
- **Context:** inexistente

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>



- **Type of intervention:** Analisar os resultados dos estudos, no sentido de identificar os *outcomes* no âmbito da duração do período expulsivo, duração dos esforços expulsivos, percentagem de partos instrumentalizados, alterações no traçado cardíaco fetal, valores de  $PO_2$ ,  $PCO_2$  e pH fetal, índice de apgar, trauma perineal, fadiga e satisfação maternal em ambos os tipos de esforços expulsivos.
- **Duration of the intervention:** Foram selecionados estudos publicados nas bases de dados Pubmed, CINAHL e Cochrane, entre os anos de 1995 e 2008.
- **Concept(s) relevant to the review question:** Efeitos da vocalização na fisiologia do TP.
- **Main results:**
  - o Parâmetros obstétricos:
    - Existe o aumento da duração do 2º estágio do TP, quando utilizam esforços expulsivos espontâneos;
    - A taxa de partos instrumentais diminui em 23% se recurso aos esforços expulsivos espontâneos.
  - o Parâmetros maternos:
    - Nos esforços expulsivos espontâneos verifica-se uma diminuição da fadiga e um aumento da satisfação materna;
    - O aumento da fadiga materna conduz ao aumento das catecolaminas e dos níveis de ácido láctico, o que pode conduzir a uma diminuição da qualidade das contrações uterinas;
    - Os esforços expulsivos dirigidos conduzem ao aumento do risco de lesão do pavimento pélvico da mulher. Nos estudos analisados verifica-se que neste tipo respiratório dirigido com recurso à manobra de Valsalva existe uma diminuição na capacidade vesical da mulher, bem como um aumento do risco de incompetência urinária.
  - o Parâmetros perinatais:
    - Nos esforços expulsivos espontâneos observam-se menos alterações dos parâmetros cardíacos fetais e de desacelerações;
    - Nos esforços expulsivos espontâneos verifica-se uma diminuição do número de desacelerações cardíacas fetais variáveis;
    - Nos esforços expulsivos espontâneos também se ressalva um maior score no índice de apgar no 1º e 5º minuto de vida. Os níveis de  $PO_2$ ,  $PCO_2$  e pH fetais apresentam melhores resultados.
  - o Os autores concluem que os esforços expulsivos espontâneos acompanhados da descida passiva do feto pelo canal de parto, é seguro para a parturiente e feto. Verifica-se um aumento na duração do 2º estágio do TP, contudo reduz-se o tempo que a mulher dispense em esforços expulsivos.
  - o Deve-se incentivar a mulher a realizar os esforços expulsivos espontâneos, respeitando a fisiologia do TP e proporcionando à mulher confiança no seu próprio corpo.



  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

**JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews<sup>1</sup>**

Reviewer Cátia Antunes Date 20/07/2017

Author Prins, M.; Boxem, J.; Lucas, C.; Hutten, E. Year 2011 Record Number 4

	Yes	No	Unclear
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	✘		
2. Was the search strategy appropriate?	✘		
3. Were the sources of studies adequate?	✘		
4. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	✘		
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	✘		
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	✘		
7. Were there methods used to minimise error in data extraction?	✘		
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	✘		
9. Were the recommendations supported by the reported data?	✘		
10. Were the specific directives for new research appropriate?	✘		

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info


Comments (including reasons for exclusion)

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

**DATA EXTRACTION INSTRUMENT**

**Review title:** A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra.

**Review questions:** Quais os efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estádios do TP, para o cuidar a parturiente nos locais de nascimento?

**Inclusion/Exclusion Criteria (PCC):**

- **Population:**
  - Parturientes de termo, independentemente dos antecedentes pessoais e obstétricos, contexto sociocultural e idade materna.
- **Concept:**
  - Recurso à vocalização da parturiente, no 1º e 2º estádios do TP, enquanto cuidado especializado de enfermagem;
  - Subconceitos associados: psicofonia e as técnicas respiratórias inerentes à vocalização, como a expiração, a técnica de glote aberta, a manobra de Valsalva e o spontaneous pushing.
- **Context:**
  - Todos os locais de nascimento: maternidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outros.
- **Types of study:**
  - Texto integral disponível
  - Estudos qualitativos ou quantitativos, publicados em português, inglês, francês ou espanhol


**Study Details and Characteristics:**

- **Author(s):** Prins, M.; Boxem, J.; Lucas, C. & Hutten, E.
- **Title:** Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials.
- **Year of publication:** 2011
- **Country of origin:** Holanda
- **Aims:**
  - Avaliar criticamente os benefícios e malefícios/danos da utilização da manobra de Valsalva nos esforços expulsivos vs esforços expulsivos espontâneos no 2º estágio do TP, para a mulher e RN;
  - Avaliar os outcomes no âmbito dos partos instrumentalizados, outcomes maternos e outcomes neonatais.
- **Study design:** Revisão sistemática da literature – Meta-análise dos ensaios clínicos aleatorizados

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>



- **Study population and sample size:** Parturientes no 2º estágio do TP, num total de 425 mulheres nulíparas, com gravidez de baixo risco.
- **Context:** inexistente.
- **Type of intervention:** Foram selecionados estudos experimentais que compararam os efeitos dos esforços expulsivos direcionados e esforços expulsivos espontâneos com recurso à glote aberta, vocalizações e técnicas respiratórias de expiração.
- **Duration of the intervention:**
  - Fontes da pesquisa: Bases de dados - Medline, Embase, Cinahl e Cochrane Central Register of Controlled Trials.
  - Estudos incluídos: 4
  - Desenhos dos estudos incluídos: estudos aleatorizados com grupo experimental e de controlo.
  - Estudos foram provenientes dos Estados Unidos da América, Reino Unido e Hong Kong.
- **Concept(s) relevant to the review question:** Efeitos da vocalização da parturiente versus a manobra de Valsalva no 2º estágio do TP.
- **Main results:**
  - A evidência resultante dos estudos analisados não suporta o recurso ao uso rotineiro da manobra de Valsalva no 2º estágio do TP.
  - Não foram encontradas diferenças significativas nos *outcomes* avaliados entre o uso dos esforços expulsivos com manobra de Valsalva e os esforços expulsivos espontâneos.
  - Relativamente aos *outcomes* maternos:
    - O 2º estágio do TP foi significativamente mais curto nos esforços expulsivos com manobra de Valsalva.
    - Não houve diferença significativa, em ambos os grupos, no que respeita ao número de partos instrumentalizados.
    - Não houve diferença significativa no que respeita ao trauma perineal, havendo apenas um estudo que reporta uma redução discreta do número de lacerações nos esforços expulsivos espontâneos.
    - No que respeita à satisfação materna não houve diferenças.
    - Um estudo sugere que os esforços expulsivos com recurso à manobra de Valsalva pode originar efeitos negativos no pavimento pélvico, especialmente no que respeita à micção e capacidade da bexiga.
  - Analisando aos *outcomes* neonatais:
    - Não houve diferença significativa nos índices de Apgar.
    - A necessidade de reanimação também não apresentou diferenças.
  - Os autores apontam que os estudos apresentavam uma amostra demasiado pequena para se verificar alterações nos *outcomes*, ressaltando a necessidade de estudos mais rigorosos acerca da temática. É, ainda sugerido, num dos estudos que se analise os efeitos a longo prazo dos esforços expulsivos com recurso a manobra de Valsalva.
  - Apesar de ser necessária mais evidência científica, os autores consideram que os esforços expulsivos espontâneos devem ser considerados uma boa prática de cuidar e, que as parturientes devem ser encorajadas a ter um papel ativo no seu TP decidindo acerca da forma como querem realizar os esforços expulsivos.

  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

### JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials

Reviewer Cátia Alexandra RMC Antunes ..... Date 16/Outubro/2018

Author Ahmadi, Z.; Torkzahrani, S.; Roosta, F.; Shakeri, N.; Mhmoodi, Z. Year 2017 Record Number 1

	Yes	No	Unclear	NA
Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Were treatment groups similar at the baseline?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were outcomes measured in a reliable way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was appropriate statistical analysis used?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info


Comments (Including reason for exclusion)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

  
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

### DATA EXTRACTION INSTRUMENT

**Review title:** A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra.

**Review questions:** Quais os efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estádios do TP, para o cuidar a parturiente nos locais de nascimento?

**Inclusion/Exclusion Criteria (PCC):**

- **Population:**
  - o Parturientes de termo, independentemente dos antecedentes pessoais e obstétricos, contexto sociocultural e idade materna.
- **Concept:**
  - o Recurso à vocalização da parturiente, no 1º e 2º estádios do TP, enquanto cuidado especializado de enfermagem;
  - o Subconceitos associados: psicofonia e as técnicas respiratórias inerentes à vocalização, como a expiração, a técnica de glote aberta, a manobra de valsa e o spontaneous pushing.
- **Context:**
  - o Todos os locais de nascimento: maternidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outros.
- **Types of study:**
  - o Texto integral disponível
  - o Estudos qualitativos ou quantitativos, publicados em português, inglês, francês ou espanhol

**Study Details and Characteristics:**

- **Author(s):** Ahmadi, Z.; Torkzahrani, S.; Roosta, F.; Shakeri, N. & Mhmoodi, Z.
- **Title:** Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: A randomized clinical trial.
- **Year of publication:** 2017
- **Country of origin:** Irão
- **Aims:**
  - o Avaliar os efeitos da técnica respiratória de expiração na extensão da lesão perineal.
- **Study design:** Estudo experimental aleatorizado
- **Study population and sample size:** 166 parturientes iranianas primíparas com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, gravidez simples de baixo risco, que não frequentaram CPN, sem preparação do períneo para o parto e com corpo do períneo superior a 3 cm.
- **Context:** Maternidade do Hospital Kamali no Irão.

Fonte: Aromataris, E.; Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>



- **Type of intervention:** Tipo de técnicas respiratórias usadas pelas parturientes no 2º estágio do TP. O grupo de controlo recorreu à manobra de Valsava e o grupo de estudo a técnica respiratória de glote aberta. O objetivo foi avaliar o trauma perineal associado ao tipo respiratório.
- **Duration of the intervention:** As parturientes, após consentimento, eram filmadas durante o 2º estágio do TP (incidindo a imagem na região perineal e com foco no áudio), desde que verbalizavam a sensação de iniciar esforços expulsivos até à expulsão do RN.
- **Concept(s) relevant to the review question:** Efeitos da vocalização na fisiologia do TP
- **Main results:**
  - o No presente estudo verificaram-se os benefícios das técnicas respiratórias de glote aberta, durante o 2º estágio do TP, com uma redução significativa do trauma perineal. Uma das técnicas realizadas pelos investigadores passou por instruir as mulheres a realizar a técnica respiratória de expiração com glote aberta, no momento em que a cabeça fetal começa a coroar, o que levou a que a expulsão da cabeça fetal fosse progressiva e com recurso às contrações uterinas. Esta situação tem um grande impacto na redução do trauma perineal, uma vez que a manobra de Valsava causa lesões no pavimento pélvico pelo aumento da pressão abdominal e rápida dilatação da vagina e períneo, na expulsão da cabeça fetal. Nas técnicas expulsivas de glote aberta verifica-se a redução da pressão abdominal, bem como uma lenta extensão perineal. Em suma, a técnica respiratória de glote aberta é uma estratégia eficaz na proteção do períneo e redução do trauma perineal.

