

Escola Superior de Saúde de Santarém

**A COMUNICAÇÃO COMO DETERMINANTE NA VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA – A PERCEÇÃO DAS MULHERES**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem De Saúde Materna e Obstétrica

Ana Catarina Ribeiro Oliveira

Orientação:

Professora Doutora Hélia Dias

dezembro de 2022

Agradecimentos

A **Deus**, pelo amor, cuidado, pela sua infinita bondade e proteção durante o meu caminho.

Aos meus **pais e irmãos**, pelo tempo que não lhes dediquei em prol deste projeto, pelo incentivo permanente, pelo amor e por terem sempre uma palavra de conforto nas fases mais difíceis deste percurso formativo. Especialmente à minha **mãe e prima Beatriz Oliveira** por abdicarem do seu escasso tempo para que pudessem ler e revisar este relatório.

Ao meu **noivo Cyril Inácio**, pelo incentivo contínuo, por nunca me ter deixado desistir e por todo o apoio, paciência e compreensão.

À **Diretora da Escola, e orientadora, Professora Hélia Dias**, pelo seu constante apoio e incentivo, pela sua disponibilidade, pela partilha de saberes, pelos desafios que promoveram crescimento pessoal e profissional, e sobretudo por acreditar em mim, no meu trabalho e pelo grande incentivo para terminar.

Às **mulheres/casais** pelo prazer de partilhar momentos tão emotivos e intensos, e em especial aquelas que participaram nas entrevistas realizadas, pela confiança que depositaram em mim ao revelarem suas experiências de parto, por partilharem seus sentimentos, suas tristezas e suas alegrias e por permitirem que eu expusesse suas respostas e seus depoimentos aqui, a minha profunda gratidão.

Às **enfermeiras EESMO, e a toda a equipa de Enfermagem do bloco de partos** onde se desenvolveu o ensino clínico, pela sua partilha de saberes, pela disponibilidade e dedicação ao longo do ensino clínico, pela oportunidade de crescer e aprender com a sua experiência profissional e saber de “perito”.

Às minhas **colegas de trabalho** por me terem ajudado a conseguir conciliar as responsabilidades profissionais e os horários de estágio e aos meus amigos pela compreensão, pela força transmitida mesmo na minha ausência.

Às minhas **colegas do 7º CMESMO** com as quais partilhei alegrias e tristezas...

A todas as **mulheres/RN/famílias** que partilharam comigo momentos muito especiais...

...sem vocês não seria possível a realização deste sonho...

A todos que de alguma forma contribuíram para este percurso, o meu sentido OBRIDADA.

Acrónimos/Siglas

BP – Bloco de partos

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

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

et al. - Entre outros

n.º - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDF – Portable Document Format

PP – Plano de Partos

RN - recém-nascido

SC – Scoping Review

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UG – Urgência Obstétrica

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

VO – Violência Obstétrica

Resumo

O parto é uma ocasião que por vezes traduz-se em receios e medos, em que se criam expectativas e no qual uma boa comunicação pode fazer a diferença num momento de maior vulnerabilidade em que se encontra a mulher. Com o objetivo de analisar em que medida a comunicação é determinante na Violência obstétrica na perceção das mulheres, foi utilizada como metodologia: a realização de uma *scoping review* e de um estudo qualitativo. Partindo da questão de revisão: Em que medida a mulher parturiente perceciona a comunicação como determinante na Violência Obstétrica? Na discussão recorreu-se à análise dos artigos selecionados provenientes da *Scoping Review*, interrelacionados com os dados que emergiram das entrevistas e a respetiva discussão, com o objetivo de ampliar a compreensão do estudo. Conclui-se que as mulheres no momento do parto e trabalho de parto criam expectativas que estão relacionadas com o medo do parto e com a liberdade de escolha. Desta forma, é cada vez mais importante que os enfermeiros EESMO ouçam as mulheres e tenham em consideração as suas escolhas e vontades e que através da comunicação sejam transmitidas informações adequadas para que estas possam tomar decisões de forma consciente, evitando qualquer tipo de violência.

Palavras-chave: Violência Obstétrica, Parturiente, Cuidados de Enfermagem, Parto humanizado

Abstract

Childbirth is an occasion that sometimes leads to worries and fears, in which expectations are created and a good communication can make a difference in a moment of greater vulnerability in which the woman finds herself. In order to analyze to what extent communication is determinant in obstetric violence in the perception of women, the methodology used was a scoping review and a qualitative study. Starting from the research question: To what extent the parturient woman perceives communication as a determinant in obstetric violence? In the discussion, we used the analysis of the selected articles from the Scoping Review, interrelated with the data that emerged from the interviews and the respective discussion, in order to broaden the understanding of the study. It is concluded that women at the time of labor and delivery create expectations that are related to the fear of childbirth and freedom of choice. Thus, it is increasingly important that the BESMOs listen to women and take into account their choices and desires, and that through communication, adequate information is transmitted so that they can make decisions consciously, avoiding any kind of violence.

*Key-words: Communication, Obstetric violence, Parturiente, Nursing Care, Humanized
birt*

Índice

INTRODUÇÃO	8
1 - Aprendizagens no bloco de partos	11
1.1 - Breve caracterização do contexto de estágio	11
1.2 - Reflexão sobre as atividades desenvolvidas no estágio	14
2 - Estudo situação problema: a comunicação como determinante na violência obstétrica	29
2.1 - Concetualização.....	29
2.2 - A teoria dos cuidados de Kristen Swanson	32
2.3 - Metodologia	34
2.3.1 - Scoping review	35
2.3.2 - Estudo qualitativo	45
2.4 - Análise e discussão de resultados	50
3 - Considerações finais.....	63
4 - Conflitos de interesse	64
5 – Referências bibliográficas	65
ANEXOS	73
ANEXO I – Projeto de estágio	74
ANEXO II – Registo das atividades desenvolvidas	106
.....	107
ANEXO III - Protocolo da scoping review.....	108
ANEXO IV - Identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis, por base de dados	117
ANEXO V – Guião de entrevista	119
ANEXO VI - Matriz de análise das Entrevistas.....	122
ANEXO VII – Parecer da Comissão de Ética.....	130
ANEXO VIII – Consentimento Informado	132

Índice

Lista de figuras

Figure 1- Prisma 2020 flow diagram	37
--	----

Lista de quadros

Quadro 1 - Limitadores Específicos	36
Quadro 2 - Síntese das evidências dos artigos incluídos da scoping review	38
Quadro 3- Grelha de análise	48

Introdução

O presente documento integra-se no âmbito da Unidade Curricular (UC): Estágio IV - Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos, inserida no plano de estudos do segundo ano do 7º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. Esta UC foi desenvolvida no serviço de Bloco de Partos (BP) sob a orientação científica-pedagógica da Professora Doutora Hélia Dias e sob a orientação clínica dos enfermeiros especialistas da prática.

Este estágio teve a duração de 20 semanas, com início a 3 de março e com término a 22 de julho de 2022, perfazendo um total de 760 horas, das quais 560 foram de contacto presencial no local de estágio. Correspondendo a um período de aprendizagem em que os objetivos são: prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença, integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à mulher parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença e elaborar relatório de estágio que será objeto de apreciação e discussão pública.

O relatório de estágio engloba duas componentes. A primeira parte apresenta uma análise reflexiva do percurso formativo à prática especializada, onde são descritas as atividades e competências desenvolvidas, as dificuldades encontradas e as estratégias para as ultrapassar. Bem como os fatores que contribuiram para a aquisição e desenvolvimento de competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais para prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres grávidas, parturiente, puérperas, recém-nascidos e famílias durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato. As atividades primeiramente foram expostas num Projeto Individual de Estágio, que se traduziu num guia para orientar e rentabilizar as experiências no contexto e desenvolver conhecimentos e competências para a prática clínica especializada.

A segunda componente contempla o estudo de uma situação/problema de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cujo tema foi identificado no início do estágio, de acordo com a necessidade e a realidade existente no respetivo contexto de estágio e com as motivações pessoais e profissionais. A área temática selecionada foi *A Comunicação como determinante na Violência Obstétrica – A perceção das mulheres*. A escolha do tema reflete o elevado interesse pessoal sobre o mesmo, dado que se considera ser importante desmistificar a perceção que as mulheres têm em relação à

comunicação como determinante na violência obstétrica (VO). Desde o início do estágio que a relação estabelecida com a mulher parturiente se baseou em adequar as intervenções de enfermagem às preferências e necessidades da mulher e ouvir aquilo que elas têm a dizer e sobretudo a explicar todos os procedimentos e ações que se tem para com elas de modo a não fazer nada sem a sua autorização. Isto para que as mesmas pudessem ter uma palavra e uma escolha a fazer para assim vivenciar um trabalho de parto satisfatório e, ao mesmo tempo seguro, indo ao encontro das suas expectativas. O interesse em relação à comunicação na violência obstétrica advém da experiência, testemunhos que a mestranda ouve e documentos que lê em que um dos aspetos que as mulheres mencionam é o facto de os profissionais de saúde não explicarem o que estão a fazer, não pedirem a autorização e desta forma considera-se que a comunicação possa ser um fator fundamental no apaziguamento desta temática. Sendo um tema cada vez mais atual e conhecido entre as mulheres e amplamente divulgado pela comunicação social considera-se muito pertinente esta temática. A partir da questão de revisão: Em que medida a mulher parturiente percebe a comunicação como determinante na Violência Obstétrica? foi utilizada como metodologia: a realização de uma scoping review (SC) e de um estudo qualitativo.

Pretende-se com este relatório, o desenvolvimento de novos saberes e competências do enfermeiro EESMO (Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica), sendo que os seus contributos abrem caminho para a descoberta de novas áreas de provável intervenção.

Desta forma, definem-se como objetivos gerais deste relatório:

- Refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas em contexto de estágio e o seu contributo no desenvolvimento pessoal e profissional na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica enquadrada na aquisição de Grau de Mestre;
- Analisar em que medida a comunicação é determinante na Violência obstétrica na percepção das mulheres.

Como objetivos específicos:

- Desenvolver uma análise reflexiva sobre as atividades e experiências do estágio IV realizado no bloco de partos que proporcionaram aquisição e desenvolvimento de competências;
- Desenvolver espírito crítico e reflexivo relativamente à prestação de cuidados especializados;

- Apresentar fundamentação enquadrada nos pressupostos da pergunta de investigação;
- Expor o processo de scoping review realizado com recurso a bases de dados científicos;
- Expor o estudo qualitativo realizado;
- Contribuir para a sensibilização e divulgação da importância da temática.

Na realização do relatório de estágio, utiliza-se as normas de referências bibliográficas da sétima edição da American Psychological Association (2020).

1 - Aprendizagens no bloco de partos

Este capítulo divide-se em dois subcapítulos. O primeiro subcapítulo em que será elaborada uma breve caracterização do contexto do estágio, pois para uma adequada prestação de cuidados é fulcral conhecer a sua estrutura física, a sua dinâmica funcional, organizacional e a sua população-alvo, para que se adaptem as intervenções de enfermagem tendo em conta as suas características, necessidades e especificidades.

O segundo subcapítulo consiste na reflexão sobre as atividades desenvolvidas no estágio, em que será realizada uma reflexão crítica sobre os cuidados prestados e o desempenho enquanto estudante do mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), tendo por base o projeto de estágio (Anexo I), que foi elaborado no início do estágio e contém os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas para os atingir, o respetivo cronograma e as competências a adquirir.

No Anexo II é possível encontrar o registo das atividades desenvolvidas.

1.1 - Breve caracterização do contexto de estágio

O estágio desenvolveu-se num hospital público, de acesso universal, integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O hospital de referência assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 184,6 mil habitantes distribuídos por 9 concelhos numa área de 3.500 Km². A distribuição da população da área de influência do hospital é composta por uma população muito envelhecida e ostenta uma dispersão rural bastante acentuada. Para além da sua área de influência, também presta cuidados a populações de outros concelhos num total de cerca de 233 mil habitantes.

Desde a publicação da Lei n.º 15/2014, do Livre Acesso de 21 de março, a procura do hospital mencionado tem vindo a aumentar e o bloco de partos/maternidade não é exceção.

O serviço de bloco pertence ao Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, que é constituído pelos serviços de Pediatria, Urgência Pediátrica, Ginecologia/Obstetrícia I, Obstetrícia II/Berçário/Neonatologia, Consulta Externa, Urgência Obstétrica (UO) e Ginecológica e Bloco de Partos (BP).

No mesmo espaço físico do BP está a UO e de Ginecologia composto por um gabinete destinado à triagem, uma sala para realização de CTG (Cardiotocografia), três gabinetes de observação médica e um serviço de observação com duas macas.

O bloco é composto por quatro salas de parto individuais, uma sala de bloco para cesarianas (que neste momento não está em funcionamento), uma sala denominada de recobro imediato (local destinado à mulher parturiente positiva para a COVID19 desde a pandemia), uma sala de recobro composta por cinco camas e uma “Open Space” que é um local comum à equipa de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais). Neste local encontram-se cinco computadores que dão apoio aos registos e demais necessidades de cuidados. Integra também material de apoio à prática clínica de enfermagem, com a farmácia do serviço, permitindo a preparação da medicação. Consiste também no espaço que alberga a central dos CTG, constituído por um ecrã grande possível de ver à distância através de vários pontos da sala e para além disso cada computador está ligado à central dos CTG o que permite estar a realizar os registos e estar a acompanhar de perto os CTG.

Cada sala de parto está equipada com o material essencial e à porta de cada sala está o material para a prestação de cuidados, quer à mulher parturiente, quer ao recém-nascido (RN), garantindo a qualidade dos mesmos. Estas salas possuem uma cama, transformável numa cama de parto no momento do período expulsivo, um cardiotocógrafo com fios e por wireless, uma mesa de reanimação neonatal para prestação dos primeiros cuidados ao RN, uma bancada de apoio com lavatório, rádio, televisão e uma casa de banho com duche. Os cuidados imediatos ao RN são prestados na sala de partos, na presença dos pais, promovendo a relação precoce da tríade e amamentação (se for desejo dos pais).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo a trabalhar ao longo dos últimos tempos nas recomendações essenciais para um parto natural e seguro, onde a centralidade da pessoa é fulcral, com as últimas a datar 2018. Pela sua importância, ilustram-se algumas observadas neste contexto:

- Presença e escolha de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto, sendo um direito da mulher parturiente tal como refere a Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, Assembleia da República (2019). O serviço de bloco de partos dispõe de condições físicas nas salas de parto para o acompanhante estar presente podendo acompanhar a mulher parturiente desde o início em que entra até à transferência para o internamento. Contudo, tendo o estágio ocorrido em tempo de pandemia COVID19,

apenas era permitida a entrada de um acompanhante, após um teste negativo tanto para a mulher parturiente como para o acompanhante e, recomendando-se a entrada no serviço, na fase ativa do trabalho de parto e parto, limitando as suas entradas e saídas como forma de redução do perigo de transmissão do vírus, tal como preconizado na orientação n.º 018/2020 (30/03/2020 e atualizada em 05/06/2020) da Direção Geral da Saúde ([DGS], 2020). Neste hospital a troca de acompanhantes não era permitida. No caso de cesariana eletiva ou urgente, não era autorizada a presença do acompanhante no serviço e só após a transferência para o serviço de obstetria é que era permitida a sua entrada, tanto no tempo de pandemia COVID19 como numa situação sem pandemia.

- O serviço de bloco de partos para além da farmacologia “clássica” dispõe ainda de medidas farmacológicas como a analgesia epidural/sequencial e não farmacológicas para alívio da dor: hidroterapia (duche), deambulação/movimentação, massagem, utilização da bola de Pilates e musicoterapia. Os enfermeiros EESMO incentivaram a utilização destas medidas, pelos vários benefícios resultantes do recurso a medidas não farmacológicas para alívio da dor, indo ao encontro das recomendações emanadas pela OMS (2018a) e pela OE (2019).

- Também é permitido que a mulher parturiente coma ou ingira líquidos claros como água, gelatina, chá açucarado (de acordo com o recomendado pela OMS, 2018a) tendo em conta a fase de trabalho de parto em que a mulher parturiente se encontre e o bem-estar materno-fetal.

- Uma das recomendações da OMS (2018), é que os RN sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover a amamentação tal como recomendado. Dessa forma, no BP foi promovido o contato pele a pele, a vinculação precoce entre a díade/tríade e a amamentação, conforme preconizado também no Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019).

- O puerpério imediato é realizado na sala de parto, no mesmo local onde ocorre o parto, em que se realiza a avaliação do tónus uterino abdominal pós-parto para identificação precoce da atonia uterina tal como é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018).

- Quanto aos Planos de Parto (PP), estes desempenham um papel importante, pois refletem as expectativas e decisões da mulher parturiente sobre o momento do parto podem e, devem ser esclarecidos e discutidos previamente com o enfermeiro

EESMO, durante o período pré-natal e durante os programas de preparação para o parto (OE, 2021). Estes podem ser enviados por e-mail e posteriormente são discutidos com o enfermeiro EESMO ou com o obstetra. Só são aceites planos de parto que não coloquem em risco o bem-estar materno-fetal, alertando para o facto de que pode haver a necessidade de negociação de alguns itens, situação contemplada pela Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro (Assembleia da República, 2019).

Em relação ao número de partos, estes têm vindo a diminuir gradualmente ao longo dos anos a nível nacional. Em Portugal nascem menos crianças hoje do que em gerações anteriores. De acordo com dados extraídos da PORDATA, registaram-se 219.164 nascimentos em Portugal em 1960, que caíram acentuadamente até à década de 90, atingindo 116.324 em 1990. No ano de 2021, os dados são ainda provisórios, mas conta-se um total de 78.890 partos (PORDATA, 2022). O número de partos eutócicos em 2020 relativamente ao ano 2019 diminuiu, sendo que no último ano houve um total de 39.473 partos eutócicos registados e em 2020 o número reduz para 37.654 partos eutócicos (números ainda provisórios), (PORDATA, 2022). Relativamente ao número de partos no contexto de estágio, no ano de 2020 para o ano de 2021 houve menos 37 partos, 1119 partos em 2020 e 1082 partos em 2021, sendo que em 2021 do total do número de partos, 551 foram eutócicos (<https://transparencia.sns.gov.pt/>). Tendo o hospital o número de partos mencionado, a equipa de enfermagem é composta por 3 enfermeiros em cada turno, sendo todos eles enfermeiros EESMO, encontrando-se enquadrada com o regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, que afirma que é recomendada a permanência de 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, por cada 1000 partos/ano (Regulamento n.º 743/2019, OE, 2019).

1.2 - Reflexão sobre as atividades desenvolvidas no estágio

Neste capítulo pretende-se avaliar e analisar criticamente as atividades realizadas e programadas para o estágio IV, tendo por base o projeto individual de estágio (Anexo I), onde foram definidos os objetivos e as atividades a desenvolver, com metas temporais específicas, tendo como base o Plano de Estudos do CMESMO, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019, OE, 2019) e os Padrões

de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2022) considerando a prestação de cuidados à mulher grávida/parturiente/puérpera, recém-nascido e acompanhante/família, dando resposta às necessidades e problemas do grupo-alvo, dentro da área de atuação da enfermagem.

Continuamente, será realizada uma avaliação sucinta do alcance dos objetivos propostos no plano mencionando.

O primeiro objetivo, ***integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Bloco de Partos do Hospital***, considera-se de extrema importância e foi definido no sentido de integrar a equipa multidisciplinar do serviço, uma vez que já se conheciam alguns dos seus membros, foi um aspeto facilitador na integração, uma vez que toda a equipa se demonstrou aprazível e simpática. Disposta a colaborar e a contribuir para a aprendizagem mesmo estando médicos internos que também necessitavam de atingir um número de partos. Existiu sempre consenso e não surgiram desentendimentos por ambas as partes sendo isso um fator positivo. Tornando a aprendizagem mais facilitadora provocado pelo bom ambiente que existiu entre a equipa profissional e o estudante contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e promovendo o desenvolvimento da melhoria contínua dos cuidados.

Um dos aspetos menos favorecedores foi o facto de se estar numa situação pandémica de COVID19 no início do estágio por esse motivo, houve a necessidade de ficar em isolamento profilático, o que atrasou ligeiramente a integração. Para além disso a enfermeira cooperante também ficou em isolamento durante um certo período do estágio o que levou à adaptação das atividades previstas e do tempo de realização das mesmas. Estas oscilações não favoreceram o percurso de estágio pois não existiu uma linha condutora de ensino e orientação inicial e, como cada um não conhecia especificamente em que ponto de situação se encontrava, parecia que se estava sempre a iniciar cada vez que se alterava de orientador. No processo de integração numa instituição deve ser proporcionada uma adequada adaptação ao estudante, promovendo a perceção do conjunto de normas, valores e objetivos estabelecidos pela mesma de modo a contribuir para o seu desenvolvimento (Carvalho, 2016). Contudo, o tempo de pandemia exigiu o desenvolvimento de competências de adaptação, resiliência e abertura a novas realidades, o que foi experienciado desde o início do estágio.

No que diz respeito à operacionalização dos registos no sistema e programas informáticos utilizados na instituição (SClinic), ao preenchimento dos impressos e

boletins de registo de saúde, não foram sentidas dificuldades, pelo conhecimento prévio dos mesmos.

Deste modo, considera-se que os aspetos dificultadores e facilitadores conseguiram integrar e perceber o método de organização da equipa multidisciplinar e do serviço, sendo possível adquirir-se as competências propostas, para uma prática profissional ética e legal na área de especialização, trabalho em equipa e tomada de decisão conjunta, desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade (OE, 2019b), e por isso o objetivo foi alcançado.

O objetivo, ***desenvolver competências a nível da área da gestão de recursos e de cuidados, com vista à otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem*** foi definido em alinhamento com as competências de gestão (OE, 2019b). A competência de gestão do enfermeiro especialista, prevista pela OE (2019b), integra uma conceção complexa que requer o envolvimento de diversas competências como: motivação da equipa, liderança, relacionamento interpessoal e comunicação, que garantam a qualidade dos cuidados e prevê a otimização de resposta da equipa na prestação de cuidados.

Este objetivo foi subdividido em gestão de recursos e gestão de cuidados. Na gestão de recursos foram realizadas, observações e acompanhamento na gestão dos recursos materiais: na identificação da forma de reposição, acondicionamento e manutenção dos recursos existentes, bem como a sua distribuição; rentabilização, prazos de validade; no conhecimento da gestão dos resíduos produzidos no BP e na utilização de recursos de forma eficiente para promover a prestação de cuidados de qualidade. Quando um enfermeiro retira uma medicação do armário deve registá-la no serviço informático (no computador), de maneira a dar baixa no stock. Desta forma, a farmácia tem conhecimento de quantos produtos precisa de repor. Segundo Angerer (2005 citado por Costa, 2013) o sistema de gestão de stocks tem como função equilibrar a procura e a oferta. Os recursos materiais de uso clínico também são repostos pelo armazém. A existência de stocks permite que o processo de consumo seja independente no processo de abastecimento (Crespo, 2010 citado por Costa, 2013). Sempre que seja necessário um material ou medicação que não se encontra dentro dos stocks previamente definidos é efetuado um pedido urgente (ou não) para que o mesmo seja entregue ao serviço ou é solicitado a outro serviço e é realizado um vale como prova do mesmo. Desta forma, o enfermeiro gestor deve ser empreendedor e deter conhecimentos técnico-científicos com capacidade de gerir os recursos disponíveis e os

custos da instituição (Aragão et al, 2016). Todas estas atividades realizadas foram uma mais-valia, sobretudo por existir a oportunidade de acompanhar a enfermeira cooperante que por diversas ocasiões assumiu a gestão do turno, supervisionou a utilização de equipamentos e materiais e reportou situações de avaria ou mau funcionamento à enfermeira-chefe.

Relativamente à gestão dos cuidados houve uma participação ativa na gestão de vagas entre os serviços de urgência de obstetrícia e ginecologia, o BP e internamento de obstetrícia bem como na gestão de vagas, em casos de utentes COVID19 positivas. Estas atividades foram importantes de acompanhar para enriquecimento profissional. Um dos grandes desafios foi, por vezes, quando o serviço estava cheio priorizar as atividades, de forma a gerir o tempo. Foi realizado o plano de cuidados em cada turno e garantida a confidencialidade e privacidade de todas as utentes.

A prestação dos cuidados de enfermagem é realizada através do método individual de trabalho, ou seja, o enfermeiro é responsável pela prestação dos cuidados globais dos utentes que lhe estão atribuídos (Costa, 2001). No entanto toda a equipa tem um elevado espírito de entreaajuda, e apesar da mulher internada estar à responsabilidade de um enfermeiro, toda a equipa colabora na prestação de cuidados à mesma.

