

Escola Superior de Saúde de Santarém

Experiência de parto positiva: A influência da comunicação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no trabalho de parto e parto

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Sara Maia Miranda

Orientação:

Teresa Margarida Inácio da Silva Carreira

Dezembro, 2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho Tomás, meu pequeno grande mestre, motor de tantas transformações na minha vida.

Foi depois de me tornar tua mãe que olhei o mundo com outros olhos, que atribuí outro significado à vida e que me reinventei como mulher e enfermeira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu filho Tomás, meu amor pequenino, por ser força e por me lembrar, sempre que as forças teimavam em ir abaixo, do porquê da minha escolha e deste caminho. Obrigada pela tua compreensão que só um filho consegue oferecer quando, tantas vezes, não estive presente, física e emocionalmente. Obrigada pelo teu amor incondicional sentido em cada abraço e beijinho “enviado pelo ar”.

Agradeço ao meu amor, Gil, companheiro de todas as horas, pelo seu amor, cuidado, compreensão, apoio, humor, pelo riso fácil e gargalhada despregada. Obrigada por teres ficado, simplesmente, mesmo quando não sabias bem o que fazer. Obrigada por me teres dado a mão, o teu colo e abraço quando estava bem lá no fundo e por me teres puxado cá para cima.

Agradeço à minha mãe, que mesmo distante fisicamente, sabia-a e senti-a presente em todos os momentos. Obrigada pelas orações, pelas “limpezas”, pela tua força e amor de mãe.

Agradeço à minha madrinha que, bem no início deste percurso, me disse “uma fatia de cada vez”, servindo essa frase de âncora durante o tempo todo.

Agradeço, do fundo do meu coração, a todas as mulheres, bebés, companheiros, famílias, por me permitirem cuidar e ser cuidada, numa troca intensa de experiências e emoções. Sem vocês não poderia, nunca, ser EEESMO. O meu servir é para vós.

Agradeço às minhas colegas de curso, com quem tive o privilégio de partilhar esta aventura, e em especial à Marita, à Lúcia e à Mariana, pelos sorrisos, pelas longas mensagens de voz no *whatsapp*, por me ampararam nos diversos momentos em que o cansaço, a frustração ou a saudade de casa surgiam.

Agradeço às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que me acompanharam e suportaram neste percurso. Foram referência e inspiração. Muito obrigada por me terem acolhido de forma tão disponível e amorosa, pela paciência e pela partilha de conhecimentos.

Agradeço, em especial, à Carla por ter sido luz no meu caminho, num momento de grande escuridão. Obrigada pelo teu carinho, humor, leveza, sabedoria e, sobretudo, por me teres ajudado a recuperar a fé em mim mesma. Ser e estar são dois verbos que te atribuo: ser ombro amigo, ser amparo, ser referência, e estar presente, estar disponível, para que me sentisse confortável no meu lugar de aluna e em crescente evolução, para me ouvir, para que me sentisse à vontade em expor

dúvidas, inseguranças, anseios e perspectivas, o que se revelou fundamental na construção da minha autonomia e autoconfiança enquanto futura EEESMO. Sou-te eternamente grata.

Agradeço à minha Professora Orientadora Teresa Margarida Carreira pelo carinho e disponibilidade, por me apaziguar, orientar e por me lembrar que as coisas têm a sua devida importância e não mais do que isso, trazendo leveza para este caminho.

Agradeço, por fim, a todos aqueles que, apesar de aqui não figuraram, foram, nalgum momento, amparo, luz, enfim, tudo aquilo que precisava.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CA – Cantinho da Amamentação

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPN – Diagnóstico pré-natal

DPP – Data provável de parto

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materno e Obstétrica

EpS – Educação para a Saúde

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

Etc. – et cetera

FCF – Frequência cardíaca fetal

FIGO – *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

IG – Idade gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST – Infecções sexualmente transmissíveis

JBI – *Joanna Briggs Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MMF – Medicina Materno Fetal

PMA – Procriação medicamente assistida

PNVGBR – Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

PP – Plano de Parto

PPPP – Programas de Preparação para o parto e parentalidade

PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

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

RN – Recém-Nascido

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SP – Sala de partos

SR – *Scoping Review*

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

SV – Sinais Vitais

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULS – Unidade Local de Saúde

RESUMO

Não há forma de nos relacionarmos sem comunicarmos. A comunicação é a base da relação terapêutica e surge como um poderoso instrumento de cuidado, capaz de promover uma relação de confiança entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a parturiente, especialmente num momento tão vulnerável e único na vida de uma mulher, como é o do trabalho de parto e parto.