Outcome Description	Scale/measure
Grupo de controlo Manobra de Valsava	- Períneo íntegro rondou 19,3%. - Maior percentagem de lacerações posteriores de grau I, II e III. - Laceração anterior apenas ocorreu nos pequenos lábios e com a percentagem de 20,5%. - Percentagem de episiotomia foi de 25,3%.
Grupo de estudo Técnicas respiratórias de glote aberta	- Períneo íntegro rondou 41%. - Menor percentagem de lacerações posteriores de grau I, II e III. - Laceração anterior apenas ocorreu nos pequenos lábios e com a percentagem de 28,5%. - Percentagem de episiotomia foi de 18,2%.

Tabela 1 – Síntese dos resultados obtidos pelos autores

**Apêndice 5:** Síntese dos artigos da *SR*

Síntese dos resultados da SR: A vocalização no 1º estágio do TP

AUTORES ANO PUBLICAÇÃO PAÍS	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DO ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO/TAMANHO DA AMOSTRA	CONTEXTO	CONCEITO(S) RELEVANTES DA QUESTÃO DA REVISÃO/INSTRUMENTO(S)	PRINCIPAIS RESULTADOS
Pierce, B. (1998) Estados Unidos da América	The practice of toning in pregnancy and labour: participant experiences	Conhecer as experiências das participantes relativamente à prática de vocalização durante a gravidez e TP.	Estudo qualitativo	22 grávidas	Introduzida a vocalização nas sessões de CPNP pela autora e posteriormente foi realizado um questionário pós- parto no sentido de conhecer as suas vivências.	Questionários e notas de campo	<p>A experiência de vocalização na gravidez foi associada a: sensação de relaxamento físico; sentimentos de tranquilidade; diminuição da ansiedade; sensação de tranquilidade e relaxamento numa dimensão mental e espiritual e; ressonância física sentida a nível abdominal.</p> <p>A vocalização no parto foi realizada por 18 mulheres, das 21 em TP. Os dois benefícios mais mencionados foram uma melhor gestão da dor e uma forma de aumentar a concentração no TP. É mencionado que a vocalização culminou num decréscimo do recurso a analgesia no TP. Metade das participantes referiu a vocalização como uma poderosa aliada na concentração, diminuindo a percepção da dor.</p> <p>5 mulheres referiram que se mantiveram mais relaxadas, controladas e que diminuiu o seu gasto de energia no TP. Um aspeto interessante referido pelas participantes foi a importância da vocalização pelos companheiros no TP, ajudando-as a manter a vocalização eficazmente.</p> <p>Foram obtidos os seguintes resultados: aumento da capacidade de gestão da dor; aumento da concentração; conexão com a natureza; ressonância física; relaxamento; diminuição da ansiedade; libertação emocional; aumento da confiança e, sensação de poder.</p> <p>A prática da vocalização e da respiração abdominal têm benefícios comuns, daí a sua eficácia na gravidez e TP.</p> <p>Segundo a autora, todos os profissionais que pretendam utilizar os benefícios da vocalização devem ter formação/experiência adequada na área.</p>

Síntese dos resultados da SR: A vocalização no 2º estágio do TP

AUTORES ANO PUBLICAÇÃO PAÍS	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DO ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO/TAMANHO DA AMOSTRA	CONTEXTO	CONCEITO(S) RELEVANTES DA QUESTÃO DA REVISÃO/INSTRUMENTO(S)	PRINCIPAIS RESULTADOS
Sampsel, C.; Miller, J.; Luecha, Y.; Fischer, K. & Rosten, L. (2005) Estados Unidos da América	Provider support of spontaneous pushing during the second stage of labor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever a relação entre os cuidados de saúde prestados durante o TP (tipo de comunicação) e o tipo de esforços expulsivos realizados pela parturiente;</li> <li>- Avaliar as diferenças na duração do 2º estágio do TP;</li> <li>- Avaliar a duração do período expulsivo consoante o tipo de esforços expulsivos realizados pela parturiente.</li> </ul>	Estudo descritivo	20 grávidas primígestas, gravidez baixo risco, com idades compreendidas 21-38 anos, com domínio da língua inglesa e que tiveram partos eutócicos.	Hospitalar (Midwest hospital birth unit)	Cuidados às parturientes no 2º estádio do TP e a associação entre estes (nomeadamente em relação à forma de comunicação e integração da parturiente no seu plano de cuidados) e o tipo de esforços expulsivos utilizados pela parturiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A comunicação do profissional de saúde condiciona o tipo de comportamento da parturiente no 2º estágio do TP. Verificou-se uma relação entre o tipo de comunicação do profissional de saúde e o tipo de esforços expulsivos adotados pela parturiente.</li> <li>- Quando a parturiente solicita informação acerca do método de realização dos esforços expulsivos, o profissional de saúde deve comunicar de forma a encorajar a parturiente a confiar no seu corpo e nos seus instintos fisiológicos. Contudo, é crucial que os profissionais de saúde alterem a forma como comunicam com as mulheres.</li> <li>- Assim conclui-se que os profissionais de saúde que fornecem informação que promove os esforços expulsivos espontâneos atingem dois importantes objetivos: 1) esclarecem e informam a parturiente acerca da fisiologia do 2º estágio do TP; 2) não aumentam a duração do 2º estágio do TP nem a duração do período expulsivo; 3) prestam cuidados baseados na melhor evidência obtendo melhores ganhos em saúde.</li> </ul>
Yildirim, G. & Beji, K. (2008) Turquia	Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a	Avaliar os efeitos das técnicas de esforços expulsivos com recurso a glote aberta <i>versus</i> manobra de valsava	Estudo experimental aleatorizado	100 parturientes selecionadas em função dos critérios de inclusão	Hospitalar (Bakirkoy Maternity) and Childrens Teaching Hospital of	No decorrer do 1º estágio do TP, as grávidas foram ensinadas e instruídas quanto ao tipo de técnica a utilizar durante os esforços expulsivos.	Os resultados foram categorizados do seguinte modo: a) duração do período expulsivo – média superior no grupo que recorreu à manobra de valsava; b) não houve diferença significativa quanto ao trauma perineal; c) no grupo que realizou esforços expulsivos

	randomised study				the Republic of Turkey)	Os dados foram analisados com recurso a técnicas de análise estatística.	espontâneos verificou-se no RN um maior índice de apgar no 1º e o 5º minutos e um pH arterial do cordão umbilical superior; d) verificou-se maior satisfação materna no grupo experimental e menos complicações maternas pós-parto. As mulheres devem ser ensinadas, instruídas e treinadas acerca da técnica de glote aberta e de esforços expulsivos espontâneos, devendo ser promovida esta prática por parte dos profissionais de saúde, com <i>outcomes</i> positivos no âmbito da diminuição do tempo do período expulsivo e em ganhos em saúde neonatal.
Hanson, L. (2009) Estados Unidos da América	Second-stage labor care: challenges inspontaneous bearing down	- Explicar os desafios dos profissionais de saúde nos cuidados prestados às parturientes durante o 2º estágio do trabalho de parto (TP), no que se refere a respeitar a fisiologia do período expulsivo. - A autora defende a prática baseada na evidência científica, em como os EEESMO devem seguir uma prática de cuidados à parturiente	Artigo de opinião e texto	-----	-----	-----	A gestão do 2º estágio do TP deve passar pelos cuidados de suporte e pela abordagem fisiológica deste estágio. É crucial o EEESMO reconhecer a importância e os benefícios dos esforços expulsivos espontâneos maternos, bem como o seu impacto positivo na fisiologia do parto normal. Devem ser respeitadas as vivências anteriores da mulher, bem como o que a parturiente sente no seu TP, permitindo a progressão fisiológica do TP, não sendo boa prática de cuidados a intervenção junto da mulher com o incentivo a esforços expulsivos não espontâneos e com recurso à manobra de valsava.



		baseada numa abordagem fisiológica do 2º estágio do TP.					
Naranjo, M.; Puertas, E. & López, E. (2011) Espanha	Implicaciones obstétricas, perinatales y maternas de los pujos espontáneos frente a los pujos dirigidos	Analisar comparativamente a evidência disponível acerca do efeito obstétrico, perinatal e materno da técnica de esforços expulsivos espontâneos versus esforços expulsivos dirigidos.	Revisão sistemática da literatura	Pesquisa bibliográfica em três bases de dados. Limite temporal: anos 1995-2008. Analisados 13 estudos.	Bases de dados: Pubmed, CINAHL e Cochrane	Analisados os resultados dos estudos relativos a: duração do período expulsivo; duração de cada esforço expulsivo; partos instrumentais; alterações do padrão cardíaco fetal; baixa na saturação de O <sub>2</sub> ; valores de PO <sub>2</sub> , PCO <sub>2</sub> e pH fetal; índice de apgar; resultados perinatais; fadiga e satisfação materna em ambos os tipos de esforços expulsivos.	<p>Parâmetros obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existe o aumento da duração do 2º estágio do TP, quando utilizam esforços expulsivos espontâneos;</li> </ul> <p>A taxa de partos instrumentais diminui em 23% com o recurso aos esforços expulsivos espontâneos.</p> <p>Parâmetros maternos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nos esforços expulsivos espontâneos verifica-se uma diminuição da fadiga e um aumento da satisfação materna.</li> <li>O aumento da fadiga materna conduz a um aumento das catecolaminas e dos níveis de ácido láctico o que pode levar a uma diminuição da qualidade das contrações uterinas.</li> <li>Os esforços expulsivos dirigidos conduzem a um aumento do risco de lesão do pavimento pélvico da mulher. Nos estudos analisados verifica-se que neste tipo respiratório com recurso a valsava, diminui a capacidade vesical da mulher, bem como um aumento do risco de incompetência urinária.</li> </ul> <p>Analisando os perinatais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nos esforços expulsivos espontâneos observam-se menos</li> </ul>

