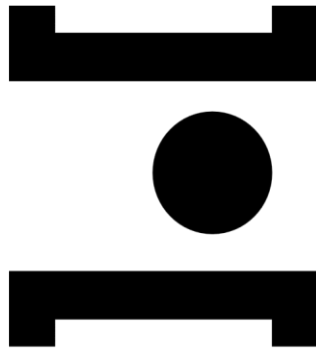


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**A VOCALIZAÇÃO COMO MEDIDA DE CONFORTO NO TRABALHO DE
PARTO**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ana Rita Rodrigues dos Santos

Orientação:

Açucena de Jesus Galhanas Guerra

junho, 2024

“ (..) Agora sei que me estás a ouvir
Entre as estrelas vens ensinar-me a sorrir
Porque agora sei estás onde és feliz
Vemo-nos por aí
Minha vida nada tem de especial
Comparada com a luta que tiveste naquela cama de hospital
Embora esperada a tua ida não tem nexo
Eu olho para os teus filhos e só vejo o teu reflexo
Tinhas os dias contados hoje eu sei que eles eram poucos
Guardaste isso contigo só para nos poupar a todos
E no fundo eu agradeço esse heroísmo
Entre alegria de viveres e a dor de te ter perdido
Uns recordam o teu sorriso, outros o feitio
Ao lembrar de ti apenas choro tudo o que eu contive
Em conversas contigo eu peço que olhes por mim
E por todos os que rezam e também pensam em ti
Sei que não querias tristeza cada lágrima é uma dívida
Quando eu te vir cobra-me com um choro de alegria
Uma coisa eu te prometo, sempre que se faça dia
Não lamento a tua morte, mas celebro a tua vida (...) “
(Jimmy P & Diogo Piçarra)

... dedicado ao meu querido pai ...

AGRADECIMENTOS

À minha professora orientadora Açucena Guerra, pela orientação, exigência, apoio, dedicação e disponibilidade prestada e por me possibilitar o desenvolvimento de competências e pensamento crítico ao longo da realização do presente relatório.

Aos enfermeiros cooperantes dos estágios I, II e III e IV pela partilha de conhecimentos de excelência, pela motivação, pela disponibilidade demonstrada neste processo de aprendizagem e pelo ensino, compreensão e por me terem ajudado a crescer e desenvolver enquanto pessoa e profissional.

A todos os professores, que ao longo do mestrado, contribuíram para a minha formação na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Às grávidas, parturientes e puérpera, que permitiram receber os meus cuidados, para que pudesse eu pudesse adquirir e enriquecer as minhas competências e crescer enquanto pessoa e profissional.

Às colegas do curso, principalmente à Georgiana Baciú, pela motivação e apoio, pelo espírito de entreajuda, pela amizade, pela partilha de bons e maus momentos, pelos momentos que partilhámos desde o primeiro até ao último dia do curso de mestrado.

Às amigadas, Bianca Santos, Marisa Pinto, Mariana Chumbo, Mónica Chumbo, Pedro Santos, Raquel Fernandes, Rute Ribeiro, Susana Monteiro, obrigada por estarem lá quando precisei, pelo apoio, pela motivação, pelo carinho incondicional e por estarem sempre do meu lado. Obrigada pela vossa presença na minha vida, por terem percorrido esta caminhada a meu lado e por me permitirem nunca ter desistido do meu sonho.

Aos colegas do serviço Especialidades Médicas III, pelo apoio e pela amizade, mas principalmente por me ajudarem nas infinitas trocas de turnos, que me permitiram comparecer nas atividades letivas e nos diferentes estágios.

À Andreia Calado, pelo apoio, pelas palavras e mensagens de conforto, pelos abraços inesperados nos inícios do turno e por muitas vezes me segurar as lágrimas durante as passagens de turno.

À minha querida mãe, pelo apoio incondicional, pela paciência, por nunca me deixar desistir do meu sonho, pelas infinitas marmitas de comida que me fazia, pela roupa passada, por fazer tudo para que nada me faltasse, pela escuta e pelas palavras de conforto nos momentos mais difíceis. Obrigada por seres a mãe espetacular que és.

A todos o meu sincero Muito Obrigada . . .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de parto pré-parto

BP – Bloco de Partos

CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

cm – Centímetros

CTG – Cardiotocografia

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

DGS – Direção-Geral da Saúde

EBSCO Host- Elton Bryson Stephens Company Host

ESTÁGIO- Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

IG – Idade gestacional

IO – Índice Obstétrico

ITP – Indução de trabalho de parto

JBI – Joanna Briggs Institute

LA – Líquido amniótico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População Conceito e Contexto

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

TP – Trabalho de parto

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

SR – Scoping Review

RPM – Rutura Prematura de Membranas

RESUMO

A vocalização tem qualidades que a tornam útil para a gravidez e para o parto. O uso da vocalização em meio hospitalar juntamente com a pessoa significativa pode favorecer sentimentos de segurança e de proteção. Permite também às mulheres terem, uma maior capacidade de lidar com a dor, diminuindo assim o uso de métodos farmacológicos, aumento da concentração, ligação com a natureza, vibração corporal, relaxamento, libertação emocional, diminuição da ansiedade e do medo, maior autoconfiança, consciência do poder e, capacidade de controlar a energia a cada contração. O uso da vocalização por parte da parturiente durante o trabalho de parto apresenta resultados maternos e neonatais positivos. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ao instruir sobre a prática da vocalização promove junto da mulher a experiência e vivência de um Trabalho de Parto e Parto confortável, positivo e humanizado.

Palavras-Chave: Parturiente; Vocalização; Conforto e Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Vocalization has qualities that make it useful during pregnancy and childbirth. The use of vocalization in a hospital setting with a significant other can promote feelings of safety and security. It also allows women to have a greater ability to deal with pain, thus reducing the use of pharmacological methods, increased concentration, connection with nature, body vibration, relaxation, emotional release, reduced anxiety and fear, greater self-confidence, awareness of power and the ability to control energy with each contraction. The use of vocalization by the parturient during labour has positive maternal and neonatal results. By instructing women in the practice of vocalization, the Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist promotes a comfortable, positive and humanized experience of labour and childbirth.

Keywords: Parturient; Vocalization; Comfort and Labor.

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. APRENDIZAGENS NO BLOCO DE PARTOS	13
1.1 ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	15
2. A VOCALIZAÇÃO COMO MEDIDA DE CONFORTO NO TRABALHO DE PARTO.....	41
2.1 A VOCALIZAÇÃO DA PARTURIENTE	41
2.2 TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA	46
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	50
3.1 SCOPING REVIEW.....	50
3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	53
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
APÊNDICES	66
APÊNDICE I – Projeto de Estágio.....	67
APÊNDICE II - Protocolo de Scoping Review	97
APÊNDICE III – Sessão de formação em Serviço	126
APÊNDICE IV – Síntese de Registo de Atividades	25

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only.....	55
--	-----------

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), estando sujeito a apresentação e discussão públicas para obtenção do grau de mestre.

Este documento tem como principal objetivo a exposição, autoavaliação e reflexão dos objetivos delineados no projeto individual de estágio, das intervenções e atividades realizadas e resultados obtidos.

O estágio decorreu entre os dias 27 de fevereiro e 21 de julho de 2023, num total de 700 horas, no Bloco de Partos de um Hospital de Nível II da Região de Lisboa e Vale do Tejo, sob orientação de Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, detentora de grau de mestre. Este tinha como objetivos a aquisição de competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente, recém-nascido e família, bem como, a realização de um relatório de estágio de forma a refletir criticamente sobre todo o percurso desenvolvido, tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) que foram desenvolvidas, ao longo do estágio IV demonstrando todo o caminho percorrido, tendo como referência o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O EEESMO, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas nas situações de baixo risco, ou seja, todas as situações em que estejam envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Também assume, intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, na qual estão incluídas patologias e processos de vida disfuncionais no ciclo de vida reprodutivo da mulher (Ferreira, 2014).

No decorrer do estágio, houve oportunidade de cuidar inúmeras mulheres, tendo sempre por base uma relação de entreajuda, as preferências e as necessidades de cada família, para que pudessem escolher e vivenciar um trabalho de parto com qualidade, confortável, seguro e positivo.

O cuidado compreende muito mais que ações e/ou procedimentos comuns. A preocupação, o interesse e a motivação, em conjunto com atitudes como a delicadeza, respeito e consideração pelo outro, distinguem o cuidar de um procedimento (Ferreira, 2014). Além disso, o objetivo do cuidar é atingir o bem-estar, mantendo a pessoa segura e confortável, diminuindo assim, os riscos e a sua vulnerabilidade (Ferreira, 2014).

O conforto está intimamente ligado ao cuidado, não apenas com o mundo exterior, mas também com seus próprios sentimentos e emoções. De acordo com Kolcaba (2003), promover o conforto na prática de enfermagem é garantir a satisfação das necessidades de alívio; tranquilidade e transcendência, considerando o contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003; Apostolo, 2009; Valadas, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018) estabeleceu como um dos seus principais objetivos na promoção da saúde materna, apoiar a promoção de uma experiência de parto positiva, definindo-a como um momento único e especial, que satisfaz as expectativas maternas, onde os valores de tudo aquilo que engloba o trabalho de parto são respeitados, na qual termina com o nascimento de um Recém-Nascido (RN) saudável (Antunes, 2018; OMS 2018).

A vocalização, da parturiente, durante o trabalho de parto é vista como um meio de promover a fisiologia normal do parto e proporcionar uma experiência positiva e gratificante para a parturiente e pessoa significativa.

Após alguma reflexão sobre a prática de cuidados e tendo em conta o interesse pessoal, tornou-se relevante o aprofundamento do conhecimento destas duas temáticas. Assim, tendo por base a metodologia *Joanna Briggs Institute*[®], foi desenvolvida uma *scoping review*, intitulada “A vocalização como medida de conforto da parturiente: uma *scoping review*”.

O presente relatório de estágio, compila todas as atividades desenvolvidas, como referido anteriormente e a *scoping review* desenvolvida e tem como objetivos específicos:

- descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEESMO;
- refletir sobre as práticas de enfermagem realizadas, através de evidência científica;
- adquirir competências no domínio da investigação através do tema (acima mencionado) que será desenvolvido e por último,

- reconhecer os contributos pessoais e profissionais alcançados com a realização do estágio IV.

Deste modo, presente trabalho encontra-se dividido por capítulos, primeiramente é apresentada uma análise reflexiva sobre os objetivos definidos e as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio IV de acordo com as competências estipuladas pela OE; num segundo capítulo está inserido o enquadramento teórico da temática escolhida; no terceiro capítulo o enquadramento metodológico e análise e discussão de resultados obtidos e por último, as principais conclusões da pesquisa e suas implicações a prática de cuidados.

1. APRENDIZAGENS NO BLOCO DE PARTOS

No início do estágio foi realizado um projeto, de modo a planificar as atividades a desenvolver, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO).

O presente capítulo retrata o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas de EEESMO e competências para obtenção de grau de Mestre. O processo de formação do EEESMO, pretende a aquisição de conhecimentos científicos baseados na evidência científica mais atual, como também a mobilização dos mesmo para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas definidas pelo RCEEEESMO (Valadas, 2016).

A obtenção de competências é um processo dinâmico, que advém da experiência, evoluindo ao longo do tempo no contacto com a realidade, através de uma vivência pessoal e profissional (Marques, 2018). Os estágios são um dos meios de excelência para a obtenção dessas competências.

O estágio especificamente, foi realizado num Hospital de Nível II, na qual neste momento se constitui como uma Entidade Pública Empresarial, como referido anteriormente assistindo cerca de 250 mil pessoas e presta cuidados de saúde às mulheres da sua área de abrangência geográfica, assim como, de outras mulheres que assim pretendam. De acordo com os dados do Sistema Nacional de Saúde (SNS), no ano de 2023 foram realizados 10 054 partos e 3 018 cesarianas.

No que diz respeito à estrutura física, o Bloco de Partos (BP) tem capacidade para receber sete utentes internadas em simultâneo. É constituído por cinco salas de parto e uma sala de recobro com capacidade para duas puérperas simultaneamente. As salas de parto estão preparadas para todas as fases de trabalho de parto, com equipamento e material de apoio necessário para a prestação de cuidados, tanto à mulher como ao recém-nascido, de forma a proporcionar um trabalho de parto de forma tranquilo e acolhedor.

As salas de parto, são amplas permitindo, assim, à mulher e pessoa significativa, a participação ativa no trabalho de parto, através da liberdade total de movimentos, estando disponíveis cardiotocógrafos sem fios, bola de pilatos, promovendo, deste modo, o bem-estar da mulher e da pessoa significativa. A mulher é entendida como um ser único inserido num processo de transformação e cuja totalidade se manifesta através de pensamentos, sentimentos e comportamentos (OE, 2015).

No que diz respeito ao uso de métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor e promoção do conforto desde que seja vontade da mulher, nesta instituição pode recorrer à analgesia regional, hidroterapia, musicoterapia, deambulação/movimento massagem, exercícios respiratórios, bola de Pilates e musicoterapia, indo de encontro com aquilo que é preconizado pela OMS (2018) e OE (2019).

O serviço de bloco de parto, para além das 7 salas de parto, tem ainda uma sala operatória para a realização de partos distócicos por cesariana. A sala operatória, constituída pela sala em si e pela antecâmara para desinfeção dos profissionais de saúde é composta por equipamentos e materiais próprios a ser usados na cirurgia e nos primeiros cuidados ao recém-nascido.

A equipa de enfermagem é constituída por 3 EEESMO, 2 assistentes operacionais e 3 obstetras em cada turno (manhã, tarde e noite) e 1 enfermeira generalista responsável pela prestação de cuidados anestésicos e intraoperatórios, de segunda à sexta-feira, das 12h até às 20h.

O BP é igualmente composto por uma sala de enfermagem, destinada à realização de registos de enfermagem individualizados e personalizados a cada parturiente, que dispõe de uma central de monitorização cardiotocográfica, permitindo a visualização do traçado cardiotocográfico vigilância do bem-estar materno-fetal de todas as parturientes internadas no BP. No BP, encontra-se ainda, uma incubadora de transporte para neonatologia, sempre que necessário e para vigilância rigorosa de recém-nascidos com dificuldade na adaptação ao meio extrauterino.

Após o parto, tanto a mulher como o recém-nascido, permanecem, em alojamento conjunto e assim, consoante e conforme gestão de camas, são transferidos para o serviço de internamento de Obstetrícia.

O referido hospital está inserido numa área metropolitana com grande diversidade cultural. A migração tornou-se um desafio para os profissionais de saúde, não só pelo modo como as várias culturas percecionam a saúde, a doença, a morte, a responsabilidade pela qualidade de vida e o sofrimento, como também, a forma como estas populações percecionam os profissionais de saúde (Wennberg, 2013). Os enfermeiros, atualmente, são assim, confrontados com situações culturais diferentes, principalmente em situações de períodos de adaptação, como a gravidez, o trabalho de parto, e a parentalidade, exigindo destes a aprendizagem de novas competências comunicacionais e culturais.

Com o objetivo de retratar e de analisar de uma forma clara e preciosa todo o percurso formativo, o seguinte capítulo encontra-se organizado pelos objetivos específicos delineados no projeto individual de estágio e reflexão sobre cada um deles.

1.1 ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

O presente subcapítulo pretende descrever todo o percurso de aquisição de 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.

A realização dos objetivos e avaliação das atividades realizadas ao longo do estágio, encontram-se descritas, seguindo a disposição do projeto individual de estágio. Serão analisadas as principais dificuldades na execução das atividades, segundo evidência científica e enquadrada na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

De acordo com o OE (2015), o EEESMO tem como principal atenção o cuidado à mulher nas diversas fases do trabalho parto, englobando a dor e os métodos não farmacológicos no seu alívio e bem-estar bem como, a criação de uma relação terapêutica, de entreajuda, confiança e empatia com a parturiente e pessoa significativa, promovendo o conforto e bem-estar materno-fetal.

O EEESMO ao promover e incentivar a vocalização junto da mulher e pessoa significativa, desenvolve uma relação terapêutica, promove na mulher o sentimento de confiança no seu corpo, no seu instinto fisiológico e no seu papel ativo durante o TP.

A vocalização permite o recurso a técnicas respiratórias e aos esforços expulsivos espontâneos, na qual a mulher irá experienciar um parto positivo e gratificante, sendo respeitado todo o processo fisiológico do TP.

O EEESMO deve integrar na sua prática de cuidados estratégias que promovam o ensino, instrução, treino e validação das parturientes para o uso da vocalização durante o TP. Para que tudo isto seja possível, o EEESMO deve proporcionar um ambiente favorável na sala de partos de forma a não inibir a produção da vocalização por parte da parturiente (Antunes, 2019).

Durante o estágio, desenvolvi competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, individualizados e diferenciados a mulheres com gravidez de baixo e alto risco, nomeadamente com as ameaça de trabalho pré-termo; rotura prematura das membranas; oligoâmnios e hidrâmnios; hipertensão arterial materna;

diabetes gestacional; restrição do crescimento fetal; gravidez gemelar e por último, indução do TP.

Para que a aprendizagem seja eficaz e de maior aproveitamento possível, torna-se imprescindível conhecer o local de ensino clínico a nível da estrutura física, dinâmica e funcionamento, como também, a integração na equipa multidisciplinar, na sua forma de trabalho e na sua dinâmica organizacional. Por tudo isto, a formulação do primeiro objetivo teve por base nas competências comuns do enfermeiro especialista e são elas, “A1-Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, “A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”, “B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”, “B2 - Desenvolve praticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.”, “C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a equipa de enfermagem”, “C2-Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, “D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “D2- Baseia a sua *práxis* clínica especializada em evidência científica” (RCCEE, 2019).

Assim, o primeiro objetivo delineado foi: **“Integrar-me na equipa multidisciplinar da Sala de Bloco de Partos”**

Neste sentido, através da integração realizada pela enfermeira cooperante e pela observação feita sobre a maneira como a equipa multidisciplinar se organizava em cada turno, consegui perceber que existe um bom trabalho entre a equipa, o que permite fluidez na comunicação e resulta em cuidados de excelência à parturiente e recém-nascido tal como, à pessoa significativa no BP. A comunicação eficaz, é fundamental para o funcionamento da equipa multidisciplinar, promovendo o aumento da motivação dos índices de satisfação profissional e bem-estar, e por conseguinte melhoria na segurança e da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Alves, 2011).

Foi através da comunicação e do trabalho em equipa, que a integração no BP foi um ponto bastante positivo uma vez que, todos os elementos da equipa multidisciplinar, demonstraram interesse e disponibilidade para a minha formação e desenvolvimento pessoal e profissional na área da saúde materna.

Quando realizado corretamente, o processo de acolhimento e integração num serviço pode ajudar a superar a ansiedade e o medo sentido quando se está a conhecer e a trabalhar numa nova área (Garcia, 2019).

Com o intuito de facilitar a integração na equipa foram fornecidos documentos nomeadamente, normas e protocolos, específicos da instituição permitindo a compreensão e o funcionamento do serviço. A leitura dos mesmos, foi bastante importante e enriquecedora pois, facilitou o entendimento da importância da existência de protocolos e como devem ser utilizados no decorrer da prestação de cuidados, de modo a haver uma uniformização dos mesmos e, a possibilidade da identificação de situações específicas que sejam necessárias e pertinentes serem referenciadas.

Torna-se importante referir que este último estágio, era o que sentia maior apreensão em realizar uma vez que, os cuidados de enfermagem no bloco de partos são cuidados de grande complexidade e que exige o desenvolvimento do pensamento crítico na prestação de cuidados à mulher, pessoa significativa e recém-nascido. Para contornar esta apreensão, a discussão, a análise dos cuidados e a partilha de experiências com a enfermeira cooperante foi um fator bastante facilitador durante todo o processo de aprendizagem, de forma a enriquecer os meus conhecimentos teórico-práticos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, como preconizado pela OE (2001, p.7), “A qualidade exige, reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”.

No que diz respeito à duração do estágio, considera-se que este contempla horas suficiente para a integração na equipa e compreensão da dinâmica do serviço. Para chegar à autonomia nos cuidados foi necessário algum tempo de integração, e desta forma, foi possível alcançar a autonomia que era esperada e conseguir segurança e qualidade na prestação de cuidados.

Após o término do estágio, o primeiro objetivo delineado foi cumprido com sucesso bem como, as suas atividades que foram desenvolvidas.

Como segundo objetivo foi delineado: **“Adquirir competências técnico-científicas e relacionais, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em EEESMO na admissão, acolhimento da parturiente e família”**

As atividades programadas foram desenvolvidas primeiramente com supervisão do EEESMO cooperante, tendo-se evoluindo para uma prática mais autónoma no decorrer do estágio. Ao longo do mesmo, tive oportunidade de cumprir com este objetivo,

desenvolvendo as competências do EEESMO, no que diz respeito à prestação de cuidados tanto à mulher como a pessoa significativa.

O acolhimento é uma estratégia essencial para a humanização dos cuidados. Este envolve mudar o processo de trabalho para atender a todos os que procuram serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a procura da integralidade e da equidade, através da escuta, a valorização das queixas da mulher/pessoa significativa/família, a identificação das suas necessidades e o respeito às diferenças de cada um (Perdigão, 2019).

Neste contexto de prática dos cuidados, o acolhimento à mulher grávida e pessoa significativa, podia ser realizado no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG), dependendo se a mulher ficava ou não internada no BP. O acolhimento à mulher sempre foi realizado com tranquilidade e empatia, esclarecendo aspetos importantes, nomeadamente a dinâmica do serviço, demonstrando disponibilidade e escuta ativa para esclarecimento de dúvidas ou outro tipo de preocupação. No início do estágio, a observação participada foi a estratégia utilizada e posteriormente, com mais segurança tornou-se mais fácil a tomada de iniciativa e a demonstração de interesse em acolher a mulher e pessoa significativa no serviço, permitindo deste modo, o estabelecimento de uma relação terapêutica desde o primeiro encontro entre o enfermeiro e a mulher.

Após o acolhimento era sempre feita uma entrevista de forma a colher informação mais pertinente e adequada, para uma prestação de cuidados diferenciada e individualizada. O momento do acolhimento e da entrevista foi sempre um momento bastante importante uma vez que, conseguia compreender qual o estado emocional da mulher e como esta encarava o início do trabalho do parto. Permitia ainda compreender se era ou não uma gravidez desejada, e se tinha suporte familiar.

O suporte familiar é determinante para a saúde, não só da mãe, mas também para a saúde e desenvolvimento do RN. Os processos relacionados com a gravidez e parentalidade implicam adaptações psicológicas e sociais, que podem perturbar a saúde mental conduzindo a estados de ansiedade e depressão, não sendo necessariamente psicopatológicas (DGS, 2015).

Aquando da prestação de cuidados no SUOG, na triagem começava por me apresentar e conhecer o motivo de vinda à urgência e, em simultâneo, realizava uma avaliação sobre o bem-estar materno-fetal.

Durante o período no SUOG, observei que a vinda a este serviço, é potenciador de um sentimento de angústia para os casais, que manifestam logo no momento da triagem

sentimentos de preocupações relativamente ao percurso da gravidez e do bem-estar materno-fetal. Assim, tentava ao máximo com a ajuda da EEESMO cooperante, criar uma relação de confiança, de empatia e de entreajuda para com a mulher grávida e pessoa significativa, promovendo o conforto, um ambiente que garantisse a sua segurança e privacidade, com respeito à sua dignidade. Promover o conforto no SUOG envolve várias estratégias que se focam no bem-estar físico e emocional da mulher grávida.

Desta forma, as minhas intervenções enquanto futura EEESMO para promover o conforto no SUOG, de acordo com a teoria de Katharine Kolcaba (2003); Valadas (2016) & Marques (2018), foram as seguintes: **garantir as necessidades humanas básicas** (alimentação, hidratação e cuidados de higiene); **promover um ambiente físico confortável** (espaço limpo e acolhedor; privacidade; cama e mobiliário confortável); **comunicação eficaz** (explicava os procedimentos de forma clara e compreensível e criava uma relação de empatia e respeito, de forma a adotar uma escuta ativa sobre as preocupações/medos e/ou receios da mulher e pessoa significativa); **controlo da dor e ansiedade** (no que diz respeito ao alívio da dor promovia estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como por exemplo as técnicas de respiração; no controlo da ansiedade disponibilizava apoio psicológico e escuta ativa para as mulheres que se encontravam ansiosas e emocionalmente afetadas); **suporte Familiar** (sempre que possível permitia a presença de uma pessoa significativa, para fornecer apoio emocional à mulher grávida, informava e envolvia o mesmo no plano de cuidados); com o decorrer do estágio e com a experiência que ia tendo no SUOG, procurava atualizar os meus conhecimentos, práticas e protocolos do serviço, com o objetivo de prestar um atendimento humanizado, de forma a respeitar e garantir a valorização da dignidade e individualidade de cada mulher e pessoa significativa).