Deste modo considera-se que o objetivo foi atingido.

Quanto ao objetivo, ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no acolhimento da mulher grávida / parturiente / acompanhante no Bloco de Partos, tentando promover o seu bem-estar e conforto***, as atividades propostas foram atingidas, nas primeiras semanas, com auxílio da enfermeira cooperante e, posteriormente, de forma autónoma. Considera-se o momento do acolhimento um momento fulcral na relação enfermeiro-utente para a promoção de uma prática de qualidade. Por esse motivo existiu um especial cuidado ao longo da prática profissional que se aplicou neste estágio, aplicando-se o mesmo agora com outros olhos, os olhos de enfermeira EESMO. Pois este deve possuir competências relacionais e comunicacionais que possibilitem transmitir segurança, demonstrar empatia e promover o conforto à mulher grávida e à pessoa significativa (Fonseca, 2016). Considera-se que a atitude, aquela primeira impressão que se tem com a pessoa, neste caso com a mulher parturiente é determinante no envolvimento e gestão do trabalho de parto. O acolhimento, em contexto pandémico, teve um perfil diferente do habitual. Presentemente, as mulheres grávidas/parturientes eram admitidas sozinhas, pois

apenas era é permitida a entrada do acompanhante mais tarde como já foi referido anteriormente. O acolhimento é um aspeto importante na humanização do parto, ou seja, a receção da mulher implica assumi-la como alvo dos cuidados, ouvir as queixas permitindo que ela expresse as preocupações e angústias (Toral et al., 2019). Deste modo, todas as vezes que se admitiu mulheres grávidas/parturientes/acompanhantes no serviço do bloco de partos, houve o cuidado de fazer uma apresentação, de apresentar a unidade e explicar todos os equipamentos que estão implicados, demonstrando disponibilidade física e emocional, promovendo um ambiente acolhedor no sentido de estabelecer uma relação empática e terapêutica, tal como defendido pela OE (2015). Existiu um à vontade por parte da mestranda no momento de admissão/acolhimento, sendo valorizado esse aspeto, uma vez que é muito importante saber colocar-se do outro lado. Houve situações mais difíceis de solucionar, cada vez que foram admitidas mulheres grávidas de diferentes nacionalidades, nesses momentos a relação e o acolhimento criada foi diferente devido às barreiras linguísticas, admitiu-se mulheres grávidas de nacionalidade Indiana que não falavam nem Português nem Inglês e utentes de nacionalidade Ucraniana, refugiadas da guerra que apenas falavam a língua Ucrânia e Russa e nesses momentos houve a necessidade de adotar uma postura que transmitisse confiança e conforto para as mulheres grávidas e utilizar a comunicação não verbal para o fazer assim, como recorrer a diversas estratégias: tradutor informático e desenhos no sentido de minimizar os constrangimentos e erros de comunicação. Tal como corrobora Santiago (2009, p.60), “os aspectos inerentes à comunicação não verbal devem ser valorizados pelos enfermeiros e pelos médicos nas relações interpessoais que estabelecem com imigrante”.

Relativamente ao objetivo, ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher grávida/parturiente/acompanhante no 1º estadio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar e conforto***, não se identificam obstáculos ou dificuldades concretas.

O primeiro estadio de trabalho de parto foi o período que proporcionou um maior contacto com as mulheres parturientes/casal, tendo sido possível prestar cuidados a cento e dez mulheres parturientes. O elevado número de contactos com estas mulheres ofereceu diversidade nas experiências permitindo desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais nos cuidados, aumentando a autonomia de forma progressiva e segurança ao longo deste processo.

Ao longo do estágio verificou-se que é nesta primeira etapa de TP que a mulher se pode sentir mais ansiosa e inquieta quando o conforto e a tranquilidade não estão assegurados comprometendo toda a evolução do trabalho de parto, e por isso, o enfermeiro EESMO deve transmitir segurança, calma e informação concreta sobre o que está a decorrer (OE, 2015a), ter uma atitude compreensiva, empática e de aconselhamento que favoreça a evolução positiva de todo o processo (Fonseca, 2016).

Neste sentido, tentou-se sempre promover um ambiente acolhedor e calmo, promotor do incentivo à autoexpressão da mulher grávida e acompanhante, provendo a presença de um acompanhante sempre que era permitido segundo as condições que já foram mencionadas, caso a mulher grávida/parturiente o desejasse, respeitando sempre as suas opções, promovendo o direito à privacidade, ao tratamento com dignidade, ao apoio contínuo e à prestação de cuidados seguros e de qualidade. Foi também transmitida de forma clara e objetiva informação e esclarecimentos sobre todos os procedimentos e evolução do trabalho de parto, envolvendo a participação ativa da mulher grávida e acompanhante, assim como o respeito pelo ritmo do Trabalho de Parto.

Todo o cuidado neste estágio, foi realizado considerando as expectativas identificadas previamente de forma a dar resposta às necessidades e desejos da mulher, promovendo um trabalho de parto humanizado e satisfatório.

Inicialmente, questionou-se as mulheres parturientes sobre a presença ou não de um plano de partos seja, ele escrito ou oral, e foi discutido no momento da admissão sempre que era possível, desmistificando e esclarecendo alguns itens. Ainda que o estágio tenha sido realizado num hospital que valoriza o PP, uma percentagem elevada de mulheres não tinha PP. Apenas se contactou com cinco planos de parto ao longo do estágio, quatro escritos e um oral. Todos eles muito semelhantes entre si, em que mencionavam quatro aspetos centrais: a deambulação durante o TP, a transmissão de informação sempre que fosse existir alguma intervenção, o contacto pele com pele imediato e o corte do cordão umbilical ser efetuado pelo pai.

Questionou-se também se sabiam quais os métodos não farmacológicos para alívio da dor e quais os que desejavam usufruir, dentro das possibilidades existentes no BP. A promoção a recursos não farmacológicos para alívio da dor, pelos vários benefícios que apresentam são recomendados pela OMS (2018a). Com o desenrolar do trabalho de parto e o aumento da intensidade da dor associada às contrações, a grande maioria sentia necessidade de recorrer a métodos farmacológicos. Foram questionadas se precisavam de algum esclarecimento, e se sabiam o que era a

execução de técnicas farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto como a administração sistémica de fármacos analgésicos, analgesia epidural/sequencial. Presenciou-se que uma pequena parte das mulheres tinha ainda algumas dúvidas relativamente à epidural chegando mesmo a questionar se iriam ficar paralisadas dos membros inferiores até ao nascimento. Sempre que existiam dúvidas elas eram esclarecidas. Após o consentimento das mulheres parturientes colaborou-se na realização da técnica de analgesia, administrou-se e realizou-se a vigilância dos fármacos administrados para reforço da analgesia em trabalho de parto.

Tendo em conta as recomendações defendidas pela OMS (2018a) para uma experiência de parto positiva, evitou-se prestar cuidados por rotina, sem indicação clínica, tais como: toques vaginais repetidos, tricotomia perineal, descolamento de membranas no pólo inferior, enemas de limpeza, rotura artificial de membranas. Promoveu-se durante os cuidados a ingestão de líquidos claros e gelatina sempre que foi possível e incentivou-se a liberdade de movimentos como medidas de conforto que são recomendadas pela OMS (2018a). A liberdade de movimentos por vezes é condicionada devido à monitorização cardiotocografia pela diminuição dos fios que ligam o aparelho, no entanto, esta situação quase nunca se verificou, pois, as salas de parto tinham aparelhos por wireless como já foi descrito, o que permitiu à mulher grávida/parturiente ter liberdade nos movimentos. Segundo Lawrence et al (2013) andar e estar em posições verticais no primeiro estadio do trabalho de parto diminui a durabilidade do mesmo, a necessidade de epidural, os riscos de cesariana, e não está relacionado a qualquer efeito negativo no bem-estar da mulher e do feto ou aumento de intervenção. Os autores recomendam que as mulheres em trabalho de parto de baixo risco sejam incentivadas e ajudadas a assumirem as posições da sua escolha, estando cientes dos benefícios das posições verticais. A monitorização cardiotocografia é uma das prioridades que se realiza aquando do acolhimento. Mesmo em gravidezes consideradas de baixo risco é feita uma avaliação por este meio de forma contínua. No entanto, a monitorização contínua tem sido desaconselhada junto da comunidade científica. Segundo Devane et al (2017) não se encontram benefícios apoiados por estudos para o uso de CTG na admissão das mulheres de baixo risco em trabalho de parto. Segundo Mendes (2017) quando se pretende respeitar o parto na sua fisiologia, a auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal (FCF) é o mais adequado visto que permite intervir o menos possível no processo de trabalho de parto.

No que diz respeito à realização do toque vaginal, o procedimento foi sempre realizado mediante consentimento prévio da mulher parturiente. Inicialmente recorreu-se a uma validação pela enfermeira orientadora e verificou-se uma progressão melhorada nesta intervenção, conseguindo-se identificar as condições do colo uterino e perceber-se as dificuldades existentes na distinção do plano da apresentação e a variedade fetal.

Após o início da fase ativa do trabalho de parto, procedeu-se aos registos no partograma no sistema informático próprio, sendo efetuados no programa informático: SCLinic da colheita de dados, dos cuidados de enfermagem realizados, da educação para a saúde, da validação dos ensinamentos realizados e dos diagnósticos identificados.

Considera-se, que a prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o primeiro estadió do trabalho de parto é das mais complexas. Sendo que inicialmente foram prestados cuidados com supervisão da enfermeira cooperante e progressivamente de forma autónoma. Face ao exposto considera-se ter cumprido as atividades propostas e atingido este objetivo.

Para ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher parturiente/acompanhante no 2º estadió do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar e conforto e facilitando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina***, realizou-se quarenta partos eutócicos, colaborou-se em vinte Ventosas e um parto por fórceps.

Para identificar o início deste estadió, o enfermeiro EESMO tem que estar atento a alguns sinais característicos do período expulsivo, os evidentes a nível do colo e os evidentes a nível da comunicação marcados com expressões da necessidade involuntária de “fazer força”, associado a algum nervosismo e verbalização de exaustão e incapacidade (“não aguento mais”, “não sou capaz”). Considera-se que a prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o período expulsivo foi dos mais desafiantes ao longo do percurso académico suscitando alguma ansiedade, uma vez que por muito que se estude sobre o trabalho de parto e parto, cada parto é único.

Com o tempo e aprendizagem, considera-se que houve uma evolução muito positiva no percurso da mestranda, verificaram-se melhorias na capacidade de gerir a intensidade de cada momento, sabendo abstrair-se e focar-se na mulher/parturiente/família. Passando a planear com mais destreza, executar com mais confiança e tomando a consciencialização que a melhor forma de apoiar a mulher no

momento do nascimento é tornar-se na sua voz de referência. Pois, o enfermeiro EESMO deve possuir competências comunicacionais e relacionais (aliadas às competências técnicas e científicas), que lhe permitam ser a “voz de comando” para a mulher parturiente, capacitando-a, motivando-a e orientando-a de modo a facilitar o período expulsivo, assim como a dar-lhe capacidade de gerir os momentos de ansiedade. Deste modo considera-se ter conseguido promover medidas de conforto e bem-estar, mantendo um ambiente favorável, gerindo alguns aspetos “stressores”, como os sons/ruídos, a luminosidade, aprovisionando apoio emocional, utilizando competências comunicacionais e relacionais para tranquilizar, encorajar e elogiar a colaboração da mulher parturiente e acompanhante. Um outro aspeto que foi tido em conta, foi o facto de se explicar todos os procedimentos, transmitindo a informação de forma clara e objetiva, existindo o cuidado de comunicar e respeitar as escolhas das mulheres.

No entanto, houve momentos em que existiu necessidade de negociação como por exemplo na realização de episiotomia. Segundo a OMS (2018) e a Resolução da Assembleia da República nº 181/2021 a decisão de realização de episiotomia é controversa e a realização rotineira é considerada violência obstétrica e indicada como uma prática não recomendada. A decisão de realizar episiotomia nem sempre foi fácil, mas sempre que se procedeu à sua realização, a mulher parturiente foi informada efetuando-se a analgesia local do períneo, após obter o seu consentimento, conforme preconizado pela OMS (2018a). Dos quarenta partos eutócicos efetuados, realizaram-se vinte e sete episiotomias, tendo sido treze períneos íntegros. O motivo pelo qual se realizaram foi pela necessidade de laceração grave do períneo e para abreviar o nascimento do RN por um CTG não tranquilizador. Considera-se importante no futuro, diminuir o número de episiotomias realizadas com o recurso de técnicas não cirúrgicas baseadas na evidência científica como promoção da massagem perineal no período pré-natal, calor no períneo e manobra de Ritgen Modificada com o objetivo de promover a integridade perineal (OE, 2014). Quando se optou pela não realização de episiotomia, tentou-se proteger a integridade do períneo através das técnicas mencionadas anteriormente, tal como preconizado.

Promoveu-se a adoção da posição mais confortável para a mulher parturiente, que facilitasse a descida do feto, e, que possibilitasse a colaboração e segurança no auxílio do nascimento. Sendo que a posição adotada mais frequentemente pelas mulheres parturientes foi a de litotomia, mas também houve duas mulheres parturientes

a optarem pela posição de decúbito lateral. Durante o trabalho de parto foram constantes os momentos em que foi proposto às utentes levantarem-se e moverem-se de forma a facilitar o encaixe da apresentação. Este foi um aspeto que considerámos muito positivo para as mulheres parturientes pois sempre que a mestranda e a enfermeira cooperante o propunham a algumas mulheres parturientes, estas ficavam admiradas por o poderem fazer, outras referiram que era um grande alívio o facto de mudarem constantemente de posição. No puerpério, encontravam-se essas mesmas mulheres puérperas sendo, elas próprias a elogiar o trabalho e intervenção mencionando que o facto de se movimentarem momentos antes do período expulsivo foi muito importante para o desenrolar da situação.

A laqueação do cordão umbilical é efetuada de forma tardia, sempre que possível, tal como recomendado pela OMS (2018a), dando-se a oportunidade aos pais de efetuarem o corte se assim o desejassem. Surgiram cinco circulares cervicais apertadas em que houve necessidade de cortar o cordão de imediato, este momento, gera algum receio, pois tem de ser efetuado de forma rápida. Considera-se aqui um aspeto significativo com a execução desta intervenção, uma vez que foi realizada com sucesso. Sempre que os RN nasciam hipotónicos e necessitavam de intervenção eram colocados de imediato no babyterm (mesa de reanimação neonatal). Este momento, era um momento de grande stress, constrangimento e silêncio. Por duas vezes esta situação aconteceu tendo sido marcante, pois a equipa multidisciplinar necessitou de prestar cuidados para a estabilização do recém-nascido e nunca foi fácil ficar frente a frente com aquela mãe e pai preocupados, ansiosos, a questionarem se estava tudo bem, porque é que o bebé não chorava. Face a estas situações tentou-se sempre acalmar e tranquilizar os pais, dizendo que o seu bebé estava bem entregue aos profissionais de saúde. Felizmente, acabou por correr tudo bem. Após os partos, eram felicitados os pais pelo nascimento, um ato muito importante em termos de humanização.

Neste estadió foi possível experienciar situações de desvio à normalidade, como duas distocias de ombros assim como situações de desacelerações cardíacas fetais. Foram momentos geradores de maior stress mas foi possível transmitir tranquilidade à mulher e acompanhante na resolução das mesmas. Na presença de desacelerações fetais de difícil recuperação, foi chamada ajuda, foi administrado oxigénio, soroterapia, posicionada a mulher parturiente em decúbito lateral esquerdo, informando-se de seguida o médico obstetra. Estas intervenções contribuíram para a recuperação da

frequência cardíaca fetal. No entanto, as desacelerações em que não foi possível a recuperação, culminaram em partos por cesariana.

Os registos referentes ao parto foram sempre efetuados no sistema informático, no partograma, no registo de nascimento, no Boletim de Saúde da Grávida, Boletim de saúde Infantil e Juvenil.

Deste modo, pelo que foi exposto, este objetivo foi alcançado com sucesso.

No terceiro estadio do TP, relativamente ao objetivo ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente/acompanhante no 3º estadio do TP***, segundo a metodologia científica, considera-se terem sido realizadas todas as atividades programadas. Após o nascimento do RN, aguardou-se pelos sinais de descolamento da placenta, considerando-se fácil a identificação destes, lecionados nas aulas e descritos na literatura. Para a expulsão da placenta, realizou-se a manobra de Brandt-Andrews e durante a sua expulsão foi realizada a manobra de Jacob-Dublin, de modo a auxiliar o seu deslocamento completo e prevenção de retenção de restos de membranas amnióticas. Após a expulsão da placenta, identificou-se o mecanismo de expulsão sendo que apenas foi presenciado o mecanismo de Schultz, e após a expulsão realizou-se uma inspeção placentar detalhada verificando-se, a sua forma, integridade e características, as membranas fetais, garantindo que não existia retenção de nenhum fragmento ou membrana na cavidade uterina ou a falta de algum lóbulo (cotilédone) e a análise do cordão umbilical. Apenas duas vezes foi necessária dequitação manual realizada pela obstetra. Depois da dequitação, é procedimento adotado pelo hospital, a administração de ocitocina, deste modo, após a dequitação deu-se a indicação, a quem estava a auxiliar, para administrar a ocitocina que é preparada previamente antes do parto. Foi massajado o fundo uterino, verificando-se a formação imediata do globo de segurança de Pinard, como forma de prevenção da hemorragia pós-parto. Seguidamente observou-se o canal de parto e o períneo e procedeu-se à sua reconstrução quando necessário.

Considera-se que se manifestou neste aspeto a maior dificuldade do estágio e onde existiu também uma maior evolução ao longo do mesmo. Tal evolução só foi possível através do estudo da técnica assim como o treino da mesma tendo realizado vinte e nove episiorrafias, por duas vezes se realizou a técnica juntamente com a obstetra, em partos que não foram realizados pela mestranda, mas sim pela obstetra. Foi também realizada a sutura de catorze lacerações de grau I ou grau II, com o

acompanhamento da enfermeira cooperante, assim como a observação da realização da técnica por outros profissionais. Após reparação perineal efetuou-se: a revisão final do colo, vagina e períneo; promoção de desinfecção e cuidados de higiene local e conforto; aplicação de gelo; incentivo ao posicionamento em decúbito dorsal; promoção da vinculação precoce. Estas intervenções também foram realizadas quando o períneo estava íntegro.

No final, de todo o processo realizou-se a contagem dos ferros que faziam parte do KIT de partos, removeu-se o equipamento (luvas, bata, toca, botas), procedeu-se à desinfecção e felicitou-se novamente os pais, perguntando se gostavam que lhes tirasse uma fotografia aos três como recordação.

Após finalização das atividades inerentes ao 3º estadio, efetuaram-se os registos.

Considera-se que o objetivo proposto foi atingido, havendo necessidade de continuação da prática de reconstrução perineal para melhor aperfeiçoamento de futuro.

O objetivo definido para o último estadio do TP, ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher puérpera / recém-nascido / acompanhante no 4º estadio do TP, promovendo o bem-estar e facilitando o processo de transição para a parentalidade***, diz respeito ao puerpério imediato, e constitui o estadio onde foram apresentadas menos dificuldades, por existir experiência profissional por parte da estudante no âmbito do puerpério. Ainda assim requereu, novas aprendizagens, face ao puerpério imediato ter características específicas, como a necessidade de maior vigilância na prevenção de hemorragias e de sinais vitais maternos, constituir um período significativo na promoção da vinculação, promovendo o contacto pele a pele e a amamentação. Segundo Ferreira (2016) a hora após o parto é fundamental para o estabelecimento da amamentação. O enfermeiro EESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da mulher puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (OE, 2010, p. 7).

Após as duas horas do parto, realizou-se a avaliação da mulher puérpera, aproveitando-se este momento também para fazer educação para a saúde relativamente ao internamento, aos cuidados perineais, à amamentação e às dúvidas que tenham surgido. Sempre que ambos (RN e mulher puérpera) estavam estáveis, e após a mulher puérpera fazer uma refeição ligeira, eram transferidos para o serviço de

internamento de obstetrícia e ginecologia. Os dados relativos à informação clínica sobre a mulher puérpera e RN, parto e pós-parto, eram transmitidos a uma colega através do contacto telefónico no sentido de promover a articulação dos cuidados.

Considera-se muito gratificante poder acompanhar as mulheres desde o seu acolhimento no bloco de partos, passando por todos os estádios de trabalho de parto, dando continuidade aos cuidados no internamento de puerpério (pelo facto de a estudante integrar equipa de enfermagem deste último serviço).

No decorrer deste estágio existiu a oportunidade de prestar cuidados a sessenta e uma mulheres no período do puerpério imediato e a sessenta e um recém-nascidos. As experiências foram enriquecedoras e contribuíram para o sucesso e desenvolvimento profissional.

Também se realizaram registos globais do trabalho de parto no sistema informático. Deste modo, admite-se que os objetivos propostos foram atingidos com sucesso.

Relativamente ao objetivo, ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados imediatos ao recém-nascido e até às duas primeiras horas de vida na adaptação à vida extrauterina***, foi nomeado para dar resposta aos procedimentos e intervenções do enfermeiro EESMO, na receção do RN em partos distócicos ou eutócicos que tenham sido realizados por médicos obstetras ou outros enfermeiros especialistas. Neste sentido, recebeu-se vinte e um recém-nascidos. Para Néné, Marques, Batista (2016) os cuidados imediatos ao recém-nascido são essenciais para a sua adaptação à vida extrauterina. Antes do nascimento, realizou-se sempre uma verificação prévia da funcionalidade da mesa de reanimação neonatal, do respetivo material, assim como, também se ligava a fonte de calor onde se aqueciam inicialmente dois panos para receber o RN no momento do nascimento, bem como a sua roupa para vestir posteriormente. Aquando do nascimento e sempre que possível, colocou-se o RN em contato pele a pele com a mãe e só depois era levado para a mesa de reanimação neonatal, para observação física como a adaptação à vida extrauterina, identificação de anomalias congénitas e avaliação da presença de traumatismos de parto, prestação de cuidados imediatos ao RN de acordo com as suas necessidades e a monitorização do peso corporal. Assim que possível, colocou-se o recém-nascido junto da mãe ou pai, promovendo a vinculação. No momento, enquanto o RN estava junto ao peito da mãe, administrou-se a injeção de fitomenadiona e colocou-se a pulseira de identificação

confirmando o número de processo com número de processo da pulseira da mãe. Posteriormente vestia-se o RN ou colaborava-se com o pai nesta tarefa, incentivando-o ao contacto e participação nos cuidados ao RN.

O internamento do recém-nascido e os registos de enfermagem efetuaram-se no sistema informático, no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, no Boletim de Vacinas.

No objetivo, ***demonstrar capacidade de reflexão sobre o desempenho durante o estágio, numa perspetiva de melhoria contínua, e, avaliação do mesmo através da reflexão e análise crítica***, foi concretizado através da realização de momentos de partilha e discussão com enfermeiras cooperantes sobre situações clínicas e situações a melhorar, através da promoção de momentos de discussão com a equipa multidisciplinar sobre situações experienciadas, através da realização das reuniões de avaliação com as enfermeiras cooperantes, da partilha de experiências em equipa nas passagens de turno e da professora orientadora que permitiram perceber em que estadio de desenvolvimento do estágio se encontrava a estudante e onde devia investir mais para melhorar o seu desempenho.

Esses momentos favoreceram o desenvolvimento do autoconhecimento, da confiança, da tomada de decisão, da prática clínica baseada em evidências científicas (OE, 2019b), e do cumprimento das normas deontológicas relativas à excelência do exercício e aos deveres para com a profissão (OE, 2015b).

Considera-se que as enfermeiras cooperantes e a professora orientadora foram elementos que facilitaram esta aprendizagem, contribuindo para o “crescimento”, como estudante e futura enfermeira EESMO, motivando sempre a alcançar o sucesso.

No sentido de melhorar a prestação ao nível da autonomia e da segurança, foram adotadas estratégias como: a validação e discussão dos cuidados prestados com a enfermeira cooperante e/ou professora orientadora; observação e colaboração nos cuidados; identificação de aspetos a melhorar; revisão constante dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico adequando-os à prática; realização de auto e heteroavaliação contínuas, no decorrer do estágio, tendo por base os critérios de avaliação individual.

A realização do projeto de estágio e do presente relatório possibilitou descrever sucintamente os objetivos delineados a alcançar, as atividades desenvolvidas, assim como uma análise crítica e reflexiva.

As atividades propostas foram alcançadas.