							<p>alterações dos parâmetros cardíacos fetais e de desacelerações;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nos esforços expulsivos espontâneos verifica-se uma diminuição do número de desacelerações cardíacas fetais variáveis.</li> <li>Nos esforços expulsivos espontâneos também se ressalva um maior score no índice de apgar no 1º e 5º minuto de vida. Os níveis de PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub> e pH fetais apresentam melhores resultados</li> </ul>
<p>Prins, M.; Boxem, J.; Lucas, C. &amp; Hutton, E. (2011) Holanda</p>	<p>Effect of spontaneous pushing versus valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials</p>	<p>Avaliar criticamente os benefícios e malefícios/danos para a mulher e RN da utilização da manobra de Valsalva nos esforços expulsivos vs esforços expulsivos espontâneos no 2º estágio do TP</p>	<p>Revisão sistemática da literature – Meta-análise dos ensaios clínicos aleatorizados</p>	<p>Pesquisa bibliográfica em quatro bases de dados. Limite temporal: anos 1950-2010. Analisados 4 estudos. 425 mulheres nulíparas, com gravidez de baixo risco</p>	<p>Bases de dados: Medline, Embase, Cinahl e Cochrane Central Register of Controlled Trials</p>	<p>Usados instrumentos de avaliação da qualidade dos estudos, nomeadamente: randomização, número de participantes, descrição da intervenção, os outcomes, avaliação cega dos outcomes e análise dos dados.</p>	<p>A evidência resultante dos estudos analisados não suporta o recurso ao uso rotineiro da manobra de Valsalva no 2º estágio do TP. Não foram encontradas diferenças significativas nos outcomes avaliados entre o uso dos esforços expulsivos com manobra de Valsalva e os esforços expulsivos espontâneos. Relativamente aos outcomes maternos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2º estágio do TP foi significativamente mais curto no grupo dos esforços expulsivos com manobra de Valsalva.</li> <li>Não houve diferença significativa, em ambos os grupos, no que respeita ao número de partos instrumentalizados.</li> <li>Não houve diferença significativa no que respeita ao trauma perineal, havendo apenas um estudo que reporta uma redução discreta do número de lacerações nos esforços expulsivos espontâneos.</li> <li>No que respeita à satisfação materna não houve diferenças.</li> <li>Um estudo sugere que os esforços expulsivos com recurso à manobra</li> </ul>

							<p>de Valsalva pode originar efeitos negativos no pavimento pélvico, especialmente no que respeita à mição e capacidade da bexiga.</p> <p>Analisando aos outcomes neonatais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não houve diferença significativa no índice de Apgar.</li> <li>• A necessidade de reanimação também não apresentou diferenças.</li> </ul>
<p>Ahmadi, Z.; Torkzahrani, S.; Roosta, F.; Shakeri, N.; Mhmoodi, Z. (2017) Irão</p>	<p>Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: a randomized clinical trial</p>	<p>Avaliar os efeitos da técnica respiratória de expiração na extensão da lesão perineal</p>	<p>Estudo experimental aleatorizado</p>	<p>166 parturientes (Parturientes iranianas primíparas com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, gravidez simples de baixo risco, que não frequentaram cursos de preparação para o Nascimento, sem preparação do períneo para o parto e com comprimento do períneo superior a 3 cm.)</p>	<p>Hospitalar (Maternidade do Hospital Kamali)</p>	<p>Os dados foram analisados com recurso a análise estatística utilizando software apropriado – SPSS 18.</p>	<p>No presente estudo verificaram-se os benefícios das técnicas respiratórias de glote aberta, durante o 2<sup>a</sup> estágio do TP, com uma redução significativa do trauma perineal. Uma das técnicas realizadas pelos investigadores passou por instruir as mulheres a realizar a técnica respiratória de expiração com glote aberta, no momento em que a cabeça fetal começa a coroar, o que levou a que a expulsão da cabeça fetal fosse progressiva e com recurso às contrações uterinas. Esta situação tem um grande impacto na redução do trauma perineal, uma vez que a manobra de Valsalva causa lesões no pavimento pélvico pelo aumento da pressão abdominal e rápida dilatação da vagina e períneo na expulsão da cabeça fetal. Nas técnicas expulsivas de glote aberta verifica-se a redução da pressão abdominal, bem como uma lenta extensão perineal. Em suma, a técnica respiratória de glote aberta é uma estratégia eficaz na proteção do períneo e redução do trauma perineal.</p>

**Síntese dos resultados da SR: Efeitos da vocalização no 2º estágio de TP para o cuidar**

AUTORES	EFEITOS DA VOCALIZAÇÃO NO 2º ESTÁDIO DE TP PARA O CUIDAR												
	Diminuição da Dor	Bem-estar	Satisfação	Redução da fadiga	TP instintivo	Aumento dos partos eutócicos	Respeito pela fisiologia do TP	< trauma perineal	> compliance génito-urinária	> duração do 2º estágio TP	< duração do 2º estágio TP	RN: > score de IA	RN: > PO2 e PCO2 arterial do cordão umbilical
Sampselle, C.; Miller, J.; Luecha, Y.; Fischer, K. & Rosten, L. (2005)		X	X								X		
Yildirim, G. & Beji, N. (2008)	X	X	X	X	X			X				X	X
Hanson, L. (2009)	X	X		X	X	X	X	X		X		X	X
Naranjo, M.; Puertas, E. & López, E. (2011)		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Prins, M.; Boxem, J.; Lucas, C. & Hutton, E. (2011)								X	X	X			
Ahmadi, Z.; Torkahrani, S.; Roosta, F.; Shakeri, N. & Mhmoodi, Z. (2017)								X					

**Apêndice 6: Método de Análise de Conteúdo dos registros de interação**

A análise de conteúdo é uma das técnicas mais utilizadas na análise de dados no âmbito das ciências sociais e humanas, sendo uma técnica que permite a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação (Silva & Fossá, 2015; Bardin, 2016). Segundo Bardin (2016) a análise de conteúdo incorpora uma dimensão descritiva que dá visibilidade ao que foi narrado e, uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do investigador relativas ao objeto em estudo e que permite formular regras de inferência. Por este motivo, optámos pelo recurso à técnica de análise de conteúdo para realizar a análise dos registos de interação da nossa prática de cuidados junto das parturientes/CS.

A condução da técnica de análise de conteúdo abrange três etapas cronológicas: a **pré-análise**; a **exploração do material** e, por último, o **tratamento de resultados, a inferência e a interpretação** (Bardin, 2016). A **pré-análise** é uma fase de organização, onde se realiza a escolha dos documentos a serem analisados, de seguida realiza-se a formulação das hipóteses e dos objetivos e, termina com a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (Bardin, 2016). No presente relatório, esta etapa reporta para a síntese dos artigos obtidos pela *SR* na qual realizámos a análise dos artigos e utilizámos a evidência científica obtida referente ao recurso à vocalização da parturiente no cuidar no 1º e 2º estádios do TP e, elaborámos um instrumento de interação de cuidados que nos permitiu a recolha dos dados da prática de cuidados (ver apêndice 6). De seguida, procedemos à criação do *corpus* da nossa análise de conteúdo, tendo por base os critérios da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e pertinência (Bardin, 2016). Desta forma, analisámos os registos de interação de forma: exaustiva - no sentido de esgotar a totalidade da comunicação existente neles; representativa - onde analisámos se os dados obtidos eram representativos da população; homogénea - no sentido de validar se o nosso instrumento de registo estava adaptado ao objetivo da temática em estudo; pertinente - se cada elemento correspondia ao objetivo suscitado pela análise (Bardin, 2016).

A etapa seguinte diz respeito à **exploração do material** e, que se entende como o momento de análise e codificação dos dados de forma a agrupá-los em categorias (Bardin, 2016). O processo de codificação dos dados obtidos através dos registos de interação de cuidados foi submetido às seguintes etapas: o recorte que pressupõe a escolha das unidades de registo (UR) relevantes à temática em estudo; a enumeração que reporta à escolha das regras de contagem das UR e, finalmente a classificação e agregação das UR para a escolha das categorias (Bardin, 2016).

A última etapa da técnica de análise de conteúdo diz respeito ao **tratamento de resultados, a inferência e a interpretação** onde se trabalha os resultados brutos, se confrontam com a evidência científica e se atribui significado aos resultados obtidos (Bardin, 2016). Assim, procedemos à análise das categorias emergentes das UR e analisámos os achados à luz da evidência científica obtida e apresentada no enquadramento teórico e nos resultados da *SR*.

Consideramos pertinente ressaltar que todos os dados obtidos foram tratados com respeito pelos princípios éticos abordados nas considerações éticas do presente relatório. Desta forma, no subcapítulo de análise e discussão dos dados obtidos acerca do uso da vocalização pela parturiente, apresentámos excertos representativos das categorias que emergiram, encontrando-se as UR codificadas de forma a manter o anonimato e confidencialidade das participantes.

## **Apêndice 7: Instrumento de registo de interação**



Data	ETIQUETA			IG: IO: Grupo sangue:	Antecedentes obstétricos:		
				Curso pré-natal:	Antecedentes Pessoais:		
				ESTRATÉGIAS		RESULTADOS	
1º ESTÁDIO DO TP	Fase latente: Início: Fim: Duração: Toque vaginal:	CTG:	TEORIA DO CUIDAR	CONHECER	Plano parto		
				ESTAR COM	Disponibilidade		
	Fase ativa: Início: Fim: Duração: Toque vaginal:	CTG:		FAZER POR	Bem-estar		
	MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS: Água Bola nascimento			POSSIBILITAR	Apoio na identificação da contração		
2º ESTÁDIO DO TP	Fase latente: Início: Fim: Duração: Toque vaginal:	CTG:	TEORIA DO CUIDAR	MANTER A CRENÇA	Identificar aptidão para vocalização		
				CONHECER	Plano parto		
	Fase ativa: Início: Fim: Duração: Tipo de esforços expulsivos:	CTG:		ESTAR COM	Disponibilidade		
	MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS: Água Bola nascimento			POSSIBILITAR	Promoção vocalização		
			FAZER POR	Bem-estar			
			MANTER A CRENÇA	Identificar aptidão para vocalização			

		TIPO DE PARTO:		POSIÇÃO MATERNA:			ANALGESIA		
3º ESTÁDIO	DEQUITADURA			EPISIORRAFIA/ PERINEORRAFIA		OBSERVAÇÕES			
	4º ESTÁDIO TP	PUÉRPERA	Eliminação vesical:	OBSERVAÇÕES:	Índice de Apgar:			pH arterial cordão umbilical	
Períneo:			1º		5º	10º	Profilaxias		
			Contacto pele-a-pele		Observações				
INTERNAMENTO PUERPÉRIO	Como se sentiu ao longo do TP?							Observações	
	O que é que sentiu falta?								
	Em que acha que podemos melhorar?							Considera a frequência do curso pré-natal facilitador da vocalização?	
	Como foi a experiência da vocalização?								