O momento do acolhimento no BP pode sempre provocar sentimentos negativos como a insegurança e o medo. Este é um momento no qual, a mulher grávida e sua família se encontram num estado de vulnerabilidade e de insegurança (Silva, 2020). Com o decorrer do estágio foi possível compreender que o momento do acolhimento tanto no SUOG, como no BP, é um dos momentos mais importantes tanto para o EEESMO, como para a mulher e pessoa significativa uma vez que, ao estabelecer desde o início, do internamento, uma relação de confiança e de proximidade, contribui que os mesmo se sintam seguros e confiantes para todo o processo de trabalho de parto.

A importância do estabelecimento de uma relação terapêutica e os deveres dos enfermeiros no processo de concretização dessa relação, está fundamentada no código

deontológico de Enfermagem. A realização do acolhimento de qualidade pelo enfermeiro proporciona o estabelecimento de uma relação sustentada na confiança, parceria e respeito entre todos os intervenientes (Perdigão, 2019).

Durante o estágio, com ajuda e apoio da enfermeira cooperante, consegui compreender a importância do EEESMO, no SUOG e no BP e, o papel de grande relevância que exercem ao personalizar os seus cuidados, tentando corresponder à necessidade de cada parturiente e pessoa significativa uma vez que, cada pessoa é única e individual e por isso nem toda a abordagem logo à primeira foi simples.

Muitas das vezes, devido à multiculturalidade, a principal dificuldade sentida era a comunicação com a mulher que não falavam nem compreendiam o português. Para contornar esta dificuldade, recorria ao *Google Tradutor*[®] para tentar estabelecer uma comunicação eficaz e uma relação terapêutica com as parturientes e pessoas significativas, de forma a respeitar as suas crenças, valores, cultura, desejo e expectativas uma vez que, estes são elementos fundamentais no processo de prestação de cuidados de enfermagem especializados (Regulamento dos Padrões de Qualidade e Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A população estrangeira do concelho da unidade hospitalar onde decorreu o estágio, diminuiu entre 2008 e 2018, devido à crise económica e financeira que ocorreu em Portugal a partir de 2009, de acordo com os dados do Serviços de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) (2020). No entanto, entre 2017 e 2018, ocorreu um crescimento de 638 residentes com nacionalidade estrangeira, contribuindo para um total de 8306 residentes estrangeiros. Este aumento da população está relacionado com a evolução da percentagem de casamentos mistos celebrados e a evolução da percentagem de nados-vivos filhos de mãe estrangeira no mesmo espaço de tempo. Em 2011, 14,2% dos nados-vivos em Portugal tinham mãe estrangeira, o valor mais alto da década, tendo decrescido até atingir o valor mínimo, em 2015, com 10,4% dos nados vivos a terem mãe estrangeira. Desde 2017, a percentagem de nados-vivos com mãe estrangeira evoluiu de forma positiva, atingindo uma percentagem de 13,2% em 2018, valor próximo do que se registava no início da década (Instituto de Geografia e Ordenamento do Território/Centro de Estudos Geográficos, 2020).

O grupo das mulheres migrantes em idade fértil são especialmente vulneráveis. As mulheres provenientes dos países em desenvolvimento, têm uma maior probabilidade de iniciar cedo a idade reprodutiva. Assim sendo, a gravidez precoce e adaptação ao novo ambiente podem aumentar a vulnerabilidade, aumentando o risco de nascimentos

prematturos e recém-nascidos com baixo peso entre mães imigrantes em comparação com as mães portuguesas (Instituto de Geografia e Ordenamento do Território/Centro de Estudos Geográficos, 2020). Wennberg (2013, p.17), corrobora com os dados apresentados afirmando que “atualmente, a diversidade cultural é uma realidade em Portugal, constatando-se que cerca de 50% dos imigrantes são mulheres, maioritariamente ainda em idade fértil, salientando-se aqui, as concepções sobre o corpo, o género e a sexualidade, aspetos que, são estruturantes da organização social, com grande carga simbólica e consequências nas práticas sociais”.

Ao realizar o primeiro contacto com a mulher e pessoa significativa, as informações recolhidas eram nomeadamente: a sua história ginecológica e vivência da gravidez; conhecimento dos antecedentes pessoais, história ginecológica e obstétrica, vigilância da gravidez, exames pré-natais. Era também questionado se tinha elaborado um plano de parto escrito, no sentido de conhecer as suas expectativas sobre o trabalho de parto.

Segundo OE (2012), o Plano de Parto, é um documento escrito e elaborado pela mulher e pessoa significativa, na qual expressam os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto e parto. O documento serve de elo de informação com os profissionais de saúde, facilitando-lhes a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto. A sua elaboração pressupõe uma informação correta do casal relativamente ao processo de parto, sendo fundamental o apoio do EEESMO. De acordo com Cardoso et al. (2023), o plano de parto é somente um plano, na qual cada decisão implica conhecer as diversas possibilidades e as potenciais consequências de cada uma das decisões. Conhecer e saber o que é um plano de parto, quais as escolhas que podem ser contempladas e qual a sua utilidade, contribuirá para que a mulher, e a pessoa significativa sejam capazes de, gerir expectativas em relação ao trabalho de parto imaginado, e, sensibilizar para o que para si seria relevante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato para uma experiência de parto positiva.

Durante a prática clínica, houve oportunidade de prestar cuidados a mulheres e pessoa significativa com planos de parto, sendo na sua maioria a parte com maior ênfase ao tipo de analgesia pretendida durante o processo de trabalho de parto e à quantidade reduzida de profissionais de saúde que queriam ter durante o momento do parto. Tive também em contacto com uma mulher que expressou no seu Plano de Parto que recusava que lhe fizessem a cervicometria durante o seu trabalho de parto, sendo que lhe foi explicada com base em evidência científica tanto pelos EEESMO's, como pelos médicos

obstetras a importância da mesma para avaliação da progressão do trabalho de parto e do bem-estar materno-fetal.

A cervicometria é utilizada para avaliação da evolução do trabalho de parto na mulher e fornece informações obstétricas importantes tais como, a dilatação, a espessura do colo uterino e a posição da cabeça fetal na bacia da mãe. De acordo com a recomendação da OMS (2018), a cervicometria deve ser realizada de 4 em 4 horas, em parturientes de baixo risco, na fase ativa do trabalho de parto e sempre com consentimento da mulher. A cervicometria consiste na avaliação da progressão do trabalho de parto e permite identificar as características do colo do útero, a estática fetal, o plano fetal, as características do assoalho pélvico, da bacia e por último, integridade das membranas amnióticas. Esta recomendação pela OMS (2018), tem como principal objetivo a diminuição do foco infeccioso devido à manipulação, com consequente diminuição da morbidade materna e neonatal.

Durante prática de cuidados, antes de realizar a cervicometria, era pedido sempre o consentimento da mulher, explicando que me encontrava em processo de formação, explicando que poderia haver a necessidade da EEESMO cooperante, realizar outra cervicometria apenas para validação da minha avaliação. A cervicometria foi algo que no início não estava muito segura ao realizar pois, como nunca estive em contexto de BP, tinha receio de provocar dor na mulher e sentia alguma insegurança bem como, classificar as características do colo do útero da mulher. Apesar dos receios sentidos nas primeiras semanas de estágio, houve um grande à vontade e disponibilidade por parte das mulheres para a realização de cervicometria. Sentia que as famílias de quem cuidava confiavam naquilo que estava a fazer e compreenderam que seria apenas uma técnica realizada conforme as necessidades. Tentava sempre manter uma relação terapêutica com a mulher e pessoa significativa, de forma a desmistificar os seus medos e incertezas sobre a cervicometria. A avaliação e técnica foi se aperfeiçoando ao longo do tempo com ajuda da enfermeira cooperante, tendo conseguido adquirir autonomia nesta avaliação obstétrica.

De salientar, que em toda a prestação de cuidados, desde o início até ao fim do estágio, tive como base os princípios éticos e deontológicos, respeitando sempre a cultura, crença e religião, de cada mulher e pessoa significativa. Foi procurado promover e aplicar o conforto durante toda a prática de cuidados especializados, adaptando os seus princípios à área da saúde materna e obstétrica.

O conforto é a sensação imediata de fortalecimento por possuir as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência que podem ser encontradas em quatro contextos diferentes (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) (Kolcaba, 2003). O enfermeiro deve intervir de forma a ajudar a mulher a sentir-se melhor através do controle do ambiente e da dor. As necessidades de conforto podem ser avaliadas e reavaliadas à medida que o corpo da mulher recupera das mudanças decorrentes da gravidez (Mendonça et al., 2017).

Posto isto, no final do estágio, senti como uma pessoa, estudante e futura EEESMO bastante realizada, considerando que o segundo objetivo delineado foi cumprido com sucesso bem como, as suas atividades que foram desenvolvidas.

Como terceiro objetivo foi delineado: **“Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à parturiente e acompanhante no 1º estágio do trabalho de parto”**

Como é sabido, o 1º estágio do trabalho de parto, corresponde à fase do apagamento e dilatação do colo uterino, iniciando-se com as contrações uterinas e terminando na dilatação completa. Este divide-se em duas fases principais fase latente e fase ativa. Respetivamente, a fase latente corresponde ao início das contrações regulares até ao apagamento total do colo do útero e com cerca de 3 cm e, a fase ativa corresponde à fase em que o colo se dilata a um maior ritmo até ser atingido a dilatação completa (Graça, 2017).

A parturiente, no 1º estágio do TP, era admitida no BP, através do SUOG ou do internamento de medicina materno-fetal, como já foi referido, havendo continuidade de cuidados por parte do EEESMO, com base no processo clínico da parturiente.

Após o acolhimento, com o objetivo de obter o máximo de informações sobre sua história ginecológica e obstétrica bem como, informações relevantes sobre seu TP, a consulta do processo clínico, o Boletim de Saúde da Grávida, partograma tornava-se imprescindível para o correto conhecimento e avaliação da história clínica. Era dado início à monitorização cardiotocográfica, para iniciar e validar o planeamento de cuidados de enfermagem com a parturiente e pessoa significativa.

A monitorização cardiotocográfica é um método não invasivo que contribui para a avaliação do bem-estar fetal, uma vez que permite o registo contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas e dos movimentos fetais ativos (OE, 2010). Existem dois tipos de monitorização: a externa e a interna. A monitorização externa utiliza um transdutor de ultrassons e um tocodinamómetro colocados no abdómen

da parturiente. A monitorização interna utiliza um elétrodo espiral aplicado na apresentação fetal e um cateter de pressão intrauterina. A interpretação do registo cardiotocográfico requer uma análise dos parâmetros obtidos permitindo a classificação do traçado cardiotocográfico. A frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade, reatividade do feto e a presença de desacelerações são as bases para esta classificação (OE, 2010).

É fundamental a criação de uma relação terapêutica entre o EEESMO e a mulher e pessoa significativa uma vez que, o primeiro contacto permite conhecer as suas expectativas, medos, receios e preferências para o seu TP. Durante o TP, é necessário apoio contínuo do EEESMO, devendo manter sempre uma atitude de compreensão, empatia, tendo em atenção à linguagem verbal e não verbal da parturiente, promover a autoconfiança e fortalecer positivamente a parturiente, simultaneamente tranquilizando e promovendo a fisiologia do TP (Antunes, 2019).

O profissional de saúde deve estar preparado para receber a mulher, a pessoa significativa e outros membros da família, respeitando a importância do momento e da fase de vida que estão a vivenciar, fornecendo tranquilidade e confiança (Valadas, 2016).

No 1º estágio do TP, as minhas principais dificuldades sentidas, foram a interpretação do traçado cardiotocográfico e que tipo de intervenções teria de ter consoante o mesmo, a identificação do estado de dilatação e das características do colo do útero e a variedade fetal e preenchimento do partograma. Para contornar esta dificuldade, tive necessidade de tirar dúvidas junto da EEESMO cooperante, sendo que até ganhar confiança e segurança, observava como a EEESMO cooperante realizava a cervicometria, estudava, explorava e pesquisava o máximo de informação, de maneira a adquirir conhecimentos teórico-científicos, para poder prestar cuidados de enfermagem especializados e individualizados a cada parturiente.

Durante o estágio, foram prestados cuidados a 98 parturientes no 1º estágio do TP. Para conhecer e para saber quais os tipos de intervenção de enfermagem que teria de ter com aquela família, primeiro assistia à passagem de turno, posteriormente ia consultar o processo clínico, o partograma e o traçado cardiotocográfico que se mantinha contínuo no 1º e 2º estágio do TP, com o objetivo de recolher o máximo de informações relativamente à sua história obstétrica bem como, informações importantes para o seu TP, de forma a planear o plano de cuidados para posteriormente ser validado com a parturiente e pessoa significativa. Ao longo do turno todas as avaliações e monitorizações eram registadas no sistema informático *Glintt*[®].

Após realizar a anamnese das parturientes, validava o plano de cuidados com a EEESMO cooperante e posteriormente, com o consentimento da parturiente realizava a avaliação das necessidades de conforto da parturiente e do bem-estar materno-fetal.

O cuidar está internamente ligado ao conforto. O cuidado e o conforto durante o trabalho de parto, não se deve focar apenas no alívio da dor uma vez que, cuidar é olhar, ouvir, observar, sentir, criar empatia pela pessoa a quem estamos a prestar cuidados, demonstrando disponibilidade para com o outro (Gracio et al., 2020). Para proporcionar conforto à parturiente e pessoa significativa, a condição essencial é promover um ambiente em que seja fornecido afeto, calor, atenção, na qual irá favorecer o alívio, a segurança e o bem-estar. O cuidar em obstetrícia deve basear-se em proporcionar um espaço acolhedor e agradável que permita privacidade e a criação de um vínculo e relação terapêutica com a mulher e pessoa significativa, contribuindo para a diminuição do stress durante o trabalho de parto.

Observou-se que, as medidas de conforto que eram mais solicitadas pela mulher e pessoa significativa, durante o TP, estavam relacionadas com diminuição do ruído e luminosidade na sala de partos, permitir a liberdade de usar o chuveiro, ouvir música, usar a bola de pilatos, dançar e por último, massagens realizadas pela pessoa significativa. A maior parte das parturientes a quem prestei cuidados solicitava também métodos farmacológicos para a promoção do seu conforto, nomeadamente epidural.

No que diz respeito à monitorização cardiotocográfica contínua, este não é recomendado pela OMS (2018), para avaliação do estado materno-fetal, numa mulher que tenha um bom estado de saúde e que apresente um TP espontâneo. Neste sentido, a OMS (2018) recomenda a auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal através de um Eco Doppler ou através de estetoscópio fetal de Pinard, em grávidas com bom estado de saúde. Por outro lado, Graça (2018) defende que a monitorização cardiotocográfica contínua é uma boa ferramenta para identificar a hipoxia fetal reduzindo assim, a mortalidade fetal e neonatal, desde que seja interpretada corretamente (Silva, 2018; Marques, 2021).

Da experiência de BP, foi bastante importante manter a parturiente monitorizada durante o 1º e 2º estágio no trabalho de parto uma vez que, caso verifica-se alguma “anomalia” no traçado cardiotocográfico, poderia logo intervir de forma a melhorar o bem-estar materno-fetal. No entanto, ao pesquisar mais sobre este tema e ao refletir sobre os cuidados prestados durante o estágio, apercebi-me que a parturiente de baixo risco, ao estar monitorizada continuamente, tinha menor liberdade de movimento durante o TP.

A vigilância do bem-estar materno-fetal, proporcionaram diversas oportunidades de aprendizagem e de reflexão crítica com a EEESMO cooperante e articulava-se sempre toda a partilha da evolução do trabalho de parto com e equipa médica assistente, sempre que necessário.

Para que a mulher e pessoa significativa se familiarizasse com o espaço físico, tentava proporcionar um ambiente favorável no BP de forma a sentirem-se confortáveis e acolhidos, com vista à promoção do plano de parto, quer tivesse elaborado, quer começasse apenas da necessidade de falar acerca das expectativas de todo o processo de trabalho de parto e parto.

Refletir sobre as preferências da mulher permitiu a transmissão para a tomada de decisão esclarecida, informar sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor como por exemplo, incentivar o uso de bola de pilatos, a deambulação, a massagem, a dança, técnicas de relaxamento e de respiração nomeadamente, o uso da vocalização. Conforme ia enriquecendo os meus conhecimentos teóricos sobre os benefícios da vocalização, realizava educação para a saúde sobre esta temática, explicando como se vocalizava e quais os puxos respiratórios que deveria realizar para conseguir melhores resultados maternos e neonatais.

Ao longo do 1º do TP, sucedeu-se a oportunidade em participar e preparar o material da analgesia epidural/sequencial (consoante estado de dilatação e avaliação do anestesista) bem como, posteriormente na administração de fármacos consoante protocolo do serviço. Assim, ao longo do 1º estágio do TP foram promovidas diversas vezes métodos farmacológicos de alívio da dor, de acordo com as necessidades e desejo da mulher. Foi um procedimento na qual praticava educação para a saúde, ao explicar em que consistia, tipos de analgesia de acordo com o protocolo, os cuidados a ter a ter antes e após a administração da medicação.

Ao longo do estágio, foi percebido que a presença da pessoa significativa é um fator determinante, que contribui para o aumento do conforto materna durante o TP, sendo uma fonte que tranquiliza a mulher e promove apoio emocional. Durante a prática de cuidados, tentava sempre ao máximo promover a presença da pessoa significativa, procurando sempre envolvê-lo no plano de cuidados, tendo em consideração as crenças, os aspetos culturais e sociais. Durante o estágio prestava cuidados a mulheres que estavam sempre acompanhadas por uma pessoa significativa (companheiro e/ou a mãe) e que nunca estiveram sozinhas durante todo o processo de trabalho de parto.

O acompanhamento durante o TP é parte integrante da estratégia de humanização do parto. A presença da pessoa significativa é um fator benéfico tanto para a parturiente como para o recém-nascido uma vez que, promove uma experiência positiva do nascimento, aumentando os níveis de satisfação do trabalho de parto. Entre outras intervenções médicas, um bom suporte contínuo melhora o parto espontâneo, encurta o trabalho de parto e diminui a probabilidade de cesariana (Fernández, 2021). O EEESMO ao criar uma relação terapêutica com a mulher, cria também um sentimento de empatia para com a pessoa significativa. Assim sendo, o EEESMO deve ajudar, esclarecer e incentivar as mulheres a terem um acompanhamento a todo o momento, de forma a diminuir os problemas e fortalecer a relação da tríade familiar. Tanto as mulheres como a pessoa significativa devem ser informados sobre os fatores que podem interferir no parto. Estes devem ser acompanhados e apoiados por um profissional qualificado que esclareça as dúvidas e sirva de suporte nas decisões e no processo do parto (Fernández, 2021).

Em suma, foram várias as experiências e aprendizagens que adquiri durante o 1º estágio do trabalho de parto, e que ajudaram a perceber que a saúde materna e obstétrica é muito complexa. Tudo isto, permitiu adquirir competências na promoção e educação para a saúde, diagnóstico precoce, criação de um ambiente seguro e terapêutico, prevenção de complicações durante o 1º estágio do TP (Regulamento n.º 391/2019, 2019), respeito pelas leis e normas, princípios éticos e deontológicos.

Posto isto, no final do estágio, considero que o terceiro objetivo que delinee foi cumprido com sucesso, bem como as suas atividades que foram desenvolvidas.

Como quarto foi delineado: **“Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à parturiente e acompanhante no 2º estágio do trabalho de parto “**

O 2º estágio do trabalho de parto, refere-se ao período expulsivo, inicia-se na dilatação completa (10 cm) e termina com a expulsão do feto. A força exercida pelas contrações uterinas, gravidade e pelos esforços expulsivos da parturiente facilitam a concretização esperada de um parto eutócico espontâneo e sem complicações (Graça, 2017).

Deste modo, no 2º estágio do TP é solicitado à mulher que realize esforços expulsivos maternos para auxiliar a progressão, rotação e expulsão do RN. Sempre que me era possível e se houvesse boas condições materno-fetais, tentava implementar junto da parturiente e pessoa significativa o uso da técnica da vocalização.

A Vocalização é definida como um recurso à técnica respiratória com a glote aberta, dando ênfase na expiração prolongada e com a fonação nas vogais “A” ou o “O” (Antunes, 2019).

A prestação de cuidados de enfermagem no 2º estágio TP, foi algo que me suscitou, inicialmente, alguma ansiedade e insegurança. No entanto, com o tempo e as aprendizagens adquiridas, a capacidade de saber gerir este momento foi alcançado.

No que diz respeito ao recurso da vocalização no 2º estágio do TP, desenvolver e aplicar este tema na prática, foi também um grande desafio e um momento em que senti bastante dificuldade em saber como iria instruir, treinar e avaliar o uso da vocalização junto da parturiente. Não consegui aplicar a prática do uso da vocalização em todos os partos que assisti. Verifiquei ao longo do estágio que a maior parte das parturientes ainda recorria à manobra de Valsava nos esforços expulsivos. A manobra de Valsava traz desvantagens tanto para a mãe, como para o bebé, aumentando a pressão intratorácica e cardiovascular, reduzindo desta forma o desempenho cardíaco e inibindo a perfusão uteroplacentária. Para além disto, sustentar a respiração durante mais de 5 a 7 segundos, provoca a diminuição da perfusão uteroplacentária, podendo levar à hipoxia fetal (Lowdermilk & Perry, 2008). Durante a prestação de cuidados, incentivava as parturientes a recorrerem à vocalização ao invés da manobra de Valsava.

O EEESMO no 2º estágio do TP deve incentivar e ajudar a parturiente a ouvir o seu corpo, promover a concentração de forma a não perder o controlo sob o seu corpo, encorajar a realização de técnicas (iniciar o puxo quando sente vontade) com uma duração de quatro a seis segundos com a glote aberta, respirações entre puxos, e incentivar o uso das vocalizações, uma a duas horas após a dilatação completa, desde que não haja complicações materno-fetais (Ferreira, 2014). Sempre que seja possível, o EEESMO deve incentivar a parturiente a adotar a posição que lhe é mais confortável para realizar esforços expulsivos.

Estas foram as intervenções que trabalhei e dei mais enfoque, para poder incluir no meu plano de cuidados, de forma a sentir-me segura e confortável com aquilo que estava a fazer. Não descorando, como é óbvio, de todas as intervenções, atenções e competências que o 2º estágio exige do EEESMO.

Tendo em conta que, sensibilizar o uso da vocalização de forma a promover o conforto na parturiente, era um dos objetivos para este estágio, foram adotadas as seguintes intervenções de enfermagem nos diversos contextos de conforto definidos por Kolcaba (2003): **ambiente** - falar baixo, evitar conversas laterais com outros profissionais

de saúde, criar um ambiente calmo, sossegado e favorável na sala de partos de forma a não inibir a produção da vocalização por parte da parturiente; diminuir os ruídos; diminuir o número de profissionais na sala de partos e, permitir que a parturiente use o seu instinto fisiológico; **físico** – promover o uso de técnicas respiratórias de vocalização e aos esforços expulsivos espontâneos; promover a mobilização no leito de forma a adotar posições que mais confortáveis para iniciar esforços expulsivos, desde que haja estabilização materno-fetal; promover a deambulação e restringir os toques ao necessário; **psicoespiritual** – Promover uma relação terapêutica com a parturiente e sua família, manter a parturiente informada sobre a progressão da descida do feto, providenciar feedback relativamente aos esforços expulsivos, encorajar e elogiar a parturiente sobre o seu esforço durante o período expulsivo); e por último, **sociocultural** – oferecer a minha companhia contínua, promover a presença e valorizar a presença da pessoa significativa).

Apesar de ter promovido a prática da vocalização apenas a 5 parturientes, mais concretamente, os dois grandes resultados observados, através do recurso a esta técnica respiratória, foi a progressão mais rápida do feto pelo canal de parto e a dilatação do períneo quando a parturiente emitia vocalizes, o que vai de encontro com os resultados encontrados na literatura científica.

Durante o período expulsivo dos partos que acompanhei e assisti, tentei sempre ao máximo garantir a integridade de períneo, realizando a manobra de Ritgen e execução da extração fetal.

No decorrer do 2º estágio do TP, nem tudo foi linear, tendo ocorrido algumas intercorrências, nomeadamente cinco partos distócico, três bradicardias fetais e quatro taquicardias cardíacas fetais. No entanto, a enfermeira cooperante esteve sempre do meu lado, e ensinou-me que nestas situações deve-se manter a calma e atuar em conformidade indo de encontro às expectativas das mulheres.

No que diz respeito às desacelerações cardíacas fetais, tive necessidade de pesquisar mais sobre este tema, uma vez que, quando prestei cuidados pela primeira vez a uma parturiente que se encontrava em trabalho de parto e através da interpretação do traçado cardiotocográfico, consegui perceber que o feto estava com desacelerações, a enfermeira cooperante interveio de imediato. Naquele momento percebi e refleti que este era um tema que devia de aprofundar melhor os meus conhecimentos, para conseguir dar resposta numa próxima vez, no sentido de identificar a causa e intervir de imediato e cooperar com a equipa. Entende-se desaceleração fetal como uma diminuição da FCF de pelo menos 15 bpm, com uma duração superior ou igual a 15 segundos. As desacelerações

podem ser classificadas como, precoces, variáveis, tardias e prolongadas (Graça, 2017). No que diz respeito à intervenção que o EEESMO e médico obstetra deve ter neste tipo de situação passa por identificar a causa da hipoxia fetal nomeadamente, decúbito dorsal materno, hipotensão materna, ponderar influência de fármacos (analgésicos e anestésicos); hipercontractilidade uterina; prematuridade fetal; insuficiência uteroplacentária; anemia fetal; identificar em que fase do trabalho de parto a mulher se encontra. No entanto, seja qual for a fase do TP, é indicado e recomendado que padrões cardiotocográficos patológicos são indicativos para abreviar o 2º estágio do TP. Assim sendo, ao identificar a causa da falta de oxigenação fetal, as intervenções passam por: reposicionar a gestante em decúbito lateral; diminuir a contratilidade uterina, através da suspensão de ocitocina; administrar fluidos por via endovenosa; oxigenar a parturiente e suspender de puxos maternos (Campos et al.2007; Graça, 2017; Silveira & Júnior, 2020).