O objetivo, ***desenvolver competências na área da formação em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*** foi alcançado. Atendendo às diferentes atividades planeadas houve sempre o cuidado de atualizar os conhecimentos adquiridos, baseando a prática na evidência científica, procurando rentabilizar e aproveitar as oportunidades de aprendizagem, no sentido de desenvolver os conhecimentos e competências à formação, enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Desta forma, face às experiências vivenciadas, procurou-se aproveitá-las ao máximo, recorrendo não só à orientação da enfermeira cooperante, bem como a uma pesquisa bibliográfica, a bases de dados científicas e a teses a fim de construir ao máximo esta fundamentação teórica.

Também existiu a oportunidade de participar numa ação de formação relacionada com o carrinho de emergência. No final do estágio, em conjunto com outra colega também estudante, do mestrado, realizou-se uma formação em serviço, cujo o tema dominante, foi o mesmo deste relatório de estágio e o da colega foi relativo ao Walking Epidural. Esta sessão de formação para além de permitir a partilha de conhecimentos, o esclarecimento de dúvidas, o refletir acerca da prática, foi também um momento de aprendizagem bastante valorizado por todos os profissionais.

A concretização do objetivo, ***desenvolver competências na área de investigação em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica tendo em conta a temática selecionada***, permitiu desenvolver competências em metodologias de investigação. A abordagem relativa a este objetivo constitui matéria dos próximos capítulos.

2 - Estudo situação problema: a comunicação como determinante na violência obstétrica

Na continuidade dos pressupostos apresentados na introdução - *A comunicação como determinante na Violência Obstétrica* – a perceção das mulheres constituiu-se no estudo da situação-problema em contexto de estágio.

2.1 - Concetualização

A maternidade é um fenómeno de grandes mudanças psicológicas e físicas para as mulheres, e o parto é dos momentos que mais aguardam viver. Este por sua vez traduz-se frequentemente em receio e ansiedade, pois é um momento desconhecido e por vezes a mulher deixa de ter o controlo dele. Segundo a OMS (2014), existem muitas mulheres que sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde e dessa forma estão-se a violar os seus direitos. O termo violação é definido segundo a OMS (2002, p.5) como o “uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Quando falamos em violência contra as mulheres falamos, segundo as Nações Unidas em "qualquer ato de violência de género que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada" (United Nations, 1993).

Foi criado em 2006 pela UNESCO uma Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos em que se afirma no artigo 8.º que “os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa” (2006, p. 8), assim como “qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada” (6º artigo da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – UNESCO, 2006, p.7).

Deste modo quando se violam estes direitos no que diz respeito à parte obstétrica da mulher, nomeadamente ao momento do parto pode-se falar em violência obstétrica. A violência obstétrica é considerada um fenómeno complexo na área da saúde da mulher. Para Belli (2013), a violência obstétrica pode ser considerada como

“o tipo de violência exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres” (p. 29). Podendo mostrar-se de diferentes maneiras, através da humilhação, da falta de confidencialidade, do cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, de procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), da recusa em administrar analgésicos, de graves violações da privacidade, da não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos e abusos verbais (WHO, 2014, p. 1). Estes dois últimos aspetos invocam a comunicação ou a falta dela. Segundo Silva (1996, citado por Caron & Silva, 2002), comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens, sejam eles símbolos ou sinais, verbais ou não-verbais. A comunicação pode ser considerada positiva ou terapêutica quando tem o benefício de ajudar a pessoa a lidar com os eventos da vida e ajustar-se à realidade presente. Esta é um poderoso instrumento de cuidado e de acolhimento favorecendo a construção do relacionamento de confiança (Beserra et al, 2019). Nas várias áreas e cenários da saúde, a comunicação é a ponte chave para os cuidados e pode ocorrer de variadas maneiras, sendo cada uma delas de extrema relevância para uma boa prática assistencial. O enfermeiro depara-se com a necessidade de comunicar com diferentes utentes, contextos culturais e sociais. A comunicação deve ocorrer com diálogo de fácil entendimento em que o enfermeiro e a mulher parturiente partilhem sentidos e emoções e se tornem comuns a eles no momento em que vivenciam o parto. A linguagem é a principal ferramenta da comunicação que pode ser usada para esclarecer determinados assuntos em todos os contextos tornando-se indispensável para o processo de reconhecimento das necessidades da mulher parturiente, tornando-a acolhida e respeitada.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é o profissional que está presente no acompanhamento do trabalho de parto, ao lado da mulher parturiente, estimulando e oferecendo autonomia e incentivo. Ele dá suporte ao processo de nascimento e encoraja a participação ativa da mulher (Beserra et al, 2019). Segundo os mesmos autores, em todos os contextos de assistência, mais concretamente no trabalho de parto, a comunicação enfermeiro-mulher parturiente e mulher parturiente-enfermeiro contribui na qualificação da assistência obstétrica em cenário institucional.

Quando essas orientações não são fornecidas ou a comunicação não é eficaz a mulher parturiente pode sentir-se desorientada, originando inseguranças podendo

comprometer a qualidade do parto e do comprometimento dos seus direitos. Neste sentido, quando a mulher é orientada adequadamente e existe uma comunicação eficaz tem menos probabilidade de sofrer violência obstétrica (Silva et al, 2020). Desta forma, torna-se fulcral o papel do enfermeiro EESMO, sendo mesmo ressaltado na perspectiva da OMS que este é o elemento mais preparado para a mudança de boas práticas e consolidação de uma assistência segura ao processo de parto e nascimento (Moura et al, 2018).

O enfermeiro EESMO deve questionar se a mulher parturiente tem alguma dúvida ou preocupação/medo sobre o trabalho de parto; transmitir informação sobre posições para o parto, cuidados imediatos com o recém-nascido; dar informações sobre os sinais e sintomas das fases do trabalho de parto e como aliviá-los e a evolução do trabalho de parto. Por vezes, estas dúvidas são esclarecidas na entrada da utente, no acolhimento que deve ser feito em que é discutido o plano de parto que esta traz, seja ele escrito ou oral. O enfermeiro deve acolher a mulher, os seus familiares e o recém-nascido com dignidade, respeito para que se crie um ambiente que proporcione a autonomia da mulher. Todos estes passos são fulcrais para que a mulher se sinta a protagonista de seu parto e com isto se sinta autónoma e confiante.

O enfermeiro EESMO desempenha um papel fundamental durante todo o processo de gestação e parto, pois é quem estabelece um vínculo maior com a mulher e família (Moura et al, 2018). As informações que são fornecidas à mulher nas consultas pré-natais, durante a gestação, são fulcrais para que estas se sintam mais confiantes, seguras e, conseqüentemente, estabeleçam uma melhor relação e comunicação com toda a equipa profissional. É necessário que o enfermeiro, no período clínico do parto, faça uso dos canais de comunicação sensoriais como a audição e visão, que serão fatores determinantes para a execução de uma boa assistência (Beserra et al, 2019). Como tal, exige-se do enfermeiro EESMO um maior cuidado visual e auditivo a fim de identificar as necessidades da mulher, de modo a dirigi-la relativamente ao trabalho de parto.

Um estudo descritivo realizado por Madula et al (2018), sobre a perceção das mulheres relativamente à comunicação com os profissionais de saúde, destaca que o fator facilitador da comunicação entre os profissionais e os utentes é uma boa compreensão e cordialidade entre os dois, acompanhada de simpatia e respeito. Por outro lado, entre os fatores que inibem a comunicação estão abuso verbal de mulheres,

falha de respostas às questões colocadas, barreiras linguísticas e má qualidade da comunicação (Madula, et al 2018).

Nesse sentido, a relação entre os profissionais de saúde e a mulher parturiente deve ser baseada no cuidado e na segurança, visando uma adequada realização de práticas humanizadas. É indispensável que o profissional se coloque no lugar do outro, ouça as necessidades da mulher e compreenda as suas escolhas no cuidado à saúde.

2.2 - A teoria dos cuidados de Kristen Swanson

O interesse pelo conhecimento impulsionou a enunciação de teorias para desenvolver a prática profissional e a investigação. As teorias são importantes para a disciplina e profissão de enfermagem uma vez que permitem expor o conhecimento de forma sistematizada e, a partir daí, o enfermeiro pode organizar o pensamento crítico e a tomada de decisão, melhorando a prestação de cuidados e aumentando a autonomia profissional (Alligood, 2011).

A teoria dos cuidados (Caring Theory) de Kristen Swanson, é uma teoria de médio alcance que resultou da realização de várias investigações (Wojnar, 2011). Esta teoria foca-se nos processos do cuidar enquanto intervenções de enfermagem. Segundo a Teoria do Cuidado de Swanson, o enfermeiro cuida com o objetivo de promover o bem-estar biopsicossocial e espiritual. O cuidar é definido por Swanson como um processo de parceria nutrido de afeto, compromisso e responsabilidade, que leva ao desenvolvimento tanto do enfermeiro como da pessoa cuidada. Swanson definiu a enfermagem como a disciplina experiente em cuidar dos outros, suportada pelo conhecimento empírico, pela prática clínica, expectativas e valores sociais e pessoais. A pessoa, na perspectiva de Swanson, é um ser único, em evolução, que para ser íntegro, é necessária a manifestação de pensamentos, emoções e comportamentos (Swanson, 1993), tal como a mulher parturiente/casal, que experimentam transições no parto, devem expressar dúvidas, medos e receios com o enfermeiro EESMO durante o TP e parto. O ambiente, para Swanson (1993), apresenta diferentes domínios de influência ou é influenciado pela pessoa, através de vários fatores: sociais, culturais, políticos, económicos, biofísicos, espirituais, psicológicos, entre outros. Relativamente à saúde, Swanson (1993) afirma que se procura restabelecer o bem-estar, sendo um processo

complexo de cuidado e de cura, que visa encontrar um novo significado e renovar a integridade.

Desta forma, as intervenções de enfermagem na comunicação como determinante na VO, poderão fundamentar-se na estrutura de cuidar de Swanson (1993), se baseia em 5 processos: “manter a crença” (maintaining belief), “conhecer” (knowing); “estar com” (being with); “fazer por” (doing for); “possibilitar/capacitar” (enabling), (Swanson, 1991).

Para Swanson (1991; 1993), “manter a crença” significa acreditar na capacidade do outro, ou seja, manter a crença significa na apreciação do enfermeiro EESMO, em acreditar que a mulher parturiente possui capacidade para enfrentar o TP conforme foi idealizado. O enfermeiro EESMO necessita de empoderar a mulher parturiente, de forma que esta obtenha sentimento de aptidão para o TP idealizado. Assim, o enfermeiro tem a função de ajudar e apoiar a mulher, motivando-a a acreditar no seu corpo, promovendo a capacidade de autoconhecimento e autoeficácia (Swanson, 1993) e capacitando-a na sua escolha, tendo por base as suas vontades, limitações e recursos acessíveis (Swanson, 1991; 1993).

“Conhecer”, consiste em compreender os acontecimentos significativos na vida da mulher parturiente, centrando-se na mesma e descobrindo pistas sobre aspetos da sua condição e da sua realidade, sem criar ideias ou suposições preconcebidas (Swanson, 1991, 1993). O enfermeiro EESMO compreende a realidade daquela mulher e a partir daí estabelece uma relação terapêutica com a mulher parturiente, tentando compreender qual o significado da comunicação como determinante na VO, durante o TP e parto centrando as intervenções do enfermeiro EESMO na mulher e adaptando a comunicação a ela.

“Estar com”, significa estar emocionalmente disponível/presente (e não apenas fisicamente), para a mulher parturiente, demonstrando que as suas questões e experiências de vida são importantes e valorizadas pelo enfermeiro EESMO, através da prática de escuta ativa (Swanson, 1993). O enfermeiro EESMO deve demonstrar disponibilidade, escuta ativa relativamente aos medos e incertezas, valorizando a mulher enquanto pessoa. Para tal, recorre-se à comunicação centrada na mulher parturiente como garantia que as mulheres se sentem ouvidas, o que vai contribuir para uma comunicação eficaz durante o TP e parto, diminuindo a hipótese de existir VO.

“Fazer por”, significa para Swanson (1993), fazer pelos outros o que eles fariam por si próprios, se lhes fosse possível. Neste contexto, consiste em fazer pela mulher parturiente o que ela faria, caso conseguisse. O enfermeiro usa e desenvolve a comunicação interpessoal de modo a promover o bem-estar, conforto, antecipar as necessidades, intervindo com competência e habilidade, protegendo-a e promovendo a sua dignidade (Swanson, 1993).

“Possibilitar/capacitar”, consiste na capacitação da mulher parturiente/casal para o autocuidado, o que inclui facilitar a vivência de transições ou eventos desconhecidos (Swanson, 1991; Swanson, 1993). O enfermeiro EESMO é o cuidador que está presente ao lado da mulher parturiente e por isso deve potencializar a mulher parturiente e a sua autonomia integrando no plano de cuidados os seus desejos, preferências, necessidades e expectativas em relação ao TP e parto, comunicando de forma eficaz e informando a mulher do que está a acontecer ou da possibilidade de qualquer alteração que possa surgir do que estava planeado, assim como obter o seu consentimento informado antes de qualquer intervenção.

Pelo que foi exposto, pode deduzir-se que esta teoria se aplica ao modelo de cuidados centrados na mulher parturiente que é um ser único, com sentimentos, pensamentos e crenças relativas ao trabalho de parto e parto, que o enfermeiro EESMO deve ter em conta, mostrando-se disponível para estar com a mulher parturiente, envolvendo a mulher nas tomadas de decisão, transmitindo-lhe informação com uma linguagem clara e acessível, possibilitando a decisão esclarecida, estabelecendo uma relação empática, baseada no respeito e no compromisso de modo a tornar a experiência de parto positiva.

2.3 - Metodologia

A metodologia é uma fase essencial que constitui o caminho para a realização e desenvolvimento dos objetivos de um trabalho, permitindo ao investigador personalizar todo o seu estudo, respondendo às questões formuladas.

Na abordagem deste tema foram utilizadas duas estratégias metodológicas com o objetivo de ampliar a compreensão do problema em estudo: a realização de uma scoping review (Anexo III) e um estudo qualitativo com mulheres puérperas no pós-parto, as quais se detalham de seguida.

2.3.1 - Scoping review

A scoping review permite providenciar uma síntese de vários artigos sobre um determinado assunto com evidência científica atual e de qualidade, usando métodos rigorosos e transparentes para os reunir, de forma a sumarizar o conhecimento existente (Aromataris & Munn, 2017). Segundo o mesmo autor, é neste momento um instrumento essencial para a enfermagem enquanto ciência, a par da experiência profissional, com vista a sustentar uma prática baseada na evidência.

A questão de revisão definida foi: **“Em que medida a mulher parturiente percebe a comunicação como determinante na Violência Obstétrica?”** (formato PCC).

A partir da questão formulada, definiu-se o seguinte objetivo:

- Identificar as evidências científicas sobre a comunicação como determinante na violência obstétrica na perspectiva da mulher parturiente.

Após a definição da questão de revisão e identificação do objetivo, definiram-se os critérios de inclusão. Os quais devem ser pertinentes, objetivos e inequívocos, de modo a promover uma resposta adequada à questão de revisão (Peters et al, 2017). Neste sentido foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- POPULAÇÃO: mulheres parturientes; mulheres no pós-parto;
- CONCEITOS: comunicação; violência obstétrica; mulher parturiente; cuidados de enfermagem; parto humanizado;
- CONTEXTO: hospitalar;
- TIPOS DE ESTUDO: quantitativos, qualitativos ou mistos;

Estratégia de pesquisa

Na fase inicial da estratégia de pesquisa, denominada “Pesquisa” foram pesquisados os termos que produziram resultados (Amendoeira, 2022): communication, violence e childbirth. De seguida, foram validados como descritores na plataforma Mesh Browser (URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>) a 4 de abril de 2022). Na segunda fase, nomeada “Redigir a expressão de pesquisa” (Amendoeira, 2022), chegou-se à seguinte expressão final: **Communication AND Violence AND Childbirth**. Na terceira

e quarta fase “Selecionar as bases de dados eletrónicas e decidir os limitadores a utilizar” (Amendoeira, 2022:14), recorreu-se às bases de dados das plataformas PubMed e EBSCOhost (CINAHL Complete, MedicLatina Complete, Library, Information Science & Technology Abstracts, MEDLINE, Nursing & Allied Collection: Comprehensive) e definiram-se como limitadores gerais: title/abstract, free full text; friso cronológico de 5 anos e relacionado com humanos. Os limitadores específicos de cada base estão apresentados no quadro 1.

Limitadores	EBSCOhost					Pubmed
	CINAHL Complete	MEDLINE Complete	Mediclatina	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Libabrary, Information Science & Technology Abstrats	
	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo disponível - Língua inglesa - Prática baseada na Evidência - Artigo de pesquisa - Humanos - Primeiro autor é enfermeiro - Segundo autor é enfermeiro - Gravidez - Paciente com alta - Paciente internado - Idade adulta: 19-44 anos - Texto completo PDF (Portable Document Format) 	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo disponível - Língua inglesa - Humano - Idade adulta: 19-44 anos 	<ul style="list-style-type: none"> Texto completo em pdf 	<ul style="list-style-type: none"> Texto completo em pdf 	<ul style="list-style-type: none"> Texto completo em pdf 	<ul style="list-style-type: none"> Title/Abstract Free full text 5 years Human Adult: 19-44 Years
	Texto completo Assuntos equivalentes Referências disponíveis Data maio de 2017 – maio de 2022					

Quadro 1 - Limitadores Específicos

Com a expressão de pesquisa referida e os limitadores identificados, foi obtido o número de artigos identificados no Anexo IV, onde é possível verificar o cruzamento entre os descritores.

Seleção de estudos

Na etapa seleção de estudos recorreu-se à elaboração do PRISMA Flow Diagram - figura 1. Na primeira etapa “identification”, identificaram-se setenta e dois artigos, sendo que um encontra-se repetido, pelo que ficaram setenta e um artigos. Na etapa do “screening” os artigos foram analisados: primeiro, feita a leitura do título e resumo atendendo aos critérios de inclusão, tendo sido excluídos sessenta e seis. Os

cinco artigos que passaram para a segunda fase foram numerados e lidos na íntegra sendo que foram excluídos dois, o artigo numerado com o número quatro e o artigo número cinco por estudar as mulheres no pós-parto com doença mental e por o contexto dos partos ser no domicílio, respetivamente. Assim, na etapa do “included” foram incluídos três artigos: números um, dois e três, sendo que o artigo com o número um é qualitativo, o número dois é misto e o terceiro consiste numa RSL e por isso qualitativo.

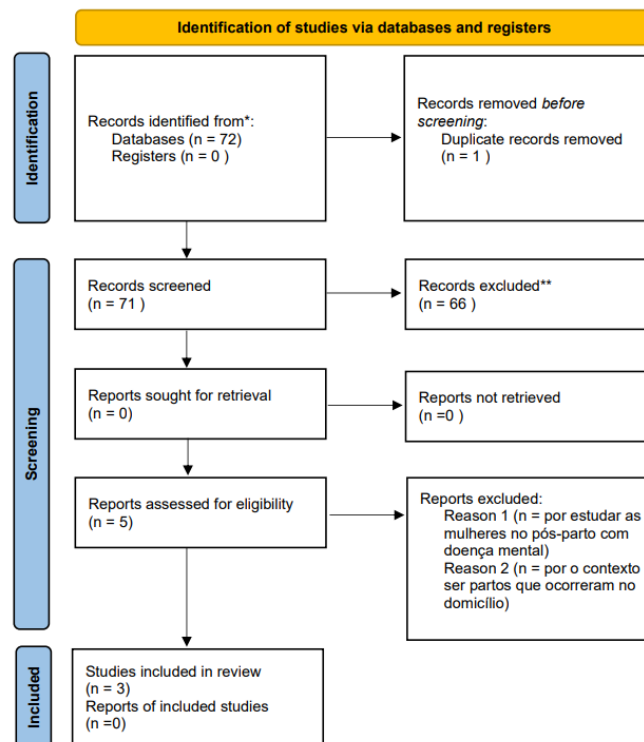


Figure 1- Prisma 2020 flow diagram

A partir dos três artigos identificados foram extraídas as informações: autores, data de publicação, país de origem, objetivos de estudo, metodologia, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado e o contributo para a questão de revisão. O quadro 2 apresenta a síntese das evidências dos artigos incluídos da scoping review.

É de mencionar que os artigos foram resultados de estudos desenvolvidos por profissionais da área da saúde, sendo que pelo menos um investigador é enfermeiro, e incluem na sua estrutura conceitos e participantes que se constituem como contributos para compreender a questão de revisão.

ARTIGO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES	CONTRIBUTOS PARA A QUESTÃO DE REVISÃO
<p>1</p> <p>Título: <i>Disrespect and Abuse in Obstetric Care in Mexico: An Observational Study of Deliveries in Four Hospitals</i></p> <p>Referências Bibliográficas: Alexander Brenes Monge; María Fernández Elorriaga; Ofelia Poblano Verástegui; Rosario Valdez Santiago; Manuel A. Martínez Nolasco; Iraís Yáñez Álvarez;</p>	<p>Estudo transversal, paradigma qualitativo.</p> <p>Objetivo: Identificar e descrever a frequência e características das práticas de desrespeito e abuso em relação às mulheres durante o parto em quatro hospitais.</p> <p>Levels of evidence for meaningfulness: 3. Single qualitative study</p> <p>População/Amostra Grávidas internadas em quatro hospitais no México (três públicos e um que integra um programa governamental que fornece serviços de saúde para pessoas de baixa renda). Amostra composta por 867 mulheres que deram o seu CI para participar no estudo. A maioria das mulheres tinha entre 20 a 29 anos, o nível de escolaridade inferior e apresentava o menor nível socioeconómico. Apenas 10% das mulheres pertenciam a um grupo indígena.</p> <p>Técnicas de colheita de dados Dados colhidos por meio de diferentes técnicas: análise documental (processo clínico), observação direta e entrevistas. Sessenta e oito enfermeiros (observadores) com experiência em partos recolheram os dados da</p>	<p>A proporção de mulheres que sofreram desrespeito e abuso foi significativamente maior nas instalações terciárias (52,8%, $p < 0,05$).</p> <p>A maioria das mulheres sofreu abuso de verbal (87,1%), seguida por abuso físico (66,9%) e discriminação (62%).</p> <p>Apenas, a menos de 50% dos casos nas salas de parto é que os profissionais de saúde forneceram informações às mulheres sobre o estado de saúde e procedimentos.</p> <p>Das mulheres que receberam informação, em 65,2% a mesma foi fornecida de forma clara e precisa.</p> <p>Os profissionais de saúde apenas consideraram a privacidade das mulheres em 14,3% dos casos.</p> <p>Os resultados das entrevistas mostraram uma percentagem de 28,7% em que as mulheres relataram que a comunicação dos profissionais de saúde foi tida como desrespeito e crueldade.</p> <p>A maioria das mulheres (90%) relatou não receber informações de companheirismo durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>No geral, a maioria das mulheres que sofreram desrespeito e abuso tiveram entre uma e três experiências.</p> <p>Constatou-se que foram realizados procedimentos que a OMS (2018) não recomenda como a tricotomia e a administração de enema. Sendo que ambos os</p>	<p>A mulher tem o direito a ser informada das intervenções e a hipótese de decidir se quer ou não determinadas intervenções.</p> <p>No estudo foi relatado a realização de procedimentos não recomendados pela OMS (2018), como a administração de enema ou a tricotomia, procedimentos que perpetuam os maus-tratos das mulheres durante o atendimento ao parto, realizados sem informação às mulheres e sem o seu consentimento. As habilidades de comunicação dos profissionais de saúde não atenderam às necessidades das mulheres.</p> <p>A falta de comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres poderá estar relacionado com as barreiras de comunicação, como as limitações linguísticas e pelo desrespeito e abuso verbal por parte dos prestadores de cuidados de saúde. O abuso e desrespeito no cuidado ao parto, como abuso verbal e físico, têm efeito negativo sobre as mulheres, como a depressão pós-parto.</p> <p>Evidencia-se que cuidar das mulheres com privacidade e proporcionar conforto não são prioridades durante o atendimento ao parto, o que não vai ao encontro das recomendações da OMS</p>