**Apêndice 8:** Caracterização do contexto do Ensino Clínico Estágio com  
Relatório

O ER decorreu no período de 5 de março a 13 de julho de 2018, com carga horária de 500 horas, no serviço de Bloco de partos (BP) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Este contexto de ER assume-se como um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, sendo uma referência no âmbito da unidade de cuidados intensivos neonatais e do centro de infertilidade e apoio à reprodução medicamente assistida. No ano de 2005 este Hospital tornou-se a primeira instituição a obter a certificação de Hospital Amigo dos Bebés, de acordo com as recomendações do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS & UNICEF, 1991).

Estes serviços tem uma filosofia de cuidados de promoção, proteção e apoio ao parto normal, respeitando as *guidelines* da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (OE, 2012) e da OMS (2018) e tem como princípio a equidade e acessibilidade na prestação de cuidados. Devido à sua área geográfica de abrangência, denota-se uma vasta multiculturalidade na população alvo, bem como uma elevada percentagem de situações de elevado risco materno-fetal.

O BP e SUOG encontram-se localizados no primeiro piso do hospital, encontrando-se em áreas distintas deste piso, contudo a equipa de saúde é comum a ambos e realizada escalas de trabalho rotativas em ambos os serviços. A equipa de enfermagem é composta por 32 EEESMO e 8 enfermeiros de cuidados gerais. Por turno verifica-se a presença de 7 enfermeiros para os 2 serviços, sendo que 5 permanecem no BP e os restantes 2 encontram-se no SUOG (devendo estar 1 EEESMO e 1 enfermeiro de cuidados gerais), existindo um dos EEESMO a assumir as funções de chefe de equipa. No que concerne à restante equipa de profissionais de saúde, esta é constituída por equipa médica com especialista em obstetrícia e ginecologia, rotativa, composta por 4 elementos; 1 anestesista; 3 assistentes operacionais e 1 administrativa.

Relativamente ao SUOG, este tem como missão prestar cuidados de saúde em situações de urgência a mulheres em processos de saúde/doença do foro obstétrico e ginecológico, sendo o circuito de admissão variado: vinda do exterior por iniciativa própria; por encaminhamento através da Linha de Saúde 24; referência/encaminhamento de outras instituições ou, ainda, dos serviços internos do hospital. Na admissão é realizada a triagem através do STM. O STM permite ao profissional de saúde estabelecer uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas (GPT, s.d.). Nas suas instalações existe uma sala de observação para vigilância/internamento de curta duração e um bloco operatório destinado à realização de pequenas cirurgias de ambulatório.

O BP tem a estrutura física distribuída por 6 salas, sendo uma delas destinada a situações de vigilância durante a gravidez, como nos casos de: ameaças de parto pré-termo; pré-eclampsias; avaliação de estados fetais não tranquilizadores ou induções do trabalho de parto (ITP), tendo a lotação de 3 camas. Existem, ainda, 4 salas individuais destinadas a parturientes e seus acompanhantes e, 1 sala de recobro com lotação de 2 camas, destinada a situações de vigilância da gravidez ou pós-parto, tais como: atonias uterinas; hemorragias pós-parto; fenómenos hipertensivos; entre outras. Por último, existem 2 blocos operatórios completamente equipados.

**Apêndice 9:** Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos saúde/doença ginecológica

A **competência 6** do Regulamento das competências específicas do EEESMOG (Regulamento n.º 391/2019), reconhece que o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde. O desenvolvimento desta competência foi um dos nossos objetivos neste percurso formativo tendo sido consolidado no âmbito do Ensino Clínico (EC) I na consulta de ginecologia/internamento de ginecologia e bloco operatório de um hospital central e, ainda, no EC III nos Cuidados de Saúde Primários foi-nos possível desenvolver competências a nível da prevenção primária, no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis e do cumprimento dos programas nacionais de rastreios.

No ER surgiu a oportunidade de reunir competências no âmbito da promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher, em situação de patologia aguda que recorre ao SUOG. Apenas tivemos a oportunidade de permanecer dois dias no SUOG, contudo foram muito enriquecedores em novas aprendizagens. Com esta experiência compreendemos o percurso das mulheres que recorrem ao SUOG, sendo que após a sua inscrição administrativa aguardam pela triagem. Neste SUOG a triagem é realizada pelos enfermeiros e com base no STM.

Após compreendermos todo o funcionamento do programa informático utilizado no SUOG e baseado no STM, realizámos a chamada das utentes, por ordem de inscrição, para o gabinete de triagem. Num primeiro momento, apresentávamo-nos à mulher/CS e questionávamos o seu motivo de vinda ao SUOG, com o objetivo de conhecer a mulher.

Realizámos a triagem de 12 mulheres, sendo que 5 das utentes apresentavam situações de doença ginecológica em fase aguda, sendo as hemorragias uterinas anormais (HUA) o motivo mais comum de vinda ao SUOG. A HUA é a designação proposta pela *FIGO* para os casos de hemorragia de origem uterina anormal em duração, volume, frequência e/ou regularidade, na ausência de gravidez (SPG, 2018). Este tipo de hemorragia pode ser classificado consoante a sua duração, volume, frequência, regularidade, relação com o cataménio e idade reprodutiva, aguda ou crónica (SPG, 2018). A *FIGO*, em 2011, publicou um novo sistema de classificação das HUA em idade fértil, para a sua categorização etiológica dividida em causas estruturais e não-estruturais (SPG, 2018). As causas estruturais das HUA são definidas como a presença de pólipos, adenomiose, leiomiomas, malignidade e hiperplasias (SPG, 2018). Nas causas não estruturais surgem as coagulopatias, as disfunções ovárias, a causa endometrial, as iatrogénicas e, finalmente, as não classificáveis (SPG, 2018).

Após conhecermos a mulher e as suas queixas, procedíamos à seleção do fluxograma mais adequado à situação, registando com rigor e clareza todos os dados relevantes para o processo

de avaliação da utente e identificação das suas necessidades de cuidados. Este processo culminava com a atribuição de uma pulseira à utente com a cor de prioridade atribuída de forma individualizada e adequada à sua situação. Efetivamente, sentimos uma grande dificuldade na realização da triagem, pela necessidade de, num curto período de tempo, conseguirmos conhecer a mulher e as suas queixas, de forma a estabelecermos um grau de prioridade adequado, sem o risco de não serem detetadas situações de intervenção emergente.

Após a avaliação médica das utentes que realizámos a triagem, tivemos a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados, intervindo no processo de tratamento da situação de doença aguda que motivou a sua vinda ao SUOG. Assim, aproveitámos todos esses momentos para conhecer melhor a utente e a sua família, especialmente no que respeita à sua vivência daquele episódio de urgência e da sua patologia. Estivemos com as mulheres num ambiente de confiança e privacidade, permitindo a sua expressão de sentimentos.

De todas as experiências de cuidados no âmbito do SUOG, uma das situações que mais nos marcou e se tornou desafiante, foi referente a uma mulher jovem com 28 anos que recorreu ao hospital por uma HUA. Encontrávamo-nos no gabinete de triagem, onde procedemos à chamada de uma utente que pelo seu nome indicava que, possivelmente, seria muçulmana. Ao observarmos a entrada da mulher no gabinete, identificámos que a mesma se encontrava com as vestes típicas da cultura muçulmana e vinha acompanhada de uma mulher mais velha. Após nos apresentarmos procurámos conhecer o motivo de vinda ao SUOG, sendo evidente que se tratava de uma HUA. No final do processo de triagem, questionámos a utente acerca das suas preferências no âmbito da observação médica tendo em mente as especificidades da cultura muçulmana, assegurando-lhe que a sua observação seria realizada por profissionais de saúde do sexo feminino. Estivemos presentes com a utente em todos os momentos de cuidados, mostrando disponibilidade para a partilha dos seus sentimentos, ao mesmo tempo que procurámos conhecer mais sobre si e sobre as suas diferenças culturais e religiosas. Prestámos cuidados de enfermagem individualizados, com qualidade e com respeito pela cultura e religião, baseados na melhor evidência científica. Agimos na defesa da utente, fazendo respeitar os seus valores e crenças, minimizando a sua vulnerabilidade e possibilitando a promoção do seu autocuidado com recurso a técnicas de ensino, instrução, treino e validação de competências no âmbito da vigilância dos seus ciclos menstruais, dos cuidados de higiene femininos e da vigilância da saúde na comunidade. Assim, foi-nos possível fazer pela mulher todos os cuidados promotores de conforto, respeitando a sua dignidade e mantendo a crença na sua capacidade física, psicológica e emocional de ultrapassar esta fase da vida com uma atitude de esperança e aumento da sua autoestima.

Neste momento compreendemos a importância do EEESMO, sendo um elemento primordial na capacitação das mulheres e suas famílias nos processos de saúde/doença ginecológica através do possibilitar o crescimento do outro, mantendo a sua crença no futuro, apoiando e esclarecendo acerca da das HUA e de todo o processo de cuidados no meio hospitalar, evitando assim o medo do desconhecido numa vertente da continuidade de cuidados. Durante todo este processo de avaliação física, emocional, psicológica e sociocultural promovemos a presença do CS, envolvendo-o em todo o processo de cuidados (possibilitar).

Durante a nossa experiência no SUOG, tivemos a oportunidade de participar também na realização de internamentos para vigilância médica, bem como na transferência de mulheres para os serviços de internamento. Realizámos, de forma autónoma, o acolhimento, anamnese e processo de enfermagem, articulando com a equipa multidisciplinar do SUOG e dos serviços de internamento. Nas situações de alta, realizámos sessões de educação para a saúde (possibilitar) intervindo na prevenção primária e na promoção de estilos de vida saudáveis, sempre tendo em mente a individualidade de cada mulher e encaminhando para os recursos da comunidade. Envolvermos sempre os CS, ao mesmo tempo que tornámos as mulheres parceiras ativas no seu processo de cuidados.

Em suma, consideramos que conseguimos alcançar com sucesso a aquisição de competências especializadas no cuidado à mulher/família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Prestámos cuidados de enfermagem de qualidade, holísticos e culturalmente sensíveis, integrando a melhor evidência científica disponível e mobilizando todas as nossas competências, no sentido de tornar a mulher/família parceiras no seu processo de cuidados, agindo como advogadas dos seus direitos, e facilitando a sua transição em processos de doença. Compreendemos, também, a importância do EEESMO na promoção de estilos de vida saudáveis, bem como no aumento da literacia das comunidades. Reportando para as HUA compreendemos e integrámos a evidência científica na prática de cuidados, seguindo as mais recentes *guidelines*.