No que diz respeito à taquicardia fetal, é definida como um aumento da frequência cardíaca fetal, de 15ppm com uma duração igual ou superior a 15 segundos. Tal como na desaceleração cardíaca fetal, o primeiro passo era identificar a causa da taquicardia fetal, tais como hipertermia materna (infecção materna e/ou fetal); prematuridade; movimentação fetal excessiva; ansiedade materna; hipertireoidismo; anemia fetal, taquiarritmia fetal (geralmente acima de 200 bpm) e uso de medicamentos e ou/substâncias psicoativas. Assim sendo, nesta situação não se deve incentivar à extração fetal imediata, mas sim ao seu tratamento, promovendo sempre a segurança materno-fetal (Campos et al.2007; Graça, 2017; Silveira & Júnior, 2020).

Durante o estágio, as principais causas das taquicardias fetais das parturientes a quem prestei cuidados, estava relacionada com a febre materna, que revertia após administração de antipiréticos e da movimentação excessiva fetal. No que diz respeito à forma como atuava e como refletia sobre quais as intervenções a ter numa situação de taquicardia fetal, sinto que estava mais à vontade para identificar e atuar de imediato, porém, validava primeiro com a enfermeira cooperante e posteriormente intervim.

Para além dos quarenta e dois partos eutócicos assistidos, prestei assistência a cinco partos distócicos e um parto com distocia de ombros. Com o decorrer do estágio e após dar assistência a partos distócicos senti necessidade de aprofundar e refletir sobre os meus conhecimentos sobre a avaliação que o EEESMO deve fazer para saber diagnosticar um parto distócico, de forma a diminuir e a evitar a morbidade e mortalidade materna e neonatal.

Parto distócico define-se como uma evolução lenta e anormal do TP, devido a fatores patológicos que interferem na dilatação do colo uterino e com a progressão do feto através do canal de parto até à sua expulsão. Assim, os diversos mecanismos que podem potenciar um parto distócico, pode ser dividido em dois grandes grupos: de natureza dinâmica ou de natureza mecânica. As causas relacionadas com a distócica dinâmica são: disfunção contrátil uterina (disfunção hipotónica e hipertónica); anomalias do trabalho de parto e forças expulsivas inadequadas. Assim sendo, o EEESMO deve aplicar as seguintes intervenções: na disfunção contrátil uterina hipotónica (o diagnóstico precoce e sua correção terapêutica evita o prolongamento de uma ineficácia contrátil); na disfunção contrátil uterina hipertónica (interrupção imediata dos fármacos ocitócicos em curso, administrar fluidos, posicionar a parturiente em decúbito lateral para melhorar a perfusão uteroplacentária a administrar oxigenoterapia); nas anomalias do trabalho de parto e por último nos esforços expulsivos inadequados, o EEESMO deve encorajar e orientar a parturiente, quanto aos esforços coordenados a realizar durante o período expulsivo, de modo a aproveitar o máximo benefício do seu esforço. Por outro lado, as causas relacionadas com a distócica mecânica são: a anomalia da apresentação, posição e dimensões do feto; anomalia da bacia materna e anomalia dos tecidos moles do canal de parto (Graça, 2017). As principais causas dos cinco partos distócicos que assisti estavam relacionados com a não progressão do trabalho de parto, forças expulsivas inadequadas e anomalia da bacia materna.

Posto isto, no final do estágio, considero que o quarto objetivo que delinee foi cumprido com sucesso, bem como as suas atividades que foram desenvolvidas.

Como quinto foi delineado: **“Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à parturiente e acompanhante no 3º estágio do trabalho de parto”**

Entende-se como 3º estágio, o período desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta e das membranas fetais, frequentemente conhecida como dequitação. O objetivo do 3º estágio do trabalho de parto é o descolamento rápido e a expulsão da placenta, efetuada de forma o mais eficaz e seguro possível (Graça, 2017).

Sequeira et al. (2020), defendem que o 3º estágio do TP é um período na qual o EEESMO deve ter uma atitude expectante, respeitando o tempo fisiológico e estar atento aos sinais de separação da placenta. Durante o estágio tentei por na prática, a literatura consultada, mantendo uma atitude calma e expectante a aguardar pelo momento da expulsão da placenta (dequitação), sempre que possível.

Durante toda a prática de cuidados tentei proporcionar um ambiente calmo, com uma temperatura agradável, privacidade na sala de partos, transmitir informação à mulher sobre o que se iria proceder; posicionava-la em semi-fowler; avaliava o estado geral da parturiente, respeitava o processo fisiológico não interferindo; papalva o fundo uterino e avaliava se estava bem contraído; observava os sinais objetivos de descolamento da placenta (passagem do útero de discoide para ovoide, perda repentina de sangue escuro pelo introito vaginal, alongamento do cordão umbilical e efetuava a manobra de Kustner; massajava de forma suave o fundo uterino; incentivava a parturiente a fazer esforços expulsivos aquando do descolamento da placenta; executava a manobra de Dublin; palpava o fundo uterino e avaliava se estava bem contraído; observava perdas sanguíneas vaginais; comunicava à enfermeira cooperante qual o mecanismo de expulsão (Schulz ou Duncan); colocava a placenta na mesa de partos para limpar a face materna da placenta, removendo sangue e coágulos garantindo que não ficou nenhum fragmento da placenta; observava a forma, o tamanho e os bordos da placenta e verificava o tipo de inserção da placenta; observava as membranas fetais; avaliava a inserção e características do cordão umbilical (número de vasos sanguíneos, duas artérias e uma veia, presença de anomalias, comprimento, local de inserção e geleia de Wharton); fazia expressão do fundo do útero de forma retirar todos os coágulos uterinos; avaliava as características do períneo e o do canal de parto; limpava o períneo com soro e compressas esterilizadas e por último, realizava registos no partograma e no sistema informático.

De extrema importância a observação e avaliação da placenta e do cordão umbilical por parte do EEESMO e/ou médico obstetra, uma vez que umas adequadas avaliações podem reduzir e antecipar as principais complicações desta fase do TP, tais como: retenção de fragmentos placentares; hemorragia pós-parto atonia uterina, placenta retida, inversão uterina e coagulopatia (Sequeira et al, 2020).

Segundo protocolo da instituição e consoante prescrição médica, após a dequitação era administrada ocitocina, com o intuito de estimular a contratilidade uterina e assim, prevenir hemorragia pós-parto (Valadas, 2016). Neste estágio houve a oportunidade de realizar colheita de sangue do cordão umbilical do RN, para tipagem e avaliação de gases, na qual senti que à medida que ia colhendo no decorrer do estágio, ia aperfeiçoando a minha técnica no manuseamento do cordão umbilical. No que diz respeito à dequitação, observei como a enfermeira cooperante realizava esta técnica, pelo que posteriormente, não senti dificuldade em ser eu a realizar.

A principal dificuldade que senti no 3º estágio do trabalho de parto, foi sem dúvida ter de identificar o tipo de laceração de acordo com os tecidos lesados e posteriormente realizar a perineorrafia. Considero que, senti uma grande dificuldade na perineorrafia, tendo necessitado de ir aperfeiçoando a minha prática, habilidade e destreza. A enfermeira cooperante sempre me ajudou em tudo, mas como sabia que eu demonstrava dificuldade nesta técnica, demonstrou-se sempre disponível para me ensinar a sua técnica, sendo que me tornei mais autónoma com o decorrer do estágio. Para contornar esta dificuldade, adquiria conhecimentos teórico-práticos com base na literatura científica sobre a técnica e, treinava em casa. Sempre que havia oportunidade observava as EESMO do serviço e também, a técnica adotada pelos médicos, nos partos distócicos.

Neste estágio promovi o conforto através da higiene perineal e prevenção de infeção local, através de sessões informais de educação para a saúde.

Dos quarenta e dois partos eutócicos que assisti, dez dessas mulheres ficaram com períneos íntegros, vinte delas com lacerações de grau I, oito com lacerações de grau II e posterior perineorrafia e, quatro delas houve necessidade de realizar episiotomia e conseqüente episiorrafia.

Como sexto foi delineado: **“Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à parturiente e acompanhante no 4º estágio do trabalho de parto”**

O 4º estágio do trabalho de parto, corresponde ao puerpério imediato, período de duas horas subsequentes ao parto. Durante este processo, as mudanças fisiológicas que ocorrem são distintas, no entanto normais, à medida que todo o processo relacionado com a gravidez regride. É nesta fase que ocorre os processos hemostáticos maternos e a adaptação do RN à vida extrauterina (Valadas, 2016; Sequeira et al. 2020).

No 4º estágio, realizava uma avaliação da mulher e do RN bastante rigorosa nas duas primeiras horas após o parto, de forma a desenvolver competências na fase do puerpério imediato bem como, na avaliação da evolução da episiorrafia e perineorrafia. Nesta fase tinha também oportunidade de promover a saúde, sobre as alterações fisiológicas que iriam ocorrer tanto na puérpera como no RN, na importância do contacto pele-a-pele e na importância do aleitamento materno, de forma a promover a transição para a parentalidade.

No 4º estágio do TP, não apresentava grandes dificuldades em prestar cuidados tentei sempre promover ambiente acolhedor, calmo, tranquilo e facilitador da vinculação como disse anteriormente realizei educação para a saúde sobre esta transição para a

parentalidade antes da observação física da puérpera explicava todos os procedimentos que realizava e esclarecia todas as suas dúvidas e medos; demonstrava apoio na amamentação, caso fosse o desejo da puérpera; monitorizava e identificava possíveis complicações precoces comuns nesta fase; após realizar a observação física da puérpera, realizava a observação do recém-nascido.

O EEESMO tem de ter conhecimentos sólidos e sistematizados sobre a anatomia e fisiologia materna, período de recuperação, características físicas e comportamentais do RN, cuidados imediatos ao RN e reação da família ao nascimento de uma criança. Tudo isto, permite para que o EEESMO elabore um plano de cuidados individualizados e diferenciados à mãe, pessoa significativa e RN.

No estágio, todas as intervenções do 4º estágio do TP, tiveram como grande enfoque, a promoção do conforto, tal como, diminuir o ruído, a luminosidade, proporcionar um ambiente calmo, privado, seguro, com mínimo de pessoas no quarto; permitir alojamento conjunto da puérpera, RN e pessoa significativa; incentivar a manutenção do contacto pele-a-pele com o RN a amamentação (caso seja vontade da puérpera) e por último, avaliar a estabilidade física e fisiológica da puérpera de forma a evitar complicações no período do puerpério imediato.

Ao promover o conforto físico à puérpera, o enfermeiro conquista a empatia da mulher com estabelecimento de confiança e vínculo, possibilitando a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem especializados e individualizados com medidas de conforto voltadas para as necessidades expressas pela puérpera (Marques, 2018).

Assim sendo, o sexto objetivo delineado foi cumprido com sucesso, assim como, as suas atividades.

Como sétimo foi delineado: **“Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO na otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”**

Para que pudesse cumprir com sucesso este objetivo, defini atividades que englobassem a puérpera, o recém-nascido, pessoa significativa e família. Para executar as atividades a que me propus, contei com ajuda da Enfermeira cooperante, dos pediatras e das enfermeiras de neonatologia, quando necessário. Em todos os partos que apoiei e os que assisti tentei sempre ao máximo adquirir competências na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Nos partos distócicos e em cesarianas colaborava com o pediatra e quando presente, com a enfermeira de neonatologia.

Assim, ao longo do estágio tive oportunidade de prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido de forma a promover a sua adaptação à vida extrauterina. As minhas intervenções passavam primeiramente, pela promoção de um ambiente acolhedor, calmo e tranquilo para prestar os cuidados imediatos, para que isso acontecesse, sempre que chegava à sala de parto e apresentava-me à parturiente e pessoa significativa, verificava todo o material necessário para receber o recém-nascido e certificava o funcionamento da mesa de reanimação neonatal. Após o nascimento, prestava os cuidados imediatos ao RN, conforme as suas necessidades, avaliei e determinei o índice de *Apagar*, realizei o exame físico (Céfalo-caudal), comportamento neurológico e comportamental; determinei anomalias e/ou traumatismos provocados pelo parto, com ajuda do pediatra e/ou enfermeira cooperante; monitorizei o peso do recém-nascido; administrei vitamina fitomenadiona pediátrica e a vacina contra o vírus da Hepatite B, sempre com autorização da mãe e pessoa significativa através do contacto pele-a-pele. Promovi também sempre que era possível, a vinculação do recém-nascido com a mãe e pessoa significativa, através da prestação de cuidados de conforto à tríade, do contacto pele-a-pele com a mãe e/ou pessoa significativa e promoção da amamentação.

O EEESMO tem de ter a capacidade de observar cuidadosamente os comportamentos que indiquem o estabelecimento de formação de vínculos emocionais entre a díade.

No que diz respeito ao contacto pele-a-pele entre mãe e RN, tentava promover e sempre que se reunia condições e caso fosse vontade da puérpera. Desta forma, o contacto pele-a-pele era feito de imediato após a nascimento, com temperatura ambiente e com o RN envolvido em toalhas aquecidas, prevenindo assim, o risco de hipotermia.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de presenciar duas reanimações neonatais junto dos profissionais especializados na área, de dois partos que eu assisti. Como é um tema que considero bastante pertinente e importante para a prática diária do EEESMO, no decorrer deste processo formativo, houve oportunidade de frequentar um curso de reanimação neonatal. No entanto, sinto que ainda é uma área que eu deva investir, aprofundar e adquirir mais conhecimentos, de forma a ter mais segurança e autonomia quando estiver presente numa reanimação neonatal.

Após o nascimento de um RN, o EEESMO é o profissional de saúde qualificado, devido à sua relação de proximidade com a parturiente, que se encontra mais competente para prestar auxílio à puérpera e à pessoa significativa, a escolher quais os melhores mecanismos adaptativos e defensivos, para que na transição para a parentalidade, seja

ultrapassada a instabilidade, a mudança de autoestima, no desempenho dos papéis parentais e por tudo aquilo que o período puerperal se caracteriza, para assim, se alcançar um novo equilíbrio físico e emocional (Ferreira, 2014).

Posto isto, no final do estágio, considero que o sétimo objetivo que delineado foi cumprido com sucesso, bem como as suas atividades que foram desenvolvidas.

Como oitavo objetivo foi delineado: **“Adquirir competências técnico-científicas no domínio da melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”**

Para se prestar cuidados de enfermagem de excelência e com respeito pela dignidade da mulher e família alvo dos nossos cuidados, é necessário que haja uma prática de enfermagem, consciente, reflexiva e com sentido crítico.

O pensamento crítico em enfermagem caracteriza-se como um processo complexo e multidimensional que abrange a habilidade intelectual que o enfermeiro adquire para saber procurar, identificar e desafiar as premissas do raciocínio que considera relevante para a tomada de decisão. É através do pensamento crítico que o enfermeiro desenvolve um processo de julgamento intencional e reflexivo sobre a problemática de enfermagem, com o objetivo de tomar decisões clínicas seguras, eficazes e rigorosas (Peixoto & Peixoto, 2017).

No que diz respeito à qualidade de cuidados, a OMS (2003) defende que pode ser caracterizada por algo que possui um alto nível de excelência. Soares (2017, p. 26) ao citar Donabedian (2003) afirma que “a qualidade em saúde imprime-se em três dimensões: a dimensão técnica que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na resolução do problema de saúde do cliente; a dimensão interpessoal que diz respeito à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente; e a dimensão ambiental que inclui as condições facultadas ao cliente em termos de bem-estar. A adoção de sistemas de melhoria contínua da qualidade espelha-se na melhoria dos cuidados prestados, revelando-se, por conseguinte, uma ação prioritária.”

Neste sentido a OE defende que é dever do Conselho de Enfermagem definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, padrões esses têm que representar indicadores dos cuidados de enfermagem baseados em evidência científica, constituindo um eixo estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem (Soares, 2017).

Na elaboração do presente objetivo, foram planeadas atividades (Apêndice I) no sentido de identificar possíveis lacunas nos cuidados prestados, de maneira a haver uma

melhoria dos mesmos, considerando que a saúde é uma área em constante desenvolvimento e mudança, os profissionais devem manter-se sempre informados e atualizados sobre os melhores cuidados consoante a evidência científica.

No que diz respeito ao meu desempenho e ao meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura EEESMO durante o estágio, foi sempre debatido com a enfermeira cooperante, quais as minhas maiores dificuldades identificando as oportunidades e as estratégias de melhoria, e de que forma as poderia ultrapassar. Assim, ao longo do estágio, foi possível desenvolver a capacidade de reflexão e da aquisição de conhecimento, o que me permitiu adquirir motivação e iniciativa em querer em aprender e procurar mais conhecimento com base na evidência científica sobre as diversas patologias, procedimentos e práticas numa sala de partos.

Durante toda prática clínica, usava evidência científica e normas/protocolos para avaliação da qualidade dos cuidados. Recorria a indicadores e instrumentos apropriados para avaliação da prática clínica e posteriormente, avaliava os resultados consequentes da avaliação efetuada.

Para além disso, também foi feita uma avaliação intermédia, juntamente com a enfermeira cooperante e a professora orientadora, para perceber e debater em que ponto de aprendizagem me encontrava e refletir sobre pontos a melhorar. Juntamente com a reunião final de avaliação, permitiram sempre uma reflexão e análise do meu percurso, tendo em conta a minha evolução, desempenho, autonomia, pensamento crítico e qualidade de cuidados enquanto futura EEESMO.

Por último, foi elaborado o presente relatório onde descrevo as atividades desenvolvidas aliadas à evidência científica e de que forma contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura EEESMO.

Como nono objetivo foi delineado: **“Adquirir competências técnico-científicas no domínio da gestão de cuidados”**

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (OE, 2019). A gestão por parte do EEESMO é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados às mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto. Assim, o EEESMO desempenha um papel importante na promoção da saúde materna e nos cuidados ao RN (OE, 2021).

Os principais aspetos que o EEESMO deve ter em consideração no domínio da gestão de cuidados são os seguintes (Ribeiro, 2012; OE, 2021):

- Coordenação de cuidados, na qual o enfermeiro especialista deve ter uma equipa de enfermagem bem organizada, treinada e especializada para prestar cuidados em contexto de BP, de forma a garantir uma coordenação eficaz com toda equipa multidisciplinar (EESMO, obstetra, pediatra e outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado materno e neonatal). No contexto de estágio todos os profissionais de saúde trabalhavam em equipa, qualquer decisão que fosse tomada sobre determinado caso clínico era com o consentimento de todos os profissionais do BP e de conhecimento da enfermeira em funções de gestão;
- Protocolos e diretrizes, no BP a prática era baseada e sustentada através de protocolos e diretrizes instituídos no serviço, na qual os EEESMO's do serviço tinham sempre a preocupação de irem atualizar esses protocolos constantemente com base na evidência científica, por forma a refletir numa melhoria da prática clínica;
- Gestão de recursos, tendo em conta a situação atual no Serviço Nacional de Saúde, durante o meu percurso houve constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde materna e obstétrica, sendo que na região Lisboa e Vale do Tejo existem 8 maternidades com dias de encerramento agendado (DGS, 2023). Dessas 8 instituições, o BP onde prestei cuidados enquanto futura EEESMO era um dos que em semanas alternadas encerrada. Assim sendo, a enfermeira em funções de gestão no BP, tinha a preocupação de gerir e reforçar a equipa nos fins de semana em que o SUOG estava aberto, de forma a garantir o melhor funcionamento do serviço, para conseguir dar resposta à afluência que ocorria durante esses dias. Durante o meu percurso senti que a equipa estava bem organizada e coordenada e que consegui corresponder com aquilo que era esperado. Sinto que correspondi com as expectativas enquanto futura EEESMO e que contribui para um melhor funcionamento do serviço quando existia uma maior procura pelas grávidas;
- Formação e desenvolvimento profissional, o enfermeiro especialista deve ter um desenvolvimento contínuo através de formações contínuas no serviço, de forma a manter a equipa atualizada com as práticas mais recentes. No BP, havia um planeamento de formações em serviço tendo em conta a sua posterior apresentação. Paralelamente, foi possível existir partilha de conhecimentos com temas alusivos à área de saúde materna e obstétrica. Deste modo, contribui com o tema desenvolvido por mim, na elaboração da *scoping review*, partilhando os

conhecimentos mais atualizados, tendo por meio a prática baseada na evidência científica.

Uma gestão eficaz na área de saúde materna e obstétrica não garante apenas a segurança e o bem-estar da mulher, mas também contribui para a diminuição de complicações durante o parto e melhoria de resultados neonatais. Para além disso, o papel do EEESMO na área da gestão pode resultar numa experiência mais positiva para as mulheres/pessoa significativa e família durante o período perinatal.

Por outro lado, considero que me integrei e articulei de forma integral nas dinâmicas da equipa multidisciplinar, participando na organização do plano de cuidados para o turno. Sempre que tinha o meu trabalho organizado e após validação do mesmo com a enfermeira cooperante, procurei colaborar com os elementos da equipa de enfermagem, sendo que considero crucial o trabalho em equipa para a aquisição de competências do EEESMO.

No que respeita à gestão do tempo, consegui desenvolver e melhorar esta competência já inerente à minha profissão, e melhorar a rentabilização do tempo, definindo prioridades, prestando os cuidados de forma adequada ao tempo disponível.

Considero também, que foi cumprida a atividade estipulada no projeto individual de estágio, na colaboração da reposição de matérias e medicação, na qual me permitiu compreender a importância da reposição de material no serviço e manutenção de recursos existentes.

Como décimo e último objetivo foi delineado: **“Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica”**

Para a concretização deste objetivo foi elaborada uma *scoping review*, sobre os benefícios da vocalização como medida de conforto na parturiente. Este tema despertou em mim um grande interesse em adquirir e enriquecer conhecimentos sobre esta temática inovadora, de acordo com a evidência científica, para posteriormente partilhar com toda a equipa multidisciplinar, para poderem aplicar na prática. Esta partilha, foi realizada através de uma sessão formativa a todos os EEESMO's do bloco de partos, da consulta externa, do SUOG e do serviço de internamento de Obstetrícia e Ginecologia.

A partilha, reflexão e realização das atividades foram úteis uma vez que, permitiram-me adquirir competências relativamente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, avaliação da prática clínicas e uma prática baseada na evidência científica.

Em suma, esta reflexão permitiu-me demonstrar o percurso da minha prática de cuidados a 98 parturientes, das quais tive oportunidade de realizar 42 partos eutócicos e acompanhar 56 mulheres em trabalho de parto. Efetivamente, considero que foi uma aprendizagem bastante enriquecedora onde foi possível adquirir conhecimentos e aprendizagens, sendo que todas as ocasiões contribuíram para a aquisição de competências pessoais e como futura EEESMO. É importante reforçar que a minha prática laboral se desenvolve num serviço de medicina interna de adultos, sendo que exigiu de mim um elevado esforço e dedicação para desenvolver os estágios com sucesso. Aproveitava todas as oportunidades de aprendizagem e demonstrava sempre interesse na formação contínua. Alguns dos trabalhos de parto que acompanhava, apresentaram algumas intercorrências por complicações materno-fetais, sendo que evoluíram para partos distócicos, o que possibilitou prestar cuidados em situações de complicações/patologias materno-fetais, nomeadamente incompatibilidade feto pélvica, pré-eclâmpsia e bradicardias.

2. A VOCALIZAÇÃO COMO MEDIDA DE CONFORTO NO TRABALHO DE PARTO

2.1 A VOCALIZAÇÃO DA PARTURIENTE

A audição fetal diz respeito à capacidade de o feto perceber sons provenientes do útero. Ao longo da gravidez, o feto é capaz de detetar e responder a estímulos sonoros provenientes do ambiente uterino. Esses sons podem ser sons internos produzidos pelo corpo da mãe, como os batimentos cardíacos, respiração, movimentos intestinais bem como, sons externos, como a voz da mãe e outros sons do ambiente circundante (Marx & Nagy, 2015).

O processamento auditivo da voz materna ocorre de forma progressiva entre as 32 e as 36 semanas de gestação, na qual é determinado pela maturação neurológica do córtex auditivo. O ambiente primordial da vida pré-natal é caracterizado por uma experiência de ritmicidade e de vibração acústica, na qual a voz materna constitui um estímulo primordial que se destaca do fundo sonoro intrauterino (Antunes, 2019).