<p>Pedro J. Saturno Hernández;</p> <p>Maternal and Child Health Journal (2021)</p> <p>25:565–573</p> <p>https://doi.org/10.1007/s10995-020-03052-9</p> <p>Data de publicação: 24 November 2020</p>	<p>observação direta e entrevistas. Estes não faziam parte da equipa e não eram responsáveis pelo atendimento da mulher. Os observadores foram previamente treinados em técnicas observacionais, definições de desrespeito e abuso. Os dados foram colhidos em cada unidade durante 21 dias consecutivos de fevereiro a maio de 2017.</p> <p>Foram colhidas informações sobre o carácter sociodemográfico (idade, nível educacional alcançado, etnia, status socioeconómico) e de saúde (paridade) das mulheres.</p> <p>O Comité de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) autorizou o estudo (IC: 1371). A privacidade e a confiança dos participantes e dados foram mantidos em todos os momentos.</p>	<p>procedimentos foram realizados sem informação e sem o consentimento das mulheres na maioria dos casos, independentemente do modo de parto (vaginal ou cesariana). Mais de metade das mulheres relataram que não tiveram oportunidade de encontrar uma posição confortável durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>O abuso verbal foi a categoria mais prevalente observada. Foi evidenciado a presença do uso de frases humilhantes e outros comportamentos abusivos por parte dos profissionais de saúde durante o atendimento de parto.</p>	<p>(2018), factos que contribuem para uma experiência de parto positiva.</p> <p>A promoção do atendimento digno para garantir serviços de atendimento sem violência é essencial para melhorar a qualidade da assistência prestada pelo sistema de saúde.</p>
<p>2</p> <p>Título: An investigation into mistreatment of women during labour and</p>	<p>Estudo qualitativo e quantitativo – método misto.</p> <p>Objetivo: Investigar a natureza e o contexto dos maus-tratos durante o trabalho de parto e o parto em maternidades públicas e privadas em Uttar Pradesh, Índia.</p>	<p>Foram práticas de maus-tratos o facto de a mulher não poder escolher a posição de parto (92%), assim como a exploração manual do útero após o parto (80%) em ambos os setores.</p> <p>A maior prevalência de maus-tratos foi em mulheres acima de 35 anos e primíparas.</p> <p>O setor público teve um pior desempenho em comparação com o setor privado por não garantir a privacidade das mulheres, não informar as mulheres antes de um exame</p>	<p>Este estudo concluiu que a qualidade dos cuidados no momento do parto e nascimento é geralmente pobre tanto nos hospitais públicos como nos privados na Índia.</p> <p>Muitas práticas de cuidados inadequados são utilizadas rotineiramente na prestação de cuidados. Existem razões complexas para os maus-tratos infligidos às mulheres nas maternidades que estão</p>

<p>childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study</p> <p>Referências Bibliográficas: Gaurav Sharma; Loveday Penn-Kekana; Kaveri Halder; Véronique Filippi;</p> <p>https://doi.org/10.1186/s12978-019-0668-y</p> <p>Data de publicação: 2019</p>	<p>Level 4 – Observational –Descriptive Studies: Level 4.b – Cross-sectional study</p> <p>População/Amostra Mulheres em trabalho de parto espontâneo e sem complicações (definido como mulheres com gravidez de baixo risco, de idade gestacional entre 37 e 42 semanas que consentiram participar no estudo). Amostra 275 mulheres, maioria entre 20-35 anos e multíparas.</p> <p>Técnicas de colheita de dados Foram colhidos dados quantitativos através de um questionário de avaliação da Qualidade do Cuidado que captou informações sobre se os prestadores de cuidados da maternidade realizaram corretamente intervenções recomendados durante a primeira, segunda e terceira etapas do trabalho, incluindo o uso de práticas consideradas nocivas ou capturadas pela terminologia de maus-tratos.</p> <p>Os dados qualitativos resultaram dos comentários abertos registados pelos observadores.</p> <p>Catorze observadores clínicos (parteiras auxiliares de enfermagem com formação em saúde materna e infantil). Os observadores</p>	<p>vaginal e por violência verbal/física (gritar, bater ou beliscar) à mulher em trabalho.</p> <p>O setor privado teve pior desempenho que o setor público por não permitir o acompanhante durante o parto e para a tricotomia.</p> <p>Os cuidados mais frequentes por parte dos profissionais de saúde foram: pressão no abdómen quando a mulher está em trabalho de parto (com uma prevalência de 29%, semelhante em ambos os setores) e a episiotomia, feita em 24% dos partos, sendo que não foi dada analgesia e com prevalência semelhante em ambos os setores.</p> <p>A violência física e abuso verbal foram um tema comum nos comentários dos observadores.</p> <p>O abuso verbal foi mais prevalente no setor público (15%) do que no setor privado (8%).</p> <p>Os abusos verbais variavam entre falar mal, usar linguagem não recomendada e ameaçar mulheres com partos por cesariana, se elas não parassem de gritar ou chorar.</p> <p>Houve relatos de insulto, ameaça e gritos.</p>	<p>associados à política, infraestruturas e recursos, ética, cultura, conhecimentos, aptidões, atitudes da maternidade prestadores de cuidados e normas nas maternidades. É essencial fornecer a todas as mulheres informações adequadas e obter um CI antes de qualquer procedimento clínico invasivo. Verificou-se que o setor público teve um desempenho pior do que o setor privado por não garantir a privacidade das mulheres em trabalho de parto, não informar as mulheres antes de um exame vaginal e por existir abuso verbal como o gritar com a mulher em trabalho de parto.</p> <p>Os maus-tratos às mulheres ocorrem muitas vezes por causa do excesso de tratamento, como desrespeito e abuso, pois são uma violação dos direitos humanos e constituem má qualidade do cuidado nas maternidades.</p>
---	--	--	---

	<p>receberam formação sobre os conceitos de cuidados de maternidade respeitosos, incluindo desrespeito e abusos.</p> <p>Os dados foram colhidos entre 26 de maio a 8 de julho de 2015.</p> <p>A aprovação ética foi obtida do Conselho de Revisão Ética da Public Health-Care Society (PHS) na Índia e da London School of Hygiene and Tropical Medicine no Reino Unido (LSHTM Ethics Ref: 8858). O estudo também recebeu autorização do governo da Missão Nacional de Saúde em Uttar Pradesh.</p>		
<p>3</p> <p>Título: Predictive factors of women’s subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature</p>	<p>Estudo qualitativo.</p> <p>Objetivo: Explorar e identificar fatores de risco e proteção para a experiência subjetiva do parto e satisfação do parto da mulher.</p> <p>Levels of evidence for meaningfulness: 3. Single qualitative study</p> <p>Revisão sistemática da literatura nas bases de dados: PsycINFO, Science Direct e PubMed, usando a seguinte expressão de pesquisa (“fator de risco” OR “determinar” OR “prever”) AND (“parto” OR “experiência de parto” OR “experiência de nascimento”). A pesquisa complementada em bases de dados de literatura cinzenta (Google</p>	<p>Vinte e sete dos 28 estudos investigaram fatores obstétricos e médicos, mostrando que esses fatores estão altamente correlacionados com a experiência do parto e moldam as representações do parto.</p> <p>Três estudos evidenciaram que o uso de analgesia epidural é um preditor para a experiência negativa do parto. No entanto, noutro estudo a analgesia epidural previu experiências positivas. Essas diferenças podem ser devido à escolha da mãe de ter ou não analgesia epidural. Se a mãe decidir não ter, ela sente que será capaz de controlar sua dor e é provável que tenha uma melhor experiência de parto. Uma mulher que decidir ter epidural, mas não conseguiu ter terá as suas expectativas não atendidas.</p>	<p>Esta revisão sistemática da literatura mostra a importância dos fatores que potenciam a experiência do parto, como a percepção subjetiva da mulher dos procedimentos obstétricos, o processo de tomada de decisão e outras variáveis relacionadas com o apoio psicossocial durante o trabalho de parto. Constatou-se com estes estudos que o apoio e a presença dos profissionais de saúde durante a gravidez e o trabalho de parto, assim como conhecerem o profissional de saúde (seja ele médico ou enfermeiro) que auxilia no parto antes do parto contribuem para uma experiência positiva.</p>

<p>Referências Bibliográficas:</p> <p>Margaux Chabbert; Danaé Panagiotou; Jaqueline Wendlanda;</p> <p>Journal of reproductive and infant psychology 2021, VOL. 39, NO. 1, 43–66</p> <p>https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582</p> <p>Data de publicação: 21 março 2020</p>	<p>Scholar e ResearchGate), realizadas no mesmo dia: 12 de fevereiro de 2019.</p> <p>Os artigos foram avaliados com a Ferramenta de Avaliação de Métodos Mistos (MMAT).</p> <p>Foram incluídos artigos originais em inglês publicados entre 2000 e 2018 e que investigaram a percepção materna da experiência do parto (seja com escalas formais ou entrevistas aprofundadas). Foi incluído o conceito de satisfação em relação à experiência do parto.</p> <p>Foram definidos critérios de exclusão relativos as condições/variáveis dos estudos.</p> <p>A pesquisa teve um resultado de 592 artigos (bases de dados) e 42 (literatura cinzenta). Após a remoção dos artigos duplicados (39), 595 títulos foram retidos e exibidos. Um total de 88 estudos foram potencialmente elegíveis para inclusão.</p> <p>Sessenta não atenderam aos critérios de revisão e, portanto, foram excluídos. As razões para a exclusão final foram: não explorar preditores da experiência do parto, falta de medição da experiência do parto (avaliar outros conceitos como TEPT-FC, depressão ou medo de parto), examinando a experiência do parto como preditor e não como desfecho, e tendo apenas</p>	<p>Muitos estudos concordam que o tipo de parto é um fator que influencia a experiência subjetiva do parto. O parto vaginal está associado a experiências positivas enquanto a cesariana de emergência, bem como parto vaginal instrumental está associado a experiências negativas.</p> <p>Estudos demonstram que as mães primíparas estão mais sujeitas a relatar uma experiência negativa de parto. Enquanto as mulheres múltiparas são mais propensas a experimentar um parto positivo. Esses resultados podem estar relacionados com o facto de que as mulheres primíparas têm maiores expectativas de parto do que mulheres múltiparas uma vez que já experimentaram o evento.</p> <p>A dor no trabalho de parto tem sido identificada como preditor para a experiência negativa do parto.</p> <p>Alguns estudos consideram que uma curta duração do trabalho de parto é um fator de risco para a experiência do parto, enquanto outros identifica a duração como um fator positivo. No entanto, um trabalho de parto prolongado foi associado a experiências negativas de parto em sete estudos.</p> <p>O controlo que a mulher tem durante o trabalho de parto é um importante fator preditivo para a experiência subjetiva do parto, como tem sido investigado por seis estudos, e todos eles encontraram o mesmo resultado. Quanto maior o controle percebido, melhor a experiência subjetiva do parto. Quando as expectativas para o parto são atendidas, o parto é</p>	<p>Um bom relacionamento com os profissionais de saúde e o profissionalismo são preditores para experiências positivas de parto. Ao contrário, a impressão de não ser visto ou ouvido durante o parto, a insatisfação em relação ao apoio prestado pelos profissionais de saúde, assim como receber cuidados desrespeitosos e a má comunicação com profissionais de saúde estão relacionados com uma experiência subjetiva mais negativa do trabalho de parto e parto.</p> <p>Os profissionais de saúde devem consciencializar as mulheres durante a gravidez sobre o parto como por exemplo, como podem participar no parto, as tomadas de decisões que devem fazer, a partilha das preocupações e expectativas, e melhorar a comunicação de modo a ajudá-los a sentirem-se mais positivos com a sua experiência de parto.</p>
---	--	--	---

	<p>desenvolvido ou validado uma ferramenta para avaliar a experiência do parto. Por fim, 28 estudos atenderam aos critérios de inclusão.</p> <p>Mais da metade dos estudos foram publicados antes de 2015. No total, 23 estudos (82,2%) foram quantitativos, 4 foram qualitativos (14,3%) e 1 utilizou ambos os métodos (3,6%). Entre esses estudos, quase um terço (27,6%, n = 8) tinha um desenho longitudinal.</p> <p>Verifica-se que uma grande parte dos estudos (32,1%) foram realizadas na América do Norte (9) e na Escandinávia (8).</p>	<p>experimentado como mais positivo. É também o caso da participação no processo de tomada de decisão.</p> <p>Por fim, a episiotomia foi investigada apenas num estudo e constatou-se estar relacionada a uma experiência de parto mais negativa.</p> <p>Dez estudos exploraram fatores preditivos relacionados à assistência dos profissionais de saúde. Todos destacaram a importância do apoio e presença de profissionais de saúde durante a gravidez e durante o trabalho de parto para a experiência do parto.</p> <p>Estudos mostram que a educação para a saúde relativo ao parto está ligada à experiência positiva do parto.</p> <p>Estudos apontam que ter expectativas/pensamentos positivos para o nascimento estão relacionados com uma experiência de parto mais positiva. É de ressaltar a importância do apoio, tanto de parceiros como dos profissionais: enfermeiros e obstetras e em como estes poderiam permitir mais a presença dos parceiros e educá-los sobre a relevância do seu papel, e em como poderiam apoiar mais durante e após o parto.</p>	
--	---	---	--

De acordo com os objetivos da SR, os artigos foram analisados e as intervenções sintetizada de forma a identificar os conhecimentos e as estratégias do enfermeiro EESMO relativo à *comunicação como determinante na Violência Obstétrica – A percepção das mulheres*.

Essas intervenções são:

- A valorização do direito à informação e à tomada da decisão de forma consciente;

- A importância da comunicação durante o trabalho de parto;

- A criação de uma relação de confiança mútua e de respeito entre a mulher e o enfermeiro EESMO, sendo esta a essência de uma maternidade respeitosa;

- A necessidade do enfermeiro EESMO estar presente, apoiar e ouvir a mulher em trabalho de parto;

A discussão das evidências será integrada na discussão dos resultados no subcapítulo 2.4.

2.3.2 - Estudo qualitativo

Detalham-se de seguida os principais aspetos metodológicos do estudo qualitativo.

TIPO DE ESTUDO

O paradigma qualitativo é o que melhor se adapta tendo em conta a natureza dos objetivos do estudo, pois este permite várias interpretações da mesma e, desta forma tendo em conta que cada indivíduo é um ser único e individual, a sua interpretação também irá ser baseada no que percebe como sendo a realidade, construída ao longo da vida, onde recebe-processa e interpreta a informação, no compromisso da interação. E desta forma, a investigação qualitativa possibilita encontrar respostas para questões centradas na experiência social, como é criada e de que forma dá sentido à vida (Streubert & Carpenter, 2013). A investigação qualitativa vai para além dos números, esta utiliza uma abordagem holística dos fenómenos humanos, explorando a riqueza e complexidade que os caracteriza. Tal como defende Fortin (2009), a investigação qualitativa analisa fenómenos e procura a sua compreensão de um modo alargado com intuito de elaborar teorias.

Este estudo trata-se de um estudo descritivo e exploratório. Consiste num estudo descritivo uma vez que tenciona identificar, descrever e analisar a perceção das mulheres (puérperas) no que diz respeito à comunicação como determinante na violência obstétrica. E exploratório uma vez que o tema, a apesar de ser atual ainda é pouco explorado nesta dimensão e segundo Fortin (2009), os estudos exploratórios procuram descrever ou caracterizar um fenómeno com intuito de o conhecer melhor.

SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo são *mulheres puérperas internadas no serviço de puerpério até às 48 horas após o parto*.

Para a determinação dos sujeitos do estudo definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Idade entre os 19 anos (inclusive) e os 44 anos;
- Estarem a vivenciar o período pós-parto;

- Terem tido uma gravidez de termo;
- De parto eutócico realizado por enfermeiro EESMO;
- Terem a capacidade de manifestar o seu consentimento individual;

O recrutamento foi realizado no bloco de partos e serviço de internamento de puerpério. Trata-se de uma amostra por conveniência, na medida em que os sujeitos do estudo foram selecionados em função dos critérios mencionados (Fortin, 2009).

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Perante a seleção da abordagem qualitativa, considerou-se que a entrevista seria o instrumento que melhor permitiria a obtenção dos dados com vista à compreensão do problema a estudar. Selecionou-se a entrevista semiestruturada e elaborou-se um guião de entrevista constituído por uma questão norteadora e por um conjunto de sub-questões (Anexo V), pois de acordo com Poirier et al. (1999, p. 105) “é indispensável utilizar um esboço da entrevista mais ou menos estruturado e mais ou menos pormenorizado”.

FASE DE COLHEITA DE DADOS

Foram realizadas quatro entrevistas no mês de outubro. Para a realização das mesmas foi criado um ambiente reservado, aquecido, confortável que facilitasse a participação e a gravação áudio da mesma tal como é recomendado por Morgan (2010), que este deva ser acessível, assegure conforto aos participantes bem como a confidencialidade da informação gerada.

TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados da entrevista foram tratados através da técnica de análise de conteúdo com recurso à análise temática segundo Bardin (2016) que visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social. Para a autora, esta técnica visa um conjunto de estratégias de análise das comunicações. Inicia com a escuta das descrições orais dos participantes e posteriormente da leitura e releitura das transcrições, onde as declarações importantes podem ser identificadas e extraídas (Streubert & Carpenter, 2013). As entrevistas foram realizadas através de um registo em suporte de áudio. Depois das entrevistas realizadas, transcreveu-se cada uma sendo o mais fiel possível, tentando sempre respeitar a linguagem original, as pausas e repetições, tendo obtido, um corpus de análise da entrevista que corresponde a 12 páginas transcritas A4, que tal como afirma Bardin (2016) vai ser submetido ao processo analítico.

Posteriormente procedeu-se à leitura “flutuante”, que segundo Bardin (2016), consiste em contactar com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações, identificando frases e/ou expressões significativas. Através dessas leituras definiram-se as unidades de registo que segundo o mesmo autor, é definido como a unidade de significação codificada que diz respeito ao segmento de conteúdo considerado unidade base, um suporte para a construção das categorias deste estudo. Da unidade de registo surge a unidade de contexto que corresponde ao segmento da mensagem mais alargado, comportando na unidade. São essenciais para que possa compreender a significação exata da unidade de registo (Bardin, 2016)

Após a definição das unidades, procedeu-se à categorização, efetuando a desmontagem do discurso, com vista à redução da complexidade, estabilizando-o, identificando-o, ordenando-o ou atribuindo-lhe um sentido. Segundo Bardin (2016), as categorias são classes ou rubricas que agrupam várias unidades de registo sob um título genérico. Este agrupamento é executado tendo em conta as características comuns desses elementos. As enunciações dessas categorias seguem os princípios da exclusão mútua (entre categorias), da homogeneidade (dentro das categorias), da pertinência na mensagem transmitida (não distorção), da objetividade (compreensão e clareza) e da produtividade (para as inferências).

A construção de um sistema de categorias pode ser feita à priori, à posteriori ou através da combinação dos dois processos. Quando a interação entre o quadro operacional fixo do investigador (que nesta situação foi o uso do guião de entrevista onde foram enunciadas categorias), os problemas concretos que pretende estudar, e o seu plano de hipóteses, permitem a formulação de um sistema de categorias em que o que lhe importa é a deteção da presença ou ausência dessas categorias no *corpus*, está-se perante uma categorização à priori (Vala, 1986). A categorização à posteriori, de acordo com o mesmo autor, consiste na inexistência de um pressuposto teórico que oriente a sua elaboração. Neste sentido, considerou-se que a categorização utilizada no estudo é resultado da combinação dos dois métodos, método misto que consiste num movimento dedutivo-indutivo, que são resultados à priori da conceptualização do enquadramento teórico, das ideias principais que emergiram da SR e do conteúdo das respostas obtidas nas entrevistas de modo a permitir que estes sejam aperfeiçoados, definidos e redefinidos durante a análise de conteúdo.

Neste sentido, procedeu-se à construção de uma grelha de análise (Quadro 3), apresentada seguidamente.

Quadro 3- Grelha de análise

Tema	Categoria
Expetativas sobre o TP	Identificação das expetativas
	Respeito/Consecução das expetativas
Comunicação entre mulher parturiente e o enfermeiro	Fatores que influenciaram positivamente a comunicação no TP
	Fatores que influenciaram negativamente a comunicação no TP

Foram identificados 2 temas (Expetativas sobre o TP e Comunicação entre mulher parturiente e o enfermeiro) a partir das 4 categorias, que representam a perceção das mulheres relativo à comunicação como determinante na violência obstétrica. Essas categorias são:

- A. Identificação das expetativas
- B. Respeito/Consecução das expetativas
- C. Fatores que influenciaram positivamente a comunicação no TP
- D. Fatores que influenciaram negativamente a comunicação no TP

Cada categoria será analisada e as unidades de registo codificadas através de códigos ou símbolos linguísticos, nomeadamente:

Unidades de registo de campo apresentam-se em itálico

E - Estudante

U - Utente

L - Linha da qual foram retiradas as frases significativas das respetivas entrevistas

E1, E2, E3, E4 – código de identificação de cada entrevistado

M - Moderador

(...) - Refere-se aos excertos da transcrição original, que não foram relevantes para a análise;

Uma palavra entre [] - Palavra ou frase de ligação de modo a fornecer significado à declaração.

A interpretação de todos os dados é feita ao nível da discussão dos resultados dos dois métodos no capítulo 2.4, sendo que a da matriz de análise constam no Anexo VI.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A realização de um estudo de investigação pressupõe a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho do estudo seja consistente do ponto de vista moral e ético. Neste sentido há a necessidade de garantir os seguintes princípios: respeito pelos grupos vulneráveis; obtenção de consentimento informado dos participantes; respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; respeito pela justiça e pela equidade; equilíbrio entre vantagens e inconvenientes devendo estes serem reduzidos e as vantagens otimizadas (Fortin, 2009).

Desta forma, foi solicitado à Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado o Estágio IV o parecer para o desenvolvimento do estudo. Em agosto de 2022 obteve-se o parecer favorável ao desenvolvimento do estudo pela Direção Executiva da Comissão de Ética (Anexo VII).

O grupo de participantes foi voluntário e foram informados sobre o propósito do estudo, objetivos e metodologia da investigação. Foi fornecido tempo para exporem as suas dúvidas e assegurado que os dados colhidos seriam usados exclusivamente para o estudo. Posto isto, todos os participantes procederam à assinatura do documento de consentimento livre e informado (Anexo VII). Todos os dados referentes à identificação dos participantes foram omitidos na redação do relatório, tendo sido utilizados códigos de identificação. Nesse sentido foram garantidos anonimização e a privacidade, com a exceção do conhecimento da investigadora que interagiu diretamente com todos os entrevistados. Foi ainda solicitado a autorização para a gravação das entrevistas em suporte áudio, a qual foi sempre concedida. No final das entrevistas agradeceu-se a participação e disponibilidade demonstrada.

2.4 - Análise e discussão de resultados

A análise e discussão de resultados tem como objetivo a interpretação dos mesmos. Deste modo, neste subcapítulo, apresenta-se a análise dos artigos selecionados provenientes da *Scoping Review*, interrelacionados com os dados que emergiram das entrevistas e a respetiva discussão. A organização da discussão faz-se a partir dos temas e respetivas categorias da matriz de análise, de modo a evidenciar os contributos para a questão de revisão: *Em que medida a mulher parturiente percebe a comunicação como determinante na Violência Obstétrica?*

TEMA: Expetativas sobre o TP

Categoria A - Identificação das expetativas

As expectativas fazem parte da nossa vida. Quando prevemos um acontecimento, por vezes, criamos expectativas e o momento do parto é um deles. Segundo Chabbert et al (2020), estudos apontam que ter expectativas/pensamentos positivos para o nascimento estão relacionados com uma experiência de parto mais positiva. Em contrapartida, expectativas/pensamentos negativos para o nascimento, como o medo do parto ou histórias de abuso sexual, parecem estar relacionadas à experiência de parto mais negativa. Os mesmos autores referem ainda que, quando as expectativas para o parto são atendidas, é provável que o parto seja experimentado como mais positivo. A teoria de médio alcance de Swanson define enfermagem como a disciplina que é experiente em cuidar dos outros, sustentada em conhecimento empírico, pela prática clínica, valores e expectativas pessoais e sociais. A mulher parturiente, alvo de cuidados, é um ser único, munido de crenças e expectativas relativas ao parto que o enfermeiro deve ter em conta e possibilitar a mulher parturiente a desenvolver as suas potencialidades e a dar autonomia de modo a integrar os seus desejos, preferências, necessidades e expectativas.

As mulheres entrevistadas mencionaram expectativas em relação ao TP e parto. Essas expectativas organizaram-se em quatro ideias centrais: o medo que tinham em relação ao parto; o desejo que o parto se constituísse numa experiência positiva; uma expectativa relativa à liberdade de escolha, que neste caso se relacionou a com a episiotomia e com a analgesia.