**Apêndice 10:** Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar o período pré-concepcional

Durante os turnos realizados no SUOG realizamos a triagem de 4 jovens que recorreram a este serviço com uma carta da consulta de gravidez não desejada (GND) com o objetivo de realizarem a avaliação ecográfica de modo a avaliar a completa expulsão de todos os produtos concepcionais. Identificámos que se tratava de jovens com idades compreendidas entre os 17 e os 20 anos, acompanhadas pelas mães ou pelos companheiros e, que numa das situações, era a segunda vez que a jovem realizava uma interrupção voluntária da gravidez (IVG). Como IVG entende-se o processo de interromper a gravidez, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez encontrando-se esse direito consagrado na Lei n.º 136/2015 de 7 de setembro. Analisando os dados estatísticos, em 2016 foram realizadas 15416 IVG, sendo mais comuns nas mulheres com idades compreendidas entre os 20-24 anos e de nacionalidade portuguesa (DGS, 2017). Os motivos para a realização da IVG prendem-se essencialmente com fatores socioeconómicos, baixa literacia em saúde e ausência de projeto de maternidade (Palma, 2017). Efetivamente, nestas jovens foi notória a ausência de um projeto de maternidade, pois tratava-se de adolescentes ainda a frequentar o ensino secundário. Por outro lado, ao questioná-las acerca do método contraceptivo utilizado até à data, todas elas nos falaram no recurso a anticontraçtivos orais, contudo foi identificado por todas as jovens a falha neste método associada a esquecimentos frequentes, reforçando assim a sua baixa literacia em saúde no âmbito da contraceção e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Durante a triagem, começávamos por nos apresentar às mulheres/CS, questionando acerca do seu motivo de vinda ao SUOG. De seguida, procurávamos conhecer a mulher, com o objetivo de compreender o significado que esta atribuía ao processo de IVG, bem como eventuais dúvidas e receios associados. Durante este momento privilegiado de interação, estivemos com a mulher/CS demonstrando sempre disponibilidade para a escuta e partilha de sentimentos. Conhecemos as vivências destas jovens, sendo que muitas delas demonstram sentimentos de angústia, vergonha e medo. Assim, mantivemos a crença ajudando a mulher a superar esta experiência de vida, sem daí resultar uma memória traumática de todo o processo de IVG. Por último, promovemos momentos de educação para a saúde (possibilitar) onde elucidámos e esclarecemos sobre métodos contraceptivos após a IVG adequados a cada mulher, de forma a prevenir futuras gravidezes não desejadas, permitindo que a mulher tenha um papel ativo no seu processo de saúde e uma vivência saudável e positiva da sexualidade. Em suma, possibilitámos o aumento da literacia das mulheres no que respeita aos recursos na comunidade e ao acesso a métodos contraceptivos culminando assim na promoção do bem-estar da mulher.

Com esta experiência, compreendemos a importância do trabalho conjunto entre os Cuidados de Saúde Primários e os Hospitais junto das comunidades, no sentido da adesão à contraceção. Os EEESMO devem de ser elementos fomentadores da criação de programas de intervenção nas instituições que permitam a acessibilidade gratuita a todos os métodos contraceptivos, bem como na intervenção direta junto da comunidade, aumentando a literacia da população e culminando, assim, em ganhos em saúde. Assim, consideramos que desenvolvemos com sucesso esta competência, na qual promovemos uma vivência saudável e positiva da sexualidade, prevenindo o risco de novas gravidezes indesejadas.

**Apêndice 11:** Sessão de Formação em Serviço subordinada ao tema,  
realizada em contexto de Estágio com Relatório

<b>PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO</b>		
<b>FORMAÇÃO: A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra</b>		
<b>FORMADORA:</b> Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola superior de Enfermagem de Lisboa sob orientação da Professora Teresa Félix		
<b>DESTINATARIOS:</b> Enfermeiros do Serviço de Bloco de partos e SUOG		
<b>OBJETIVO:</b> Aumentar a literacia dos enfermeiros acerca do uso da vocalização no 1º e 2º estádios do TP.		
<b>DATA:</b>	<b>TEMPO PREVISTO:</b> 20 min	<b>HORÁRIO:</b>

MÓDULOS	CONTEUDOS PROGRAMATICOS	RECURSOS	TEMPO
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Justificação da temática</li> </ul>	Expositivo/Participativo Expositivo <i>Datashow</i>	2 minutos
Estado da Arte: recurso à vocalização no cuidar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perspetiva Histórica</li> <li>▪ Perspetiva Internacional e Nacional</li> <li>▪ Resultados da Evidência científica</li> </ul>		5 minutos
Planeamento e Metodologia do Projeto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Questão de investigação</li> <li>▪ Objetivo do projeto</li> <li>▪ Tarefas e resultados esperados</li> <li>▪ Resultados da <i>scoping review</i> para a prática de cuidados</li> </ul>		5 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprendizagens desenvolvidas</li> <li>▪ Apresentação de vídeos</li> <li>▪ Esclarecimentos de dúvidas</li> <li>▪ Momento de partilha</li> <li>▪ Referências bibliográficas</li> </ul>	Vídeos Expositivo/Participativo <i>Datashow</i>	10 minutos
Discussão	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão das implicações para a prática de cuidados</li> </ul>		5 minutos






**A VOCALIZAÇÃO DA PARTURIENTE: UM CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA**

Mostranda:  
Cátia Alexandra Raposo Miranda Correia Antunes nº 7413

Docente:  
Profª Maria Teresa Félix

Almada, maio de 2013

1



**SUMÁRIO**

- ♪ Estado da arte: Vocalização no cuidar
- ♪ Planeamento e metodologia:
  - ♪ *Scoping review*
- ♪ O uso da voz e respiração no TP

2



**HISTÓRIA: VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP**



- ♪ Música é algo biológico.
- ♪ Desde a vida pré-natal existe ritmicidade e vibração acústica.
- ♪ Voz materna é o estímulo primordial.
- ♪ Parto associado a rituais mágicos e ao canto.

Imagem: www.pregnancy.com Free, 2011; Cordeiro & Rodrigues, 2013

3



**VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP**

Leboyer (2006)

As mulheres não devem ser ensinadas a respirar durante o TP, mas sim deixar a respiração e a voz surgir de modo natural e instintivo.

4



**VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP**

Leboyer (2006)

Odent (2008)

Redescobrir as necessidades básicas da mulher em TP, de forma a manifestar o parto.

5



**VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP**

Leboyer (2006)

Odent (2008)

Gaskin (2008)

Lei do Effluente - correlação direta entre o relaxamento da boca com respiração e voz e a habilidade para a abertura completa do útero, vagina e ânus.

6



**VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP**

Leboyer (2006)

Odent (2008)

Gaskin (2008)

Lei do Effluente - correlação direta entre o relaxamento da boca com respiração e voz e a habilidade para a abertura completa do útero, vagina e ânus.

7



**VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP**

Leboyer (2006)

Odent (2008)

Gaskin (2008)

AWHONN (2008)

Bom próxiu o uso da voz e técnicas respiratórias do glote aberta no 1º e 2º estágio do TP.

8





### VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP

Leboyer (2006)

Odem (2008)

Gaskin (2008)

AWHONN (2008)

RCM (2012) e ACNM (2012)

Boas práticas de cuidados passa pela promoção de técnicas respiratórias de glote aberta com uso da voz no 1 e 2º estágio do TP, dando à mulher liberdade para realizar esforços respiratórios não direcionados pelo EEEEMO.

9




### PLANEAMENTO E METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

Mapear a evidência disponível acerca da temática, através de uma revisão sistematizada e exploratória.

Com recurso a uma pergunta de partida, permite uma abordagem ampla da literatura existente

Possibilita a publicação de resultados, identificando possíveis lacunas.


10



### SCOPING REVIEW: OBJETIVOS

- ♪ Mapear a evidência científica sobre o uso da vocalização pela parturiente como um recurso para o cuidar no primeiro e segundo estágio do TP;
- ♪ Identificar os cuidados inerentes à vocalização da parturiente no primeiro e segundo estágio do TP;
- ♪ Identificar os efeitos da vocalização pela parturiente no primeiro e segundo estágio do TP.

11



### SCOPING REVIEW: QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Que técnicas de vocalização foram implementadas e avaliadas nos cuidados às parturientes no primeiro e segundo estágio do TP, nos locais de nascimento?

- P** Parturientes no 1º e 2º estágio do TP
- C** Recurso à vocalização no cuidar
- C** Locais de nascimento

12



13

**SCOPING REVIEW: RESULTADOS PARA A PRÁTICA**

The practice of toning in pregnancy and labour: participant experiences

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

MEDLINE

CINAHL

14

**SCOPING REVIEW: RESULTADOS PARA A PRÁTICA**

The practice of toning in pregnancy and labour: participant experiences

Beverly Pierce 1998

No trabalho de parto:

- Gestão da dor;
- sensação bem-estar e relaxamento;
- ansiedade;
- concentração;
- satisfação materna;
- Ajuda a fisiologia do TP;
- Resposta da pele;
- libertação de endorfinas;
- a fadiga;
- níveis de cortisol.

MEDLINE

15

**SCOPING REVIEW: RESULTADOS PARA A PRÁTICA**

Pushing for Change

Expert Opinion • Perinatal

Cher Menden, PhD, CNM

2006

2º estágio do TP

- Respeito a fisiologia do TP;
- Boa prática de cuidados:
- o Respeitar a fase latente e a vontade da mulher de sentir esforços espontâneos;
- o Não orientar os esforços espontâneos;
- o Respeitar a escolha da mulher em relação à técnica a usar no período expulso.

MEDLINE

16

**SCOPING REVIEW: RESULTADOS PARA A PRÁTICA**

**Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study**  
Gulay Williams, PhD, and Neelke Korhonen PhD, MD 2008

2º estágio do TP

- duração dos esforços espúrios;
- ansiedade materna;
- risco de hemorragia pós-parto;
- Desida progressiva do feto no canal de parto -- diminui o risco de lesões perineais graves (III e IV);
- Score mais elevado o índice de Apgar ao 1º minuto de vida do RN;
- Valor mais elevado de pH arterial do cordão umbilical do RN.

MEDLINE

17

**SCOPING REVIEW: RESULTADOS PARA A PRÁTICA**

**Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials**  
M Price, J Brown, T J Coles, P S Walker 2011

2º estágio do TP

- Duração dos esforços espúrios discretamente mais prolongada;
- ansiedade materna;
- ansiedade materna;
- Desida progressiva do feto no canal de parto -- diminui o risco de lesões perineais graves (III e IV);
- risco de complicações urológicas no pré-parto.