A preparação para o uso de vocalizações durante a fase de dilatação no trabalho de parto, é uma das práticas que tem originado um grande interesse, quer parte das parturientes como dos profissionais de saúde da área de saúde materna e obstetrícia. A interação entre a voz, o corpo e o movimento são valorizados com a finalidade de facilitar a intencionalidade comunicativa através dos gestos e do movimento e a articulação entre o corpo, voz e suas ressonâncias (Pierce, 1998; Carvalho & Rodrigues, 2016).

A vocalização consiste em emitir uma vogal “A” e/ou “O” em cada expiração e, tem como finalidade, facilitar o prolongamento das expirações, promovendo assim, o aumento da oxigenação e a concentração nas contrações uterinas. A vocalização pode assumir várias formas, incluindo gemidos, suspiros, grunhidos ou até mesmo palavras faladas de maneira rítmica (Carvalho & Rodrigues, 2016; Antunes, 2019).

A vocalização da parturiente durante o 1º e 2º estágio do TP é considerada como uma prática promotora da fisiologia do parto normal e de uma experiência positiva e gratificante para a parturiente e pessoa significativa. A vocalização é uma técnica respiratória que ajuda as parturientes a lidarem com a dor e promover o relaxamento durante as contrações. O grande objetivo de recorrer à vocalização passa por permitir à parturiente expressar o seu desconforto de uma forma controlada, ajudando-a a concentrar-se na sua energia e a manter o seu controle emocional (Pierce, 1998; Antunes, 2019).

Segundo evidência científica, algumas mulheres atingem o conforto na vocalização, uma vez que, que esta técnica respiratória pode servir como uma espécie de “libertação” física e emocional. A parturiente ao concentrar-se na produção dos sons, pode distrair-se da intensidade da dor e manter um foco mais positivo durante o TP e parto (Pierce, 1998).

Existem diferentes tipos de respiração que são ensinados às mulheres durante os programas de preparação para o nascimento e parentalidade. Porém, esta prática tem vindo a ser abandonada uma vez que, a mulher deve deixar que a respiração e a vocalização surjam de modo natural e instintivo. Uma das referidas técnicas respiratórias é caracterizada por uma respiração rápida e superficial, na qual se ensina as parturientes a usarem este tipo de respiração quando se sentem com vontade de iniciar esforços expulsivos, mas sem estar com dilatação completa do colo uterino. No entanto, este tipo de respiração deve ser apenas utilizado por um curto período e somente na fase final do período expulsivo, de forma a diminuir o trauma perineal (Lebouyer, 2006).

Desta forma, para tentar minimizar o trauma perineal são usadas algumas técnicas respiratórias que muitas vezes são indicadas durante o trabalho de parto para que a mulher se sinta mais relaxada e segura, diminuição da sensação dolorosa, promoção do conforto e da satisfação materna na primeira fase do trabalho de parto e facilitar o período expulsivo, com o intuito de manter a mulher mais segura nessa fase e diminuir os riscos para o bebé (Antunes, 2019; Melo, 2019).

Outra técnica respiratória diz respeito à manobra de Valsava ou técnica respiratória de glote fechada, na qual é produzida pela contração dos músculos abdominais juntamente com o diafragma, durante uma exalação de ar forçada contra a glote fechada, sendo considerada um tipo de puxo dirigido. A manobra de Valsava pode ser considerada uma forma voluntária de fazer o puxo durante a expiração com a glote fechada. Esta é uma técnica desaconselhada e que produz um aumento do cansaço e dos níveis de ansiedade da parturiente (Antunes, 2019; Melo, 2019; Qumer & Ghosh, 2019 de Leutenegger et al. 2022).

Existem algumas desvantagens ao recorrer a esta técnica respiratória, nomeadamente: aumento do cansaço e dos níveis de ansiedade da parturiente; diminuição do retorno venoso e do débito cardíaco associado à diminuição da pressão arterial durante a realização da manobra; pode haver um aumento da concentração de sangue na cavidade pélvica, pernas e região perineal, tornando mais difícil a distensão e alongamento dessa musculatura. Esta subcarga materna pode provocar um aumento da pressão intra-

abdominal, que pode atingir uma alta pressão de perfusão sanguínea placentária, provocando uma diminuição do fluxo sanguíneo entre o útero e a placenta, com consequente prejuízo na contração uterina e efeitos negativos para o feto (Antunes, 2019; Melo, 2019; Ferreira, 2014).

É recomendado a parturiente realizar três a quatro esforços expulsivos entre quatro a seis segundos de duração por contração uma vez que, são fisiologicamente apropriados. Esforços prolongados com apneias superiores a seis segundos, diminuem o fluxo sanguíneo para a placenta, com consequente diminuição do oxigênio fornecido ao feto (Ferreira, 2014).

Por último, a técnica de respiração circular que é ensinada às mulheres como uma respiração torácica profunda a usar durante as contrações no 1º estágio do trabalho de parto, pode proporcionar um aumento da ansiedade e reviver sentimentos negativos (Antunes, 2019).

Evidência científica tem vindo a mostrar que a fase expulsiva realizada com puxos espontâneos com a glote aberta é um método natural e mais eficaz uma vez que, pode diminuir a pressão exercida sobre o períneo e é atualmente recomendado pela OMS (2018). Neste tipo de puxo é possível observar que, as parturientes naturalmente, realizam vocalizações, gemidos expiratórios, gritos e rugidos. Lebouyer (2006) descreve que a respiração durante o trabalho de parto, deve ser realizada de forma instintiva pela parturiente uma vez que, permite respirar de forma lenta e regular, acompanhando a expiração de vocalizações (Antunes, 2019; Melo, 2019; Ferreira, 2014). Durante o puxo espontâneo ocorre uma série de vocalizações, que resultam numa abertura parcial da glote. A abertura parcial da glote permite o recrutamento da musculatura abdominal, em especial o transversa abdominal uma vez que, vai aumentar a pressão abdominal e como consequência vai aumentar o comprimento diafragmático. O puxo espontâneo acarreta menos subcarga na parede vaginal anterior e uma proteção nos ligamentos cervicais que suporta as paredes vaginais pois, não tem capacidade de provocar tensão uma vez que, o seu início ocorre com a apresentação fetal num plano mais baixo. Uma lenta distensão da musculatura do períneo provoca menos trauma do quando esta é submetida a um súbito e forte alongamento, como ocorre no puxo dirigido. Durante o puxo espontâneo, ocorre a presença de várias respirações entre os puxos. O puxo espontâneo permite uma progressão mais lenta e controlada do feto e como consequente, um alongamento gradual da musculatura perineal (Ferreira, 2014).

Deve-se valorizar a escolha da parturiente, com incentivo ao puxo espontâneo tardio, que promove melhores resultados maternos e fetais. Permitir com que o feto progrida de uma forma passiva no canal de parto, em vez de incentivar o puxo imediato com a dilatação completa, é seguro e eficaz. Consequentemente, verifica-se o aumento de partos vaginais espontâneos e diminuição de partos instrumentais (Ferreira, 2014).

Lebouyer (2006) afirma que existe uma relação entre a vocalização da parturiente e a dilatação do cérvix, de uma forma harmoniosa e com menores dores proferidas pela parturiente durante as contrações uterinas. Gaskin (2008) corrobora com esta afirmação, ao defender que, o estado de relaxamento da boca e mandíbula, proporcionada através da técnica da vocalização, está diretamente relacionada com a habilidade para a abertura completa do cérvix, vagina e ânus (Antunes, 2019).

A vocalização é fisiológica e permite a diminuição da pressão intra-abdominal, através da gradual elevação do diafragma durante a expiração, promovendo o relaxamento dos músculos torácicos e diminuição da dor (Antunes, 2019).

A vocalização durante o trabalho de parto pode desempenhar um papel importante no conforto da parturiente, contribuindo para suportar melhor dor e criar um ambiente emocionalmente mais suportável. Assim sendo, as vantagens da vocalização podem ser consideradas medidas de conforto durante o trabalho de parto e parto.

São várias as vantagens da vocalização durante o 1º estágio do Trabalho de Parto nomeadamente: gestão mais eficaz da dor; manutenção da concentração durante as contrações; vivência do lado instintivo da mulher no TP; sensação de relaxamento; gestão das emoções devido à diminuição da ansiedade associada à dor da contratilidade uterina e por último, sensação de empoderamento da parturiente e da pessoa significativa (Carvalho & Rodrigues, 2016; Antunes, 2019; Qumer & Ghosh, 2019).

No que diz respeito às vantagens da vocalização no 2º estágio do Trabalho de Parto, estas são caracterizadas pela realização de várias respirações superficiais, seguido de 5 a 6 tentativas de esforços expulsivos durante cada contração uterina, e são as seguintes:

- Gestão mais eficaz da dor (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);
- Diminuição dos níveis de ansiedade;
- Descida progressiva da apresentação fetal (através do aumento da pressão abdominal);

- Diminuição dos partos instrumentalizados;
- Promoção da dinâmica uterina através da melhoria da perfusão útero-placentar; maior satisfação materna com o período expulsivo e no pós-parto;
- Diminuição das complicações maternas e neonatais pós-parto;
- Menor risco de problemas gênito-urinários;
- Diminuição da incidência de episiotomia;
- Diminuição do número de lacerações perineais (para além da respiração, o tipo de força que a mulher faz no 2 estágio de TP é visto como uma tentativa de prevenir a laceração);
- Melhoria das características da laceração;
- Redução de edema perineal após o parto;
- Diminuição da dor perineal após o parto;
- Sensação de empoderamento da mulher, uma vez que ao vocalizarem durante o 2 estágio do TP, pode resultar da sensação de estar ativamente envolvida durante o processo de TP e parto;
- Promoção da expressão emocional, a vocalização pode ser usada como forma de natural de expressar as emoções e sentimentos durante o trabalho de parto. Os gritos e/ou vocalizações controladas podem permitir com que a parturiente liberte a energia e as emoções acumuladas, promovendo um ambiente emocionalmente mais saudável;
- Promoção da comunicação para com a equipa de saúde, os sons produzidos pela vocalização, podem indicar a intensidade das contrações e a fase do trabalho de parto, permitindo com que o EEESMO e/ou o médico obstetra monitorizem o progresso do trabalho de parto.

(Pierce, 1998; Ferreira, 2014; Baransinski & Vendittelli, 2016; Carvalho & Rodrigues, 2016; Cicek & Basar, 2017; Antunes,2019; Melo,2019; Qumer & Ghosh, 2019; Araújo et al.,2020; Leutenegger et al.,2022).

Relativamente aos benefícios da vocalização no período perinatal estes são caracterizados por nascimentos de recém-nascidos índices de Apagar mais elevado; pH arterial do cordão umbilical mais elevado e diminuição da necessidade de reanimação neonatal e admissão da Unidade de Neonatologia (Antunes,2019; Melo, 2019; Araújo et al.,2020; Leutenegger et al.,2022). No entanto, ao realizar o presente estudo constatou-se

que esta temática ainda carece de mais estudos para comprovar cientificamente a sua eficiência nos recém-nascidos, uma vez que, existem ainda poucos estudos a comprovarem a sua eficácia.

Para que os benefícios da vocalização sejam eficazes, é necessária uma prática regular de forma a garantir uma produção vocal com qualidade e mentalmente sincronizada com a antecipação de cada contração. Para além deste tipo de preparação, é necessário que o ambiente na sala de parto seja favorável e com privacidade, por forma a não impedir a produção de vocalizações quer pela parturiente, quer pela pessoa significativa que a acompanha (Carvalho & Rodrigues, 2016).

2.2 TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

Ao desenvolver o presente relatório estágio, houve a necessidade de refletir sobre um dos conceitos norteadores da Scoping Review, o conforto. Para abordar o tema do conforto decidiu-se mobilizar o referencial teórico de Katharine Kolcaba.

A arte do cuidar é muito mais que procedimentos técnicos e/ou rotineiros. O cuidar do ser humano é caracterizado pela preocupação, interesse e motivação, na qual estão incluídas atitudes como o respeito e a consideração pelo outro. Para além disso, há o cuidado de promover o bem-estar e de manter o indivíduo seguro e confortável. Assim, o conforto não é apenas determinado como resultado, mas sim como um alívio temporário (Valadas, 2016).

Kolcaba (2003), definiu conforto como um conceito holístico que abrange diversas dimensões do ser humano e vai para além da ausência da dor ou desconforto físico. Para Kolcaba, o conforto é um estado complexo e dinâmico de bem-estar que envolve a satisfação das necessidades físicas, psicoespirituais e socioculturais. Assim sendo o conforto para Kolcaba é “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística promovida mediante satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental)” (Valadas, 2016, pág. 17).

Kolcaba (2003), em procura pelo desenvolvimento de um conceito de conforto de forma holística, afirma que os diferentes contextos onde o conforto pode ocorrer são: físico, que pertence às sensações do corpo; psicoespiritual, que pertence à consciência interna do próprio “eu”, englobando a autoestima, o autoconceito, sexualidade além da

espiritualidade; ambiental, na qual pertence a base externa da experiência humana, o meio externo, as condições e influências externas, nomeadamente a luz, o barulho, a cor, temperatura e elementos naturais e artificiais; e por último contexto social que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais (Valadas, 2016; Cardoso et al.; 2020).

Os conceitos que Kolcaba (2003) estabeleceu na sua teoria são os seguintes: cuidados de enfermagem (avaliação intencional das necessidades de conforto do utente, família e comunidade, direcionada às necessidades de conforto, incluindo a avaliação do nível de conforto após a implementação de medida de conforto); pessoa (indivíduo, família ou comunidade que necessitam de cuidados de saúde); ambiente (caraterísticas do meio ambiente na qual o indivíduo, família e comunidade estão inseridos, que afetam o conforto e podem ser manipulados para melhorar o conforto), e por último, saúde (facilitada pela intensificação do conforto do indivíduo, família e comunidade) (Silveira, 2010).

O conforto é esperado por toda a mulher que entra em trabalho de parto, no sentido de ajuda, atenção, presença dos profissionais de saúde envolvidos e da presença da pessoa significativa e familiares (Silveira, 2010).

Reconhecer a forma como cada mulher reage a todo o processo do trabalho de parto, com a finalidade de diminuir os desconfortos sentidos pela parturiente, vai além de intervenções biológicas, uma vez que os profissionais de saúde envolvidos, atenuam o sofrimento ao respeitar o direito da parturiente ao parir com dignidade. O respeito pela mulher diz respeito a uma situação de cuidado, que deve ser reconhecida e valorizada durante todo o processo de trabalho de parto e parto, de forma a proporcionar-lhe o máximo de conforto possível. Assim sendo, a parturiente valoriza a oportunidade de escolha e ao mesmo tempo, ao sentir-se cuidada e confortada, está mais propensa a estabelecer uma relação terapêutica com os profissionais de saúde e a experienciar de uma forma mais tranquila todo o processo do trabalho de parto e parto (Frello et al. 2011).

O enfermeiro pode criar condições para a política do cuidado e do conforto, ao reconhecer as rotinas e as necessidades de quem cuida e de quem é cuidado, garantindo segurança e satisfação à parturiente e pessoa significativa. É esperado do enfermeiro que por estar próximo da mulher e pessoa significativa durante o trabalho de parto, que cuide e conforte-os, para que a vivência na maternidade seja saudável. Confortar a parturiente, significa cuidá-la como um ser holístico. No ato de confortar, é necessário considerar a comunicação terapêutica entre os profissionais de saúde, promover o contato físico, na

qual se estabelece uma relação de trocas, de confiabilidade e de apoio (Silveira 2010; Frello et al. 2011).

Segundo Valadas (2016, pg.23) ao citar Vaz (2009) que citou Schuiling, & Sampsele (1999) “o aumento do conforto na mulher em trabalho de parto é um resultado valorizado no cuidado de enfermagem obstétrica”. Neste sentido, o ato de oferecer conforto à parturiente tem como princípio a relação terapêutica que a mesma estabelece com o EEESMO, sendo expresso através da arte do cuidar. A parturiente espera do EEESMO atitudes como ajuda, atenção e presença.

É imprescindível que todos os profissionais de saúde cuidem da parturiente tendo em consideração as suas necessidades físicas e psíquicas, considerando-a como um ser único e holístico, que se encontra a viver um momento único e significativo na sua vida, na qual experiência uma mistura de sentimentos e sensações e que procura o cuidado e o conforto (Valadas, 2016).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), o EEESMO tem em especial atenção aos cuidados à mulher nas diferentes fases do trabalho de parto, incluindo a dor e as técnicas não farmacológicas no seu alívio, bem como o estabelecimento de uma relação de entreaajuda, confiança e empatia promovendo o conforto e o bem materno-fetal. Nesta linha de pensamento, o enfermeiro clarifica os sinais e sintomas do início do trabalho de parto, incentiva a mulher a adotar a posição que mais conforto lhe proporciona ao longo do trabalho de parto, dando à parturiente um apoio contínuo e um ambiente calmo, com privacidade e segurança e essencialmente, compreensão de todo o processo da dor vivenciada pela mulher. Assim sendo, o enfermeiro ao permitir com a que parturiente tenha controlo sob o seu corpo, está a capacitá-la para que esta se aperceba o que vai acontecer em cada fase do trabalho de parto assim como, dar oportunidade de escolha da posição e dos métodos de alívio que lhe proporcionam um maior conforto possível. A intervenção de enfermagem é a ação de confortar e consequentemente, o conforto é o resultado dessa intervenção (Valdas 2016; Marques 2018).

Em síntese, a teoria do conforto de Katharine Kolcaba baseia-se nos seguintes pressupostos: o individuo têm respostas holísticas a estímulos complexos, consequentemente têm necessidade de satisfazer as suas necessidades básicas de conforto; o conforto é um resultado holístico, na qual motiva o indivíduo a adotar comportamentos que promovam a saúde e por último, as pessoas que participam ativamente na promoção da sua saúde, estão satisfeitas com os cuidados de saúde oferecidos (Froes, 2016).

Assim sendo, o conforto vivenciado pela parturiente, pessoa significativa e família, ao longo do trabalho de parto e parto tem de ser uma prioridade dos cuidados especializados e individualizados do EEESMO, tanto pelo apoio prestado durante todo o processo do trabalho de parto, como pela concretização de medidas de conforto. O EEESMO é considerado como uma fonte de suporte, capaz de criar um ambiente adequado, seguro e humanizado, para que a parturiente e pessoa significativa, possam vivenciar uma experiência positiva, sentindo-se respeitados e confortáveis, capazes de atingir a transcendência durante o trabalho de parto e parto. São inúmeras as vantagens que a parturiente e pessoa significativa sentem ao experienciarem o conforto nomeadamente, recuperação da força; poder pessoal; ânimo; bem-estar; crescimento; adaptação; desempenho; melhoria da qualidade de vida e por último da adaptação ao momento que se está a vivenciar (Dowd, 2004; Carraro et al., 2008; Froes, 2016; Valadas, 2016).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A excelência na prestação de cuidados é uma das prioridades do EEESMO, a qual é obtida através do recurso a processos de formação contínua e procura da evidência científica atualizada.

Com o objetivo de aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados individualizados e diferenciados à parturiente e pessoa significativa, realizou-se a presente Scoping Review.

3.1 SCOPING REVIEW

A *scoping review* caracteriza-se por ser um tipo de revisão que não visa analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos, assumindo como principais objetivos: mapear e sintetizar as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, delineando as principais fontes de evidência e destacando as tendências e padrões existentes (JBI,2020), permitindo clarificar as definições em estudo, bem como identificar os limites conceituais do tema (Antunes, 2019; Coelho et al., 2017).

Para a concretização da *scoping review*, intitulada de “A vocalização como medida de conforto no Trabalho de Parto”, procedeu-se à realização das seguintes etapas: formulação de uma questão de revisão; definição de critérios de inclusão e exclusão de estudos; localização dos registos pela pesquisa; seleção e avaliação dos estudos incluídos; extração, análise e síntese dos dados relevantes e apresentação e interpretação dos resultados

Assim, para dar início à *scoping review*, foi formulada uma questão de pesquisa, baseada na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC), segundo orientações do Joanna Briggs Institute (JBI): **“Quais os benefícios da vocalização enquanto medida de conforto da parturiente?”**

O principal objetivo desta revisão foi o mapeamento da evidência científica sobre a vocalização enquanto medida de conforto da parturiente, de forma a aprofundar e desenvolver competências no que diz respeito à integração da vocalização da parturiente durante todo o processo de TP.

Numa primeira etapa, e com base nos conceitos estipulados no PCC, foi iniciada a pesquisa na plataforma *EBSCO Host Integrated Search* nas bases de dados CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane Database of Systematic Reviews, foi também

realizada pesquisa na base de dados B-On e na literatura cinzenta. Foi pesquisado cada termo livre individualmente nas bases de dados através da CINHALL Subject Heading e MeSH. Posteriormente, foi realizada pesquisa nas bases de dados mencionadas, usando os termos e as palavras-chave adequadas ao estudo, tendo em conta o PCC (Apêndice I). Nos limitadores universais não foram feitas restrições uma vez que, o tema em questão é pouco estudado e se pretendia, efetivamente, mapear a evidência existente sobre a vocalização. Inicialmente foi adicionado o conceito-chave “conforto” que após a realização de pesquisa mostrou ser bastante redutor nos artigos encontrados, pelo que não se considerou a sua integração.

Deste modo, a pesquisa foi iniciada aplicando o booleano “OR” para cada termos indexado da População, Conceito e Contexto. Posteriormente, cruzou-se os resultados com o operador booleano “AND” e obteve-se um resultado da pesquisa. Não foi aplicado critérios limitadores da pesquisa, resultando assim o número de artigos para análise.

Na base de dados CINHALL a expressão de pesquisa foi a seguinte: (Expectant Mothers) **AND** (Vocal cords OR Music OR Music Therapy OR Singing OR Phonation OR Expiration OR Breathing exercises OR Valsalva’s maneuver) **AND** (Labor OR Labor Stage, first OR Labor Stage, Second OR Labor Stage, Third OR Childbirth OR Pushing Childbirth).

Na base de dados MEDLINE Complete a expressão de pesquisa foi a seguinte: Na base de dados MEDLINE COMPLETE: (Pregnant Women) **AND** (Vocal cords OR Music OR Music Therapy OR Singing OR Phonation OR Exhalation OR Breathing exercises OR Valsalva maneuver) **AND** (Labor Obstetric OR Labor Stage, first OR Labor Stage, Second OR Labor Stage, Third OR Parturition).

Na base de dados Cochrane Database of Systematic Reviews a expressão de pesquisa foi a seguinte: (Pregnant OR Pregnant Women OR Pregnant) **AND** (Vocal Toning OR Toning OR Music OR Music Therapy OR Singing OR Vowel sound OR Sound Therapy OR Sound OR Pushing OR Pushing techniques OR Phonation OR Open glottis OR Open cervix OR Expiration OR Breathing techniques OR Valsalva maneuver OR Spontaneous pushing OR Active pushing) **AND** (Labor OR Labor Stage, first OR Labor Stage, Second OR Childbirth OR Birth).

Após a concretização da estratégia de pesquisa anteriormente apresentada e indo ao encontro daquilo que foi previamente planeado, foram efetuadas as diferentes etapas para a identificação, triagem e leitura integral dos artigos incluídos por dois revisores

independentes. A esquematização destas etapas encontra-se apresentada no *PRISMA 2020 flow* (Fig.1).

Na etapa de *Identification*, foram identificados trezentos e vinte e quatro artigos, sendo que um foi excluído por estar em duplicado. Na fase seguinte, *Screening*, foram excluídos trezentos e treze artigos pela leitura do *titile* e *abstract*, posteriormente dos nove artigos elegíveis para análise, três foram excluídos devido ao contexto (R1). Na última, *Included*, foram incluídos seis artigos para o presente estudo.