Relativamente ao medo que tinham em relação ao parto as seguintes unidades de registo ilustram o mesmo:

“Quer dizer a minha expectativa é que se calhar vinha para durar e ainda estar aqui uma noite inteira, não é? Também não estava à espera de chegar e ser em 1 hora.” (E1, L21)

“Pronto eu vinha com muito medo. Vinha com muito medo de cá estar muitas horas (...).” (E1, L70-71)

“Eu tinha medo de muita coisa e por acaso correu tudo bem Graças a Deus.” (E4, L19-20)

O trabalho de parto e parto são momentos desafiadores e exigentes para a mulher parturiente, tanto a nível físico como a nível emocional. Segundo Frello e Carraro (2010), as emoções negativas podem envolver a mulher dificultando o processo de parto. Ao longo do trabalho de parto a mulher pode expressar sentimentos variados, sendo um deles o medo. O termo medo provém do latim-metu- «idem» e significa “sentimento de inquietação que surge com a ideia de um perigo real ou aparente”, “terror; susto”, “receio; temor”, “apreensão” de acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa (2022, s/ p.). Um dos medos que referem é a duração do trabalho de parto. Segundo dados da RSL de Chabbert et al (2020), alguns estudos consideram que uma curta duração do trabalho de parto contribui como fator de negativo para a experiência de parto. No entanto, a maioria dos estudos relatou que um trabalho de parto prolongado foi associado a experiências negativas de parto. Contudo, a OMS (2018) refere que a duração do TP é variável e depende do processo fisiológico individual e das características da gravidez. O enfermeiro EESMO tem o dever de informar sobre a possibilidade de uma nulípara poder alcançar as 12 horas na fase latente e as múltiparas 10 horas. A fase ativa de TP, nas nulíparas, pode ser concluída em 3 horas e em múltiparas em 2 horas (OMS, 2018).

Desta forma, o medo é um fator que pode interferir na forma como o parto é expectado e é desenvolvido através de experiências antecipadas da mulher ou das expectativas que foram criadas (Silva et al, 2015). Por isso, o enfermeiro EESMO desempenha um forte papel na desconstrução do medo, utilizando a empatia e comunicação como instrumento eficaz de cuidado, de modo a proporcionar uma experiência positiva e saudável do parto, minimizando os medos e ansiedades envolvidos, gerando sentimentos de confiança e segurança que podem ser transmitidos através da comunicação de modo a tranquilizarem a mulher parturiente. Além disso, o enfermeiro deve transmitir à mulher parturiente confiança e colocá-la à vontade, dando a possibilidade de decidir sobre o que quer ou não quer. É o caso, da realização da episiotomia, que por vezes gera medo à mulher parturiente sendo, segundo Ciello et al

(2012), o procedimento mais realizado sem ser informado ou sem consentimento das mulheres. As mulheres entrevistadas referenciaram:

“Eu não queria episiotomia.” (E4, L5)

“Eu não queria o corte.” (E4, L4-5)

“Eu não queria, tipo, estar a ser cortada ou assim e não saber o que é que iam fazer a mim porque aí está o corpo é meu.” (E4, L58-60)

“Eu não queria ser como muitas grávidas que já ouvi: “Ah eu não sei se isto rasgou ou foi cortado.” (E4, L91-92)

A episiotomia é uma intervenção cirúrgica que comporta uma incisão no períneo para ampliar o espaço na saída do canal de parto (Posner, Black & Jones, 2013). No entanto, este é um tema que gera discussão e na qual a mulher cria uma expectativa para o momento do parto pois é, por vezes, tal como refere Progianti, Araújo e Mouta (2008, p.46) “a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento”. Desse modo, a episiotomia deve ser feita com o consentimento da mulher e cabe ao enfermeiro EESMO informar a mulher e justificar a necessidade de a realizar, pois ele deve atuar de forma conscienciosa, promovendo o conforto e bem-estar da mesma, realizando atos mais intervencionistas como a episiotomia apenas quando seja estritamente necessário e após uma avaliação criteriosa. A episiotomia de rotina é uma violência física, psicológica e sexual, que pode ter consequências imediatas e futuras para as mulheres (Rohde, 2016). Muitas práticas de cuidados inadequados são utilizadas rotineiramente na prestação de cuidados (Monge et al, 2020). Os mesmos autores relatam ainda que foram realizados procedimentos que não vão ao encontro das recomendações dadas pela OMS, assim como foram realizados sem transmitir informações às mulheres e por conseguinte sem estas darem o seu consentimento das mesmas. Tal como refere Sharma et al, (2019) no seu estudo, é essencial fornecer a todas as mulheres informações adequadas e obter um consentimento informado antes de qualquer procedimento invasivo. A promoção do atendimento digno para garantir serviços de atendimento sem violência é essencial para melhorar a qualidade dos cuidados (Monge et al, 2020). Uma das funções do enfermeiro EESMO durante o TP e parto é intervir o menos possível, ajudar no que for necessário e estar presente (Silva et al, 2015). O estar presente, o “estar com” a mulher parturiente, estar disponível, acalmá-la e ajudá-la (Swanson, 1993). Para que esta tenha a possibilidade de escolha e consiga tomar as suas próprias decisões ao longo do TP e

parto, quer seja relacionado com a episiotomia, quer seja relacionado com a analgesia, neste caso a epidural:

“Eu disse logo que, em princípio, não queria epidural. Mas queria ter a possibilidade de escolher, se eu quisesse, porque tenho direito.” (E4, L30-31)

A mulher deve ter a possibilidade de escolha e o direito à tomada de decisão. Segundo a Direção Geral de Saúde (2001), a analgesia do parto, adquire contornos de um direito universal, ao qual todas as mulheres devem ter igualdade de acesso, o que pressupõe, por parte destas, informação detalhada e direito de opção consciente perante este acontecimento tão importante. Para Chabbert et al (2020), quanto maior o controlo que a mulher tem durante o trabalho de parto, melhor é a experiência do parto. Por isso, a mulher deve estar esclarecida para tomar a decisão de forma consciente e cabe ao enfermeiro transmitir informações e mostrar-se disponível para esclarecimento de dúvidas e questões que vão surgindo, de modo a ajudar as mulheres parturientes a vivenciarem de modo mais tranquilo o processo de parto, para que o momento do parto se torne num momento positivo, leve e não traumatizante, tal como mencionam as mulheres nas entrevistas:

“Lá está porque eu ia com expectativa de ser uma coisa assim, mais leve.” (E2, L8-9)

“E a gente vê notícias e eu não queria que a minha primeira filha me traumatizasse no parto.” (E4, L21-22)

“Eu não queria sair do hospital e pensar, não quero ter mais filhos por causa do parto! Não! Eu queria sair e estar descansada, olhar para a minha filha, pensar: Bolas, tive uma gravidez abençoada, tive um trabalho de parto abençoado e pronto.” (E4, L98-100)

A mulher quer o parto como uma experiência positiva e não como um momento que a traumatize. O aproximar do momento do parto leva a mulher grávida a criar expectativas, cuja formação contribui, de forma positiva ou negativa, para idealização de um momento como o parto. Quando o parto idealizado corresponde ao parto real, isto é, quando as expectativas são conseguidas e respeitadas, as mulheres parturientes tendem a experimentarem um parto positivo (Iravani et al, 2015). De igual forma, durante o trabalho de parto e parto os acontecimentos e intervenções hospitalares que surgem podem influenciar de forma positiva ou negativa a atitude da mulher, com consequências emocionais e comportamentais futuras. Assim como, o relato de pessoas conhecidas, que, por algum motivo, sofreram VO, ou a vivência de experiências de parto negativas anteriores são fatores que não contribuem para uma experiência de parto positiva.

Muitas mulheres são vítimas de violência no parto, transformando um acontecimento tão único e satisfatório num momento traumático (Oliveira, 2019)

Assim, o parto ideal integra uma perspetiva de experiência de parto positiva que corresponde àquele que preenche ou excede as expectativas pessoais das mulheres (OMS, 2018). As expectativas e objetivos da mulher grávida/parturiente para o momento de TP e parto podem constituir um documento escrito ou oral, denominado de plano de parto. Este consiste num manifesto de escolhas da mulher/casal, onde são contemplados os desejos, expectativas e preferências para o momento do TP e parto (Anderson et al, 2017; DGS, 2020a):

“O que eu mais queria, era... o meu plano de parto daquilo que eu mais queria era falarem comigo e informarem-me daquilo que iam fazer.” (E4, L57-58)

O enfermeiro EESMO deve procurar dar resposta às expectativas da mulher estabelecendo parceria nos cuidados. As expectativas das mulheres devem ser discutidas e faladas. O plano de parto tem um papel importante, pois traduz as expectativas e as decisões da mulher parturiente relativamente ao momento do parto (OE, 2021). O enfermeiro EESMO é um profissional de referência promotor de autonomia e potenciador de sentimentos e expectativas positivas, capacitando-a para o parto e para a maternidade (Silva et al, 2015).

Neste sentido, a humanização dos cuidados à mulher grávida pressupõe reconhecer a sua individualidade, as suas necessidades, desejos e expectativas estabelecendo com ela uma relação que lhe proporcione segurança, lhe dê protagonismo e empoderamento. A relação terapêutica promovida no âmbito do “exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2012, p. 10). Ao estabelecer uma relação de confiança através da comunicação e do diálogo, está-se a contribuir para o parto positivo. O enfermeiro compreende a realidade da mulher grávida/parturiente através do estabelecimento de uma relação terapêutica que é influenciada pela personalidade de cada um dos intervenientes e pela disposição do enfermeiro em conhecer o outro como um ser único e significativo (Swanson, 1991, 1993).

Assim, a criação de uma relação de confiança mútua e de respeito entre a mulher e o enfermeiro EESMO, é a essência de uma maternidade respeitosa.

Categoria B - Respeito/Consecução das expetativas

Relativamente ao respeito/consecução das expetativas estas remetem-nos para os valores de respeito e liberdade, conforme ilustram as unidades de registo seguintes:

“Foram sempre respeitadas [opiniões e escolhas]. Todas mesmo.” (E3, L23)

“E trataram-me [profissionais de saúde] muito bem mesmo.” (E3, L25)

“Eu não melhorava nada porque, fui muito bem tratada e falaram sempre comigo.” (E3, L34-35)

“Reagiu [o enfermeiro], melhor do que muitas outras pessoas.” (E4, L6-7)

“O enfermeiro foi simpático, respeitou.” (E4, L4)

O cuidar em enfermagem deverá ter por base o respeito e a confiança pela pessoa alvo de cuidados, de modo a dar uma resposta indo ao encontro das necessidades e interesses de cada pessoa. Com base no Artigo 76.º do Código Deontológico, alínea a), o enfermeiro tem a obrigação de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2005, p.35). É necessário oferecer à mulher suporte humanizado com comunicação efetiva e respeitosa, de modo a melhorar a autonomia da mulher, aumentando a confiança, provocando uma redução de necessidade de intervenção obstétrica, melhorando a experiência da mulher durante o TP e parto. Além disso, deve-se informar a mulher para que esta tome decisões de forma consciente, tal como é referenciado pelas unidades de registo seguintes:

“(...) mas ele [enfermeiro] disse-me que não garantia que não se não fosse rasgar.” (E4, L5)

“Mas nunca me obrigou a nada [o enfermeiro], disse-me logo que pronto que era uma escolha minha.” (E4, L6)

Segundo Chabbert et al (2020) os profissionais de saúde devem consciencializar as mulheres durante a gravidez sobre o parto, como podem participar no parto e as tomadas de decisão que devem fazer. O enfermeiro EESMO, ao reconhecer a mulher como um ser único, livre e autónomo, deverá transmitir uma informação clarificada - Artigo 84.º (Dever de informação) – tendo em conta que “informar significa transmitir dados sobre qualquer coisa, sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza, e contribui para o processo de adaptação e para a tomada de decisão” (OE, 2005, p.110). A capacitação da mulher para a tomada de decisão pretende que esta esteja na posse dos elementos que lhe permitam uma decisão baseada na razão, sendo elucidada das

consequências das suas escolhas. A participação no processo da tomada de decisão contribui para a experiência de parto positivo (Chabbert et al, 2020). Deste modo, a valorização do direito à informação e à tomada da decisão de forma consciente devem-se fazer valer, para que a mulher possa ter liberdade de escolha e de decisão tal como referem as seguintes unidades de registo:

“Pronto, apanhei equipas muito boas, muito boas que me deram essa essa liberdade.” (E2, L10-11)

“(...) deram-me a liberdade para ir para a bola, deram-me a liberdade para circular na sala de parto. Não tive limitada sempre a cama (...)” (E2, L6-8)

“Porque para eles é só uma moda, não é uma moda. Toda a mulher tem direito a um parto positivo.” (E4, L18-19)

“Não senti pressão nenhuma para levar a epidural nem nada disso.” (E4, L74-75)

“Sim. É aquela coisa, o corpo é meu.” (E4, 96)

Quando valorizada a presença e opinião das mulheres, pela liberdade de escolha inerente ao TP e parto, o seu poder vital é fortalecido e sentimentos negativos, como ansiedade e medo são minorados (Frello et al, 2010). A mulher tem a liberdade de escolha, desde que devidamente informada das intervenções e tem a hipótese de decidir se quer ou não determinadas intervenções (Monge et al, 2020). Deste modo torna-se essencial ouvir e respeitar a mulher e dar importância ao processo de comunicação no cuidado, com o objetivo de tornar o nascimento uma experiência positiva e satisfatória para a mulher.

TEMA: Comunicação entre mulher parturiente e o enfermeiro

Categoria C - Fatores que influenciaram positivamente a comunicação no TP

É muito importante que haja uma boa comunicação entre o enfermeiro e a mulher parturiente, corroborando com as respostas das mulheres entrevistadas:

“É muito importante, mesmo muito, muito. Sem comunicação, não sei onde é que há de chegar, mas isso é muito importante mesmo. A mim ajudou-me muito mesmo a comunicação.” (E3, L8-10)

“É importante mesmo falar com a gente sempre.” (E3, L15)

O facto de ter apoio influencia positivamente a comunicação no TP, como se pode constatar com as respostas das mulheres:

“Sim, sim foi importante [a comunicação estabelecida]. Porque ter ali o apoio de cada lado foi muito bom. Foi muito bom.” (E1, L67)

“(...) elas sempre, as duas uma de cada lado a massajar-me a barriga, a ajudar-me.” (E1, L46-47)

“(...) tinha uma enfermeira de cada lado.” (E1, L57)

“A enfermeira que me fez a triagem também sempre comigo a massajar-me a barriga e dar-me apoio e a falar-me na respiração.” (E1, L57-59)

Através da RSL de Chabbert et al (2020), todos os artigos destacaram a importância do apoio e presença de profissionais de saúde durante a gravidez e durante o trabalho de parto para a experiência do parto. O enfermeiro EESMO é o profissional que está presente no acompanhamento do trabalho de parto, ao lado da mulher, estimulando e oferecendo segurança, incentivo e autonomia. Chabbert et al (2020), afirmam que conhecer o profissional de saúde (seja ele médico ou enfermeiro) contribui para experiência subjetiva do parto. As mulheres reconhecem o enfermeiro como elemento integrante de uma equipa de saúde, que ao assumir um papel de coadjuvante no TP e parto, propiciando nelas o bem-estar em poder escolher, a liberdade em conduzir o seu processo de parto, sempre acompanhadas e orientadas pela equipa de Enfermagem. O enfermeiro EESMO apoia o processo de nascimento e encoraja a participação ativa da mulher com o mínimo de intervenções possíveis, de modo que a mulher parturiente possa ser protagonista nesse momento. É importante estabelecer uma boa relação entre o enfermeiro e a mulher parturiente, pois um bom relacionamento com os profissionais de saúde e sentindo o profissionalismo também são considerados preditores para experiências positivas de parto (Chabbert et al, 2020). Na relação estabelecida entre o enfermeiro e a mulher parturiente, a base para o sucesso de “estar com a mulher” durante o trabalho de parto e parto é a confiança (Bradfield et al, 2019). A confiança permite “conhecer” a mulher, os seus desejos e necessidades para o momento do parto, os seus problemas, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem individualizados, apoiando as suas escolhas e ajudando-a a ultrapassar os momentos mais difíceis (Bradfield et al, 2019).

O facto de o enfermeiro ouvir e escutar o que a mulher parturiente tem para dizer é fulcral para uma boa comunicação.

“Sim mesmo quando eu cheguei expliquei-me à enfermeira e ela ouviu-me e fez as perguntas e mesmo na parte da preparação ela preparou-me pronto teve sempre a falar comigo e a explicar-me.” (E1, L35-37)

Por outro lado, a impressão de não ser visto ou ouvido durante o parto, o ter sido tratado com desrespeito, a insatisfação, o apoio e a comunicação prestada pelos profissionais de saúde estiveram relacionados com uma experiência subjetiva mais negativa do parto (Chabbert et al, 2020).

Os resultados do estudo de Monge et al (2020) concluíram que as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde não atenderam às necessidades das mulheres e que isso poderia estar relacionado com as barreiras de comunicação. Assim como, no estudo de Sharma et al, (2019), os abusos verbais variavam entre falar mal, usar linguagem não recomendada e ameaçar mulheres com partos por cesariana, se elas não parassem de gritar ou chorar. A comunicação estabelecida deve ser eficaz e perceptível. Deve ocorrer por meio do diálogo, com palavras de fácil entendimento, em que enfermeiro e mulher parturiente compartilhem sentidos e emoções que se tornam comuns a eles no momento que vivenciam o parto (Barros, 2017 citado por Beserra et al, 2019). Uma boa comunicação resulta da segurança e satisfação, fazendo com que esta se sinta respeitada como pessoa nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual. A importância da comunicação durante o trabalho de parto deve ser por isso valorizada:

“Houve uma boa comunicação. Se ela me respeitou, a experiência foi, foi ótima, mesmo com todo o sofrimento, à volta, não é?! Lá está, tornou-se uma experiência boa. Agradável.” (E2, L21-23)

“[a comunicação entre enfermeiro-utente] Ótima, ótima, ótima. Lá está porque ela [enfermeira] respeitou-me muito, mesmo, muito, muito, muito, muito, muito, muito, muito, muito, foi mesmo muito bom. Adorei. Adorei este parto. Por acaso adorei.” (E2, L16-18)

“O enfermeiro, volto a dizer, foi super simpático. Super respeitador. Leu tudo viu tudo, falou comigo.” (E4, L56-57)

“Sim, saio e agradeço muito ao enfermeiro, neste caso aos enfermeiros todos que, que estavam no trabalho de parto mesmo no parto, porque respeitou e isso é muito importante Ele podia não aceitar. E ele disse que poderia acontecer, mas respeitou. E é o que muitas pessoas se calhar não fazem.” (E4, L102-105)

As respostas das mulheres remetem-nos que para haver uma boa comunicação é necessário que haja respeito. O apelo à assistência à maternidade respeitosa representa um movimento global para a melhoria da saúde materna, através do foco na satisfação da mulher e na melhoria da qualidade (Molina et al (2016). Os mesmos autores referem que a maternidade respeitosa exige confiança mútua entre as mulheres, que estão num período de grande capacidade física e emocional, e os profissionais de saúde, que estão encarregues de cuidar das mulheres. Para as mulheres, o respeito

significa sentirem-se ouvidas e serem reconhecidas como uma pessoa com experiências, preferências e eventuais medos relativos ao parto (Hunter et al, 2017).

As intervenções que favorecem cuidados respeitosos na maternidade consistem em cuidados não abusivos, oportunos, amigáveis e não discriminativos, sendo necessário o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar para prestar cuidados respeitosos e compassivos às mulheres grávidas (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A prestação de cuidados respeitosos na maternidade foi defendida no documento de recomendações para uma experiência de parto positiva, emitido pela OMS (2018). Segundo o artigo de Monge et al (2020), a maioria das mulheres sofreu abuso de verbal (87,1%), seguida por abuso físico (66,9%) e discriminação (62%). Foi evidenciado a presença do uso de frases humilhantes e outros comportamentos abusivos por parte dos profissionais de saúde durante o atendimento de parto (Monge et al, 2020). Os mesmos autores referem que este tipo de violência pode ser subtil e difícil de reconhecer pelas próprias mulheres e, às vezes, ainda mais difícil de redimensionar pelos profissionais de saúde. Molina et al (2016) referem que as taxas mais elevadas de abuso verbal e físico dos pacientes ocorrem a maior parte das vezes durante o turno da noite, que corresponde ao período em que o número dos profissionais é menor em comparação com o turno da manhã.

Categoria D - Fatores que influenciaram negativamente a comunicação no TP

Através das entrevistas foi possível perceber que a dor é um dos fatores que influencia negativamente a comunicação durante o TP:

“(...) depois, entretanto eu disse a ela que estava a sofrer estava mesmo a ter aquelas contrações que sentia mesmo que tinha que fazer força e ela [enfermeira] não estava a acreditar (...)” (E1, L40-41)

“Porque não é fácil uma pessoa estar ali com tanta dor e mesmo a sangue-frio não é fácil, não é fácil.” (E1, L59-61)

“Pronto foi um bocadinho de aperto. Porque não tinha anestesia, não tinha nada mas ...” (E1, L47-48)

“(...) as contrações, digamos, que estavam a começar a dar cabo da minha cabeça” (E4, L26-27)

Estas afirmações são corroboradas com um dos artigos mobilizados em que afirma que a dor no trabalho de parto tem sido identificada como preditor para a experiência negativa do parto (Chabbert et al, 2020). A dor é uma experiência física e emotiva, que afeta a totalidade do indivíduo (Le Breton, 2013; Sarti, 2001 citado por

Rezende, 2019). A mesma autora afirma que a dor física é atravessada pelo sofrimento social, que surge especialmente nos casos de violência obstétrica, quando a mulher parturiente vivencia imposições médicas ou atos que lhe são desrespeitosos. O termo não indica um procedimento específico visto como violento, mas sim a ideia de ir contra o direito de escolha (Carneiro, 2015 citado por Rezende, 2019). Desta forma, a dor pode surgir quando se impõe à mulher algo que ela não quer, algo que ela não deseja e isso está intimamente ligada com a comunicação que se tem durante o TP e parto.

O enfermeiro EESMO, ao estabelecer uma relação terapêutica através da comunicação com a mulher parturiente consegue perceber os sentimentos, dor e ansiedade da mesma, o que resulta numa prestação de cuidados efetiva, adequada e menos intervencionista. Pela informação e esclarecimento, o manter a atenção voltada para a mulher, encorajar, dar reforço positivo e indiciar interesse na mulher parturiente promove a participação da mulher no seu TP e parto, e elimina as sensações de medo, angústia, pânico e dor.

Desse modo, a comunicação durante o TP e parto entre a mulher parturiente e o enfermeiro EESMO é o ponto de partida para a maternidade respeitosa.

Em síntese:

Na teoria de Swanson (1993), é defendido que a mulher parturiente como ser único que é, tem o direito a decidir qual o caminho no processo de cuidados que quer que seja seguido, assim como estar consciente dos seus direitos e que estes sejam respeitados, livre de violência.

É essencial “conhecer” a mulher parturiente, isto é, entender a experiência a partir das expectativas da mulher que a está a viver (Swanson, 1993). As expectativas em relação ao TP e parto foram mencionadas pelas mulheres nas entrevistas e segundo os estudos provenientes da scoping review referem que, quando as expectativas para o parto são atendidas, é provável que o parto seja experimentado como mais positivo (Chabbert et al, 2020). Neste sentido, para conhecer a mulher parturiente e as suas expectativas para o momento do TP e parto há a necessidade de o enfermeiro EESMO evitar ideias pré-concebidas, centrar os cuidados na pessoa, fazer uma apreciação cuidadosa, procurar “sinais” e a envolvência de ambos no processo (Swanson, 1999b). Para isso, é necessário ouvir e escutar o que a mulher tem para referir através da

comunicação e do diálogo que se estabelece de forma a ir ao encontro das suas expectativas evitando mal-entendidos e intervenções desnecessárias para uma minimização da VO.

Com esse intuito, é necessário “estar com” a mulher parturiente ao longo do TP e parto, e o enfermeiro EESMO tem um papel privilegiado neste aspeto. É necessário que esteja disponível e emocionalmente presente para a mulher parturiente, comunicando com ela, transmitindo disponibilidade e partilhando sentimentos. Tal como foi referido pelas mulheres entrevistadas, e corroborado com os artigos analisados, o apoio prestado e a presença num momento em que a mulher parturiente está mais vulnerável é importante para elas e contribui para um parto positivo. Considerando-se, mesmo, que o facto de o enfermeiro estar ao lado da mulher parturiente um fator fulcral para uma boa comunicação, pois este deve falar e ouvir ativamente as escolhas da mulher parturiente, focalizando-se nas suas preocupações, de modo a dar atenção e a assistir a tomar decisões, mantendo as suas crenças e valores (Swanson, 1993).