CINAHL

18

**SCOPING REVIEW: RESULTADOS PARA A PRÁTICA**

**Mode de passage à l'accouchement et conséquences périnéales. Revue de la littérature**  
2015  
M. Koppa, E. Betsimihaino, V. Lantsoy, B. Marik, E. de Souza

2º estágio do TP

- ansiedade materna;
- Desida progressiva do feto no canal de parto -- diminui o risco de lesões perineais graves (III e IV);
- risco de complicações urológicas no pré-parto;
- Melhor a BCF por aumento do apnoia OG no feto;
- Score mais elevado o índice de Apgar ao 1º minuto de vida do RN.

MEDLINE

19

**BENEFÍCIOS DA VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP**

NO 1º ESTÁDIO DO TP

LABOUR LAND



20



### BENEFÍCIOS DA VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP

NO 2º ESTÁDIO DO TP



21



### BIBLIOGRAFIA

- Carrilho, E; Rodrigues, M (2012) - Anestesia e o parto pré-eclâmpsi complicado em mulheres de baixo peso. *Revista do Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras* 17:3-4-7.
- ICM (2011) *Essential Complications for Basic Midwifery Practice*. International Confederation of Midwives. 149. Acesso em: 20/04/2017, <http://www.internationalmidwives.org/Portals/2/2011/2011ESSENTIAL%20Complications%20ICM.pdf>
- JBI (2012). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2017 - Methodology for JBI Reviews*. Disponible en: [http://joannabriggs.org/assets/docs/manual/ReviewersManual\\_MethodologyforJBIReviews.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/manual/ReviewersManual_MethodologyforJBIReviews.pdf), Acesso em: 10/04/2017
- Lohmei, F (2002) - *The art of giving birth with choice: breathing and relaxation*. USA: Healing Arts Press, ISBN 978-1-55477-578-4.
- Nara, B (1998) The practice of using in pregnancy and labour: participant experiences. *Complementary Therapies Nursing & Midwifery* 24 - 41-45.
- Pires, ML (2011) - *Le climat perinatal*. Paris: Elsevier Masson. ISBN 978-2-294-62-0-7
- Regulamento nº 187/2011 de 16 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República II Série, N.º 33 (15-02-2011) 2009-2009.
- Simons, G. (2012) *Singing and vocal breathing introduction*. *Nurse & Midwifery* 18 (2), 21-40.
- Smet, J. et al (2012) The complementary and usual form of singing, breathing and relaxation. *Research in Nursing* (review).
- Song, T; Pagan, M (2014) Evidence-based practice for obstetric care: the practice of breathing. *Journal of obstetric & neonatal nursing*.
- Images retiradas de google.

22



Obrigada pela atenção

23

**Apêndice 12:** Poster elaborado para “1º Congresso 25 anos de  
*Enfermagem – Contextos e Desafios*”



# Vocalização da parturiente no cuidar no trabalho de parto: uma Scoping Review

AUTORAS:  
 Maria Teresa Félix, Enfermeira Especialista e Mestre em Saúde Materna e Obstétrica, Docente do Departamento de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
 Cátia Antunes, Enfermeira Licenciada, Mestranda em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



## INTRODUÇÃO

O aumento crescente da literacia da população e a necessidade de prestar cuidados centrados nas mulheres/ famílias durante o trabalho de parto, impõe a necessidade de reescrever a naturalidade do ciclo gravídico-puerperal. A assistência do Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) à parturiente/ família deve assentar no pressuposto que o nascimento é um processo fisiológico. Efetivamente, a música e a vocalização é algo biológico, sendo que desde a vida pré-natal existe ritmicidade e vibração acústica associada aos fluxos sanguíneos, aos batimentos cardíacos e à voz materna, como estímulo primordial do feto. A vocalização associada às técnicas respiratórias no 1º e 2º estágio do trabalho de parto (TP), tem sido alvo de intenso debate a nível internacional e nacional, sendo considerada uma prática promotora do parto normal e, que respeita a fisiologia do TP.



## OBJETIVOS

- Mapear a evidência científica sobre o uso da vocalização pela parturiente como um recurso para o cuidar no primeiro e segundo estágio do TP;
- Identificar os cuidados inerentes à vocalização da parturiente no primeiro e segundo estágio do TP;
- Identificar os efeitos da vocalização pela parturiente no primeiro e segundo estágio do TP.

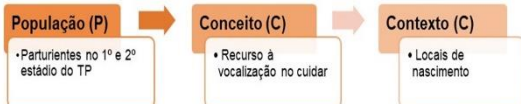


## METODOLOGIA

A metodologia de investigação assenta numa Scoping Review segundo as orientações de Joanna Briggs Institute (2017).

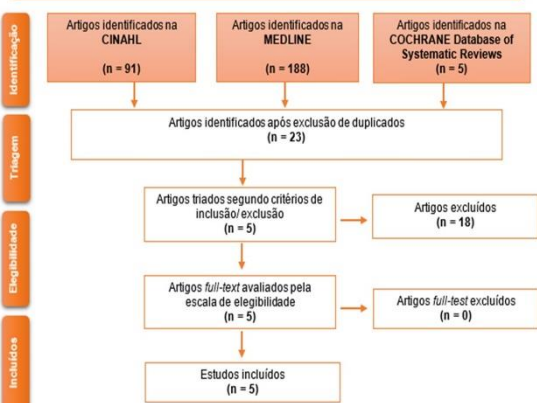
A questão de investigação norteadora da Scoping Review foi:

**Que técnicas de vocalização foram implementadas e avaliadas nos cuidados às parturientes no primeiro e segundo estágio do TP, nos locais de nascimento?**



A mnemónica PCC corresponde aos critérios de inclusão dos estudos. Foi utilizada a plataforma EBSCOhost, selecionando as bases de dados MEDLINE, CINAHL e COCHRANE Database of Systematic Reviews.

### PRISMA Flow Diagram da Scoping Review



#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Hanson, L. (2006). Pushing for change - Expert opinion. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, Oct/Nov, p. 282-294. Medline with full text. Acessado a 20/07/2017. [http://jonn.sagepub.com/asset/docs/00001/ReviewsManual\\_MethicologyforSRRScopingReview\\_2015\\_02.pdf](http://jonn.sagepub.com/asset/docs/00001/ReviewsManual_MethicologyforSRRScopingReview_2015_02.pdf) acessado a 20/04/2017
- JBI (2017) The JBI Manual for Evidence Synthesis: Methodology for JBI Reviews. Available via DOI:10.1002/9781119286010. Downloaded via ProQuest. B. (1999). The practice of testing in pregnancy and labor: participants' experiences. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 4, p. 41-46.
- Pham, M., Brown, J., Lomas, C., Martin, E. (2013). Effect of spontaneous pushing versus Voluntary pushing in the second stage of labor on mother and fetus: a systematic review of randomized trials. *BMC Women's Health*, 13(1), 1-10.
- Raine, N., Balducci, E., Letourmy, V., Meun, F., Tarnier, B. (2015). Mode de pouso et 11 accouchement et conséquences pédiatriques. *Revue de la littérature. Progrès en sciences* 25, p. 180-187. Medline with full text. Acessado a 18/02/2018.
- Williams, G., Redden, N. (2008). Effect of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*, 35(1), p. 25-30. Medline with full text. Acessado a 20/07/2017.

## RESULTADOS

- Nos estudos constatase que as mulheres devem ser ensinadas, instruídas e treinadas a terem um papel ativo no seu TP, conduzindo-o com técnicas respiratórias de expiração, glote aberta e vocalização, consentâneas com o seu próprio padrão respiratório;
- Durante o 1º estágio do TP é fundamental o cuidado promotor da vocalização para que esta seja implementada no 2º estágio do TP.

1º estágio do TP	2º estágio do TP
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestão mais eficaz da dor;</li> <li>▪ Manutenção da concentração;</li> <li>▪ Vivência do lado instintivo do parto;</li> <li>▪ Ressonância corporal;</li> <li>▪ Sensação de relaxamento;</li> <li>▪ Gestão das emoções;</li> <li>▪ Diminuição da ansiedade;</li> <li>▪ Sensação de <i>empowerment</i> da diade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestão mais eficaz da dor;</li> <li>▪ Descida progressiva da apresentação fetal;</li> <li>▪ Diminuição dos partos instrumentalizados;</li> <li>▪ Maior satisfação materna;</li> <li>▪ Menos complicações maternas e neonatais pós-parto;</li> <li>▪ Menor risco de problemas génito-urinários;</li> <li>▪ Diminuição do número de lacerações;</li> <li>▪ No recém-nascido - índice de Apgar mais elevado e pH do cordão umbilical superior,</li> </ul>

## CONCLUSÃO

Ensinar, instruir e treinar as parturientes na utilização da vocalização e das técnicas respiratórias com recurso à glote aberta é considerada uma boa prática de cuidados. São vários os estudos e *guidelines* internacionais que aconselham os profissionais de saúde a promover a vocalização da parturiente, evidenciando os seus *outcomes* maternos e neonatais.



**Apêndice 13:** Artigo para o E-book do “1º Congresso 25 anos de  
*Enfermagem – Contextos e Desafios*”

## **Vocalização da parturiente no cuidar no trabalho de parto: uma Scoping Review**

### **AUTORAS:**

**Cátia Antunes**, Enfermeira Licenciada, Mestranda em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Maria Teresa Félix**, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Católica de Lisboa e Docente do Departamento de Saúde Materna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O aumento crescente da literacia da população e a necessidade de prestar cuidados centrados nas mulheres/ famílias durante o trabalho de parto, impõe a necessidade de reescrever a naturalidade do ciclo gravídico-puerperal. A assistência do Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) à parturiente/família deve assentar no pressuposto que o nascimento é um processo fisiológico e, a mulher deve ser a principal interveniente no seu parto. Efetivamente, a música e a vocalização é algo biológico, sendo que desde a vida pré-natal existe ritmicidade e vibração acústica associada aos fluxos sanguíneos, aos batimentos cardíacos e à voz materna, como estímulo primordial do feto. Desde a antiguidade, a vocalização e o canto sempre estiveram associados aos rituais mágicos da gravidez e do parto.

A vocalização associada às técnicas respiratórias no 1º e 2º estágio do trabalho de parto (TP), tem sido alvo de intenso debate a nível internacional e nacional, sendo considerada uma prática promotora do parto normal e que respeita a fisiologia do TP.

Como objetivos desta *Scoping Review* (SR) foram identificados os seguintes:

- Mapear a evidência científica sobre o uso da vocalização pela parturiente como um recurso para o cuidar no primeiro e segundo estágio do TP;
- Identificar os cuidados inerentes à vocalização da parturiente no primeiro e segundo estágio do TP;
- Identificar os efeitos da vocalização pela parturiente no primeiro e segundo estágio do TP.