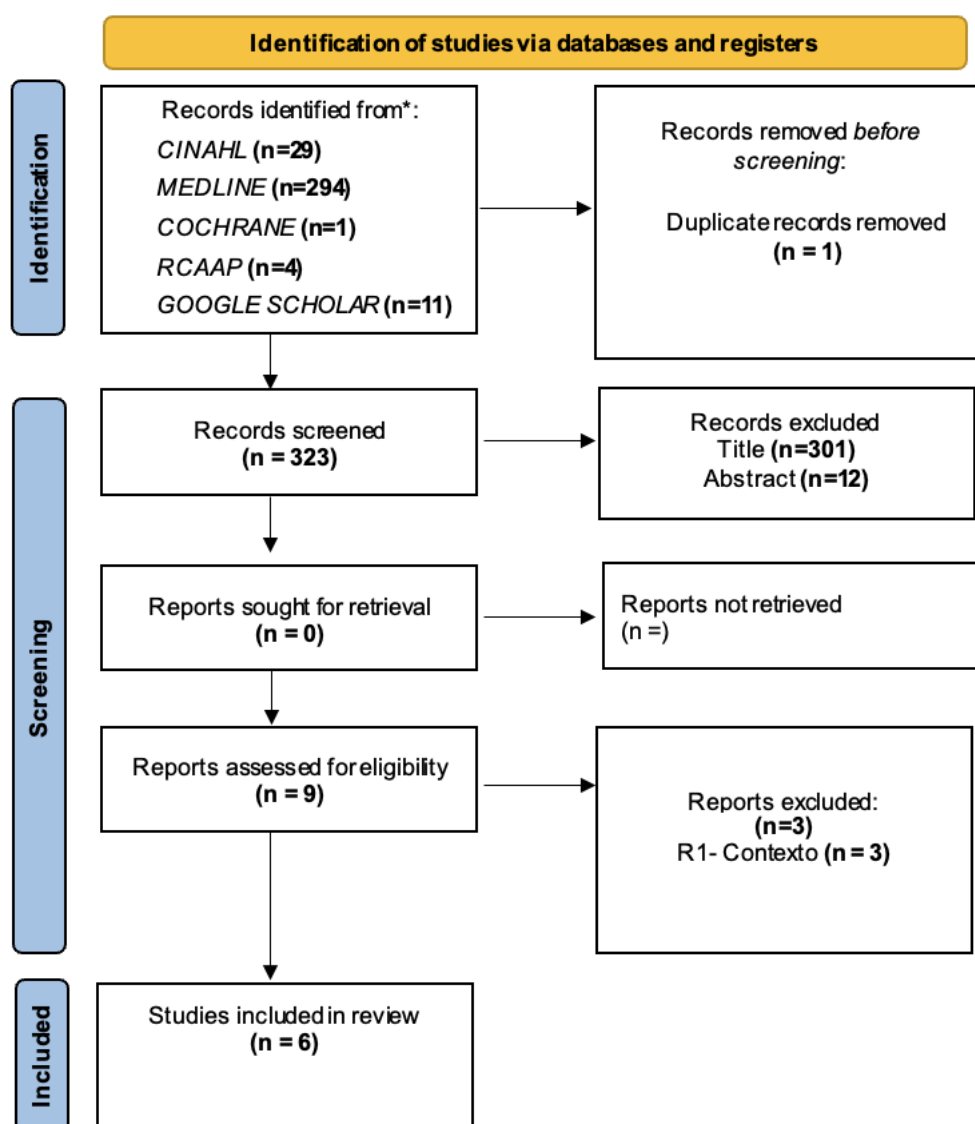


Figura 1: *PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only.*

Com vista a dar início ao processo de avaliação de conteúdo e, de forma a contribuir para o trabalho desenvolvido, foram analisados seis artigos. O *Data Extraction Instrument*, presente em Apêndice II, permitiu a análise dos artigos em nove dimensões e são estas: autor/es; ano de publicação; país de origem; objetivos; metodologia/métodos; fontes de pesquisa utilizadas; interpretação desenvolvida; nível de evidência alcançado e contributo para a questão de revisão.

3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A gravidez e o parto são um dos momentos mais importantes e marcantes da vida das mulheres, que provocam alterações físicas e emocionais no corpo.

A dor do parto é um fenómeno complexo, pessoal, subjetivo e multifatorial que é influenciado por fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e económicos (Qumer & Ghosh, 2019).

As mulheres durante o parto sentem stress, medo e ansiedade. Os níveis de ansiedade nas mulheres grávidas aumentam durante o trabalho de parto e dificultam o relaxamento. A ansiedade causa tensão nos músculos do pavimento pélvico, que desempenham um papel fundamental no trabalho de parto, e esta tensão muscular aumenta a dor. A ansiedade durante o trabalho de parto provoca a libertação de hormonas, que leva libertação de cortisol na circulação. Um nível elevado de cortisol provoca uma diminuição do fluxo sanguíneo na artéria uterina, levando à diminuição do fluxo sanguíneo na artéria uterina, o que faz com que as contrações parem e/ou abrandem (Cicek & Basar, 2017).

Os exercícios respiratórios simples podem ajudar a diminuir a dor do parto e o nível de ansiedade, tanto no período pré-natal como no trabalho de parto. O relaxamento aumenta o conforto e diminui o número de impulsos de dor que são reconhecidos pelo cérebro. Estas técnicas permitem ajudar a parturiente a concentrar-se em si e a concentrar-se na respiração, em vez de nas contrações uterinas, permitindo uma participação ativa no trabalho de parto e parto e a desenvolverem uma consciência interna do seu corpo (Qumer & Ghosh, 2019; Cicek & Basar, 2017). Estes autores, defendem que existe uma diminuição significativa da dor na primeira fase do trabalho de parto nas primigestas após a prática da técnica da respiração, pelo que é uma técnica eficaz na da diminuição da dor do parto.

Já no estudo de Leutenegger et al. (2022), observou-se que as técnicas de respiração e relaxamento melhoram a autoeficácia, diminuem a necessidade de apoio farmacológico, nomeadamente o uso de epidural, reduzem os níveis de dor do parto relatados. As mulheres que se sentem ativamente envolvidas durante todo o seu processo de trabalho de parto, podem ter uma maior sensação de controlo, do que aquelas que estão passivamente envolvidas. Observou-se ainda que, as mulheres que aprendem técnicas de respiração e relaxamento nas aulas de educação pré-natal têm melhores resultados maternos e neonatais nomeadamente, Índice de Apagar ao 5min superior a 7 (Leutenegger et al., 2022).

Os fatores que influenciam a duração da segunda fase do trabalho de parto, têm sido estudados para o desenvolvimento de recomendações, como por exemplo, os padrões respiratórios a adotar durante o período expulsivo do feto. Quanto maior a duração do período expulsivo, maior será a repercussão materno-fetal. A duração do período expulsivo do feto, pode influenciar o bem-estar materno-fetal e a integridade perineal. Araújo et al. (2020), afirmam que as parturientes ao realizarem o puxo espontâneo apresentam uma redução de cerca de 2-3 minutos no esforço expulsivo.

A duração do período expulsivo superior a 30 minutos a 1 hora, é um fator de risco para o aumento das morbidades maternas e neonatais, como a, hemorragia pós-parto, atonia uterina e lacerações cervicais e perineais. Estes autores ao analisarem pesquisas sobre a dor, ansiedade e fadiga materna no segundo período no trabalho de parto, não encontraram evidência científica concreta sobre a relação direta com o tipo de puxo realizado pela parturiente. No entanto, esses fatores podem influenciar a evolução do trabalho de parto, pois o stress causado por essas sensações, resulta de uma maior libertação de catecolaminas, ácidos gordos e ácidos lácticos, que podem reduzir a eficácia das contrações uterinas. Consequentemente, há uma maior probabilidade de haver um prolongamento do trabalho de parto, podendo provocar partos distócicos e/ou instrumentalizados, maior risco de hemorragia pós-parto, sofrimento fetal e uma experiência de parto menos positiva na mulher (Araújo et al., 2020).

Para as parturientes poderem realizar exercícios respiratórios no trabalho de parto, têm de ser instruídas por um profissional de saúde competente e com experiência na área. Assim, a técnica é limitada a 3 a 5 respirações uma vez que, o seu prolongamento provoca fadiga da musculatura respiratória e diminui significativamente os níveis de dióxido de carbono, podendo causar uma síncope (Araújo et al., 2020).

Existem dois tipos de puxos que a mulher realiza durante a segunda fase do trabalho de parto, com a glote aberta ou glote fechada. Cada um pode ser dirigido ou espontâneo (Baransinski & Vendittelli, 2016).

A técnica de puxar com glote fechada é também conhecida como a manobra de valsava. Na manobra de valsava ocorre uma elevada pressão abdominal devido à descida do diafragma, ajudando a mobilização do feto na descida, comprimindo o fundo uterino. Durante o parto, este tipo de puxo pode levar a várias alterações na circulação materno-fetal, como a diminuição da pressão sanguínea provocando a redução da perfusão placentária e por conseguinte, também a oxigenação fetal. Observa-se então a redução do pH e da pressão parcial do oxigénio ao nível da artéria umbilical. A manobra de valsava pode também trazer consequências a nível do pavimento pélvico, podendo causar incontinência urinária, problemas no pavimento pélvico e eventualmente, o prolapso. Para além disso, o aumento da pressão abdominal, acompanhada pela descida dos órgãos, provoca uma pressão sobre o períneo levando à sua contração. Perante isso, serão necessários esforços expulsivos maiores por parte da parturiente para expulsar o feto (Baransinski & Vendittelli, 2016).

Por outro lado, o puxo com a glote aberta, usa uma técnica de respiração lenta e envolve diferentes mecanismos musculares que visam reproduzir os reflexos expulsivos. Neste tipo de puxo, os músculos abdominais que contraem são os músculos transversos e oblíquos que ao comprimirem o útero de ambos os lados permitem a progressão do feto na descida. No puxo com a glote aberta o diafragma eleva-se, por conseguinte não há descida de órgãos, não há contração perineal e, portanto, não há resistência muscular perineal. Por conseguinte, durante a expulsão do feto, a parturiente não sustenta a respiração, nem o seu diafragma está sob tensão (Baransinski & Vendittelli, 2016).

Segundo Pierce (1998), a prática da vocalização pode apoiar a integração do “eu” e da voz durante o período de stress e crescimento da gravidez. O facto de a vocalização exprimir a respiração de uma forma tão simples, torna-a semelhante à respiração abdominal natural.

A vocalização tem qualidades que a tornam útil para a gravidez e para o parto. O uso da vocalização em meio hospitalar juntamente com a pessoa significativa pode

favorecer sentimentos de segurança e de proteção. O tom é refletido no corpo. A vocalização não provoca tonturas ou hiperventilação. Vocalizar durante uma expiração durante o trabalho de parto, pode dar à parturiente e seus cuidadores um feedback auditivo sobre o nível de relaxamento e estado mental e emocional da mulher (Pierce, 1998).

As mulheres e pessoas significativas podem recear que a voz durante o trabalho de parto seja considerada algo “fora do controle”. No entanto, quando a vocalização durante o trabalho de parto é compreendida e apoiada, não se trata de um grito aterrorizado (Lowe, 1996).

Assim sendo, a vocalização durante a gravidez e trabalho de parto permite às mulheres terem, uma maior capacidade de lidar com a dor, diminuindo assim, o uso de métodos farmacológicos, aumento da concentração, ligação com a natureza, vibração corporal, relaxamento, libertação emocional, diminuição da ansiedade e do medo, maior autoconfiança, consciência do poder, capacidade de controlar a energia a cada contração (Pierce, 1998).

Posto isto, é importante instruir o EEESMO sobre as técnicas de respiração, de forma a incentivá-las a ensinar e a treinar junto das mulheres grávidas.

Durante o trabalho de parto, a relação entre o conforto da parturiente e a sua vocalização pode variar de pessoa para pessoa. Algumas parturientes podem experimentar uma sensação de conforto ao vocalizar, enquanto outras podem preferir métodos mais silenciosos para saber lidar com o desconforto (Kolcaba, 2003; Pierce, 1998).

Assim sendo, a vocalização pode ser usada como:

- Forma de alívio, uma vez que muitas mulheres encontram alívio ao expressar as suas sensações durante o trabalho de parto;
- Ferramenta de foco e libertação da tensão, a vocalização pode ser utilizada como uma técnica respiratória que tem como objetivo promover a libertação acumulada;
- Preferência individual, é fundamental reconhecer e perceber que cada parturiente é única e as suas preferências em relação à vocalização podem variar;
- Apoio dos profissionais de saúde, a equipa durante o trabalho de parto, desempenha um papel crucial em oferecer suporte e opções adaptadas às preferências individuais de cada parturiente. É fundamental que o

EEESMO e médicos obstetras tenham em consideração na sua prática clínica sobre as necessidades e desejos da parturiente durante o trabalho de parto para oferecer o melhor conforto possível e uma experiência positiva no nascimento do seu filho.

O uso da vocalização, como medida de conforto durante o trabalho de parto, é uma escolha individual de cada parturiente e essa decisão deve ser respeitada e apoiada pelo EEESMO e médico obstetra, garantindo que a parturiente e pessoa significativa se sintam empoderados e apoiados nas suas decisões.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório de estágio retrata o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, no decorrer do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A realização deste relatório teve como finalidade proporcionar uma visão mais clara possível sobre aquilo que foi a experiência formativa ao longo do estágio bem como, retratar e refletir a finalidade das atividades desenvolvidas. O ato de refletir em todas as práticas desenvolvidas, com a constante procura de informações atualizadas sobre diversos temas, permitiu desenvolver em mim a prática reflexiva em todas as prestações de cuidados de enfermagem especializados.

A descrição de situações significativas e a realização da *scoping review*, permitiu ter consciência das necessidades de aprendizagem, da intervenção, das práticas observadas, das dificuldades sentidas e das estratégias adotadas para contornar essas mesmas dificuldades.

Ao longo de todo este percurso, foi dado destaque à promoção da vocalização da parturiente como medida de conforto durante o trabalho de parto e permitiu um aprofundamento do conhecimento sobre esta temática. Possibilitou o incremento dos conhecimentos ao nível da investigação e prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e especializados, baseados em evidência científica. Os conhecimentos adquiridos através da pesquisa realizada sobre o conforto nos diferentes tipos de contexto (físico, ambiental, psicoespiritual e social), permitirá fortalecer a prática de cuidados à parturiente e pessoa significativa, de forma que seja atingido por todas as parturientes e pessoas significativas, o conforto através da prática da vocalização e a humanização na assistência no trabalho de parto e parto.

No entanto, foram poucas as parturientes que estiverem recetivas ao uso da vocalização durante o trabalho de parto. Deste modo, considero que a vocalização deve ser integrada nos planos de cuidados do EEESMO, de forma a aumentar a literacia dos profissionais de saúde, da mulher/parturiente e pessoa significativa para desmascarar mitos sobre o uso da voz durante o TP e parto, promovendo assim o seu empoderamento. Ao mesmo tempo também proporcionava a oportunidade para que a pessoa significativa tivesse uma participação ativa durante o trabalho de parto e parto, caso fosse a sua vontade. Tudo isto, leva à promoção do conforto da parturiente, que vai de encontro à

temática escolhida, para esta ser também beneficiária de uma experiência positiva no nascimento, conforme recomendação da OMS (2018).

É importante capacitar a mulher para ter o papel principal durante todo o processo de trabalho de parto, sendo que deve ser incluída nas tomadas de decisão, sempre com base em informações fidedignas e evidência científica. Estas, devem ser fornecidas durante o período pré-natal, com o objetivo de alcançar ao máximo o seu conforto, a sua segurança física e emocional, a sua dignidade e a oportunidade de experienciar um parto único e positivo.

O tema da vocalização, foi um tema bastante desafiador por ser uma temática por mim desconhecida e devido à dificuldade em mapear a evidência científica disponível, pela carência de estudos científicos sobre a temática, sendo esta a maior limitação deste trabalho. Foram ainda limitações a pouca receptividade da mulher em praticar a vocalização durante o TP e parto, por não estar devidamente preparada sobre como executar e os benefícios que promovia tanto si, como no seu bebé.

A vocalização da parturiente, apesar de apresentar alguns benefícios, tanto maternos como neonatais, carece ainda de um maior investimento investigativo por parte dos EEESMO uma vez que, a literatura científica sobre o tema é reduzida.

Posto isto, considero ter alcançado todos os objetivos a que me propus inicialmente e que consegui desenvolver competências como EEESMO na prestação de cuidados de enfermagem especializados, autónomos e interdependentes, a todas as mulheres inseridas na família e comunidade, ao longo do seu ciclo de vida. A promoção da vocalização como medida de conforto na parturiente não termina por aqui uma vez que, perspetivo dar continuidade à investigação sobre esta temática, divulgando em congressos e junto dos pares os resultados obtidos com a minha investigação.

Considero que a realização desse projeto foi bastante importante para mim tanto a nível pessoal, como futura EEESMO uma vez que, me permitiu delinear desde início a minha aprendizagem através dos objetivos específicos que estipulei e suas atividades. Ao realizar este exercício, possibilitou-me adquirir e consolidar os conhecimentos teórico-práticos, de modo a poder prestar cuidados de enfermagem diferenciados e especializados.

É de salientar, que tive uma experiência bastante enriquecedora ao longo do estágio, tal como aconteceu com os estágios anteriormente realizados. A concretização do estágio, permitiu consolidar e adquirir novos conhecimentos teórico-práticos de forma

a conseguir adaptar, personalizar e individualizar os cuidados de enfermagem à população alvo e sua família, neste caso mais concretamente à mulher, pessoa significativa e família.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. B. (2010). *O toque vaginal como um procedimento impulsivo e o seu significado para as parturientes*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Almeida, N. A. M., Sousa, J. T., Bachion, M. M., & Silveira, N. de A. (2005). *Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição* (Vol. 13, Issue 1). www.eerp.usp.br/rlae
- Alves, D. F. C., Mourão, L. F., Marques, A. D. B., Branco, J. G. de O., Cavalcante, R. da C., & Albuquerque, R. A. de S. (2017). *Processo de humanização na assistência de enfermagem à parturiente: Revisão Integrativa* (Vol. 16, Issue 02).
- Antunes, C. A. R. M. C. (2019). *A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra*. <http://hdl.handle.net/10400.26/32158>
- Barasinski, C., & Vendittelli, F. (2016). Effect of the type of maternal pushing during the second stage of labor on obstetric and neonatal outcome: a multicenter randomized trial—the EOLE study protocol. *BMJ Open*, *6*(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012290>
- Başar, F., & Şeyma Hürata, S. (2018). The effect of pushing techniques on duration of the second labor stage, mother and fetus: A randomized controlled trial. *Science and education group International Journal of Health Services Research and Policy*, *3*(3), 123–134. <https://doi.org/10.23884/ijhsrp.2018.3.3.04>
- Beatriz, L., Acioli De Araújo, R., & Rio De Janeiro, S. (2017). *A Vocalização dos Direitos das Mulheres e o Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento: Narrativas de Mulheres sobre o Fórum Perinatal*. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25234>
- Cardoso A., Aires C., Machado S., Silva C., Grilo A.R. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P., & Bettencourt, G. R. (2020). Nursing diagnoses in hospitalized elderly patients based on Kolcaba's Comfort Theory. *Revista de Enfermagem Referência*, *5*(4), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20066>
- Carvalho, M. E. S., & Rodrigues, H. (2016). *A Musicoterapia e o Canto Pré-natal: Contributos nos cuidados de saúde materna* (Vol. 17). <http://hdl.handle.net/10362/43282>

- Cicek, S., & Basar, F. (2017). The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women. *Complementary therapies in clinical practice*, 29, 213–219. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.10.006>
- Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Duarte, S., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2017). The use of the aged simulation suit in nursing students: A scoping review. In *Revista de Enfermagem Referencia* (Vol. 4, Issue 14, pp. 147–158). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://doi.org/10.12707/RIV17050>
- Danford, K., & Mercein, J. (2018). The Birth Process and Voice Training: The Glorious Chorus: A Qualitative Pilot Inquiry. *Voice and Speech Review*, 12(1), 35–48. <https://doi.org/10.1080/23268263.2018.1417097>
- Danford, K., Roosevelt, L., Vroom, A., Harris, L., & Zielinski, R. (2023). Impolite Birth: Theatre Voice Training and the Experience of Childbirth. *Voice and Speech Review*, 17(2), 167–181. <https://doi.org/10.1080/23268263.2022.2137970>
- Díaz, L. G., Coserria, F., Costa, S., & Antiñolo, G. (2012). *Gestão Pré-Natal e Resultados da Taquicardia Juncional Estágotópica Acelerado e Hidropisia*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0066-782X2012001300017>
- Fernández, T. F. (2021). *Influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto* [Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus]. <http://hdl.handle.net/10174/29251>
- Ferreira, V. L. M. (2014). *Um percurso em análise retrospectiva: os esforços expulsivos maternos - quando e como puxar?* Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal* (5ª). Lidel, Edições Técnicas Lda.
- Gracio, A. L. R., Gracio, A. L. R., Silva, R. A. da, Silva, A. A. da, Lima, C. R. de, & Reis, D. F. dos. (2020). O cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: Contribuição do enfermeiro. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8958–8973. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-141>
- Greenleaf, S. J. (2019). *An exploratory study of the reaction of nurses to labor patients who vocalized pain*. https://scholar.colorado.edu/concern/graduate_thesis_or_dissertations/8049g527s
- Instituto de Geografia e Ordenamento do Território/ Centro de Estudos Geográficos. (n.d.). *Diagnóstico da população imigrante de Vila Franca de Xira*.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Spring Publishing Company.

- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory: a unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of nursing administration*, 36(11), 538–544. <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>
- Lã, F. M. B., & Sundberg, J. (2012). Pregnancy and the singing voice: Reports from a case study. *Journal of Voice*, 26(4), 431–439. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.010>
- Leutenegger, V., Grylka-Baeschlin, S., Wieber, F. *et al.* The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 856 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05178-w>
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. P. (2009). *Enfermagem na Maternidade* (7th ed.). Lusodidacta.
- Marques, A. R. M. (2021). *Guidelines da OMS sobre o 1º estágio do trabalho de parto e a realidade portuguesa: Uma revisão crítica* [Universidade Beira Interior]. <http://hdl.handle.net/10400.6/11313>
- Marques, M. A. P. (2018). *Experiência de conforto das parturientes: intervenções do enfermeiro obstetra*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/27955>
- Marx, V., & Nagy, E. (2015). *Fetal Behavioral Responses to Maternal Voice and Touch*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129118>
- Melo N. J. N. de. (2019). *Vocalização durante o período expulsivo do trabalho de parto para a prevenção de trauma perineal: Ensaio clínico randomizado*. <http://higia.imip.org.br/handle/123456789/600>
- Mendonça, P. P. de A., Vieira, L. B., Silva, V. L., & Zveiter, M. (2022). O uso da própria voz no trabalho de parto: um estudo fenomenológico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220215.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Realização de Cardiotocografia*. Parecer N.º 275/2010.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Materna*. 1–15.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Plano de Parto*. Parecer N.º 7/2012.

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica já se encontra disponível na área das Publicações.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.* 13560–13565.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Pedro, A., Sandra, A. & fevereiro, R. (2012). *Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar quinta da prata.*
- Peixoto, T. A. dos S. M., & Peixoto, N. M. dos S. M. (2017). *Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa.* 125–138.
<https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RIV16029>
- Perdigão, P. I. C. (2019). *O acolhimento da pessoa doente e família no serviço de urgência* [Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde].
<http://hdl.handle.net/10400.26/29283>
- Pierce, B. (1998). *The practice of toning in pregnancy and labor: participant experiences.* 4(2), 41–46.
- Qumer, S., & Ghosh, D. (2019). Effectiveness of Patterned Breathing Technique on Pain During First Stage of Labor-A Narrative Review. *Internacional Journal of Nursing Education, 11*, 60–62.
- Ribeiro, S. (2012). *Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar quinta da prata.* Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Russo, J., Nucci, M., Silva, F. L., & Chazan, L. K. (2019). Climbing volcanoes: Rereading pain in humanized childbirth. *Mana: Estudos de Antropologia Social, 25*(2), 519–550. <https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n2p519>

- Silva, S. D. P. da. (2018). *Literacia em Saúde Materna: Uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de parto e parto* [Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://web.esenfc.pt/?url=6cIjDnQM>
- Silveira, S. K., & Júnior, A. T. (2020). Monitorização fetal intraparto. In / *59 FEMINA* (Vol. 48, Issue 1). www.febrasgo.org.br/protocolos
- Soares, A. I. M. (2017). *Conceções dos Enfermeiros Especialistas- Contributos para a qualidade*. <http://hdl.handle.net/10400.26/18940>
- Sousa, C. A. R. (2018). *O enfermeiro de saúde materna e obstétrica no puerpério- Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem*. <http://hdl.handle.net/10400.26/23043>
- Souza, M. L. O., & Paiva, V. F. (2022). *Métodos não farmacológicos para alívio de dor em gestantes: Uma revisão da literatura* [Universidade Potiguar]. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/32365>
- Valadas, S. C. I. (2016). *O enfermeiro especialista na promoção do conforto da parturiente*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Wennberg, D. do C. R. L. (2012). *Multiculturalidade no trabalho de parto competência cultural do enfermeiro como factor facilitado na transição para a parentalidade da mulher imigrante*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/16016>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
- World Health Organization. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA

PROJETO DE ESTÁGIO IV – ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA NA SALA DE PARTOS

Mestranda: Ana Rita Rodrigues dos Santos – 150408006

Santarém, março de 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA

PROJETO DE ESTÁGIO IV – ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA NA SALA DE PARTOS

Mestranda: Ana Rita Rodrigues dos Santos – 150408006

Professora Orientadora:
Açucena Guerra

Santarém, março de 2023

INDÍCE

1. INTRODUÇÃO	63
2. PROJETO DE ESTÁGIO.....	66
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio IV- Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos, inserido no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, foi proposto a realização do seguinte projeto individual de estágio pela professora Açucena Guerra, titular da unidade curricular.

O Ensino Clínico IV irá decorrer no serviço de Bloco de Partos do Hospital de Vila Franca de Xira, e terá duração de 20 semanas, com início no dia 27 de fevereiro e término no dia 21 de julho de 2023. O estágio é acompanhado e orientado pela Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

O presente projeto individual de estágio que elaborei é composto pelos seguintes tópicos: competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica; objetivos específicos e suas respetivas atividades delineadas por mim para concretizar ao longo do ensino clínico, os recursos humanos e materiais que irei necessitar para dar resposta ao cumprimento dos objetivos e por último, a sua calendarização.