Para tal deve-se “manter a crença”, ou seja, o enfermeiro EESMO deve acreditar nas capacidades das mulheres parturientes ajudando-as a ultrapassar o momento do parto e a enfrentar o futuro. Sendo um momento do parto um acontecimento que gera medo e ansiedade, pois criam-se expectativas mencionadas pelas mulheres entrevistadas, em que várias referiram o medo que tinham em relação ao parto. Neste sentido, é fundamental que o enfermeiro EESMO procure proporcionar a possibilidade de uma experiência positiva de parto, desmistificando os medos, acalmando, favorecendo o protagonismo das mulheres parturientes no trabalho de parto. Para isso, o enfermeiro EESMO deve manter a fé na mulher parturiente, acreditando nas capacidades delas, favorecendo a autoestima das mesmas e mantendo uma atitude de esperança, com o intuito de as ajudar (Swanson, 1993).

É fundamental que o enfermeiro EESMO apoie e procure fazer pela mulher parturiente o que for da sua vontade (Swanson, 1993). O enfermeiro EESMO ao “fazer por”, pode confortar estabelecendo uma relação de ajuda através da comunicação, antecipar, executar com competência, proteger as necessidades da mulher parturiente e preservar a sua privacidade e dignidade (Swanson, 1999b), explicando cada intervenção e não fazer nada sem o CI da própria, tal como é corroborado com os estudos decorrentes da scoping review, englobando a comunicação para ajudar e facilitar o processo (Swanson, 1993). Nesse momento de maior vulnerabilidade, o

enfermeiro EESMO deve de advogar pela mulher parturiente e cuidar com respeito de modo que as mulheres não sintam os seus direitos comprometidos e que não haja “espaço” para seja considerado VO.

Neste sentido, o enfermeiro EESMO deve “possibilitar”, usando os seus conhecimentos e competências para proporcionar o crescimento da mulher parturiente e promover o seu autocuidado, com recurso a técnicas de ensino, instrução, treino e validação de competências que, permitam às mulheres parturientes vislumbrarem as suas alternativas (Swanson, 1999b) através da comunicação para que estas possam tomar decisões conscientes e serem protagonistas do seu próprio TP e parto.

Os cinco processos de cuidar da teoria dos cuidados (Caring Theory) de Kristen Swanson, assim como nas entrevistas realizadas e nos artigos mobilizados da scoping review, um dos aspetos, comuns tem sempre por base a comunicação, pois esta torna-se um elemento central no processo de cuidar com dignidade e respeito, fazendo com que através da comunicação se negocie com a mulher parturiente para que esta tenha liberdade de escolha e seja protagonista do seu próprio TP e parto para uma maternidade respeitosa.

3 - Considerações finais

Com este relatório de estágio, considera-se que foram alcançados os objetivos propostos inicialmente. Através dele foi possível refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas em contexto de estágio e o seu contributo no desenvolvimento pessoal e profissional na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica enquadrada na aquisição de Grau de Mestre. Toda a prática de cuidados foi efetuada segundo os princípios éticos e deontológicos que pressupõem a salvaguarda da “dignidade de toda e qualquer pessoa em todas as circunstâncias e dimensões” (OE, 2015a, p.19). Ao longo de toda a prática de cuidados, o CI foi sempre garantido de modo a respeitar a autonomia, liberdade e dignidade e da mulher. Todo o percurso constituiu-se num caminho extremamente produtivo e gratificante permitindo a vivência de diversas experiências que apoiaram o desenvolvimento profissional e pessoal, porém, muito exige. No entanto procurou-se encarar todas as dificuldades, não como obstáculos, mas como momentos de aprendizagem.

Os contributos da scoping review e do estudo qualitativo permitiram analisar em que medida a comunicação é determinante na Violência obstétrica na perceção das mulheres. A importância desta temática é cada vez mais evidente. A comunicação que se estabelece entre o enfermeiro e a mulher parturiente durante o TP e parto é de extrema importância para se ter uma maternidade respeitosa e, cada vez mais, a mulher tem mais perceção disso. Uma boa comunicação não passa apenas por transmitir informação clara, mas passa sobretudo por conceder à mulher parturiente autonomia, liberdade, confiança, participação no seu TP e parto através de processos interrelacionais efetivos.

Desse modo, é importante que o enfermeiro EESMO, promova uma atenção individualizada, respeitando um cuidado livre de qualquer tipo de violência, tornando o nascimento de um filho numa experiência positiva, pois tal como nos refere a OE (2015), os cuidados de enfermagem, o tipo de comunicação, a linguagem e o apoio contínuo concedidos pelo enfermeiro EESMO, influem diretamente na forma como a mulher parturiente entende e gere o seu trabalho de parto e parto.

Entende-se que existe necessidade de sensibilizar e treinar as competências relacionais e comunicacionais dos profissionais, como por exemplo: como se deve

comunicar durante o TP e parto; como comunicar com as mulheres grávidas/parturientes para a construção de uma relação de confiança; como falar com mulheres parturientes não cooperantes e hostis; como evitar discriminação; como implementar medidas para reduzir as barreiras linguísticas de modo a facilitar a comunicação eficaz. Existe também a necessidade de realizar educação para a saúde às mulheres sobre seus direitos, capacitando-as e empoderando-as para serem elementos ativos nos seus cuidados, e deste maneira, receberem cuidados de qualidade. Para a mudança, é necessário que haja motivação e empenho por parte das pessoas e das organizações, para uma prestação de cuidados mais centrada na mulher grávida e na mulher parturiente, promovendo uma experiência de parto positiva.

Uma das limitações deste estudo está subentendida na natureza qualitativa do mesmo, referente à impossibilidade de generalização dos resultados. Porém, foi exequível aceder a vontades, sentimentos e experiências que enriqueceram os resultados obtidos e abriram caminho para futuras investigações.

Com o presente relatório pretende-se sensibilizar os EESMO para temática e para a reflexão e mudança na prática de cuidados, valorizando a comunicação que se tem com a mulher parturiente como pessoa que é, com vontade própria, capaz de decidir sobre as suas escolhas.

Para que esta prática se torne uma realidade, serão necessários mais estudos no âmbito da comunicação como determinante na violência obstétrica.

4 - Conflitos de interesse

O autor não tem conflitos de interesse a declarar.

5 – Referências bibliográficas

- Alligood, M. (2011). Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. In M. Alligood & A. Tomey (Eds.), Modelos y Teorías en enfermería. (7ªed, pp 3-15). Elsevier España, S.L.
- Amendoeira, J. (2022). Revisão Sistemática de Literatura - A Scoping Review (documento orientador para estudantes).
- Anderson, C., Monardo, R., Soon, R., Lum, J., Tschann, M. & Kaneshiro, B. (2017). Patient communication, satisfaction, and trust before and after use of a standardized birth plan. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 76 (11), 305-309. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29164014/>
- Aragão, O. C., Teófilo, J. K. S., Mourão Netto, J. J., Soares, J. S. A., Goyanna, N. F., & Cavalcante, A. E. S. (2016). Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. *Espaço Para Saúde*, 17(2), 66- 74. <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n2p66>
- Bardin, Laurence - Análise de conteúdo. Trad. Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016
- Barros, L., M. (2017). Comunicação sem anestesia. *Intercom: Rev Bras Ciênci Comum*. 40(1):159–75. doi:10.1590/1809-5844201719.
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1 (7). 25 -34.
- Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M. & Duggan, R. (2019). “It’s what midwifery is all about”: Western Australian midwives’ experiences of being ‘with woman’ during labour and birth in the known midwife model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (29), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2144-z>
- Beserra, G., Oliveira, P., Pagliuca, L., Almeida, P., Anjos, S. e Barbosa, A., (2019). Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*

- Caron, O. A. F., & Silva, I. A. (2002). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 485- 492
- Carvalho, A.I. (2016). A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros. Dissertação de Mestrado. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Repositórios científicos de acesso aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana%20Carvalho%20VERS%C3%83O%20DEFINITIVA.pdf
- Ciello, Cariny; Carvalho, Cátia; Kondo, Cristiane; Delage, Deborah; Niy, Denise; Werner, Lara; Santos, Sylvana Karla (2012). *Violência Obstétrica: Parirás com Dor*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. Brasil. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- Chabbert, M., Panagiotou, D., Wendlanda, J. (2020). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature. *Journal of reproductive and infant psychology* 2021, VOL. 39, NO. 1, 43–66 <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>
- Costa, J. (2013) Implementação de armazéns avançados em ambiente hospitalar – estudo caso, Universidade do Minho – Escola de Engenharia, disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/26445/1/Jo%C3%A3o%20Alves%20Pires%20da%20Costa.pdf>
- Costa, J. (2001) Métodos de Prestação de Cuidados, Escola Superior de Enfermagem de Viseu 30 anos, pp. 234 – 251, disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- Devane, D; Lator, JG; Daly, S; McGuire, W; Cuthbert, A; Smith, V. (Jan, 2017) *Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing*, [Cochrane Pregnancy and Childbirth Group](#), issue 1 Art. No CD 005122 DOI: 10.1002/14651858.CD005122.pub5
- Dicionário da Língua Portuguesa - com Acordo Ortográfico (2022). Porto Editora.

- Direção-Geral da Saúde (2020). Orientação n.º 018/2020 de 30 de março de 2020. Covid-19 Gravidez e Parto. DGS. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/06/i026356.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2015b). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. DGS
- Direção Geral da Saúde (2020a). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto CRPP – Orientações. DGS
- Direção Geral da Saúde (2001) – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: DGS.
- Fonseca, S. (2016). Métodos de indução do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*, (pp. 356-367). Lidel - Edições Técnicas, Lda
- Ferreira, C. (2016) *O Livro de Magia das Mães*, Matéria Prima: Lisboa
- FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa (2010) – Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Electrónica de Enfermagem*. [em linha]. Vol.12, nº4 (2010), p.660-668. Acedido em: 18/02/2011, de EBSCOhost. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i4.7056.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidática. Loures
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of education and health promotion*, 4(6), 31-37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355842/>
- Hunter, A., Devan, D., Houghton, C., Grealish, A., Tully, A. & Smith, V. (2017). Womancentred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 17 (322), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1521-3>
- Lawrence, A; Lewis, L; Hofmeyr, G; Styles, C. (2013) *Maternal Positions and mobility during first stage labour*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.

- Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República I Série, N.º 57 (21-03-2014) 2127 – 2131.
- Lei n.º 110/2019. Diário da República, n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09. Lisboa: Assembleia da República.
- Madula, P., Kalembo, F., Yu, H., and Kaminga, A. (2018). Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women's perceptions during childbirth. *Reproductive Health* 15:135 <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0580-x>
- Mendes, S. (2017) *Nascer Saudável – Gravidez e Parto Informado*, Edições Chá das Cinco: Porto Salvo
- Molina, R., Patel, S., Scott, J., Schantz-Dunn, J., Nour, N. (2016). Striving for Respectful Maternity Care Everywhere.
- Morgan, D. L. (2010). Reconsidering the role of interaction in analyzing and reporting focus groups. *Qualitative Health Research*, 20 (5), 718-722.
- Monge, A. B., Elorriaga, M. F., Verástegui, O. P., Santiago, R. V., Manuel, A., Nolasco, M., Iraís Yáñez Álvarez, I. Y., Pedro J., Hernández, S. (2020). Disrespect and Abuse in Obstetric Care in Mexico: An Observational Study of Deliveries in Four Hospitals. *Maternal and Child Health Journal* (2021) 25:565–573 <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03052-9>
- Mouta, R.J., Pilotto, D.T., Vargens, O.M., Progianti, J.M. (2008). Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 16(4), pp.472-476. <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a03.pdf>
- Néné, M.; Marques, R.; Batista, M. (2016) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, Lidel: edições técnicas, Lda., Lisboa.
- Oliveira, Amanda. (2019). *Violência Obstétrica na Perspectiva dos Profissionais da Saúde: Revisão Integrativa*. Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1-8.

- Ordem dos Enfermeiros (2012). Documento de consenso “Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada”. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras. OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Lei nº 156/2015. Diário da República, 1ª série, 181 (setembro), 8101-8105. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Livro de bolso: Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto. OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento nº 391/2019. Diário da República, 2ª série, 85 (maio), 13560-13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento nº 140/2019. Diário da República, 2ª série, 26 (fevereiro), 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica. OE
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Regulamento dos padrões da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. OE
- Organização Mundial de Saúde (2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. ISBN: 978-92- 890-0294-3.
- Organização Mundial da Saúde (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. OMS.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1
- Organização Mundial de Saúde (2015). WHO global strategy on integrated people-centred Health services 2016-2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of Health services.
- Organização Mundial da Saúde (2018a). WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience. OMS

- Organização Mundial da Saúde (2018b). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo. Maternal and Child Survival Program
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In: E. Aromataris, Z. Munn (Eds.), JBI Manual for Evidence Synthesis (pp.406-449). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Poirier, J., Clapier-Valladon, S. & Raybaut, P. (1999). Histórias de Vida. Teoria e Prática (J. Quintela, Trad.) (2ªed.). Oeiras, Portugal: Celta. (Obra original publicada em 1983)
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y. & Jones, G. D. (2013). Oxorn-Foote Human Labor & Birth. (6th ed.), [s.l].: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Progianti, J.M., Araújo, Lm. M., Mouta, R. O. (2008). Repercussões da episiotomia Sobre a sexualidade. Escola Anna Nery Revista Enfermagem, 12 (1). pp.45 – 49. Acedido em 19/2/2014 em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>.
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista. Diário da República, n.º 26, Série II de 2019-02-06. Lisboa: Assembleia da República.
- Regulamento nº 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: Assembleia da República.
- Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, n.º 184, Série II de 25 de setembro de 2019. OE
- Resolução da Assembleia da República nº181/2021. Diário da República 1ª série, 123 (junho). <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/181-2021-165865615>
- Rezende, C. (2019). A dor do parto: emoção, corpo e maternidade no Rio de Janeiro. Anuário Antropológico v.44 n.2 | 2019 2019/v.44 n.2
- Rohde, A. (2016). A Outra Dor do Parto: Género, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto. Dissertação de Mestrado em

Estudos Sobre as Mulheres, As Mulheres na Sociedade e na Cultura. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa.

- Santiago, M. (2009). Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório contributos para a promoção da saúde da mulher migrante. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta.
- Sharma, G., Penn-Kekana, L., Halder, K., Filippi, V. (2019). An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *Reproductive Health*: 16:7 <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0668-y>
- Silva, D., Ferreira, M. & Duarte, J. (2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 16, 13-16. <https://rapeo.apeo.pt/index.php/rapeo/issue/view/9/102>
- Silva, P. (1996). Comunicação tem remédio - A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo (SP): Gente;
- Silva, T., Sousa, K., Oliveira, A., Amorim, F. e Almeida, C., (2020). Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos.
- Silva, Ú., Fernandes, B., Paes, M., Souza, M. & Duque, M. (2016). Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 10 (4), 1273-1279. <https://doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201614>
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*, (A.P.S.S. Espada, Trad.) (5ªed). Loures: Lusociência.
- Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40(3), 161-166. <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>
- Swanson, K.M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of nursing scholarship*, 25(4), 352-357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>

Toral, A., Vilain, C., Morais, T., Valcarenghi, R., Correia, J. & Ponciano, T. (2019). Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. *Estácio saúde*, 8(1), 45-53. <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/5358/47965290>

UNESCO (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Acedido a 14/06/2017. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

Vala, J. (1986). Análise de Conteúdo In Pinto, J. & Silva, A. Metodologia das Ciências Sociais. (9ªed.); Porto: Edições Afrontamento.

WHO (2002). World Report on Violence and Health. Geneve: WHO.

Wojnar, D. (2011). Kristen M. Swanson: Teoría de los cuidados. In M. Alligood & A. Tomey (Eds.), Modelos y Teorías en enfermería. (7ªed, pp 741-752). Elsevier España, S.L.

Websites:

<https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-152> (acedido a: 17/10/2022)

<https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509-59201> (acedido a: 17/10/2022)

<https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509-59201>(acedido a: 17/10/2022)

<https://transparencia.sns.gov.pt/>(acedido a: 17/10/2022)

ANEXOS

ANEXO I – Projeto de estágio

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

PROJETO DE ESTÁGIO IV

Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos

Mestranda:

Ana Catarina Ribeiro Oliveira

Santarém, março 2022

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

PROJETO DE ESTÁGIO IV

Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos

Mestranda:

Enf.ª Ana Catarina Ribeiro Oliveira

nº 140408001

Enfermeira cooperante:

Enf.ª ESMO Mestre [REDACTED]

Enf.ª ESMO [REDACTED]

Professora Orientadora:

Profª. Doutora Hélia Dias

Santarém, março 2022

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

BV – Boletim de vacinas

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CTG - Cardiotocografia

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ITP – Indução de trabalho de parto

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura prematura de membranas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TP – Trabalho de parto

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	5
<u>1- PLANO DE ATIVIDADES</u>	8
<u>2- CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	104
<u>3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	105

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio IV, Estágio e Relatório em ESMO na sala de partos, inserido do 7º curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do 2º ano do ano letivo 2021/2022, enquadra-se a realização de um Projeto de estágio.

O estágio será desenvolvido no Bloco de partos sendo que a orientação tutorial da estudante é da responsabilidade da Professora Dr.ª Hélia Dias e será supervisionado por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com o grau de Mestre (durante a primeira parte do estágio) e por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) sem grau de Mestre (na segunda parte do estágio).

Este terá a duração de 20 semanas, com início a 3 de março e com término a 22 de julho de 2022, perfazendo um total de 760 horas das quais 500 são de contacto presencial no local de estágio, 200 são para a elaboração do respetivo relatório de estágio, 40 horas são de seminário e 20 horas de orientação tutorial.

A elaboração deste projeto surge com o intuito de delinear as atividades a desenvolver, orientando a prática dirigindo a aprendizagem numa lógica coerente e planeada permitindo a aquisição de competências como EESMO, a desenvolver ao longo do ensino clínico, em articulação com as enfermeiras cooperantes e com a professora orientadora.

Neste estão contemplados os objetivos propostos a atingir no decorrer do estágio, não sendo possível discriminar concisamente em que momento exato serão atingindo uma vez que o processo de aprendizagem é dinâmico e está dependente da capacidade de aprendizagem de cada estudante em cada momento e em cada fase do ensino clínico. Neste documento estão também contempladas as atividades previstas para a consecução dos objetivos, os recursos necessários e a calendarização prevista das atividades.

As atividades a desenvolver no âmbito deste estágio irão ao encontro do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019), publicado em Diário da República a fevereiro de 2019, e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019) publicado em maio de 2019.

As competências comuns definem-se como competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua especialidade, que devem ser visíveis pelas aptidões de conceção, supervisão e gestão de cuidados de suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da investigação, de formação e assessoria (OE, 2019b).

Entende-se por competências específicas as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019b, p.4745).

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica prevê competência e a responsabilidade do EEESMO em prestar cuidados de enfermagem qualificados, através de intervenções autónomas e interdependentes, nas áreas de planeamento familiar, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade.

Deste modo, foi definido como objetivo geral a aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher grávida, parturiente, puérpera, recém-nascido (RN) e família atrás mencionado, e como objetivos específicos para este estágio:

- Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Bloco de Partos do Hospital;
- Desenvolver competências a nível da área da gestão de recursos e de cuidados, com vista à otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no acolhimento da mulher grávida / parturiente / acompanhante no Bloco de Partos, tentando promover o seu bem-estar e conforto;
- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher grávida/parturiente/acompanhante no 1º estágio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar e conforto;
- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher parturiente/acompanhante no 2º estágio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar e conforto e facilitando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher parturiente/acompanhante no 3º estágio do TP, segundo a metodologia científica;
- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher puérpera / recém-nascido / acompanhante no 4º estágio do TP, promovendo o bem-estar e facilitando o processo de transição para a parentalidade;

- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados imediatos ao recém-nascido e até às duas primeiras horas de vida na adaptação à vida extrauterina;

- Demonstrar capacidade de reflexão sobre o desempenho durante o estágio, numa perspetiva de melhoria contínua, e, avaliação do mesmo através da reflexão e análise crítica;

- Desenvolver competências na área da formação em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

- Desenvolver competências na área de investigação em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica tendo em conta a temática selecionada;

A realização deste estágio engloba ainda o estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica, escolhido de acordo com a realidade, necessidade existente no respetivo contexto de estágio indo ao encontro das motivações pessoais e profissionais da mestranda.

É importante referir que o Projeto Individual de Estágio não é estanque e que possivelmente irão ocorrer modificações ou adaptações consoante as necessidades identificadas ao longo do estágio.

Assim sendo, como objetivo geral do Projeto Individual de Estágio: Delinear plano de atividades a desenvolver durante o estágio IV – ESMO na Sala de Partos e como objetivos específicos: - Enumerar os objetivos propostos a alcançar com o progresso do ensino clínico; - Descrever as atividades que irão ocorrer ao longo do estágio; - Estabelecer um período temporal para todos os objetivos e conjunto de atividades.

1- PLANO DE ATIVIDADES

Com a elaboração deste projeto individual de estágio pretende-se que os mestrandos mobilizem os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados, formação, metodologias de investigação e gestão.

Os objetivos específicos do ensino clínico foram definidos consoante as necessidades de aprendizagem pessoal e profissional, adaptados ao contexto, no sentido de aquisição e desenvolvimento de competências específicas. Estes objetivos específicos deverão ser delineados faseadamente, de modo a serem atingidos em 3 momentos distintos, nomeadamente na 5ª, 12ª e 20ª semanas de estágio representando assim um crescimento da estudante dentro do meio onde o estágio decorre.

Deste modo, de seguida será apresentado o projeto de estágio proposto englobando os objetivos específicos e as atividades propostas para os atingir, assim como as competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, os recursos a utilizar e a sua calendarização.

Preconiza-se ainda que ao longo deste estágio se realize um estudo relativo a uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica, de acordo com a necessidade e realidade do contexto de estágio, indo também ao encontro das motivações pessoais da estudante. Deste modo, optou-se por focar o tema na comunicação como determinante na violência obstétrica no sentido de perceber qual a perceção das mulheres relativo a este assunto. Pois o tema Violência Obstétrica é um assunto cada vez mais atual e falado entre as mulheres e por parte dos *media* e por isso surgiu o interesse em abordá-lo no sentido de perceber qual a dimensão da comunicação na violência obstétrica, há violência obstétrica ou há é má comunicação ou falta de transmissão de informação e de ouvir as escolhas/preferências daquela mulher. Deste modo surgiu como tema: *A Comunicação como determinante na Violência Obstétrica – A perceção das mulheres*. No entanto sei que este é um tema sensível e complexo que exige extrema sensibilidade para quem o aborda, mas considero importante abordá-lo para estarmos conscientes e informados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	CALENDARIZAÇÃO	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Bloco de Partos do Hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Receção pela enfermeira chefe do serviço e apresentação à restante equipa multidisciplinar; - Apresentação à enfermeira cooperante; - Reunião informal com a Enfermeira chefe do serviço; <p>Conhecimento da estrutura física, dinâmica organizacional e funcional do serviço, de modo a facilitar a integração na equipa multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de relação profissional com a Enf.^a Cooperante; - Consulta de Procedimentos e normas do Serviço; - Perceção do circuito da mulher /parturiente e família no Bloco de Partos do HDS; - Conhecimento e operacionalização dos registos no sistema e programas informáticos utilizados na instituição, impressos e boletins de registo de saúde: Boletim de Saúde da Grávida, Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, Boletim Individual de Saúde, entre outros. 	1 ^a e 2 ^a semana de estágio (devido ao isolamento profilático)	<p>Estudante, enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar;</p> <p>Sistema Informático S-Clinico;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista:</p> <p>A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EESMO:</p> <p>2.1, 3.1, 4.1</p>

Desenvolver competências a nível da área da gestão de recursos e de cuidados, com vista à otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem	GESTÃO DE RECURSOS: - Aquisição de conhecimentos acerca da gestão dos recursos materiais, através da observação; - Identificação da forma de reposição, acondicionamento e manutenção dos recursos existentes, bem como a sua distribuição; - Observação da organização do serviço e informação acerca da metodologia de gestão de recursos humanos e materiais; - Colaboração na gestão de recursos materiais (rentabilização, prazos de validade, reposição); - Utilização de recursos de forma eficiente para promover a prestação de cuidados de qualidade; - Conhecimento da gestão dos resíduos produzidos no BP;	Entre a 3ª e 4ª semana de estágio	Estudante; Enfermeira cooperante; Enfermeira chefe;	Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B3, C1, C2.
	GESTÃO DE CUIDADOS: - Participação ativa na gestão de vagas entre os serviços de urgência de obstetria e ginecologia, BP e internamento de obstetria; - Participação ativa na gestão de vagas, em casos de utentes covid positivas;	A partir da 5ª semana de estágio	Estudante; Enfermeira cooperante; Enfermeira chefe;	Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B3, C1, C2.