A metodologia de investigação assenta numa *Scoping Review* segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute (JBI, 2017)*. A SR permite mapear a evidência científica disponível acerca de uma determinada temática, permitindo clarificar as definições do tema em estudo, bem como identificar os limites conceptuais do tópico (JBI, 2017). Assim, a SR é uma estratégia de pesquisa metódica, ordenada e que identifica os estudos existente acerca do tema que se pretende estudar, por outro lado, a elaboração de uma questão de partida abrangente possibilita identificar todo o tipo de estudos e, inclusive, artigos de opinião acerca da temática. Na mesma linha de pensamento, a SR tem como objetivo possibilitar que os investigadores identifiquem possíveis falhas ou lacunas na evidência disponível, o que permite ser o ponto de partida para a realização de novos estudos.

A questão de pesquisa norteadora da SR foi: **Que técnicas de vocalização foram implementadas e avaliadas nos cuidados às parturientes no primeiro e segundo estágio do TP, nos locais de nascimento?**

A mnemónica PCC corresponde aos critérios de inclusão dos estudos. Sendo que P (população) corresponde às parturientes, o C (conceito) diz respeito à vocalização e ao cuidar e, finalmente, C (contexto) refere-se a todos os locais de nascimento.

Nesta estratégia de pesquisa foi utilizada a plataforma *EBSCOhost*, selecionando as bases de dados *MEDLINE*, *CINAHL* e *COCHRANE Database of Systematic Reviews*. Obtendo-se cinco artigos após a aplicação dos critérios de inclusão.

Dos cinco estudos selecionados constata-se que as mulheres devem ser ensinadas, instruídas e treinadas a terem um papel ativo no seu TP, conduzindo-o com técnicas respiratórias de expiração, glote aberta e vocalização, consentâneas com o seu próprio padrão respiratório. Durante o 1º estágio do TP é fundamental o cuidado promotor da vocalização para que esta seja implementada no 2º estágio do TP.

Apenas um estudo aborda a vocalização no 1º estágio do TP, identificando como resultados: a gestão mais eficaz da dor, a manutenção da concentração durante as contrações; a vivência do lado instintivo da mulher no TP; a ressonância corporal em especial ao nível do soalho pélvico; uma sensação de relaxamento; a gestão das emoções devido a uma diminuição da ansiedade associada à dor da contratilidade uterina e, finalmente, a sensação de *empowerment* da mulher/CS (Pierce, 1998).

Os restantes estudos abordam a gestão fisiológica do 2º estágio do P, identificando os benefícios do início dos esforços apenas quando a parturiente apresenta dilatação completa e vontade de inicia esforços expulsivos (*delayed pushing*), e recorrendo a

esforços expulsivos com recurso a técnicas respiratórias de expiração, glote aberta e vocalização (Hanson, 2006; Yildirim & Beji, 2008).

Como resultados do uso das técnicas respiratórias de vocalização, são identificados os seguintes: uma gestão mais eficaz da dor; a descida progressiva da apresentação fetal; a diminuição dos partos instrumentalizados; uma maior satisfação materna com o período expulsivo; a diminuição das complicações maternas e neonatais pós-parto; menor risco de problemas génito-urinárias e uma diminuição do número de lacerações (Hanson, 2006; Yildirim & Beji, 2008; Ratier, Balendois, Letouzey, Marés & Tayrac, 2015). No recém-nascido verificou-se um índice de Apgar mais elevado e um pH arterial do cordão umbilical mais elevado (Yildirim & Benji, 2008; Ratier, Balendois, Letouzey, Marés & Tayrac, 2015).

Em jeito de conclusão, as parturientes devem ser ensinadas, instruídas e treinadas na utilização da vocalização e das técnicas respiratórias com recurso à glote aberta é considerada uma boa prática de cuidados. São vários os estudos e *guidelines* internacionais que aconselham os profissionais de saúde a promover a vocalização da parturiente, evidenciando os seus *outcomes* maternos e neonatais.

#### Referências Bibliográficas:

- Hanson, L. (2006). Pushing for change – Expert opinion. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, Out/Nov, p. 282-284. Medline with full text. Acedido a 20-07-2017.
- [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf) acedido a 10/04/2017
- JBI (2017). The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015 – Methodology for JBI Reviews. Acedido em 02-02-2018. Disponível em:
- Pierce, B. (1998). The practice of toning in pregnancy and labour: participants experiences. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 4; p. 41-46.
- 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 na International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, p. 662-670.
- Ratier, N.; Balenbois, E.; Letouzey, V; Marés, P.; Tayrac, R. (2015). Mode de poussée à l'accouchement et conséquences pelvi-périnéales. *Revue de la littérature. Progrès en urologie* 25, p. 180-187. Medline with full text. Acedido a 18-02-2018.
- Yildirim, G.; Kizilkaya, N. (2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*, 35(1); p.25-30. Medline with full text. Acedido a 20-07-2017.

**Apêndice 14:** Planeamento da sessão de formação realizada no âmbito do EC Estágio com relatório no contexto do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade inserida no *Projeto Escola de Pais*

<b>PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO</b>		
<b>FORMAÇÃO: A musicoterapia na gravidez e preparação para o nascimento: escuta musical e vocalizações no parto</b>		
<b>FORMADORA:</b> Dr.ª Eduarda Carvalho, musicoterapeuta e Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola superior de Enfermagem de Lisboa sob orientação da Professora Teresa Félix		
<b>DESTINATÁRIOS:</b> Grávidas e conviventes significativos do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade		
<b>OBJETIVO:</b> Aumentar a literacia das grávidas/CS quanto aos efeitos da vocalização durante o 1º e 2º estágio do TP		
<b>DATA:</b> 26/Março/2018	<b>TEMPO PREVISTO:</b> 2 horas	<b>HORÁRIO:</b> 14h-16h

MÓDULOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	TEMPO
Apresentação	▪ Objetivos	Expositivo/Participativo Expositivo <i>Datashow</i>	5 minutos
A música na gravidez e preparação para o nascimento	▪ Vantagens do uso da música na gravidez; ▪ Musica adaptada ao trabalho de parto.		? minutos
Uso da vocalização e técnicas respiratórias no 1º e 2º estágio do TP	▪ Vantagens do uso da vocalização no TP ▪ Evidência científica		? minutos
Como recorrer à música e vocalização no TP?	▪ Papel do convivente significativo ▪ Treino com as grávidas e pais/acompanhantes		Expositivo/Participativo Expositivo <i>Datashow</i> Bolas de nascimento
Conclusão	▪ Apresentação de vídeos e explicação/tradução dos vídeos ▪ Esclarecimentos de dúvidas ▪ Momento de partilha	Vídeos Expositivo/Participativo <i>Datashow</i>	? minutos
Discussão	▪ Resumo e avaliação dos conhecimentos apreendidos		5 minutos

**Apêndice 15:** Sessão de Formação realizada nos contextos dos Cursos  
de Preparação para o Nascimento e Parentalidade



ESELE  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

UNIDADE CURRICULAR: OPÇÃO


# A Vocalização da parturiente no cuidar durante o trabalho de parto

Mestranda:  
Cátia Alexandra Raposo Miranda Correia Antunes nº 7413

Docente:  
Profª Maria Teresa Félix

Almada, Março de 2018

1



## SUMÁRIO

- ♪ História- Uso da Voz e Respiração no trabalho de parto (TP)
- ♪ Benefícios do uso da voz e respiração no TP
- ♪ Participação do pai/ pessoa significativa

2




## HISTÓRIA: VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP



- ♪ Música é algo biológico.
- ♪ Desde a vida pré-natal existe ritmicidade e vibração acústica.
- ♪ Voz materna é o estímulo primordial.
- ♪ Parto associado a rituais mágicos e ao canto.

Imagem extra do grupo Canguçu Preto, 2011; Cordeiro & Resegues, 2018

3



## HISTÓRIA: VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP

- ♪ O feto desenvolve a capacidade auditiva cerca das 16 semanas, reagindo a estímulos musicais e à voz materna.
- ♪ O processamento da voz materna ocorre progressivamente entre as 32 e as 36 semanas de gestação.




Imagem extra do grupo Canguçu Preto, 2011; Cordeiro & Resegues, 2018

4



### HISTÓRIA: VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP

- ♪ Antigo Egito - parto associado a massagens, movimento e canto com sons graves.
- ♪ África do Sul - mães criam uma música para os seu bebé e cantam ao longo da gravidez.
- ♪ Índia - usam um instrumento de cordas que se coloca sobre a barriga da grávida para uma sensação de vibração pélvica.
- ♪ Árabes - realizam respirações durante as contrações e associam a vocalização com sons graves.




Workshop voz e respiração

5



## Benefícios da voz e respiração no TP

6



### BENEFÍCIOS DA VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP

- ♪ ↑ sentimento de bem-estar
- ♪ ↓ cortisol
- ♪ Libertação de endorfinas
- ♪ ↑ libertação de ocitocina
- ♪ Vinculação
- ♪ ↑ Fluxo sanguíneo para o útero
- ♪ Permite a descida e rotação do bebé, diminuindo o gasto energético materno
- ♪ ↓ fadiga da mulher
- ♪ ↓ incidência de partos instrumentalizados
- ♪ ↓ trauma perineal

May & Pagan, 2014; Kester et al, 2010; Kester, 2014; Cordeiro & Corrêa, 2014

7



### BENEFÍCIOS DA VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP

**NO 1º ESTÁDIO DO TP**

- Produção de um som médio a grave em cada expiração
- Impõe necessidade de preparação

Workshop Voz e Respiração:

- Respiração
- Musculatura
- Bacia
- Concentração
- Ansiedade

Leffers, 2010; Park, 2011; Cordeiro & Corrêa, 2014

8

**BENEFÍCIOS DA VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP**

NO 1º ESTÁDIO DO TP

LABOUR LAND



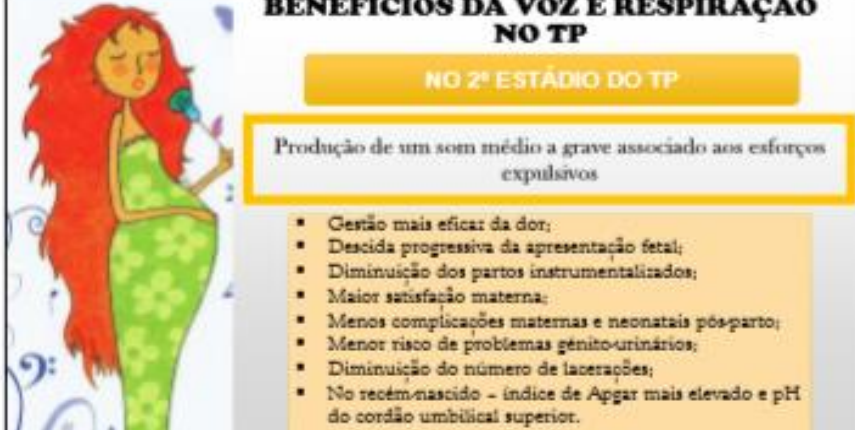
9

**BENEFÍCIOS DA VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP**

NO 2º ESTÁDIO DO TP

Produção de um som médio a grave associado aos esforços expulsivos

- Gestão mais eficaz da dor;
- Descida progressiva da apresentação fetal;
- Diminuição dos partos instrumentalizados;
- Maior satisfação materna;
- Menos complicações maternas e neonatais pós-parto;
- Menor risco de problemas genito-urinários;
- Diminuição do número de lacerações;
- No recém-nascido - índice de Apgar mais elevado e pH do cordão umbilical superior.