Para poder definir objetivos e as atividades a serem realizadas durante este ensino clínico, foi considerado o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

De acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019), as competências comuns são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. O mesmo documento esclarece que as competências específicas se caracterizam por competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Assim, as competências comuns estabelecidas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são, a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), o regulamento mencionado acima, refere que o mesmo deve prestar cuidados à mulher inserida na família no âmbito do planeamento família durante o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, doença ginecológica e ainda mulheres em idade fértil inseridas na comunidade.

De acordo com as competências do Enfermeiro Especialista e com as do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica defini dois objetivos geral para o projeto individual: Adquirir competências de EEESMO em todas as fases de trabalho de parto e parto, de forma a prestar cuidados especializados e individualizados à grávida, parturiente, recém-nascido e família. O segundo objetivo geral, será, elaborar um relatório de estágio final, alvo de discussão pública.

São objetivos específicos deste projeto:

- a) Integrar-me na equipa multidisciplinar da Sala de Bloco de Partos;
- b) Adquirir competências técnico-científicas e relacionais, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO na admissão, acolhimento da parturiente, grávida e família;
- c) Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 1º estágio do trabalho de parto;
- d) Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 2º estágio do trabalho de parto;
- e) Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 3º estágio do trabalho de parto;
- f) Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 4º estágio do trabalho de parto;
- g) Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO na otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- h) Adquirir competências técnico-científicas no domínio da melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

- i) Adquirir competências técnico-científicas no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados;
- j) Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Os objetivos acima mencionados estão calendarizados 3 momentos diferentes, nomeadamente na 5^a, 12^a e 20^a semanas de estágio, de forma a conseguir atingir os objetivos a que me propus de forma gradual.

O último objetivo elaborado está relacionado com a elaboração de um relatório de estágio, a ser desenvolvido no decorrer do estágio IV, baseado no presente projeto individual, refletindo o processo de aprendizagem através de um método auto formativo, reflexivo e de pesquisa sistemática, mobilizando o agir em contexto da prática clínica numa perspetiva de enfermagem avançada.

2. PROJETO DE ESTÁGIO

Competências	Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Calendarização
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2</p>	<p>Integrar-me na equipa multidisciplinar da Sala de Bloco de Partos do Hospital de Vila Franca de Xira;</p>	<p>→Conhecimento da estrutura física e disposição da unidade, bem como da forma de organização do Bloco de partos do HVFX, através de normas e protocolos;</p> <p>→Conhecimento e integração da dinâmica e método de trabalho das equipas multidisciplinares de maneira a prestar cuidados adequados, respeitando a forma de funcionamento da mesma;</p> <p>→Visita guiada pelos serviços na companhia da enfermeira cooperante;</p> <p>→Compreensão da dinâmica e método de trabalhar da equipa multidisciplinar;</p>	<p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>→Enfermeira Cooperante;</p> <p>→Equipa Multidisciplinar;</p> <p>→Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.</p> <p><u>Recursos materiais:</u></p> <p>→Protocolos e normas do serviço.</p>	<p>1ª semana de Ensino Clínico: De 28 fevereiro a 3 março de 2023</p>

		<p>→Demonstração de uma atitude e postura participativa, ativa e de interesse, de modo a promover o meu crescimento pessoal e profissional;</p> <p>→Criação de uma relação profissional e interpessoal com a equipa multidisciplinar e com as utentes e sua respetiva família;</p> <p>→Conhecimento dos protocolos e normas existentes no serviço bem como projetos implementados;</p> <p>→Conhecimento do circuito do internamento da grávida/ parturiente/ recém-nascido e acompanhante no bloco de partos bem como a articulação com outros serviços como Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, Neonatologia, bloco operatório, cuidados intensivos;</p>		
--	--	--	--	--

		<p>→Conhecimento e operacionalização de registos de enfermagem em impressos e boletins de registo como partograma, boletim de saúde da grávida, boletim de saúde infantil e juvenil, boletim de vacinas, entre outros</p> <p>→Conhecimento e domínio da forma como são realizados os registos de enfermagem no programa informático disponível no serviço (Glintt).</p>		
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	<p>Adquirir competências técnico-científicas e relacionais, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO na admissão, acolhimento da parturiente, grávida e família.</p>	<p>→Realização do acolhimento à grávida/ parturiente/ acompanhante, efetuando a minha apresentação e demonstrando disponibilidade desde a admissão no SUOG;</p> <p>→Esclarecimento e informação à grávida/ parturiente/ acompanhante sobre as normas e rotinas do serviço,</p>	<p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>→Enfermeira Cooperante;</p> <p>→Equipa Multidisciplinar;</p> <p>→Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;</p> <p>→Utentes grávidas/parturientes</p>	<p>Com colaboração até à 5ª semana de estágio, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até a 20ª semana.</p>

		<p>bem como apresentação do espaço físico e Recursos que podem usufruir;</p> <p>→Identificação do estado emocional e psicológico da grávida/ parturiente / acompanhante no que respeita às suas expetativas sobre trabalho de parto e parto;</p> <p>→Estabelecimento de uma comunicação assertiva e eficaz, adequando a linguagem ao nível sociocultural da grávida/ parturiente/ acompanhante;</p> <p>→Utilização dos princípios éticos e deontológicos associados aos cuidados de enfermagem;</p> <p>→Prestação de cuidados com base no respeito pela cultura, crenças, religião de cada grávida/ parturiente/ acompanhante;</p>	<p><u>Recursos materiais:</u></p> <p>→Sala de Partos.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>→Aplicação de estratégias de comunicação na prestação de cuidados a utentes que não falem língua portuguesa;</p> <p>→Elaboração da avaliação inicial da grávida e colheita de dados através da informação prestada pela equipa de enfermagem que fez a admissão da grávida/parturiente/ acompanhante no serviço de urgência de obstetrícia e Ginecologia ou consulta de obstetrícia e Ginecologia;</p> <p>→Conhecimento de características como antecedentes pessoais, antecedentes familiares, obstétricos e ginecológicos, idade gestacional, vigilância da gravidez, intercorrências na gravidez, observação e interpretação de resultados de exames, existência de plano de partos, entre outros;</p>		
--	--	--	--	--

		→Realização da observação física da grávida/ parturiente, incluindo o exame vaginal, a avaliação da estrutura pélvica e da estática fetal.		
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	<p>Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 1º estágio do trabalho de parto.</p>	<p>→Permissão da presença do acompanhante quando a grávida assim o desejar, e sempre que possível, de acordo com as normas do serviço;</p> <p>→Promoção de um ambiente calmo e acolhedor;</p> <p>→Esclarecimento de todas as dúvidas à grávida/ parturiente e acompanhante sobre a evolução do trabalho de parto, bem como informação de todos os procedimentos a serem executados, pedindo sempre autorização à grávida para prestação de cuidados;</p> <p>→Identificação da fase latente e da fase ativa, constituintes do 1º estágio do trabalho de parto;</p>	<p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>→Enfermeira Cooperante;</p> <p>→Equipa Multidisciplinar;</p> <p>→Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;</p> <p>→Utentes grávidas/parturientes</p> <p><u>Recursos materiais:</u></p> <p>→Sala de Partos.</p>	<p>Com colaboração até à 5ª semana de estágio, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até a 20ª semana.</p>

		<p>→Respeito pelo ritmo do trabalho de parto;</p> <p>→Informação à grávida/ parturiente e acompanhante sobre medicações não farmacológicas e farmacológicas para a dor disponíveis no bloco de partos;</p> <p>→Implementação e colaboração em técnicas não farmacológicas para alívio da dor e desconforto na grávida/ parturientes;</p> <p>→Implementação e colaboração em terapia farmacológica para o alívio da dor como administração de fármacos por via sistêmica, analgesia regional;</p> <p>→Administração de terapêutica que facilita, ou são necessários no decorrer do trabalho de parto;</p> <p>→Incentivo à liberdade de movimentos, promovendo a posição</p>		
--	--	--	--	--

		<p>vertical que favorece a evolução do trabalho de parto e parto natural;</p> <p>→ Incentivo ao uso da vocalização;</p> <p>→ Incentivo à micção frequente evitando a distensão vesical;</p> <p>→ Realização de esvaziamento vesical apenas em situações necessárias;</p> <p>→ Avaliação do bem-estar materno-fetal através de monitorização e interpretação do traçado CTG, vigilância de sinais vitais, realização de manobras de Leopold;</p> <p>→ Observação e interpretação das características do colo uterino de acordo com a escala de Bishop;</p> <p>→ Identificação da apresentação fetal, altura da apresentação (plano de Hodge), variedade, encravamento;</p>		
--	--	---	--	--

		<p>→Observação da integridade das membranas, se integras ou rotura espontânea ou artificial.</p> <p>→Interpretação e registo da evolução do trabalho de parto no partograma assim que se inicie a fase ativa;</p> <p>→Realização do registo de características e intervenções realizadas bem como de educação para saúde e diagnósticos de enfermagem identificados no programa informático existente no serviço (Glintt).</p>		
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	<p>Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 2º estágio do trabalho de parto.</p>	<p>→Promoção de um ambiente calmo e acolhedor, promovendo a privacidade da grávida/ parturiente/ acompanhante;</p> <p>→Permissão da presença do acompanhante, informando o mesmo das normas e procedimentos e como</p>	<p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>→Enfermeira Cooperante;</p> <p>→Equipa Multidisciplinar;</p> <p>→Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;</p> <p>→Utentes grávidas/parturientes</p>	<p>Com colaboração até à 5ª semana de estágio, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até a 20ª semana.</p>

		<p>pode colaborar com a parturiente e com a equipa profissional</p> <ul style="list-style-type: none">→Reconhecimento do período expulsivo;→Certificação que a sala de parto tem disponível e em funcionamento todos os materiais e equipamento (mesa de reanimação neonatal, monitor cardíaco fetal, fármacos de urgência entre outros);→Promoção de medidas de conforto e bem-estar, encorajar, elogiar e tranquilizar a parturiente;→Posicionamento da parturiente na posição mais confortável para si;→Reconhecimento da altura ideal para a parturiente realizar esforços expulsivos;	<p><u>Recursos materiais:</u></p> <p>→Sala de Partos.</p>	
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">→Realização de medidas que favoreçam o controlo do período expulsivo;→Identificação da apresentação, variedade, situação, grau de descida da apresentação e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal;→Observação da eficácia da contração uterina;→Administração de perfusão de oxitocina de acordo com prescrição ou protocolo do serviço;→Desinfeção do períneo;→Disposição da mesa de parto e abertura do kit de partos;→Colocação de toca, bata cirúrgica e luvas esterilizadas;		
--	--	--	--	--

		<p>→ Realização de esvaziamento vesical, quando necessário;</p> <p>→ Avaliação contínua da frequência cardíaca fetal em todo o processo;</p> <p>→ Percepção da necessidade de episiotomia, informando sempre a parturiente;</p> <p>→ Realização de manobra de proteção do períneo e de extração fetal</p> <p>→ Determinação da hora do nascimento;</p> <p>→ Realização de registos no programa informático existente no serviço (Glintt), partograma e boletim de saúde da grávida.</p>		
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2 B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p>	<p>Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem</p>	<p>→ Reconhecimento dos sinais de descolamento da placenta</p> <p>→ Execução da dequitação;</p>	<p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>→ Enfermeira Cooperante;</p> <p>→ Equipa Multidisciplinar;</p> <p>→ Estudante de Mestrado em</p>	<p>Com colaboração até à 5ª semana de estágio, com supervisão até à 12ª semana e de forma</p>

<p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3,</p>	<p>especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 3º estágio do trabalho de parto.</p>	<p>→ Observação do cordão umbilical;</p> <p>→ Confirmação da formação do globo de segurança de Pinard;</p> <p>→ Em caso de laceração, identificar o tipo de laceração de acordo com os tecidos lesados;</p> <p>→ Administração de anestesia local, em utente sem analgesia regional;</p> <p>→ Reparação do períneo por planos, identificando os tecidos a serem suturados;</p> <p>→ Realização da reparação perineal;</p> <p>→ Realização de promoção para a saúde através de ensinamentos sobre higiene perineal e prevenção de infeção local e sobre os lóquios;</p> <p>→ Realização de registos no programa informático existente no serviço</p>	<p>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;</p> <p>→ Utentes grávidas/parturientes</p> <p><u>Recursos materiais:</u></p> <p>→ Sala de Partos.</p>	<p>autónoma até a 20ª semana.</p>
---	---	---	---	-----------------------------------

		(Glantt), partograma e boletim de saúde da grávida.		
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3,</p>	<p>Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 4º estágio do trabalho de parto.</p>	<p>→ Promoção de um ambiente acolhedor, calmo, tranquilo, e facilitador da vinculação;</p> <p>→ Realização de promoção para a saúde, explicação sobre os procedimentos e Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>→ Promoção do contacto pele-a-pele, facilitador da vinculação;</p> <p>→ Demonstração de apoio para a amamentação, caso seja o desejo da puérpera;</p> <p>→ Vigilância e identificação precoce de complicações;</p> <p>→ Duas horas após o parto, realizar observação completa da puérpera e</p>	<p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>→ Enfermeira Cooperante;</p> <p>→ Equipa Multidisciplinar;</p> <p>→ Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;</p> <p>→ Utentes grávidas/parturientes</p> <p><u>Recursos materiais:</u></p> <p>→ Sala de Partos.</p>	<p>Com colaboração até à 5ª semana de estágio, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até a 20ª semana.</p>

		<p>recém-nascido e prestar cuidados de enfermagem</p> <p>→ Realização de registos no programa informático existente no serviço (Glantt);</p> <p>→ Realização da transferência da puérpera e recém-nascido para serviço de internamento;</p>		
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO:</p> <p>3.1, 3.2, 3.3,</p>	<p>Adquirir competências técnico-científicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO na otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</p>	<p>Promoção de um ambiente acolhedor, calmo e tranquilo para receber o recém-nascido;</p> <p>→ Verificação de todo o material necessário para receber o recém-nascido;</p> <p>→ Verificação do funcionamento da mesa de reanimação neonatal;</p> <p>→ Colocação da roupa e toalha em aquecimento para receber o recém-nascido;</p>	<p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>→ Enfermeira Cooperante;</p> <p>→ Equipa Multidisciplinar;</p> <p>→ Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;</p> <p>→ Recém-Nascido.</p> <p><u>Recursos materiais:</u></p> <p>→ Sala de Partos.</p>	<p>Com colaboração até à 5ª semana de estágio, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até a 20ª semana.</p>

		<ul style="list-style-type: none">→Prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido de acordo com as suas necessidades;→Executar contacto pele com a mãe logo que possível;→Determinação do índice de Apgar;→Realização da pesagem do RN;→Administração da vitamina K e da vacina VHB, se autorização da mãe;→Prestação de cuidados de conforto ao recém-nascido;→Promoção da vinculação do recém-nascido com pai e mãe;→Se recém-nascido com necessidade de ir para a mesa de reanimação neonatal, colaborar com pediatra;→Se houver necessidade, transferência do recém-nascido para a		
--	--	---	--	--

		<p>Unidade de Neonatologia e transmissão de informação à equipa de Neonatologia;</p> <p>→ Realização de registos no programa informático existente no serviço (Glintt), no boletim de saúde Infantil e Juvenil, no boletim de vacinas.</p>		
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p>	<p>Adquirir competências técnico-científicas no domínio da melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>	<p>→ Reflexão sobre a minha aprendizagem, crescimento e como se traduz na prestação de cuidados, através do pensamento crítico;</p> <p>→ Utilização da evidência científica para uma prestação de cuidados correta e adequada;</p> <p>→ Debate com a enfermeira cooperante sobre os aspetos a manter e aspetos a melhorar na minha prestação de cuidados de forma a crescer pessoal e como futura EEESMO;</p>	<p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>→ Enfermeira Cooperante;</p> <p>→ Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;</p> <p>→ Professora Orientadora.</p>	<p>Ao longo de todo o Ensino Clínico.</p>

		<p>→Realização de uma avaliação formal e intermédia com enfermeira cooperante e professora orientadora;</p> <p>→Elaboração relatório de estágio, refletindo nas experiências vivenciadas, atividades desenvolvidas e sobre o processo de aprendizagem, incluindo o tema em estudo.</p>		
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B3, C1, C2, Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	<p>Adquirir competências técnico-científicas no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados.</p>	<p>→Compreensão da metodologia e organização da Sala de Partos do Hospital de Vila Franca de Xira;</p> <p>→Compreensão da gestão de Recursos humanos e materiais da Sala de Partos do Hospital de Vila Franca de Xira;</p> <p>→Reconhecimento dos distintos e interdependentes papéis e funções da equipa multidisciplinar da Sala de Partos do Hospital de Vila Franca de Xira;</p>	<p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>→Enfermeira Cooperante;</p> <p>→Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.</p>	<p>Ao longo de todo o Ensino Clínico.</p>

		<p>→Observação e colaboração com a Enfermeira Cooperante na gestão, organização e reposição dos materiais necessários para a prestação de cuidados de saúde;</p> <p>→Implementação de métodos de organização de trabalho adequado, de forma a gerir o tempo e Recursos disponíveis;</p> <p>→Utilização dos Recursos disponíveis na Sala de Partos do Hospital de Vila Franca de Xira de forma eficiente, para promover a qualidade nos cuidados prestados;</p> <p>→Observação, colaboração e realização na verificação diária de funcionamento de carro de reanimação, sala operatória, e mesas de apoio de reanimação neonatal;</p>		
--	--	--	--	--

		<p>→Observação e colaboração na gestão de vagas do bloco de partos, de acordo com utentes que possam entrar do serviço de urgência e utentes a serem transferidas para o serviço de internamento de obstetrícia.</p> <p>→Aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;</p> <p>→Promoção de um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados com a equipa multidisciplinar.</p>		
<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B2, D1, D2</p>	<p>Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica.</p>	<p>→Identificação do tema a desenvolver no relatório final do ensino clínico;</p> <p>→Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática investigação, interpretação e discussão de resultados;</p> <p>→Realização de um relatório de estágio final;</p>	<p><u>Recursos humanos:</u></p> <p>→Enfermeira Cooperante;</p> <p>→Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;</p> <p>→Professora Orientadora.</p>	<p>Ao longo de todo o Ensino Clínico.</p>

		→Realização de reuniões de orientação e análise sobre o trabalho desenvolvido com a professora orientadora.		
--	--	---	--	--

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projeto torna-se bastante importante, no que diz respeito ao crescimento e melhoria de desenvolvimento pessoal e profissional enquanto estudante e futura Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. Com a elaboração do presente projeto, tenciono chegar ao fim das 20 semanas de ensino clínico com os objetivos, ou maioritariamente, todos cumpridos com sucesso.

O grande objetivo com a execução do presente projeto é enriquecer os meus Conhecimentos e adquirir novas aprendizagens e práticas, de modo a melhorar a minha prestação de cuidados. Tenho a ambição em aprender todos os dias, demonstrando disponibilidade e interesse em colaborar com a Enfermeira Cooperante.

Para a realização do presente projeto de estágio foi necessária a consulta e reflexão das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista de saúde materna obstétrica e ainda os programas da Direção geral de saúde, o que levou ao planeamento das atividades a desenvolver.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. Lisboa.

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Lisboa.

APÊNDICE II - Protocolo de *Scoping Review*

A vocalização como medida de conforto no Trabalho de Parto

Autores

1. Ana Rita Rodrigues dos Santos¹
2. Açucena de Jesus Galhanas Guerra²

Abstract

O ambiente primordial da vida pré-natal é caracterizado pela experiência do ritmo e vibração acústica, na qual a voz materna constitui um estímulo, que se destaca do fundo sonoro intrauterino. O canto pré-natal teve a sua origem a partir da implementação da psicofonia. A psicofonia permite trabalhar a postura corporal, o uso de vocalizos, vocalizações durante as contrações do parto e canções pré-natais. O parto é um momento único na vida da mulher, pelo que deve ser lembrado por muitas parturientes como uma experiência positiva ou negativa. O uso da vocalização por parte da parturiente durante o trabalho de parto apresenta resultados maternos e neonatais positivos. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ao ensinar e usar a técnica da vocalização junto da parturiente, promove o maior conforto possível na mulher e pessoa significativa e uma experiência positiva durante o período pré-natal, trabalho de parto e parto e período perinatal.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre a vocalização enquanto medida de conforto da parturiente.

Introdução:

O ambiente primordial da vida pré-natal é caracterizado pela experiência do ritmo e vibração acústica, na qual a voz materna constitui um estímulo, que se destaca do fundo sonoro intrauterino. O canto pré-natal teve a sua origem a partir da implementação da psicofonia. A psicofonia permite trabalhar a postura corporal, o uso de vocalizos, vocalizações durante as contrações do parto e canções pré-natais. O parto é um momento único na vida da mulher, pelo que deve ser lembrado por muitas parturientes como uma experiência positiva ou negativa. O uso da vocalização por parte da parturiente durante o trabalho de parto apresenta resultados maternos e neonatais positivos. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna

e Obstétrica ao ensinar e usar a técnica da vocalização junto da parturiente, promove o maior conforto possível na mulher e pessoa significativa e uma experiência positiva durante o período pré-natal, trabalho de parto e parto e período perinatal.

Crítérios de Inclusão:

Foram selecionados estudos publicados em português, inglês ou espanhol, com texto integral disponível e sem friso cronológico. Os participantes incluídos são parturientes. Os conceitos norteadores da pesquisa é a vocalização e como subconceitos associados à vocalização: cordas vocais, música, musicoterapia, canto, fonação, expiração, técnicas respiratórias/exercícios respiratórios, manobra de valsava, glote aberta, *spontaneous pushing*, outro conceito utilizado foi o conforto. Os estudos selecionados foram em contexto de trabalho de parto.

Métodos: Esta revisão sistemática da literatura foi realizada com base no protocolo de Scoping Review do Joanna Briggs Institute (2020).

Resultados:

A vocalização durante a gravidez e trabalho de parto permite às mulheres terem, uma maior capacidade de lidar com a dor, diminuindo assim o uso de métodos farmacológicos, aumento da concentração, ligação com a natureza, vibração corporal, relaxamento, libertação emocional, diminuição da ansiedade e do medo, maior autoconfiança, consciência do poder, capacidade de controlar a energia a cada contração. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ao praticar a vocalização promove junto da mulher a experiência e vivência de um Trabalho de Parto e Parto confortável, positivo e humanizado.

Conclusão:

A vocalização tem qualidades que a tornam útil para a gravidez e para o parto. O uso da vocalização em meio hospitalar juntamente com a pessoa significativa pode favorecer sentimentos de segurança e de proteção. O tom é refletido no corpo. A vocalização não provoca tonturas ou hiperventilação. Vocalizar durante uma expiração durante o trabalho de parto, pode dar à parturiente e seus cuidadores um feedback auditivo sobre o nível de relaxamento e estado mental e emocional da mulher.

Introdução

A gravidez e o parto são um dos momentos mais importantes da vida de toda a mulher, uma que vez, provocam alterações físicas e emocionais no seu corpo. A gravidez é uma das maiores imaginações por parte da mulher grávida, pessoa significativa e família. O parto nunca é igual e pode variar conforme a mulher e o parto (Qumer & Ghosh, 2019). O parto é considerado como um momento único na vida de uma mulher grávida, por esse motivo pode ser lembrado pelas parturientes como um momento de grande felicidade ou uma experiência dolorosa (Alves et al., 2017).

Entenda-se parturiente como uma mulher grávida inserida na família e comunidade em trabalho de parto, na qual recebe cuidados de enfermagem especializados, numa perspetiva individual, holística e como um ser de relação com o ambiente que vive e se desenvolve (Antunes, 2019).

O cuidado humanizado à parturiente resulta da relação dos os profissionais de saúde com a mulher/pessoa significativa e família, uma vez que o trabalho de parto é imprescindível para a mulher se tornar mãe. Desta forma, a humanização no momento do trabalho de parto implica mudança de atitudes e de rotinas por parte dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados. Sendo que, uma das competências recomendadas é que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) tenha a responsabilidade de assistir a mulher que vivência processos de saúde e/ou doença durante o trabalho de parto (Alves et al.,2017).

É neste seguimento que o EEESMO pode e deve intervir prestando cuidados especializados, individualizados e com qualidade. De acordo com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, (APEO) (2009), uma das prioridades do EEESMO é rever as práticas de cuidados e melhorar a qualidade dos cuidados prestado à parturiente

O momento do trabalho de parto (TP) é percecionado pelas mulheres como um momento de stress, medo e ansiedade o que dificulta o relaxamento da mesma, causando tensão muscular no pavimento pélvico e conseqüentemente, um aumento da dor sentida durante o trabalho de parto (Cicek & Basar, 2017).

Entende-se TP como, um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à contractilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. O TP divide-se em quatro estádios: dilatação, período expulsivo, dequitação e puerpério imediato, os quais têm característica e tempos bem definidos (Graça, 2017). O 2º estádio do trabalho de parto é o mais esperado e desejado pela

parturiente, com um misto de sensações e emoções, mas também o mais exigente fisicamente, com a execução de várias forças para a expulsão do feto.