	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento e priorização de atividades, de forma a gerir o tempo; - Organização dos cuidados de modo a priorizar o que é mais pertinente avaliando cada situação; - Gestão da informação recebida no contexto do exercício profissional, garantindo a confidencialidade e privacidade; 	A partir da 3ª semana de estágio		
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no acolhimento da mulher grávida / parturiente / acompanhante no Bloco de Partos, tentando promover o seu bem-estar e conforto	<ul style="list-style-type: none"> - Admissão e acolhimento da mulher grávida/parturiente/ acompanhante no serviço de Bloco de partos; - Apresentação e promoção de um ambiente acolhedor demonstrando disponibilidade física e emocional; - Realização da colheita de dados através da informação transmitida pela equipa de enfermagem e médica do serviço de urgência de obstetrícia; da entrevista inicial à mulher, observação física, consulta de processo clínico informático, exames complementares de diagnóstico, consulta do boletim de saúde da mulher grávida e observação física; - Apresentação do espaço físico, equipa multidisciplinar, informações, normas e rotinas do serviço, que favoreçam a 	Desde a 1ª semana de estágio até há 20ª semana	Estudante, enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar; mulher grávida/parturiente/ acompanhante;	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1 - Promove a saúde da mulher durante o</p>

	<p>adaptação ao novo ambiente, que poderá ser gerador de ansiedade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização de estratégias para comunicar com utentes que não compreendam a língua portuguesa, tais como: tradutor informático, gestos, desenhos, no sentido de minimizar os constrangimentos e erros de comunicação; - Elaboração e negociação de um plano de cuidados à mulher grávida / parturiente / acompanhante numa perspectiva de parceria nos cuidados; - Mobilização dos princípios éticos e deontológicos inerentes aos cuidados de enfermagem, ao longo do estágio, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, respeito pelas crenças e diferenças culturais, religião, entre outras; - Realização de registos de enfermagem no sistema informático e boletim de saúde da mulher grávida, tendo em conta os diagnósticos identificados; 			<p>trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</p> <p>3.2 - Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</p> <p>3.3 - Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez</p>
--	--	--	--	--

				e/ou com o trabalho de parto
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher grávida/parturiente/acompanhante no 1º estágio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar e conforto	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento da mulher grávida/acompanhante, cumprindo as atividades delineadas no objetivo anterior; - Promoção de um ambiente acolhedor e calmo, promotor do incentivo à autoexpressão da mulher grávida; Avaliação e promoção do bem-estar físico e emocional da parturiente; - Promoção da presença do acompanhante, caso desejar; - Informação e esclarecimento sobre todos os procedimentos e evolução do trabalho de parto, envolvendo a participação ativa da mulher grávida e acompanhante; - Identificação das fases do 1º estágio do trabalho de Parto fase latente e fase ativa, dividida em 3 períodos distintos: aceleração, declive máximo e fase de desaceleração ou transição; - Explicar todos os procedimentos, transmitindo uma informação clara e objetiva; 	<p>Até à 5ª semana de estágio realização das atividades propostas com supervisão da enfermeira cooperante;</p> <p>Da 6ª semana à 12ª semana atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Da 13ª semana à 20ª semana</p>	<p>Estudante; enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar; mulher grávida/parturiente/acompanhante;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar educação para a saúde sempre que necessário; - Promoção e colaboração na implementação de técnicas não farmacológicas existente no Bloco de Partos para alívio do desconforto, se a mulher grávida/parturiente desejar: banho de chuveiro, deambulação, musicoterapia, bola de pilates, massagem, exercícios respiratórios; - Informação e colaboração na execução de técnicas farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: administração sistémica de fármacos analgésicos, analgesia epidural/sequencial; - Administração de terapêutica ocitócica conforme indicação médica, tendo em consideração os seus efeitos secundários, tendo sempre em consideração a vontade da mulher; - Incentivo à micção frequente; - Realização de esvaziamento vesical apenas quando absolutamente necessário; - Promover a ingestão de líquidos claros durante o trabalho de parto; 	<p>realização das atividades com autonomia.</p>		
--	---	---	--	--

	<p>- Prestação de cuidados de higiene e conforto, sempre que necessário;</p> <p>- Vigilância do progresso do TP, promovendo o bem-estar materno-fetal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação de sinais vitais; ➤ Realização de Manobras de Leopold; ➤ Avaliação do padrão de contratilidade uterina (CTG) – frequência, duração e intensidade; ➤ Padrão dos batimentos cardíacos fetais (CTG) – avaliação e interpretação dos parâmetros relativos à variabilidade, frequência cardíaca fetal, identificação de acelerações, desacelerações; ➤ Observação das condições do colo uterino (dilatação, apagamento, consistência, posição); ➤ Identificação da apresentação fetal, altura da apresentação, variedade, encravamento; ➤ Observação da integridade das membranas (se rotura de membranas - caracterização do líquido 			
--	---	--	--	--

	<p>amniótico: cor, viscosidade, cheiro e quantidade), realização de amniotomia (se necessário);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeito pelo ritmo do Trabalho de Parto; - Prestação de cuidados especializados à mulher com HTA crónica, HTA induzida pela gestação, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome de HELLP; - Reconhecimento precoce das complicações inerentes ao 1º estágio do TP; - Identificação dos sinais eminentes de instalação do 2º estágio de Trabalho de Parto; - Registo das intervenções realizadas, colheita de dados, educação para a saúde, validação dos ensinamentos realizados, diagnósticos identificados no programa informático; 			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos sinais do período expulsivo; - Promoção da presença do acompanhante, se desejado, orientando-o nas normas e rotinas, nos procedimentos em que pode colaborar com a mulher parturiente e com a equipa profissional e apoiando-o nas suas necessidades e expectativas; 	<p>Até à 5ª semana de estágio realização das atividades propostas com supervisão da</p>	<p>Estudante; enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2;</p>

<p>enfermagem à mulher parturiente/acompanhante no 2º estágio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar e conforto e facilitando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do bem-estar materno e fetal; - Preparação da mesa de parto; - Verificação da mesa neonatal; - Orientação da mulher para o posicionamento durante o 2º estágio do TP; - Promoção de medidas de conforto e bem-estar; - Recurso a competências comunicacionais e relacionais para tranquilizar, encorajar e elogiar a colaboração da mulher parturiente e acompanhante; - Apoiar a mulher parturiente para a realização de esforços expulsivos durante as contrações, com o controlo da respiração e relaxamento no intervalo das mesmas; - Identificação da apresentação, variedade, posição, situação, grau de descida da apresentação e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal; - Observação da eficácia da contratilidade uterina (duração, frequência e intensidade); - Tomada de decisão acerca da necessidade de realização de episiotomia; 	<p>enfermeira cooperante;</p> <p>Da 6ª semana à 12ª semana atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Da 13ª semana à 20ª semana realização das atividades com autonomia.</p>	<p>mulher grávida/parturiente/ acompanhante;</p>	<p>Competências Específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3;</p>
--	--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Execução de manobras de proteção do períneo, de forma a evitar lacerações e controlar a expulsão da cabeça fetal – manobra de Ritgen; - Identificação da presença de circulares cervicais, após expulsão da cabeça, e realização da laqueação precoce do cordão se necessário; - Extração do corpo fetal; - Prestação de cuidados imediatos ao RN: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Expressão manual das vias aéreas do feto de forma a prevenir aspiração pulmonar de secreções; ➤ Laqueação do cordão e corte do mesmo, promoção do corte ser realizado pela mãe/acompanhante, se condições o permitirem; ➤ Colheita de sangue do cordão umbilical para pesquisa de gasometria, grupo de sangue do RN e/ou colheita de sangue de células estaminais, sempre que seja necessário; - Promoção da relação precoce com a tríade: 			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover o contacto pele-a-pele imediato e prolongado; ➤ Apoio da amamentação; ➤ Estimulação dos processos de vinculação precoce. <ul style="list-style-type: none"> - Determinação da hora de nascimento; - Felicitação aos recentes pais pelo nascimento; - Reconhecimento precoce das complicações inerentes ao 2º estágio do TP; - Explicar todos os procedimentos, transmitindo uma informação clara e objetiva; - Realizar educação para a saúde sempre que necessário; - Colaboração em partos distócicos; - Realização de registos referentes ao parto no sistema informático, no Boletim de Saúde da Grávida, Boletim de saúde Infantil e Juvenil; 			
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de sinais de descolamento da placenta; - Realização da dequitação: com atitude expectante na dequitação fisiológica ou com conduta ativa; - Realização de conduta ativa na dequitação: 	Até à 5ª semana de estágio realização das atividades propostas com	Estudante; enfermeira cooperante,	Competências comuns do enfermeiro especialista:

<p>de cuidados de enfermagem especializados à mulher parturiente/acompanhante no 3º estágio do TP, segundo a metodologia científica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina. ➤ Recurso à manobra de <i>Brandt – Andrews</i>. <p>- Identificação do mecanismo de expulsão da placenta (Schultz ou Duncan);</p> <p>- Revisão placentar detalhada;</p> <p>- Colheita de sangue do cordão após clampagem do mesmo, em caso de necessidade: mãe com fator sanguíneo Rh-; para criopreservação de células estaminais;</p> <p>- Em caso de retenção placentar: informar obstetra, avaliar perdas sanguíneas, avaliação de sinais vitais, explicar todos os procedimentos, transmitindo calma e segurança, soroterapia (Lactato de Ringer ou Soro fisiológico), administração de antibioterapia, analgesia e uterotónicos prescritos, promoção do esvaziamento vesical se necessário, massajar o útero;</p> <p>- Validação do globo de <i>Pinard</i> formado após dequitação e as perdas de sangue;</p>	<p>supervisão da enfermeira cooperante;</p> <p>Da 6ª semana à 12ª semana atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Da 13ª semana à 20ª semana realização das atividades com autonomia.</p>	<p>equipa multidisciplinar; mulher grávida/parturiente/acompanhante;</p>	<p>A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>
--	---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Administração de ocitócicos, segundo protocolo institucional ou prescrição médica; - Realização de episiorrafia e sutura de lacerações: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Criação das condições técnicas para a reconstrução do períneo; ➤ Identificação dos tecidos a suturar; ➤ Classificação do tipo de laceração, se aplicável; - Revisão da vulva e do períneo após episiorrafia para identificação de zonas de solução de continuidade da pele e pesquisar a integridade da ampola retal; - Reconhecimento precoce das complicações inerentes ao 3º estágio do TP; - Realização de ensinamentos sobre autocuidado: higiene perineal, características e cuidados a ter com sutura perineal, lóquios, entre outros; - Explicar todos os procedimentos, transmitindo uma informação clara e objetiva; - Realizar educação para a saúde sempre que necessário; 			
--	---	--	--	--

	- Realização de registos referentes à dequitação no sistema informático, no partograma, no Boletim de Saúde da Grávida e Boletim de Saúde Infantil e Juvenil			
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher puérpera / recém-nascido / acompanhante no 4º estágio do TP, promovendo o bem-estar e facilitando o processo de transição para a parentalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da expressão de sentimentos por parte da mulher puérpera/ acompanhante; - Promoção da vinculação através da realização do contacto pele a pele; promoção e apoio na amamentação, se a mulher puérpera o desejar; - Avaliação de sinais vitais e valorização de queixas maternas; - Avaliação da resposta uterina através da palpação abdominal do útero; - Verificar se existe globo vesical e incentivar a urinar ou se necessário proceder ao esvaziamento vesical; - Vigiar as características dos lóquios; - Observação do períneo e sutura perineal; - Realização de cuidados de higiene e conforto; - Apreciação das perdas hemáticas por via vaginal, e identificação de sinais sugestivos de hemorragia; 	<p>Até à 5ª semana de estágio realização das atividades propostas com supervisão da enfermeira cooperante;</p> <p>Da 6ª semana à 12ª semana atingir progressivamente a autonomia.</p>	<p>Estudante; enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar; mulher grávida/parturiente/ acompanhante;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação das necessidades da mulher; - Remoção do cateter epidural; Vigilância e manutenção do cateter venoso periférico; - Adoção de medidas de controlo da dor; - Promoção do aleitamento materno, segundo o desejo da mulher e as suas condições clínicas; - Prestação de cuidados ao recém-nascido: alimentação, mudança da fralda, medidas de conforto; - Explicar todos os procedimentos, transmitindo uma informação clara e objetiva; - Análise da experiência da mulher de trabalho de parto e parto, comparativamente com as suas expectativas; - Realizar educação para a saúde sempre que necessário; - Detecção precoce de complicações maternas ou fetais no pós-parto imediato, e atuação conforme; - Realização de registos globais do trabalho de parto e parto; - Realização dos procedimentos inerentes à transferência da mulher puérpera e recém-nascido para o serviço de internamento de obstetrícia e ginecologia; 	<p>Da 13ª semana à 20ª semana realização das atividades com autonomia.</p>		
--	--	--	--	--

<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados imediatos ao recém-nascido e até às duas primeiras horas de vida na adaptação à vida extrauterina</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de um ambiente acolhedor, seguro e tranquilo para receber o recém-nascido; - Verificação prévia da funcionalidade da mesa de reanimação neonatal: funcionalidade da fonte de calor, rampa de oxigénio, aspirador, insuflador manual, funcionalidade do laringoscópio com lâminas retas (nº 0 e 1), existência de sondas de aspiração, tubos endotraqueais (nº2 ao nº4) e tubos orofaríngeos (nº 0 ao nº1); - Aquecimento do pano para receber o recém-nascido no momento do nascimento, bem como a sua roupa; - Preparação da vitamina K e administração RN se a condição clínica o permitir e explicando sempre aos pais; - Receção do RN em pano esterilizado e aquecido; - Verificação da hora de nascimento; - Promoção da vinculação precoce entre a díade através do contacto pele a pele, quando a mãe desejar e as condições do RN o permitam; 	<p>Até à 5ª semana de estágio realização das atividades propostas com supervisão da enfermeira cooperante;</p> <p>Da 6ª semana à 12ª semana atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Da 13ª semana à 20ª semana realização das</p>	<p>Estudante; enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar; puérpera/acompanhante;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências Específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>
--	---	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido de acordo com as suas necessidades: aspiração de secreções e manutenção da permeabilidade das vias aéreas; execução da aspiração do conteúdo gástrico e lavagem, se presença de mecónio; - Avaliação da adaptação à vida extrauterina através da avaliação do Índice de Apgar no 1º, 5º e 10º minuto de vida; - Observação física, neurológica e comportamental do recém-nascido, no sentido cefalocaudal, despistando malformações - Identificação de anomalias congénitas evidentes; - Pesagem do recém-nascido; - Administração de fitomenadiona; - Colocação de pulseira de identificação de RN (confirmando o nome e número de processo com pulseira da mãe); - Vestir recém-nascido e providenciar aquecimento na fonte de calor, se necessário; 	<p>atividades com autonomia.</p>		
--	---	----------------------------------	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Colocação do recém-nascido junto da mãe ou pai, promovendo a vinculação e a amamentação se assim o desejar; - Caso o parto seja, distócico, RN prematuro, CTG não tranquilizador, patologia materna ou fetal, intercorrência na gravidez e parto, comunicar com o pediatra para a necessidade da sua presença na sala de partos; - Colaboração com o pediatra na reanimação neonatal, se necessário; - Transferência para o serviço de Neonatologia, se necessário, assegurando a estabilidade do mesmo; - Realização do internamento do recém-nascido, no sistema informático; - Realização de registos no sistema informático, no Boletim de Saúde Infantil e juvenil, Boletim de Vacinas; 			
<p>Demonstrar capacidade de reflexão sobre o desempenho durante o estágio, numa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procura e participação em todas as atividades e situações passíveis de aprendizagem; - Reflexão diária, junto da enfermeira cooperante, acerca do desempenho e postura pessoal e profissional; 	<p>A partir da 2ª semana de estágio até há 20ª semana</p>	<p>Estudante, enfermeira chefe, enfermeira cooperante,</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista:</p>

<p>perspetiva de melhoria contínua, e, avaliação do mesmo através da reflexão e análise crítica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de momentos de discussão com a enfermeira cooperante e restante equipa multidisciplinar acerca das situações experienciadas; - Validação e discussão dos cuidados prestados com a enfermeira cooperante e/ou professora orientadora e identificação de aspetos a melhorar; - Realização de auto e heteroavaliação contínua, no decorrer do estágio, tendo por base os critérios de avaliação individual; - Realização de reuniões intermédias de avaliação formal com enfermeira chefe, enfermeira cooperante e professora orientadora; - Realização de avaliação final com enfermeira chefe, enfermeira cooperante e professora orientadora; - Realização do Projeto Individual de Estágio e do Relatório Final de Estágio; - Realização de relatório de estágio, com abordagem às atividades desenvolvidas e respetiva análise crítica e reflexiva sobre o processo de ensino-aprendizagem. 		<p>equipa multidisciplinar, professora orientadora</p>	<p>B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p>
---	--	--	--	------------------------------------

Desenvolver competências na área da formação em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> -Atualização de conhecimentos baseando a prática na evidência científica; -Rentabilização das oportunidades de aprendizagem e análise coletiva de situações clínicas; - Participação em sessões de formação que ocorram no serviço; 	Desde a 1ª semana de estágio até à 20ª semana	Estudante; Enfermeiros da equipa do bloco de partos	Competências comuns do enfermeiro especialista: B1.1; B2.2; D2.1; D2.2; D2.3.
Desenvolver competências na área de investigação em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica tendo em conta a temática selecionada	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião informal com Enfº Chefe e com a Enfª Cooperante do estágio de forma a tomar conhecimento das necessidades do serviço, bem como, demonstrar as opções de tema de estudo possíveis; - Seleção de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica; - Realização de pesquisa individual sobre o tema identificado, através do recurso a uma revisão da literatura, mobilização de competências (comuns e específicas) do enfermeiro especialista e interpretação de resultados obtidos; 	1ª semana de estágio 3ª semana de estágio Desde a 4ª semana de estágio	Estudante; Professora Orientadora; Enfermeira Cooperante; Utentes;	Competências comuns do enfermeiro especialista: B1.1, B2.1, D2.1, D2.2. Competências Específicas do EESMO: 2.1.10, 3.1., 3.2, 3.3

	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de pergunta PICO; - Realização de Revisão sistemática da literatura; - Validação de todo o processo junto das Enfermeiras Cooperantes, Enfermeiro-Chefe e Professora Orientadora; - Apresentação dos resultados obtidos e das estratégias delineadas à equipa multidisciplinar; - Realização do Relatório Final de Estágio, com base no presente plano, com a apresentação das atividades desenvolvidas e reflexão sobre as mesmas, para obtenção do grau de mestre. 	<p>Entre a 18ª semana e a 20ª semana</p> <p>Desde a 5ª semana de estágio</p>		
--	---	---	--	--

2- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do projeto de estágio IV permite a orientação do desenvolvimento das atividades a realizar para alcançar os objetivos propostos.

O planeamento de atividades proporcionou a consulta e reflexão sobre as competências específicas do EEESMO, as competências comuns do enfermeiro especialista, assim como dos programas em vigor da Direção Geral da Saúde e os estatutos da Ordem dos Enfermeiros.

Neste sentido, posso concluir que a sua elaboração do projeto permitiu-me refletir sobre a prática a realizar.

É de salientar que o projeto poderá ser alterado e reformulado de acordo com os novos valores que possam ser encontrados, como forma de o enriquecer e ajustar consoante a prática, sendo que este deve ser encarado como contínuo, evolutivo e flexível.

3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de saúde reprodutiva. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Documento orientador da programação da Ficha da Unidade Curricular Estágio IV - Anexo B – Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Ordem dos Enfermeiros (2015). EESMO. Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em saúde Materna, e Obstétrica/Parteiras. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf

Regulamento nº 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 nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Lisboa <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf> (Edição: Ordem dos Enfermeiros Setembro 2002 Revisão e reimpressão: agosto de 2012), consultado em março de 2021.

ANEXO II – Registo das atividades desenvolvidas



Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	Nº
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women: • Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	134
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	110
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	40
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	20
• Episiotomia/Episiotomy	27
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	29
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	
• Gravidez/Pregnancy	54
• Trabalho de parto/Labor	30
• Puerpério/Puerperium	12
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	145
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	110
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	37
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	50
Prática simulada/Simulated practice • Prática de episiorrafia, perineorrafia/Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	✗

Santarém, 31/12/2021

Estudante/Student Ana Catarina Ribeiro Oliveira

Professor/Teacher _____

Coordenador do Curso/The course coordinator Hélio

ANEXO III - Protocolo da scoping review

A Comunicação como determinante na Violência Obstétrica – A percepção das mulheres

Reviewers

Oliveira, Ana¹ 140408001@essaude.ipsantarem.pt

Dias, Hélia² helia.dias@essaude.ipsantarem.pt

¹ 1Estudante do 7º CMESMO, Escola Superior de Saúde-IPSantarém, UMIS_ESSS

² Professora ESSS_IPSantarém; Coordenadora Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Membro da UMIS e da UI_IPSantarém; Investigadora Doutorada Integrada no Cintesis; Membro Colaborador do CIQV

Center conducting the review

Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde - ESSS

Review question/objective

Em que medida a parturiente percebe a comunicação como determinante na Violência Obstétrica?

Objective

Analisar em que medida a comunicação é determinante na Violência obstétrica na percepção das mulheres.

Key word (MeSH Descriptors):

Comunicação (Communication)

Violência (Violence)

Parto (Childbirth)

Background

O Background consiste na identificação e relação entre os conceitos base ao estado da arte

do que pretendemos estudar. Neste sentido, entender o significado dos conceitos selecionados e desmontá-los é essencial, sendo eles:

- Comunicação
- Violência Obstétrica (obstetric violence)
- Parturiente (parturient)
- Parto humanizado (humanized birth)

Os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) têm uma influência direta na forma como a mulher experiêcia o seu trabalho de parto e parto (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). O conceito de mulher é entendido, como a “entidade beneficiária de cuidados de enfermagem dessa especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.” (Regulamento n.º 391/2019, OE, 2019, p.13561). Nesta perspetiva, a mulher, “deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo ...” (Regulamento n.º 391/2019, OE, 2019, p.13561). Do seu ciclo reprodutivo faz parte a gravidez. Aproximadamente durante 40 semanas a mulher carrega consigo um novo ser até ao momento do parto. Quando a mulher está grávida e encontra-se em trabalho de parto define-se como **parturiente**. O EESMO é o profissional qualificado para a assistência à **parturiente**, na medida em que pode implementar práticas de **humanização**, que respeitam as escolhas e necessidades da **parturiente** e incentivam a realização de um parto fisiológico, baseando a sua prática na evidência científica (Duarte et al., 2020; Leal et al., 2020; T. Silva et al., 2019; Ú. Silva et al., 2016). Portanto, a **parturiente** deve ser vista como um ser biopsico-sócio-espiritual, para a qual a assistência de enfermagem deve atender as suas necessidades.

A premissa do cuidado **humanizado** à mulher grávida é reconhecer a sua individualidade, as suas necessidades e desejos de modo a construir uma relação de segurança que lhe dê protagonismo e empoderamento, sem recorrer a iniquidades e autoritarismos por parte dos profissionais de saúde. A **humanização** em saúde ressalva a valorização da dignidade humana baseando-se no respeito à individualidade durante a prestação de cuidados (Leal et al., 2020). A **humanização** traduz-se no acolhimento, na promoção do conforto e disponibilidade à **parturiente**. Ao **humanizar o parto** é exaltado o protagonismo às mulheres no trabalho de parto e parto. A **parturiente** precisa receber um cuidado **humanizado** e seguro, permitindo despertá-la para o exercício da sua cidadania (Carraro et al, 2008). Quando os seus direitos no que diz respeito à parte obstétrica da mulher não são respeitados pode-se falar em **violência obstétrica**.