10

**BENEFÍCIOS DA VOZ E RESPIRAÇÃO NO TP**

NO 2º ESTÁDIO DO TP



11

Participação do pai/ pessoa significativa



12





13



14



15

**Apêndice 16:** Poster elaborado para “*III Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba*”



# Vocalização da parturiente no cuidar no trabalho de parto: uma Scoping Review

AUTORAS:  
 Maria Teresa Félix, Enfermeira Especialista e Mestre em Saúde Materna e Obstétrica, Docente do Departamento de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
 Cátia Antunes, Enfermeira Licenciada, Mestranda em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



## INTRODUÇÃO

O aumento crescente da literacia da população e a necessidade de prestar cuidados centrados nas mulheres/ famílias durante o trabalho de parto, impõe a necessidade de reescrever a naturalidade do ciclo gravídico-puerperal. A assistência do Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) à parturiente/ família deve assentar no pressuposto que o nascimento é um processo fisiológico. Efetivamente, a música e a vocalização é algo biológico, sendo que desde a vida pré-natal existe ritmicidade e vibração acústica associada aos fluxos sanguíneos, aos batimentos cardíacos e à voz materna, como estímulo primordial do feto. A vocalização associada às técnicas respiratórias no 1º e 2º estágio do trabalho de parto (TP), tem sido alvo de intenso debate a nível internacional e nacional, sendo considerada uma prática promotora do parto normal e, que respeita a fisiologia do TP.



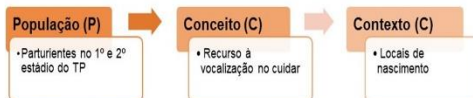
## OBJETIVOS

- Mapear a evidência científica sobre o uso da vocalização pela parturiente como um recurso para o cuidar no primeiro e segundo estágio do TP;
- Identificar os cuidados inerentes à vocalização da parturiente no primeiro e segundo estágio do TP;
- Identificar os efeitos da vocalização pela parturiente no primeiro e segundo estágio do TP.

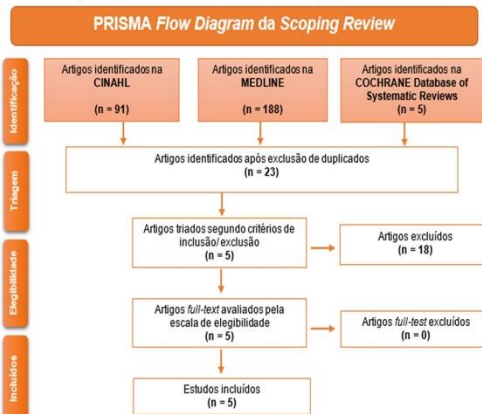


## METODOLOGIA

A metodologia de investigação assenta numa Scoping Review segundo as orientações do Joanna Briggs Institute (2017). A questão de investigação norteadora da Scoping Review foi: **Que técnicas de vocalização foram implementadas e avaliadas nos cuidados às parturientes no primeiro e segundo estágio do TP, nos locais de nascimento?**



A mnemónica PCC corresponde aos critérios de inclusão dos estudos. Foi utilizada a plataforma EBSCOhost, selecionando as bases de dados MEDLINE, CINAHL e COCHRANE Database of Systematic Reviews.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:  
 Muzaco, L. (2006) Pushing for change - Support options. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, Out 19(4), p. 282-284. Medline with full text. Acesso a 2007-2011. [http://online.lww.com/nurse/FullText/2006/09000/Muzaco/200609000\\_muzaco\\_200609000.pdf](http://online.lww.com/nurse/FullText/2006/09000/Muzaco/200609000_muzaco_200609000.pdf)  
 JBI (2017) The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 - Methodology for JBI Reviews. Acesso em 02/02/2018. Disponível em:  
 Fries, B. (1998) The impact of having an experienced and labor participants experience. Complementarity Therapies in Nursing & Midwifery, 4, p. 45-66.  
 Fries, M., Jones, L., Laine, C., Harris, B. (2013) Effect of experiential practice versus verbal practice in the second stage of labor on mother and fetus: a systematic review of randomized trials. BMC on International Journal of Obstetrics and Gynaecology, p. 462-470.  
 Datta, N., Malhotra, R., Lawrence, M., Mann, P., Torres, R. (2013) Midwifery practice: 1. accompaniment and companionship. Parturiente. Parturiente de la Incomunicación. Programa de cuidado 15, p. 183-187. Medline with full text. Acesso a 12/02/2018.  
 Wilson, G., Fellows, N. (2010) Effect of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. Birth, 37(3), p. 213-221. Medline with full text. Acesso a 2007-2011.

## RESULTADOS



- Nos estudos constatase que as mulheres devem ser ensinadas, instruídas e treinadas a terem um papel ativo no seu TP, conduzindo-o com técnicas respiratórias de expiração, glote aberta e vocalização, consentâneas com o seu próprio padrão respiratório;
- Durante o 1º estágio do TP é fundamental o cuidado promotor da vocalização para que esta seja implementada no 2º estágio do TP.

1º estágio do TP	2º estágio do TP
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestão mais eficaz da dor;</li> <li>▪ Manutenção da concentração;</li> <li>▪ Vivência do lado instintivo do parto;</li> <li>▪ Ressonância corporal;</li> <li>▪ Sensação de relaxamento;</li> <li>▪ Gestão das emoções;</li> <li>▪ Diminuição da ansiedade;</li> <li>▪ Sensação de empowerment da diade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestão mais eficaz da dor;</li> <li>▪ Descida progressiva da apresentação fetal;</li> <li>▪ Diminuição dos partos instrumentalizados;</li> <li>▪ Maior satisfação materna;</li> <li>▪ Menos complicações maternas e neonatais pós-parto;</li> <li>▪ Menor risco de problemas genito-urinários;</li> <li>▪ Diminuição do número de lacerações;</li> <li>▪ No recém-nascido - índice de Apgar mais elevado e pH do cordão umbilical superior,</li> </ul>

## CONCLUSÃO



Ensinar, instruir e treinar as parturientes na utilização da vocalização e das técnicas respiratórias com recurso à glote aberta é considerada uma boa prática de cuidados. São vários os estudos e *guidelines* internacionais que aconselham os profissionais de saúde a promover a vocalização da parturiente, evidenciando os seus *outcomes* maternos e neonatais.

**Apêndice 17:** Artigo para E-book do “*III Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba*”

## VOCALIZAÇÃO DA PARTURIENTE NO CUIDAR: UMA SCOPING REVIEW

<sup>1</sup>Maria Teresa Santa Félix; <sup>2</sup>Cátia Alexandra Raposo Miranda Correia Antunes

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Católica de Lisboa e Docente do Departamento de Saúde Materna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

<sup>2</sup> Enfermeira Licenciada e Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

**Área temática:** Promoção da Saúde

**Modalidade:** Poster

**E-mail do autor:** catia.antunes@campus.esel.pt

**Categoria:** Docente e Estudante

**INTRODUÇÃO:** O aumento crescente da literacia da população e a necessidade de prestar cuidados centrados nas mulheres/ famílias durante o trabalho de parto, impõe a necessidade de reescrever a naturalidade do ciclo gravídico-puerperal. A assistência do Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) à parturiente/ família deve assentar no pressuposto que o nascimento é um processo fisiológico e, a mulher deve ser a principal interveniente no seu parto. Efetivamente, a música e a vocalização é algo biológico, sendo que desde a vida pré-natal existe ritmicidade e vibração acústica associada aos fluxos sanguíneos, aos batimentos cardíacos e à voz materna, como estímulo primordial do feto. Desde a antiguidade, a vocalização e o canto sempre estiveram associados aos rituais mágicos da gravidez e do parto. **OBJETIVOS:** Mapear a evidência científica sobre o uso da vocalização pela parturiente como um recurso para o cuidar no primeiro e segundo estágio do TP; identificar os cuidados inerentes à vocalização da parturiente no primeiro e segundo estágio do TP; identificar os efeitos da vocalização pela parturiente no primeiro e segundo estágio do TP. **MÉTODOS:** A metodologia de investigação assenta numa *Scoping Review* segundo as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI, 2017). A SR permite mapear a evidência científica disponível acerca de uma determinada temática, permitindo clarificar as definições do tema em estudo, bem como identificar os limites conceptuais do tópico (JBI, 2017). Assim, a SR é uma estratégia de pesquisa metódica, ordenada e que identifica os estudos existente acerca do tema que se pretende estudar, por outro lado, a elaboração de uma questão de partida abrangente possibilita identificar todo o tipo de estudos e, inclusive, artigos de opinião acerca da temática. Na mesma linha de pensamento, a SR tem como objetivo possibilitar que os investigadores identifiquem possíveis falhas ou lacunas na evidência disponível, o que permite ser o ponto de partida para a realização de novos estudos. **RESULTADOS:** Como resultados do uso das técnicas respiratórias de

vocalização, são identificados os seguintes: uma gestão mais eficaz da dor; a descida progressiva da apresentação fetal; a diminuição dos partos instrumentalizados; uma maior satisfação materna com o período expulsivo; a diminuição das complicações maternas e neonatais pós-parto; menor risco de problemas génito-urinárias e uma diminuição do número de lacerações (Hanson, 2006; Yildirim & Beji, 2008; Ratier, Balendois, Letouzey, Marés & Tayrac, 2015). No recém-nascido verificou-se um índice de Apgar mais elevado e um pH arterial do cordão umbilical mais elevado (Yildirim & Benji, 2008; Ratier, Balendois, Letouzey, Marés & Tayrac, 2015). Em jeito de conclusão, as parturientes devem ser ensinadas, instruídas e treinadas na utilização da vocalização e das técnicas respiratórias com recurso à glote aberta, durante a gravidez, sendo considerada uma boa prática de cuidados promotora da saúde materna e fetal. São vários os estudos e *guidelines* internacionais que aconselham os profissionais de saúde a promover a vocalização da parturiente, evidenciando os seus *outcomes* maternos e neonatais.

**Palavras-chave:** Vocalização; técnicas respiratórias; parturiente e cuidar.