Alguns exercícios respiratórios, o puxo espontâneo, e as vocalizações no momento de dor aguda são métodos não farmacológicos naturais, normais e reconhecidos como analgésicos e atenuantes de ansiedade durante o trabalho de parto por parte da parturiente (Ferreira, 2014), ajudam a parturiente a concentrar-se na respiração em vez de nas contrações, proporcionando uma participação ativa durante o parto (Cicek & Basar, 2017). A vocalização é uma técnica respiratória com a glote aberta, dando ênfase na expiração prolongada e com fonação nas vogais “A” e/ou “O” (Antunes, 2019) e pode ser usada pelas parturientes e, respetiva, pessoas significativas para ajudar no conforto, de forma a promover essencialmente o bem-estar materno-fetal (Ferreira, 2104).

O conforto segundo a teoria de Kolcaba (2003) é definido como uma experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental). Promover o conforto na prática de enfermagem é garantir a satisfação das necessidades de alívio; tranquilidade e transcendência, considerando o contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, pelo que é algo esperado pela mulher, como base no relacionamento entre esta e o EEESMO, através de intervenções do cuidar (Kolcaba, 2003; Valadas, 2016).

Assim sendo, compete ao EEESMO estabelecer um plano de cuidados individualizados tendo em conta os sentimentos, desejos e expectativas da mulher/ pessoa significativa e família.

Questão de Revisão

Quais os benefícios da vocalização enquanto medida de conforto da parturiente?

Palavras-chave

Parturiente; Vocalização; Conforto e Trabalho de Parto

Critérios de Elegibilidade

Participantes

P- Parturiente

Conceito

C- Vocalização

Contexto

C- Trabalho de Parto

Tipos de fontes

Foram considerados estudos de natureza quantitativa, qualitativa ou mista, primários e secundários, que responderam à questão de investigação. Foram excluídos todos os artigos que não continham os critérios de inclusão acima referidos.

Métodos

Esta revisão foi realizada de acordo com Joanna Briggs Institute® para a elaboração de Scoping Review.

Estratégia de pesquisa

Numa primeira etapa e com base nos conceitos estipulados na mnemónica PCC (Participantes, Conceitos e Contexto), foi iniciada a pesquisa com os termos livres na plataforma *EBSCO* host *Integrated Search* nas bases de dados CINHAL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane Database of Systematic Reviews, foi também realizada pesquisa na base de dados B-On e na literatura cinzenta. Foi pesquisado cada termo livre individualmente nas bases de dados através da CINHAL Subject Heading e MeSH 2023.

Posteriormente, foi realizada pesquisa nas bases de dados mencionadas, usando os termos e as palavras-chave adequadas ao estudo, tendo em conta o PCC (Apêndice I).

Nos limitadores universais apenas foi feita restrição no idioma.

Assim, a pesquisa foi iniciada aplicando o booleano “OR” para cada termos indexado da População, Conceito e Contexto. Posteriormente, cruzou-se os resultados com o operador booleano “AND” e obteve-se um resultado da pesquisa.

Na base de dados CINHAL a expressão de pesquisa foi a seguinte: (Expectant Mothers) **AND** (Vocal cords OR Music OR Music Therapy OR Singing OR Phonation OR Expiration OR Breathing exercises OR Valsalva’s maneuver) **AND** (Labor OR Labor Stage, first OR Labor Stage, Second OR Labor Stage, Third OR Childbirth OR Pushing Childbirth).

Na base de dados MEDLINE Complete a expressão de pesquisa foi a seguinte: Na base de dados MEDLINE COMPLETE: (Pregnant Women) **AND** (Vocal cords OR Music OR Music Therapy OR Singing OR Phonation OR Exhalation OR Breathing exercises OR Valsalva maneuver) **AND** (Labor Obstetric OR Labor Stage, first OR Labor Stage, Second OR Labor Stage, Third OR Parturition).

Na base de dados Cochrane Database of Systematic Reviews a expressão de pesquisa foi a seguinte: (Pregnant OR Pregnant Women OR Pregnant) **AND** (Vocal Toning OR Toning OR Music OR Music Therapy OR Singing OR Vowel sound OR Sound Therapy OR Sound OR Pushing OR Pushing techniques OR Phonation OR Open glottis OR Open cervix OR Expiration OR Breathing techniques OR Valsalva maneuver OR Spontaneous pushing OR Active pushing) **AND** (Labor OR Labor Stage, first OR Labor Stage, Second OR Childbirth OR Birth).

Seleção de estudo /Fonte de evidência

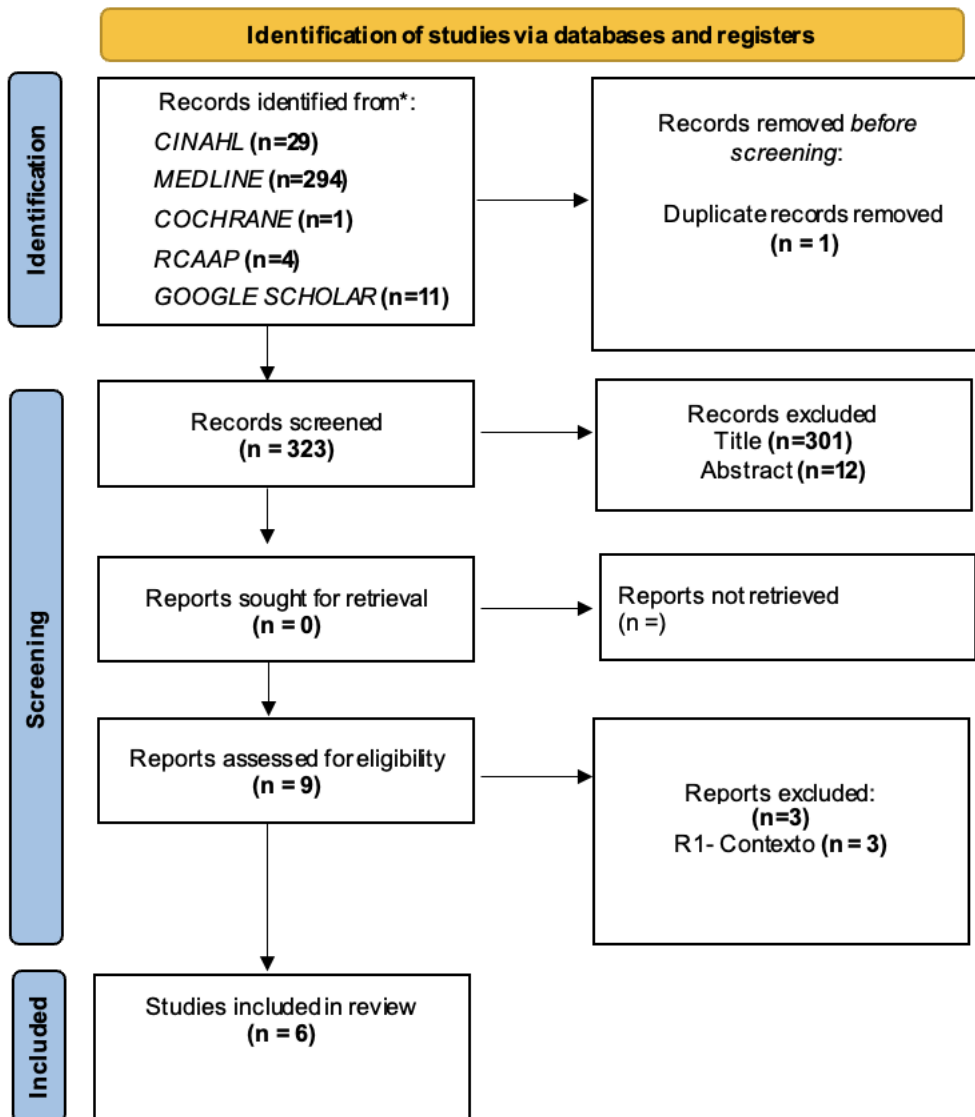
Após a concretização da estratégia de pesquisa e remoção dos estudos duplicados, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, por dois revisores independentes para uma correta avaliação em função dos critérios de inclusão para a revisão. Os artigos que cumpriam os critérios, foram extraídos na íntegra e as suas informações de relevância introduzidas no Sistema JBI[®] para a Gestão Unificada, Avaliação e Revisão de Informação (Aromataris & Munn, 2020).

A leitura integral dos artigos, tendo por base os critérios de inclusão, foi realizada por dois investigadores independentes. Os motivos de exclusão, por não cumprimento dos critérios de inclusão encontram-se explanados no relatório da revisão (Apêndice X).

Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo foram representados na íntegra na revisão final e apresentados numa extensão de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-analyses for scoping review* (PRISMA-ScR) (Figura 1).

Na etapa de *Identification*, foram identificados 324 artigos, sendo que 1 (tem de dizer, quantos em cada base de dados) foi excluído por estar em duplicado.

Na fase seguinte, *Screening*, foram excluídos trezentos e treze artigos após a leitura do *title* e *abstract*, posteriormente dos nove artigos elegíveis para análise, três foram excluídos devido ao contexto. A última fase, *Included*, foram incluídos seis artigos na presente revisão.



PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only.

Extração de Dados

Com vista a dar início ao processo de avaliação de conteúdo e qualidade metodológica e, de forma a contribuir para o trabalho desenvolvido, foram analisados seis artigos. O *Data Extraction Instrument*, presente em Apêndice II, permitiu a análise dos artigos em nove dimensões e são estas: autor/es; ano de publicação; país de origem; objetivos; metodologia/métodos; fontes de pesquisa utilizadas; interpretação desenvolvida; nível de evidência alcançado e contributo para a questão de revisão.

Para melhor perceção do contributo para a questão de revisão foram usados também os seguintes autores: Greenleaf (1963); Almeida (2005); Lã & Sundberg (2010); Melo (2019); Carvalho & Rodrigues (2016); Alves et al. (2017); Silva (2017); Basar & Hurata (2018);

Danford & Mercein (2018); Antunes (2019); Russo et al. (2019); Danford et al. (2022); Mendonça et al. (2022) e Paiva (2022), para fundamentar de forma mais completa os conceitos do mapa conceitual e o confronto que estes possibilitam com os resultados obtidos através dos artigos selecionados e analisados (Quadro 1).

Análise e apresentação de dados

As mulheres durante o parto sentem stress, medo e ansiedade por diversas razões, tanto físicas como emocionais, como por exemplo, medo do desconhecido, preocupação com saúde do seu filho, medo da dor, pressão social e expectativas, experiências passadas, alterações hormonais e, limitação do apoio social. Os níveis de ansiedade nas mulheres grávidas aumentam durante o trabalho de parto e dificultam o relaxamento. A ansiedade causa tensão nos músculos do pavimento pélvico, que desempenham um papel fundamental no trabalho de parto, e esta tensão muscular aumenta a dor. A ansiedade durante o trabalho de parto provoca a libertação de hormonas, que leva libertação de cortisol na circulação. Um nível elevado de cortisol provoca uma diminuição do fluxo sanguíneo na artéria uterina, levando à diminuição do fluxo sanguíneo na artéria uterina, o que faz com que as contrações parem e/ou abrandem (Cicek & Basar, 2017).

Os exercícios respiratórios simples podem ajudar a diminuir a dor do trabalho de parto e o nível de ansiedade. O relaxamento aumenta o conforto e diminui o número de impulsos de dor que são reconhecidos pelo cérebro. Estas técnicas permitem ajudar a parturiente a concentrar-se em si e na sua respiração, ao invés de nas contrações uterinas, permitindo uma participação ativa no trabalho de parto e o desenvolvimento de uma consciência interna do corpo (Qumer & Ghosh, 2019; Cicek & Basar, 2017). Estes autores, constataram nos seus estudos, que existe uma diminuição significativa da dor na primeira fase do trabalho de parto nas mães primigestas após a prática da técnica da respiração, pelo que é uma técnica eficaz na diminuição da dor do parto.

As técnicas de respiração e relaxamento melhoram a autoeficácia, diminuem a necessidade de apoio farmacológico, nomeadamente o uso de epidural, reduzem os níveis de dor relatados. As mulheres que se sentem ativamente envolvidas durante todo o seu processo de trabalho de parto, podem ter uma maior sensação de controlo do que as passivamente envolvidas (Leutenegger et al., 2022).

No estudo de Leutenegger et al. (2022), são observados melhores resultados maternos e neonatais, nomeadamente, Índice de Apgar ao 5º min superior a 7, peso à nascença acima de

2500g, quando as mulheres estão dotadas de técnicas de respiração e relaxamento nas aulas de educação pré-natal.

Em média, nas mulheres primíparas, o período expulsivo dura cerca de 20 a 60 minutos, nas mulheres múltíparas o período expulsivo pode demorar cerca de 5 a 30 minutos. No entanto, a duração do período expulsivo pode variar bastante de mulher para mulher. Fatores como, a posição do feto, a intensidade das contrações uterinas, a anatomia pélvica, entre outros, podem influenciar a durabilidade do período expulsivo (Cardoso et. al 2023).

A duração do período expulsivo superior a 30 minutos a 1 hora, são fatores de risco para o aumento das morbidades maternas e neonatais, como por exemplo, hemorragia pós-parto, atonia uterina e lacerações cervicais e perineias. Esta é influenciada pelos padrões respiratórios adotados durante o período expulsivo do feto. Quanto maior a duração do período expulsivo, maior a repercussão negativa do bem-estar materno-fetal e a integridade perineal (Ferreira, 2014 No estudo desenvolvido por Araújo et al. (2020), verificou-se que as parturientes ao realizarem o puxo espontâneo apresentam uma redução de cerca de 2-3 minutos no esforço expulsivo. No entanto, não conseguiram comprovar cientificamente a relação direta entre o tipo de puxo realizado, na diminuição da ansiedade e fadiga materna sentida no 2º estágio do TP. Por sua vez, estes fatores podem influenciar negativamente a evolução do trabalho de parto, pois o stress causado durante o TP, resulta de uma maior libertação de hormonas, que podem reduzir a eficácia das contrações uterinas (Ferreira, 2014).

Devido à ansiedade e fadiga materna, há uma maior probabilidade de haver um prolongamento do trabalho de parto, podendo provocar partos distócicos e/ou instrumentalizados, maior risco de hemorragia pós-parto, sofrimento fetal e uma experiência de parto menos positiva na mulher (Ferreira, 2014).

Para as parturientes poderem realizar exercícios respiratórios no trabalho de parto, têm de ser instruídas por um profissional de saúde competente e com experiência na área. Assim, a técnica é limitada a 3 a 5 respirações, uma vez que o seu prolongamento provoca fadiga da musculatura respiratória e diminui significativamente os níveis de dióxido de carbono, podendo causar uma síncope (Ferreira, 2014).

Existem dois tipos de puxos que a mulher realiza durante a 2º estágio do trabalho de parto, com a glote aberta ou glote fechada. Cada um pode ser dirigido (treinado) ou espontâneo (incentivado pela mulher) (Baransinski & Vendittelli, 2016).

A técnica de puxar com glote fechada é também conhecida como a manobra de Valsava. Na manobra de valsava ocorre uma elevada pressão abdominal devido à descida do diafragma, ajudando a mobilização do feto na descida, comprimindo o fundo uterino. Durante TP, este

tipo de puxo pode levar a várias alterações na circulação materno-fetal, como por exemplo, diminuição da pressão sanguínea provocando a redução da perfusão placentária e por conseguinte, também a oxigenação fetal. Observa-se então, a redução do pH e da pressão parcial do oxigénio ao nível da artéria umbilical. A manobra de valsava pode também trazer consequências a nível do pavimento pélvico, podendo causar incontinência urinária, problemas no pavimento pélvico e eventualmente, o prolapso. Para além disso, o aumento da pressão abdominal, acompanhada pela descida dos órgãos, provoca uma pressão sobre o períneo levando à sua contração. Perante isso, serão necessários esforços expulsivos maiores por parte da parturiente para expulsar o feto (Baransinski & Vendittelli, 2016).

Por outro lado, o puxo com a glote aberta, usa uma técnica de respiração lenta e envolve diferentes mecanismos musculares que visam reproduzir os reflexos expulsivos. Nesta técnica, os músculos abdominais que contraem são os músculos transversos e oblíquos que ao comprimirem o útero de ambos os lados permitem a progressão do feto na descida. Ao puxar com a glote aberta o diafragma elava-se, por conseguinte não há descida de órgãos, não há contração perineal e, portanto, não há resistência muscular perineal. Por conseguinte, durante a expulsão do feto, a parturiente não sustente a respiração, nem o seu diafragma está sob tensão (Baransinski & Vendittelli, 2016).

Durante o puxo espontâneo ocorre uma série de vocalizações, que resultam numa abertura parcial da glote. O puxo espontâneo permite uma progressão mais lenta e controlada do feto e como consequente, um alongamento gradual da musculatura perineal (Ferreira, 2014).

Segundo Pierce (1998), a prática da vocalização pode apoiar a integração do “eu” e da voz durante o período de stress e crescimento da gravidez. O facto de a vocalização exprimir a respiração de uma forma tão simples, torna-a semelhante à respiração abdominal natural.

A vocalização tem qualidades que a tornam útil para a gravidez e para o parto. O seu uso em meio hospitalar juntamente com a pessoa significativa pode favorecer sentimentos de segurança e proteção. O tom é refletido no corpo. A vocalização não provoca tonturas ou hiperventilação. Vocalizar durante uma expiração durante o trabalho de parto, pode dar à parturiente e seus cuidadores um feedback auditivo sobre o nível de relaxamento e estado mental e emocional da mulher (Pierce, 1998).

Assim sendo, a vocalização durante a gravidez e trabalho de parto permite às mulheres terem, uma maior capacidade de lidar com a dor, diminuindo o uso de métodos farmacológicos, aumento da concentração, ligação com a natureza, vibração corporal, relaxamento, libertação emocional, diminuição da ansiedade e do medo, maior autoconfiança, consciência do poder, capacidade de controlar a energia a cada contração (Pierce, 1998).

Posto isto, é importante instruir o EEESMO sobre as técnicas de respiração e promoção de conforto, de forma a ensinar e incentivar as mulheres a aplicarem estes métodos/ estratégias durante o TP, de forma a vivenciarem um parto positivo, satisfatório e confortável tanto para a mulher como para a pessoa significativa, família e recém-nascido.

Os autores acima mencionados, Pierce (1998); Baransinski & Vendittelli (2016); Cicek & Basar (2017); Qumer & Ghosh (2019); Ferreira (2020) e Leutenegger et al. (2022) abordam vários conceitos de relevada importância para a questão de revisão em estudo: “Quais os benefícios da vocalização enquanto medida de conforto da parturiente?”.

Financiamento

Não aplicável.

Conflitos de interesse

Nada a declarar.

Referências Bibliográficas

- Alves, D. F. C., Mourão, L. F., Marques, A. D. B., Branco, J. G. de O., Cavalcante, R. da C., & Albuquerque, R. A. de S. (2017). *Processo de humanização na assistência de enfermagem à parturiente: Revisão Integrativa* (Vol. 16, Issue 02).
- Antunes, C. A. R. M. C. (2019). *A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra*. <http://hdl.handle.net/10400.26/32158>
- Barasinski, C., & Vendittelli, F. (2016). Effect of the type of maternal pushing during the Second stage of labor on obstetric and neonatal outcome: a multicenter randomized trial—the EOLE study protocol. *BMJ Open*, 6(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012290>
- Başar, F., & Şeyma Hürata, S. (2018). The effect of pushing techniques on duration of the Second labor stage, mother and fetus: A randomized controlled trial. *Science and education group International Journal of Health Services Research and Policy*, 3(3), 123–134. <https://doi.org/10.23884/ijhsrp.2018.3.3.04>
- Ferreira, V. L. M. (2014). *Um percurso em análise retrospectiva: os esforços expulsivos maternos - quando e como puxar?* Escola Superior de Enfermagem do Porto

- Pierce, B. (1998). *The practice of toning in pregnancy and labor: participant experiences*. 4(2), 41–46.
- Qumer, S., & Ghosh, D. (2019). Effectiveness of Patterned Breathing Technique on Pain During First Stage of Labor-A Narrative Review. *International Journal of Nursing Education*, 11, 60–62.

Appendices
Appendix I: Search strategy

Elementos do PCC	Termos Livres	CINHAL Complete <u>Termos indexados</u>	MEDLINE Complete <u>Termos indexados</u>	Cochrane Database of Systematic <u>Termos indexados</u>
P Parturiente	Parturient Pregnant women Pregnant	Expectant Mothers	Pregnant Women	Parturient Pregnant women Pregnant
C Vocalização	Vocal Toning Toning Music Music Therapy Singing Vowel sound Sound Therapy Sound Pushing Pushing techniques Phonation	Vocal cords Music Music Therapy Singing Phonation Expiration Breathing exercises Valsalva´s maneuver Midwifery	Vocal cords Music Music Therapy Singing Phonation Exhalation Breathing exercises Valsalva maneuver	Vocal Toning Toning Music Music Therapy Singing Vowel sound Sound Therapy Sound Pushing Pushing techniques Phonation

	<p>Open glottis</p> <p>Open cervix</p> <p>Expiration</p> <p>Breathing techniques</p> <p>Valsalva maneuver</p> <p>Spontaneous pushing</p> <p>Active pushing</p>			<p>Open glottis</p> <p>Open cervix</p> <p>Expiration</p> <p>Breathing techniques</p> <p>Valsalva maneuver</p> <p>Spontaneous pushing</p> <p>Active pushing</p>
<p>C</p> <p>Trabalho de Parto</p>	<p>Labor</p> <p>Labor Stage, first</p> <p>Labor Stage, Second</p> <p><u>Labor Stage, Third</u> Childbirth</p> <p>Birth</p>	<p>Labor</p> <p>Labor Stage, first</p> <p>Labor Stage, Second</p> <p><u>Labor Stage, Third</u></p> <p>Childbirth</p> <p>Pushing (Childbirth)</p>	<p><u>Labor, Obstetric</u></p> <p>Labor Stage, first</p> <p>Labor Stage, Second</p> <p><u>Labor Stage, Third</u></p> <p><u>Parturition</u></p>	<p>Labor</p> <p>Labor Stage, first</p> <p>Labor Stage, Second</p> <p><u>Labor Stage, Third</u></p> <p>Childbirth</p> <p>Birth</p>

Appendix II: Data extraction instrument

Título Base de dados	Autores/Ano de publicação / País de origem	Objetivos	População/ Metodologia	Resultados
Effectiveness of Patterned Breathing Technique on Pain During First Stage of Labour – A Narrative Review <i>CINAHL Complete</i>	Shahnaj Qumer; Debalina Ghosh. 2019 Índia	Encontrar informações sobre a eficácia da técnica da respiração padronizada no trabalho de parto para reduzir a experiência dolorosa das mães.	Revisão da narrativa em que consistiu procurar evidência científica sobre eficácia da técnica da respiração na diminuição dor e ansiedade nas mães primigestas durante a primeira fase do trabalho de parto. A pesquisa inicial continha 1170 artigos, dos quais 279 artigos foram selecionados manualmente, 150 foram rejeitados devido à sua replicação na base de dados. Foram remoídas as réplicas e revistos 120 artigos. Foram rejeitados 114 estudos por não ter sido possível aceder ao texto integral. Assim, foram selecionados 6 artigos para o estudo, que incluem estudos quantitativos.	A gravidez e o parto são um dos momentos mais importantes e marcantes da vida das mulheres, que provocam alterações físicas e emocionais no corpo. A dor do parto é um fenómeno complexo, pessoal, subjetivo e multifatorial que é influenciado por fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e económicos. O parto nunca é igual e pode variar consoante a mulher e o tipo de parto. O exercício da respiração é um dos métodos não farmacológicos para diminuir a dor durante a gravidez e parto. Os exercícios respiratórios simples podem ajudar a diminuir a dor

				<p>do parto e o nível de ansiedade. O relaxamento aumenta o conforto e diminui o número de impulsos de dor que são reconhecidos pelo cérebro. Os autores concluem que existe uma diminuição significativa da dor na primeira fase do trabalho de parto nas mães primigestas após a prática da técnica da respiração, pelo que é uma técnica eficaz na da diminuição da dor do parto.</p>
--	--	--	--	--