A **violência obstétrica** é considerada um fenômeno complexo na área da saúde da mulher. Para Belli (2013, p.29), a **violência obstétrica** pode ser considerada como “o tipo de violência exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres”. O uso da força física para facilitar a expulsão do feto, a proibição de se expressar no momento de dor e a falta de orientação sobre os procedimentos realizados são algumas atitudes que não contribuem para um **parto humanizado**, e que podem contribuir para **violência obstétrica** (Ú. Silva et al., 2016). Estes dois últimos aspectos remetem-nos para a falta de **comunicação**

A **comunicação** é parte integrante da vida de todas as pessoas. É impossível não comunicar. A **comunicação** inicia-se desde o nascimento e é algo inato do ser humano. No entanto, comunicar e saber comunicar de forma adequada devem ser entendidas de formas diferentes. São várias as definições de **comunicação**, mas tendo em conta a área importa a **comunicação** na enfermagem. A **comunicação** está definida segundo a CIPE (2011:42) como: “Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.” Um dos primeiros autores que se dedicou ao estudo desta temática foi Charles Cooley, que defendeu que a **comunicação** é “o mecanismo através do qual existem e se desenvolvem as relações humanas” (Santos, J. 1992, p.9). O enfermeiro tem um papel fundamental no estabelecimento de uma **comunicação** terapêutica com a parturiente. Segundo Stefanelli 1993, citado por Carraro et al, 2008, p.503) “ no cuidado à mulher (...) a **comunicação** terapêutica entre os profissionais e a parturiente (...) permite e valoriza sua participação ativa nesse processo, tornando o nascimento do(a) filho(a) uma experiência positiva.” Neste sentido, quanto melhor e mais eficaz é a **comunicação** estabelecida entre a parturiente e o enfermeiro mais se contribui para um parto positivo. Carraro et al (2008), ressalta a importância da **comunicação** entre o enfermeiro e a **parturiente** em que este enfermeiro transmite orientações e informações sobre o desenvolvimento do trabalho de parto e parto, mostrando-se disponível para o esclarecimento de dúvidas e questões contribuindo para a que as parturientes vivenciem de modo mais tranquilo o processo de parto. Desta forma torna-se fulcral o papel do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sendo mesmo ressaltado na perspectiva da OMS que este é o elemento mais preparado para a mudança de boas práticas e consolidação de uma assistência segura ao processo de parto e nascimento (Moura, M. et al 2018). Neste sentido, quando a mulher é orientada adequadamente e existe uma comunicação eficaz tem menos probabilidade de sofrer violência obstétrica (Silva, T., et al 2020).

Inclusion criteria

Nesta fase da scoping review são definidos quais os critérios de inclusão dos estudos.

Types of participants

- Mulheres parturientes; mulheres no pós-parto;

Concept

- Comunicação
- Violência Obstétrica (obstetric violence)
- Parturiente (parturient)
- Parto humanizado (humanized birth)

Context

- Hospitalar;

Types of studies

- Estudos quantitativos, qualitativos ou mistos;

Search strategy

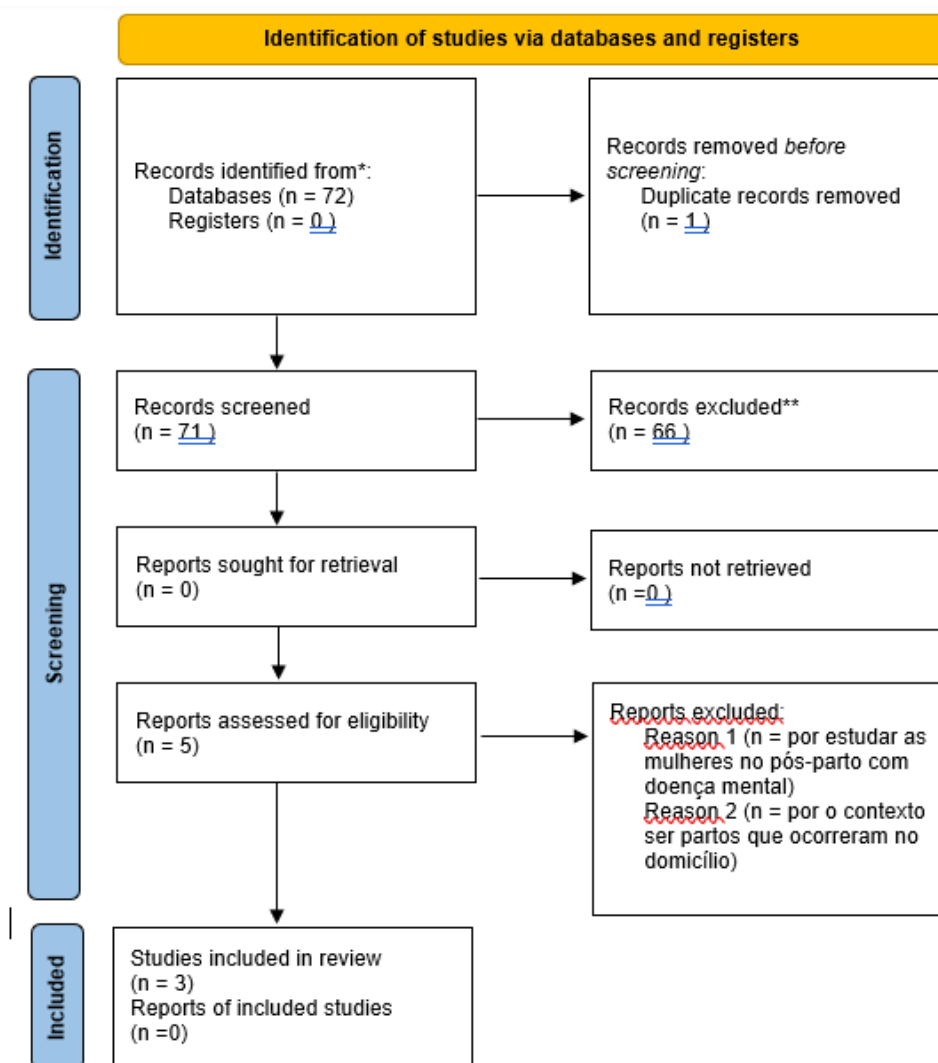
Na fase inicial da estratégia de pesquisa, denominada “Pesquisa” foram pesquisados os termos que produziram resultados (Amendoeira, 2022): communication, violence e childbirth. De seguida, foram validados como descritores na plataforma Mesh Browser (URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>) a 4 de abril de 2022). Na segunda fase, nomeada “Redigir a expressão de pesquisa” (Amendoeira, 2022), chegou-se à seguinte expressão final: **Communication AND Violence AND Childbirth**. Na terceira e quarta fase “Selecionar as bases de dados eletrónicas e decidir os limitadores a utilizar” (Amendoeira, 2022:14), recorreu-se às bases de dados das plataformas PubMed e EBSCOhost (CINAHL Complete, MedicLatina Complete, Library, Information Science & Technology Abstracts, MEDLINE, Nursing & Allied Collection: Comprehensive) e definiram-se como limitadores gerais: title/abstract, free full text; friso cronológico de 5 anos e relacionado com humanos. Os limitadores específicos de cada base estão apresentados na tabela 1.

Quadro 1 – Limitadores Específicos

Base de dados	CINAHL Complete	MEDLINE Complete	Mediclatina	Nursing & Allied Collection: Comprehensive	Library, Information Science & Technology Abstracts	Pubmed
Limitadores específicos	Resumo disponível Língua inglesa Prática baseada na Evidência Artigo de pesquisa Humanos Primeiro autor é Enfermeiro Segundo autor é Enfermeiro Gravidez Paciente com alta Paciente internado Idade adulta: 19-44 anos Texto completo PDF	Resumo disponível Língua inglesa Humano Idade adulta: 19-44 anos	Texto completo em pdf	Texto completo em Pdf	Texto completo em Pdf	Title/Abstract Free full text 5 years Human Adult: 19-44 years
	Texto completo Assuntos equivalentes Referências disponíveis Data maio de 2017 – maio de 2022					

Study Selection

Prisma 2020 Flow Diagram



Na etapa seleção de estudos recorreu-se à elaboração do PRISMA Flow Diagram - figura 1. Na primeira etapa “identificação” identificaram-se setenta e dois artigos, sendo que um encontra-se repetido, pelo que ficaram com setenta e um artigos. Na etapa do “screening” os artigos foram analisados: primeiro feita a leitura do título e resumo atendendo aos critérios de inclusão, tendo sido excluídos sessenta e seis. Os cinco artigos que passaram para a segunda fase foram numerados e lidos na íntegra sendo que foram excluídos dois, o artigo numerado com o número quatro e o artigo número cinco por estudar as mulheres no pós-parto com doença

mental e por o contexto dos partos ser no domicílio, respetivamente. Assim, na etapa do “included” foram incluídos três artigos: números um, dois e três, sendo que o numerado com o número é qualitativo, o numerado com o número dois é misto e o terceiro consiste numa RSL e por isso qualitativo.

Data collection

A colheita de dados dos artigos selecionados, deve obter os dados relevantes para responder à questão e objetivos da revisão, podendo ser utilizados instrumentos para o efeito (Peters et al., 2017). Os artigos foram resultados de estudos desenvolvidos e foi utilizado como instrumento de análise dos três artigos selecionados um quadro constituído por nove variáveis que permitiram a extração e organização de dados, caracterizar os estudos e reunir os resultados significativos.

Data synthesis

A discussão dos resultados encontra-se integrada no presente relatório, no capítulo 2.4 - Análise e discussão de resultados.

Conflicts of interest

Os autores afirmam não existir conflitos de interesse.

Acknowledgements

Um agradecimento especial à Professora Hélia Dias, pela disponibilidade demonstrada e pela orientação e contributo no desenvolvimento da scoping review. Assim como às enfermeiras cooperantes pelos momentos de partilha, pela disponibilidade e motivação, o que proporcionou um crescimento enquanto estudante mestranda e futura enfermeira Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

References

Amendoeira, J. (2018). Revisão Sistemática de Literatura - A Scoping Review (documento orientador para estudantes).

- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1 (7). 25 -34.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* ® 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Frello, A. T.; Carraro, T. E. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 12(4), 660-668.
- Leal, M., Moreira, R., Barros, K., Servo, M. & Bispo, T. (2021). Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 1-7 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>
- Moura, M., Pereira, T., Rebouças, F., Costa, C., Lernades, A, Silva, L. e Rocha, K. (2018). Cuidados de Enfermagem na prevenção da violência obstétrica. *Enferm. Foco* 2018; 9 (4): 60-65
- Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, n.º 184, Série II de 25 de setembro de 2019. OE
- Silva, D., Ferreira, M. & Duarte, J. (2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 16, 13-16. <https://rapeo.apeo.pt/index.php/rapeo/issue/view/9/102>
- Silva, Ú., Fernandes, B., Paes, M., Souza, M. & Duque, M. (2016). Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 10 (4), 1273-1279. <https://doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201614>
- SANTOS, José Rodrigues dos (1992) – O que é Comunicação. *Difusão Cultural*. Lisboa. 9-11.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. The University of Adelaide - Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Livro de bolso: Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto*. OE.

**ANEXO IV - Identificação dos resultados por descritor e conjugações
possíveis, por base de dados**

Identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis, por base de dados

DESCRITORES	EBSCOhost					PubMed	Total
	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MEDLINE Complete	MedicLatina	CINAHL Complete	Library, Information Science & Technology Abstracts		
1- Communication	8,228	0	0	0	17	18	8263
2- Violence	2,517	0	0	0	0	90	2607
3- Childbirth	823	0	0	0	0	6	829
1 AND 2	1,534	0	0	0	0	2	1536
1 AND 3	62	0	0	0	0	1	63
2 AND 3	236	0	0	0	0	4	240
1 AND 2 AND 3	72	0	0	0	0	0	72

ANEXO V – Guião de entrevista



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

GUIÃO DE ENTREVISTA

Mestranda:

Ana Catarina Ribeiro Oliveira

Santarém, junho 2022



GUIÃO DE ENTREVISTA

OBJETIVO: Recolher informações relativas à comunicação entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a parturiente no trabalho de parto e parto

IDADE:	
ÍNDICE OBSTÉTRICO:	
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	
PROFISSÃO:	
DATA:	
HORA DE INÍCIO:	
HORA DE FIM:	

“Conte-me como foi a sua experiência de trabalho de parto e parto ao nível da comunicação estabelecida com o enfermeiro”

- 1- Que expectativas tinha para o decorrer do trabalho de parto?
- 2- Considera que as suas escolhas e opiniões foram respeitadas pelos profissionais de saúde?
- 3- Como foi a comunicação entre si e o enfermeiro?
- 4- Em que medida a comunicação influenciou o seu trabalho de parto?
- 5- O que gostaria de acrescentar sobre o seu trabalho de parto?

ANEXO VI - Matriz de análise das Entrevistas

Tema	Categoria	Unidades de Registo
Expetativas sobre o TP	Identificação das expetativas	<p><i>“Quer dizer a minha expectativa é que se calhar vinha para durar e ainda estar aqui uma noite inteira, não é? Também não estava à espera de chegar e ser em 1 hora.” (E1, L21)</i></p> <p><i>“Foi tudo muito rápido, mas (...) é sim sou sincera foi muito rápido, foi bom e fui muito bem atendida.” (E1, L23)</i></p> <p><i>“Eu só queria ajuda” (E1, L57)</i></p> <p><i>“Pronto eu vinha com muito medo. Vinha com muito medo de cá estar muitas horas (...)” (E1, L70-71)</i></p> <p><i>“Lá está porque eu ia com expectativa de ser uma coisa assim, mais leve.” (E2, L8-9)</i></p> <p><i>“É, não, não sei descrever bem isso, mas... é um milagre, um milagre. A gente passa por muita coisa, não é? Mas no final vale a pena mesmo.” (E3, L19-20)</i></p> <p><i>“Eu não queria o corte.” (E4, L4-5)</i></p> <p><i>“Eu não queria episiotomia.” (E4, L5)</i></p> <p><i>“Eu tinha medo de muita coisa e por acaso correu tudo bem Graças a Deus.” (E4, L19-20)</i></p> <p><i>“E agente vê notícias e eu não queria que a minha primeira filha me traumatizasse no parto.” (E4, L21-22)</i></p> <p><i>“Eu disse logo que, em princípio, não queria epidural. Mas queria ter a possibilidade de escolher, se eu quisesse, porque tenho direito.” (E4, L30-31)</i></p> <p><i>“O que eu mais queria, era... o meu plano de parte daquilo que eu mais queria era</i></p>

		<p><i>falarem comigo e informarem-me daquilo que iam fazer.” (E4, L57-58)</i></p> <p><i>“Eu não queria, tipo, estar ser cortada ou assim e não saber o que é que iam fazer a mim porque aí está o corpo é meu.” (E4, L58-60)</i></p> <p><i>“Eu não queria ser como muitas grávidas que já ouvi: “Ah eu não sei se isto rasgou ou foi cortado.” (E4, L91-92)</i></p> <p><i>“E até acredito, aí está, nunca quereria sofrimento para o meu bebé. Mas eu também acabo por ser uma pessoa, a mesma, não é?” (E4, L96-97)</i></p> <p><i>“Eu não queria sair do hospital e pensar, não quero ter mais filhos por causa do parto! Não! Eu queria sair e estar descansada, olhar para a minha filha, pensar: Bolas, tive uma gravidez abençoada, tive um trabalho de parto abençoado e pronto.” (E4, L98-100)</i></p>
	<p>Respeito/Consecução das expetativas</p>	<p><i>“Foi espetacular porque apesar de eu estar a sentir... estar num pronto assim a sofrer e de não aguentar, realmente não me deixaram e tiveram sempre ali mesmo a verem-me realmente e atuaram muito rápido. Enfermeira, doutoras, anestesista.” (E1, L24-26)</i></p> <p><i>“Deram-me muito apoio. As enfermeiras deram-me apoio e ajudaram-me imenso.” (E1, L60-61)</i></p> <p><i>“Pronto, apanhei equipas muito boas, muito boas que me deram essa essa liberdade.” (E2, L10-11)</i></p>

		<p><i>“(...) deram-me a liberdade para ir para a bola, deram-me a liberdade para circular na sala de parto. Não tive limitada sempre a cama e então foi uma experiência foi... foi... de encontro à expectativa.” (E2, L6-8)</i></p> <p><i>“Foram sempre respeitadas [opiniões e escolhas]. Todas mesmo.” (E3, L23)</i></p> <p><i>“E trataram-me [profissionais de saúde] muito bem mesmo.” (E3, L25)</i></p> <p><i>“Eu não melhorava nada porque, fui muito bem tratada e falaram sempre comigo.” (E3, L34-35)</i></p> <p><i>“O enfermeiro foi simpático, respeitou.” (E4, L4)</i></p> <p><i>“(...) mas ele [enfermeiro] disse-me que não garantia que não se não fosse rasgar.” (E4, L5)</i></p> <p><i>“Mas nunca me obrigou a nada [o enfermeiro], disse-me logo que pronto que era uma escolha minha.” (E4, L6)</i></p> <p><i>“Reagiu [o enfermeiro], melhor do que muitas outras pessoas.” (E4, L6-7)</i></p> <p><i>“Talvez um profissional de saúde a quem eu mostrei o plano de parto. Ele levou para a brincadeira e eu fingi que também levei para a brincadeira.” (E4, L9-10)</i></p> <p><i>“Porque para eles é só uma moda, não é uma moda. Toda a mulher tem direito a um parto positivo.” (E4, L18-19)</i></p> <p><i>“A forma de reação, eu já esperava a reação do profissional de saúde. Já, já não era o primeiro e não iria ser a última.” (E4, L55-56)</i></p>
--	--	--

		<p><i>“Não senti pressão nenhuma para levar a epidural nem nada disso.” (E4, L74-75)</i></p> <p><i>“Sim. É aquela coisa, o corpo é meu.” (E4, 96)</i></p>
<p>Comunicação entre mulher parturiente e o enfermeiro</p>	<p>Fatores que influenciaram positivamente a comunicação no TP</p>	<p><i>“Sim mesmo quando eu cheguei expliquei me à enfermeira e ela ouviu-me e fez as perguntas e mesmo na parte da preparação ela preparou-me pronto teve sempre a falar comigo e a explicar-me.” (E1, L35-37)</i></p> <p><i>“(…) elas sempre, as duas uma de cada lado a massajar-me a barriga, a ajudar-me.” (E1, L46-47)</i></p> <p><i>“(…) tinha uma enfermeira de cada lado.” (E1, L57)</i></p> <p><i>“A enfermeira que me fez a triagem também sempre comigo a massajar-me a barriga e dar-me apoio e a falar-me na respiração.” (E1, L57-59)</i></p> <p><i>“Sim, sim foi importante [a comunicação estabelecida]. Porque ter ali o apoio de cada lado foi muito bom. Foi muito bom.” (E1, L67)</i></p> <p><i>“Ok, por acaso este parto até comentei com a enfermeira que me fez o parto que gostei muito mais porque me deram muita liberdade.” (E2, L4-5)</i></p> <p><i>“[a comunicação entre enfermeiro-utente] Ótima, ótima, ótima. Lá está porque ela [enfermeira] respeitou-me muito, mesmo, muito, muito, muito, muito, muito, muito, muito, muito, muito, foi mesmo muito bom. Adorei. Adorei este parto. Por acaso adorei.” (E2, L16-18)</i></p>

		<p><i>“Houve uma boa comunicação. Se ela me respeitou, a experiência foi, foi ótima, mesmo com todo o sofrimento, à volta não é?! lá está, tornou-se uma experiência boa. Agradável.” (E2, L21-23)</i></p> <p><i>“(…) é preciso mesmo [que haja comunicação] porque a pessoa não sabe o que é que há de fazer e ajuda muito, porque às vezes estamos com dores, mas isso é para controlar. Dá para controlar e ajuda muito para falar com o doutor e com a enfermeira.” (E3, L4-6)</i></p> <p><i>“É muito importante, mesmo muito, muito. Sem comunicação, não sei onde é que há de chegar, mas isso é muito importante mesmo. A mim ajudou-me muito mesmo a comunicação.” (E3, L8-10)</i></p> <p><i>“Eu estava, tipo, acho que entrei um pouco em pânico. E como doutora [e enfermeira] começou a falar comigo. Acho que me acalmei e correu tudo bem.” (E3, L12-13)</i></p> <p><i>“É importante mesmo falar com a gente sempre.” (E3, L15)</i></p> <p><i>“Fez o trabalho bem e explicou, explicou muito bem e fez o trabalho muito bem, sim senhora.” (E3, L26-27)</i></p> <p><i>“O enfermeiro, volto a dizer, foi super simpático. Super respeitador. Leu tudo viu tudo, falou comigo.” (E4, L56-57)</i></p> <p><i>“Sim, ai está disseram me olhe: “Existe um medicamento que não é epidural, é</i></p>
--	--	--

		<p><i>mais um SOS mas não ajuda nas contrações seguidas, seguidas”. Mas pronto, aí está deram-me uma escolha. “Não quer epidural, mas pode tentar isso. Até pode ser que ajude.” E aí não, não senti pressão, senti só que estavam a explicar que “OK olhe isto dá, mas é só até este ponto”.” (E4, L71-74)</i></p> <p><i>“Mas pronto, aí está informaram. Eu acho que isso foi o mais importante.” (E4, L76-77)</i></p> <p><i>“Foi, foi [foi uma mais valia terem explicado as coisas] porque toda agente tem direito a saber o que é que estão a fazer.” (E4, L91)</i></p> <p><i>“Sim, saio e agradeço muito ao enfermeiro, neste caso aos enfermeiros todos que, que estavam no trabalho de parto mesmo no parto, porque respeitou e isso é muito importante Ele podia não aceitar. E ele disse que poderia acontecer, mas respeitou. E é o que muitas pessoas se calhar não fazem.” (E4, L102-105)</i></p>
	<p>Fatores que influenciaram negativamente a comunicação no TP</p>	<p><i>“(…) depois, entretanto eu disse a ela que estava a sofrer estava mesmo a ter aquelas contrações que sentia mesmo que tinha que fazer força e ela [enfermeira] não estava a acreditar (...)” (E1, L40-41)</i></p> <p><i>“(…) coitada ela estava a ajudar a anestesista e estava-me a socorrer a mim ao mesmo tempo apesar de não me</i></p>

		<p><i>valer de nada que aquilo foi 5 minutos.” (E1, L42-43)</i></p> <p><i>“Pronto foi um bocadinho de aperto. Porque não tinha anestesia, não tinha nada mas” (E1, L47-48)</i></p> <p><i>“Porque não é fácil uma pessoa estar ali com tanta dor e mesmo a sangue-frio não é fácil, não é fácil.” (E1, L59-61)</i></p> <p><i>“(...) as contrações, digamos, que estavam a começar a dar cabo da minha cabeça” (E4, L26-27)</i></p> <p><i>“Mas eu digo que se calhar também estavam piores por causa de... de... que para todos os efeitos foi uma indução e o próprio, os próprios químicos também devem ter feito alguma coisa para ainda ficar pior ainda.” (E4, L28-30)</i></p>
--	--	---

ANEXO VII – Parecer da Comissão de Ética

Santarém, 2 de agosto de 2022

Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para a realização da investigação a desenvolver no HDS, no Serviço de Ginecologia e Obstetria, com o título “A Comunicação como determinante na Violência Obstétrica – A perceção das mulheres”, tendo como Investigadora Principal a estudante Ana Catarina Ribeiro Oliveira, estudante da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém. A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização do estudo depois de reunida toda a documentação necessária. Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do HDS

RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORÁVEL

ANEXO VIII – Consentimento Informado

Exma. Senhora,

A Ana Catarina Ribeiro Oliveira, estudante da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém a desenvolver o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica está a realizar um estudo de investigação com o tema “A Comunicação como determinante na Violência Obstétrica – A perceção das mulheres” cujo o objetivo é perceber em que medida a parturiente perceciona a comunicação como determinante na Violência Obstétrica.

A sua participação será um contributo importante para melhorar o conhecimento sobre a perceção de que cada mulher tem relativo à comunicação como determinante na violência obstétrica.

Asseguramos que os registos da sua participação serão confidenciais; os dados produzidos serão mobilizados apenas pelo investigador responsável; os dados relativos à identificação dos participantes são confidenciais e será mantido o anonimato e a qualquer momento a sua participação no estudo pode ser recusado ou interrompida, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Solicitamos, igualmente que autorize a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo-se o anonimato.

A Investigadora Responsável deste estudo é a estudante Ana Catarina Ribeiro Oliveira sob orientação científica da Professora Doutora Hélia Maria da Silva Dias.

Na expectativa de uma resposta favorável, agradecemos a sua disponibilidade e deixamos os nossos contactos:

140408001@essaude.ipsantarem.pt; telefone: 917784053

helia.dias@essaude.ipsantarem; telefone: 243 307 200.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado e que consinto livre e esclarecidamente em participar no estudo acima mencionado (assinalar com uma cruz)

A Investigadora Responsável

(AEESMO Catarina Oliveira)

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!