Título Base de dados	Autores/Ano de publicação / País de origem	Objetivos	População/ Metodologia	Resultados
<p>Efficacy of spontaneous pushing with pursed lips breathing compared with directed pushing in maternal and neonatal outcomes: a clinical trial</p> <p><i>MEDLINE Complete</i></p>	<p>Ana Eulina Araújo; Alexandre Delgado; Juliana Netto Maia; Caroline Wanderley Souto Ferreira; Shirley Lima Campos; Andrea Lemos. 2020 Brasil</p>	<p>Avaliar a eficácia do puxo espontâneo comparado ao puxo dirigido, nos resultados maternos e neonatais.</p>	<p>Ensaio clínico quase-randomizado, com a participação de 62 parturientes de gravidez de baixo risco no 2º estágio do trabalho de parto.</p> <p>O estudo foi realizado numa maternidade em Recife.</p> <p>As parturientes foram alocadas de forma aleatória em dois grupos: grupo de controlo e grupo de intervenção.</p> <p>O grupo de intervenção, era o grupo que realizava o puxo espontâneo, enquanto o grupo de controlo realizava a manobra de valsava, durante o 2º estágio do trabalho de parto.</p> <p>Os critérios de inclusão foram parturientes de gravidez de baixo no 2º estágio do trabalho de parto, com idade entre os 19 e 45 anos de idade e 37 a 42</p>	<p>Quanto maior a duração do período expulsivo, maior a repercussão materno-fetal.</p> <p>A duração do período expulsivo do feto, pode influenciar o bem-estar materno-fetal e a integridade perineal.</p> <p>As parturientes ao realizarem o puxo espontâneo, apresentam uma redução de cerca de 2-3 minutos no esforço expulsivo.</p> <p>A duração do período expulsivo superior a 30 minutos a 1 hora, são fatores de risco para o aumento das morbidades maternas e neonatais, como por exemplo, hemorragia pós-parto, atonia uterina e lacerações cervicais e perineais.</p> <p>Ao analisar pesquisas sobre a dor, ansiedade e fadiga materna no 2º período no trabalho de parto, não há evidência científica concreta sobre a relação direta com o tipo de puxo</p>

			<p>semanas gestacionais. Foram excluídas grávidas múltiplas, com fetos mortos, história de analgesia, parto induzido e/ou uso de drogas psicoativas.</p>	<p>realizado pela parturiente. No entanto, esses fatores podem influenciar a evolução do trabalho de parto, pois o stress causado por essas sensações, resulta de uma maior libertação de hormonas, que podem reduzir a eficácia das contrações uterinas. Consequentemente, há uma maior probabilidade de haver um prolongamento do trabalho de parto, podendo provocar partos distócicos e/ou instrumentalizados, maior risco de hemorragia pós-parto, sofrimento fetal e uma experiência de parto menos positiva na mulher.</p> <p>Para as parturientes poderem realizar exercícios respiratórios no trabalho de parto, têm de ser instruídas por um profissional de saúde competente e com experiência na área. Assim, a técnica é limitada a 3 a 5 respirações, uma vez que o seu prolongamento provoca fadiga da musculatura respiratória e diminui</p>
--	--	--	--	--

				significativamente os níveis de dióxido de carbono, podendo causar uma síncope.
--	--	--	--	---

Título Base de dados	Autores/Ano de publicação / País de origem	Objetivos	População/ Metodologia	Resultados
<p>The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women</p> <p><i>MEDLINE Complete</i></p>	<p>Sevil Cicek; Fatma Basar. 2017</p> <p>Turquia</p>	<p>Avaliar os efeitos do treino de técnicas respiratórias nos níveis de ansiedade das grávidas e na duração do trabalho de parto.</p>	<p>Ensaio controlado aleatório. As grávidas foram divididas de forma aleatória em grupo de controlo e grupo experimental. O grupo experimental recebeu treino de técnicas de respiração na fase latente e estas técnicas foram aplicadas nas fases seguintes. Os níveis de ansiedade das grávidas foram avaliados três vezes no total. A duração do trabalho de parto foi</p>	<p>As técnicas respiratórias permitem ajudar a parturiente a concentrar-se em si e a concentrar-se na respiração em vez de nas contrações uterinas, permitindo uma participação ativa no trabalho de parto e parto e a desenvolverem uma consciência interna do seu corpo. Segundo evidência científica, as técnicas respiratórias são eficazes na diminuição da duração do trabalho de parto. As técnicas de respiração são consideradas os métodos mais eficazes, mais conhecidos e mais esperados para serem usados no futuro.</p>

			<p>considerada como a duração da primeira fase do trabalho de parto e a duração da segunda fase do trabalho parto.</p> <p>Critérios de inclusão: mulheres nulíparas com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos de idade; grávidas com 38-42 semanas de gestação; com um único feto saudável em posição vértice; com previsão de parto espontâneo, sem quaisquer complicações na gravidez e na fase latente do trabalho de parto.</p>	<p>Estas técnicas podem ser ensinadas no período pré-natal ou na fase latente do trabalho de parto. Assim sendo, é importante instruir as enfermeiras especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica sobre as técnicas de respiração, de forma a incentivá-las a ensinar e a treinar junto das mulheres grávidas.</p>
--	--	--	---	---

Título Base de dados	Autores/Ano de publicação / País de origem	Objetivos	População/ Metodologia	Resultados
<p>Effect of the type of maternal pushing during the Second stage of labour on obstetric and neonatal outcome: a multicentre randomised trial- the EOLE study protocol</p> <p><i>MEDLINE Complete</i></p>	<p>Chloé Baransinski; Françoise Vendittelli. 2016 França</p>	<p>Avaliar e comparar a técnica de puxar com a glote fechada (manobra de Valsava) versus com a técnica de puxar com a glote aberta durante a segunda fase do trabalho</p>	<p>Ensaio clínico multicêntrico e aleatório que compara a técnica de puxar com a glote fechada (manobra de Valsava) versus com a técnica de puxar com a glote aberta durante a segunda fase do trabalho de parto em 4 hospitais de França. A população deste estudo inclui mulheres grávidas que receberam instruções sobre ambos os tipos de puxo, que não foram submetidas a cesarianas anteriores e estão com gravidez de termo e têm planeado um parto vaginal.</p>	<p>Existem dois tipos de puxões durante a 2ª fase do trabalho de parto, com a glote aberta ou glote fechada. Cada um pode ser dirigido (treinado) ou espontâneo (incentivado pela mulher). A técnica de puxar com glote fechada é também conhecida como a manobra de Valsava. Na manobra de Valsava ocorre uma elevada pressão abdominal devido à descida do diafragma, ajudando a mobilização do feto na descida, comprimindo o fundo uterino. Durante o parto, este tipo de puxo pode provocar várias alterações na circulação materno-fetal, como por exemplo, diminuição da pressão sanguínea provocando a redução da perfusão placentária e por conseguinte, também a oxigenação fetal. Observa-se então a redução do Ph e da pressão parcial do oxigénio ao nível da artéria umbilical. A manobra de Valsava pode também trazer consequências a nível do pavimento pélvico, podendo causar incontinência urinária, problemas no pavimento pélvico e eventualmente, o prolapso. Para além disso, o aumento da pressão abdominal,</p>

acompanhada pela descida dos órgãos, provoca uma pressão sobre o períneo levando à sua contração. Perante isso, serão necessários esforços expulsivos maiores por parte da parturiente para expulsar o feto.

Por outro lado, o puxo com a glote aberta, usa uma técnica de respiração lenta e envolve diferentes mecanismos musculares que visam reproduzir os reflexos expulsivos. Neste tipo de puxo, os músculos abdominais que contraem são os músculos transversos e oblíquos que ao comprimirem o útero de ambos os lados permitem a progressão do feto na descida. No puxo com a glote aberta o diafragma eleva-se, por conseguinte não há descida de órgãos, não há contração perineal e, portanto, não há resistência muscular perineal. Por conseguinte, durante a expulsão do feto, a parturiente não sustenta a respiração, nem o seu diafragma está sob tensão.

Título Base de dados	Autores/Ano de publicação / País de origem	Objetivos	População/ Metodologia	Resultados
<p>The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review</p> <p><i>MEDLINE Complete</i></p>	<p>Vanessa Leutenegger; Susanne Grylka-Baeschlin; Frank Wieber; Deirdre Daly; Jéssica Pehlke-Milde.</p> <p>2022</p> <p>Suíça</p>	<p>Investigar os efeitos das técnicas de respiração e de relaxamento fornecidas nas aulas de educação pré-natal nos resultados maternos e neonatais.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura.</p>	<p>São observados melhores resultados maternos e neonatais (como por exemplo, Apgar ao 5min superior a 7, peso à nascença acima de 2500g), quando as mulheres aprendem técnicas de respiração e relaxamento nas aulas de educação pré-natal.</p> <p>As técnicas de respiração e de relaxamento durante a gravidez têm um impacto positivo no controlo da dor durante o parto, nomeadamente no uso de métodos não farmacológicos.</p> <p>O uso de métodos não farmacológicos permite às mulheres grávidas sentirem-se preparadas, calmas e capacitadas para o seu parto.</p> <p>As mulheres que praticam massagem e/ou métodos de relaxamento antes do parto, referem que estes métodos proporcionam uma maior sensação de alívio no trabalho de parto e parto.</p> <p>É de extrema importância fornecer informações e dar oportunidade às grávidas em aprender e praticar técnicas de respiração e relaxamento nas aulas de educação pré-natal.</p> <p>As mulheres que frequentaram aulas de educação pré-natal, afirmaram que os Conhecimentos sobre a gestão da dor e as possibilidades de intervenções não farmacológicas foram muito úteis</p>

				<p>durante o parto. Indicaram também que, os exercícios que aprenderam e as técnicas de respiração e relaxamento que podiam utilizar durante o trabalho de parto, foram uteis, permitindo-lhes lidar com a dor no parto.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Os resultados do estudo, fornecem evidência que as técnicas de respiração e relaxamento melhoram a autoeficácia, diminuem a necessidade de apoio farmacológico, nomeadamente o uso de epidural, reduzem os níveis de dor do parto relatados.</p>
--	--	--	--	---

Título Base de dados	Autores/Ano de publicação / País de origem	Objetivos	População/ Metodologia	Resultados
<p>The practice of toning in pregnancy and labor: participant experiences</p> <p><i>MEDLINE Complete</i></p>	<p>Beverly Pierce 1998 Estados Unidos da América</p>	<p>Entender as experiências das participantes relativamente à prática de vocalização durante a gravidez e trabalho de parto.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>A prática da vocalização pode apoiar a integração do “eu” e da voz durante o período de stress e crescimento da gravidez.</p> <p>O facto de a vocalização exprimir a respiração de uma forma tão simples, torna-a semelhante à respiração abdominal natural.</p> <p>Tanto a vocalização como a respiração lenta e profunda, fazem com que os ritmos naturais da respiração, do ritmo cardíaco e das cerebrais se coordenem automaticamente.</p> <p>A vocalização tem qualidades que a tornam útil para a gravidez e para o parto. O uso da vocalização em meio hospitalar juntamente com a pessoa significativa pode favorecer sentimentos de segurança e de proteção. O tom é refletido no corpo. A vocalização não provoca tonturas ou hiperventilação.</p> <p>Vocalizar durante uma expiração durante o trabalho de parto, pode dar à parturiente e seus cuidadores um feedback auditivo sobre o nível de relaxamento e estado mental e emocional da mulher.</p> <p>Os prestadores de cuidados das parturientes que as escutam, podem desenvolver intervenções durante a gravidez e trabalho de parto, de acordo com a duração do som, o tom, o volume, a colocação ou a direção da vibração, etc.</p>

				<p>Assim sendo, a vocalização durante a gravidez e trabalho de parto permite às mulheres terem, uma maior capacidade de lidar com a dor, diminuindo assim o uso de métodos farmacológicos, aumento da concentração, ligação com a natureza, vibração corporal, relaxamento, libertação emocional, diminuição da ansiedade e do medo, maior autoconfiança, consciência do poder, capacidade de controlar a energia a cada contração.</p>
--	--	--	--	---

APÊNDICE III – Sessão de formação em Serviço

A vocalização como medida de conforto no Trabalho de parto

Trabalho realizado por:
EEESMO Ana Rita Santos

26 de junho 2023



Plano de sessão

Preletora: Ana Rita Santos (Aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém).

Objetivo Geral: os Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, Bloco de Partos, Urgência e Consulta de Obstetrícia e Ginecologia sobre importância do papel do EEESMO no uso da vocalização como medida de conforto no trabalho de parto e parto.

Objetivos Específicos:

- ✓ Compreender a importância do uso da vocalização durante o trabalho de parto e parto;
- ✓ Compreender como se vocaliza junto da parturiente;
- ✓ Ensinar a parturiente a técnica da vocalização durante o trabalho de parto e parto;
- ✓ Restágioonhestágioer os benefícios da vocalização na fisiologia do trabalho de parto e parto.

Plano de sessão

<u>ETAPA</u>	<u>DURAÇÃO</u>	<u>CONTEÚDO</u>	<u>MÉTODO</u>	<u>PRELETORES</u>
<u>INTRODUÇÃO, ÍNDICE E PLANO DE SESSÃO</u>	2 minutos	<ul style="list-style-type: none">✓ Tema;✓ Objetivo geral;✓ Objetivos específicos.	<u>EXPOSITIVO</u>	Ana Rita Santos
<u>DESENVOLVIMENTO</u>	23 minutos	<ul style="list-style-type: none">✓ História da vocalização;✓ A vocalização na parturiente;✓ Benefícios do uso da vocalização durante o trabalho de parto e parto;✓ Intervenção do EEESMO		<u>Público-alvo:</u> Enfermeiros do serviço de Obstetrícia e Ginecologia, Bloco de Partos, Urgência e Consulta de Obstetrícia e Ginecologia
<u>CONCLUSÃO</u>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none">✓ Discussão		

1

A História da Vocalização

O ambiente primordial da vida pré-natal é caracterizado pela experiência do ritmo e vibração acústica, na qual a voz materna constitui um estímulo, que se destaca do fundo sonoro intra-uterino.

(Carvalho & Rodrigues, 2016)

O canto pré-natal teve a sua origem a partir da implementação da prática da psicofonia adaptada às características corporais, psicológicas e da preparação para o parto.

(Carvalho & Rodrigues, 2016)

A **Psicofonia** permite trabalhar a postura corporal, o uso de vocalizos, vocalizações durante as contrações do parto e canções pré-natais.

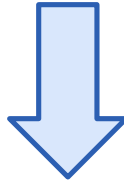
(Carvalho & Rodrigues, 2016)

2

Vocalização na Parturiente

Definição: A Vocalização é definida como um estágio de curso à técnica respiratória com a glote aberta, dando ênfase na expiração prolongada e com a fonação nas vogais “A” ou o “O”.

(Antunes, 2019)



-A fonação nas vogais “A” ou “O”, tem como objetivo facilitar às parturientes o aumento das expirações, permitindo o aumento da oxigenação e a concentração nas contrações.

-O uso das vocalizações, durante a fase de dilatação no trabalho de parto é uma das práticas que tem proporcionado um grande interesse tanto por parte das grávidas como pelos profissionais de saúde.

(Carvalho & Rodrigues, 2016)



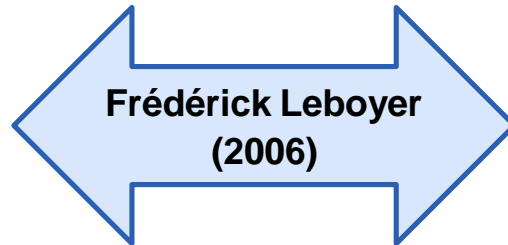
A vocalização da parturiente durante o 1º e 2º Estádios do TP é considerada uma prática promotora da fisiologia do parto normal e de uma experiência positiva e gratificante para a parturiente.

(Antunes, 2019)

2

Vocalização na Parturiente

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.




A respiração durante o TP deve ocorrer de forma instintiva por parte da parturiente, permitindo-lhes respirar lentamente e de forma regular, pelo máximo tempo possível, acompanhando a expiração de vocalizações.

(Antunes, 2019).

2

Vocalização na Parturiente



Bárbara Harper
(2016)

Vocalização como instintiva e natural em todo o TP e como um mestágioanismo fisiológico e potenciador do parto normal.

(Antunes, 2019)

Esta técnica respiratória no 2º Estádio 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.

(Antunes, 2019)

Neste tipo de respiração, os esforços expulsivos são iniciados com um volume pulmonar residual, acompanhados de expiração de ar e emissão de vocalizações que se potenciam à medida que a apresentação fetal percorre no canal de parto.

(Antunes, 2019)

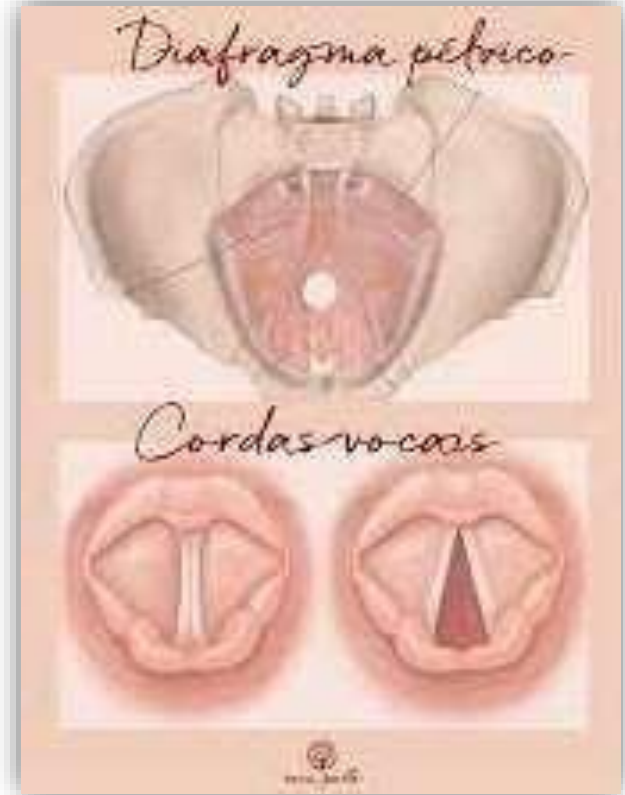
Para que a vocalização seja eficaz é necessário ter uma prática regular da técnica, de forma a promover e garantir uma produção vocal com qualidade e sincronizada com a contração de cada antestágio.

(Antunes, 2019)

A musculatura das cordas vocais está intimamente ligada à musculatura do diafragma pélvico.

Permitir à mulher vocalizar durante as contrações do trabalho de parto ajuda a relaxar a musculatura pélvica.

Além de fazer uma forte conexão da mulher com o seu interior, proporciona uma maior concentração e alívio da dor.



PRÁTICA DE VOCALIZAÇÃO

PARTO ATIVO



Pré-Natal

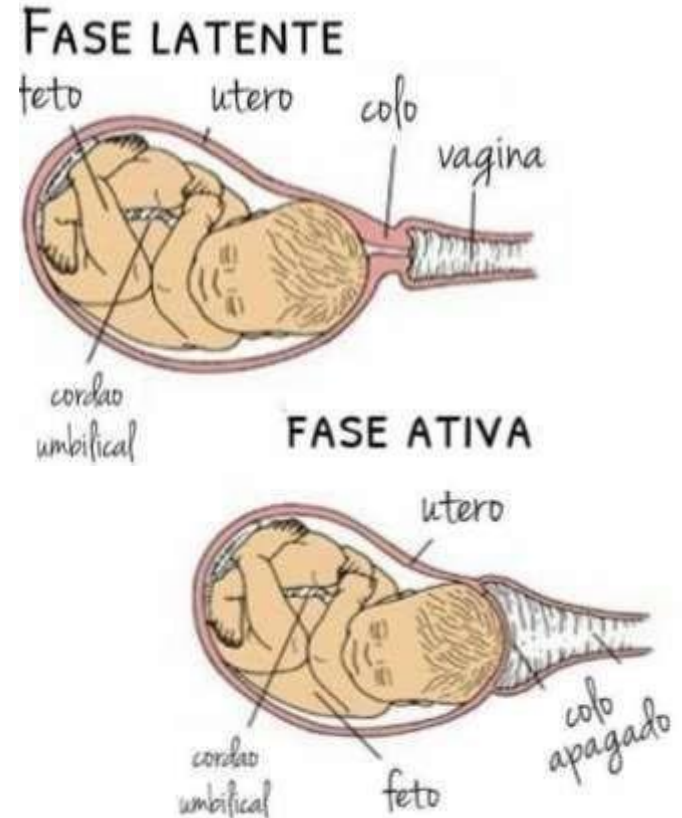
- Maior capacidade de lidar com a dor e sofrimento;
- Boa sensação de vibração corporal;
- Relaxamento;
- Libertação emocional;
- Diminuição da ansiedade.

(Melo, 2019)



1º Estádio do TP

- Gestão mais eficaz da dor;
- Manutenção da concentração durante as contrações;
- Vivência do lado instintivo da mulher no TP;
- Sensação de relaxamento;
- Gestão das emoções devido à diminuição da ansiedade associada à dor da contratilidade uterina;
- Sensação de *empowerment* da mulher e da pessoa significativa.



3

Benefícios da Vocalização durante o Trabalho de parto e parto

2º Estádio do TP

- Gestão mais eficaz da dor (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);
- Descida progressiva da apresentação fetal (através do aumento da pressão abdominal);
- Diminuição dos partos instrumentalizados;
- Promove a dinâmica uterina através da melhoria da perfusão útero-placentar;
- Maior satisfação materna com o período expulsivo e no pós-parto;
- Diminuição das complicações maternas e neonatais pós-parto;
- Menor risco de problemas génito-urinários;



3

Benefícios da Vocalização durante o Trabalho de parto e parto

2º Estádio do TP

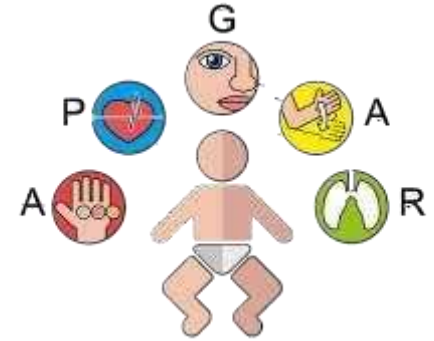
- Diminuição da incidência de episiotomia;
- Diminuição do número de lacerações perineais, Além da respiração, o tipo de força que a mulher faz no 2º estágio de TP é visto como uma tentativa de prevenir a laceração. A força exercida pela mulher pode ser feita através da manobra de valsava (puxo dirigido) e também com a glote aberta (puxo espontâneo). No entanto, é recomendada a OMS, realizar puxos espontâneos com a glote aberta, durante o período expulsivo;
- Melhora as características da laceração;
- Redução de edema perineal após o parto;
- Diminuição da dor perineal após o parto;



Período Perinatal

- Recém-nascido com índice *Apgar* mais elevado;
- pH arterial do cordão umbilical mais elevado;
- Diminuição da necessidade de reanimação neonatal e admissão da Unidade de Neonatologia.

(Melo, 2019)



4 Intervenção do EEESMO

- Promover uma relação terapêutica com a parturiente e sua família;
- Encorajar a parturiente a confiar no seu corpo e no seu instinto fisiológico;
- Promover junto da parturiente o seu papel ativo durante o Trabalho de Parto e Parto;

(Antunes, 2019)



4 Intervenção do EEESMO

- Promover o restágiourso às técnicas respiratórias de vocalização e aos esforços expulsivos espontâneos, de forma a adquirir uma experiência de parto positiva e gratificante, respeitando todo o processo fisiológico do Trabalho de Parto;
- Proporcionar um ambiente favorável na sala de partos de forma a não inibir a produção da vocalização por parte da parturiente.
- Integrar na sua prática diária de cuidados estratégias que promovam o ensino, instrução, treino e validação das parturientes para o uso da vocalização durante o trabalho de parto.

(Antunes, 2019)

O parto é um momento único na vida da mulher, pelo que pode ser lembrado por muitas parturientes como uma experiência positiva ou negativa.

(Antunes, 2019)

O cuidar de forma humanizada à parturiente é resultado da relação entre a parturiente e todos os profissionais de saúde que orodeiam.

(Antunes, 2019)

O EEESMO deve intervir de forma a prestar cuidados especializados, individualizados, com qualidade, respeitando sempre a cultura de cada parturiente. O EEESMO ao prestar este tipo de cuidados, proporciona às parturientes um parto normal, saudável e positivo.

(Antunes, 2019).

O uso da vocalização por parte da parturiente durante o trabalho de parto apresenta resultados maternos e neonatais positivos.

(Antunes, 2019).

Segundo evidência científica o restágiourso à vocalização é vivenciado pelas parturientes de uma forma positiva no que diz respeito ao controlo da dor, das emoções e sentimentos.

(Melo, 2019).

- Antunes, C.A.R.M.C. (2019). A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/32158>
- Carvalho, M.E.S; Rodrigues, H. (2016). A musicoterapia e o canto pré-natal: Contributos nos cuidados de saúde materna. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, N17. <http://hdl.handle.net/10362/43282>
- Melo, J.N.M. (2019). Vocalização durante o período expulsivo do trabalho de parto para prevenção de trauma perineal: Ensaio clínico randomizado. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira). Repositório Científico: <http://higia.imip.org.br/handle/123456789/600>

*Obrigada pela vossa
atenção*



APÊNDICE IV – Síntese de Registo de Atividades

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	302
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	302
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	42
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	1
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	1
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	10
• Episiotomia/Episiotomy	4
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	32
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	156
• Gravidez/Pregnancy (40)	
• Trabalho de parto/Labor	4
• Puerpério/Puerperium	4
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	105
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	105
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	20
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	8
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	x
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	x
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	x
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	x
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	x

Santarém, 14 de junho de 2024

Estudante/Student

Maria Rita Rodrigues dos Santos

Assinado por: ACUCENA DE JESUS GALHANAS
GUERRA

Professor/Teacher

Num. de Identificação: 12721674

Assinado por: Maria da Conceição Fernandes
Santiago

Num. de Identificação: 08560601

Coordenador do curso/The course coordinator