O presente relatório tem como objetivo geral refletir sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, que permitiram a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e de Mestre.

De modo a mapear a evidência científica acerca da influência da comunicação no trabalho de parto e parto, foi realizada uma *Scoping Review*, segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute*, partindo da questão de revisão “Qual a influência da comunicação entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a parturiente, durante o trabalho de parto e parto?”, recorrendo às plataformas *EBSCOHost*, *PubMed* e *Scielo Brasil*, da qual resultaram quatro artigos. Metodologicamente, optou-se por realizar um estudo retrospectivo, de abordagem mista, também com o objetivo de compreender qual a influência da comunicação estabelecida entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a parturiente, durante o seu trabalho de parto e parto.

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de aperfeiçoar competências comunicacionais verbais e não verbais, já que o modo como comunicamos influencia, diretamente, o envolvimento da mulher no seu próprio processo, a forma como o trabalho de parto e parto se desenvolve e como é experienciado pela mulher.

Este trabalho foi norteado pelo referencial teórico da Teoria do Cuidar, de Kristen Swanson.

Palavras-chave: Comunicação, trabalho de parto e parto, Enfermeiro Obstetra

ABSTRACT

There is no way of relating without communicating. Communication is the basis of the therapeutic relationship and emerges as a powerful instrument of care, capable of promote a relationship of trust between the midwife and the parturient woman, especially during a vulnerable and unique moment in a woman's life, such as labor and childbirth.

The general aim of this report is to reflect on the activities developed in the different internship contexts, which allowed the acquisition of specific competences of a Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing.

In order to map the scientific evidence on the influence of communication on labor and childbirth, a *Scoping Review* was carried out, following the guidelines of the *Joanna Briggs Institute*, starting with the review question "What is the influence of communication between midwife and the parturient, during labor and childbirth?", using the *EBSCOHost*, *PubMed* and *Scielo Brasil* platforms, which resulted in four articles. Methodologically, we decided to carry out a retrospective study with a mixed-methods approach, with the aim of understanding the influence of communication between midwife and women, during labor and childbirth.

The results point to the need to improve verbal and non-verbal communication skills, since the way we communicate directly influences the woman's involvement in her own process, the way labor and childbirth develops and how it is experienced by women.

This was guided by the theoretical framework of Kristen Swanson's Caring Theory.

Keywords: Communication, Parturition, Midwife

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL	13
1.1 COMUNICAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO	13
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM – TEORIA DO CUIDAR DE KRISTEN SWANSON	17
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	20
2.1 SCOPING REVIEW	20
2.1.1 Objetivo e questão de revisão	20
2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão	20
2.1.3 Estratégia de pesquisa	21
2.1.4 Resultados da pesquisa	22
2.2 TRABALHO DE CAMPO	28
2.2.1 Análise e discussão de dados	31
2.3 QUESTÕES ÉTICAS	42
3. ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU ACADÊMICO DE MESTRE E DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	43
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	44
3.1.1 Caracterização do contexto de estágio – Hospital F	45
3.1.1.1 Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia	45
3.1.1.2 Serviço de Obstetrícia – Internamento de Puerpério	47
3.1.1.3 Consulta Externa de Medicina Materno-Fetal	48
3.1.2 Unidade de Cuidados na Comunidade	48
3.2 ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	49
3.2.1 Cuidado à mulher, em idade fértil, inserida na família e comunidade no âmbito do planejamento familiar e durante o período preconcepcional	50
3.2.2 Cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	51
3.2.3 Cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	59
3.2.4 Cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	69
3.2.5 Cuidado à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológico e durante o climatério	74

3.2.6 Desenvolvimento de competências comunicacionais na prestação de cuidados à mulher/família, ao longo do seu ciclo de vida	76
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	78
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES	92
APÊNDICE I – Projeto Individual de estágio	93
APÊNDICE II – <i>Scoping Review</i>	128
APÊNDICE III – <i>Prisma Flow Diagram</i>	184
APÊNDICE IV – Instrumento de colheita de dados – Questionário	186
APÊNDICE V – Projeto de Investigação	190
APÊNDICE VI – Consentimento Informado	214
APÊNDICE VII – Análise de Conteúdo: Categorias e Subcategorias	216
APÊNDICE VIII – Análise dos dados quantitativos	220
APÊNDICE IX - Dados qualitativos	227
APÊNDICE X – Sessão de Educação para a Saúde: Pós-Parto	231
APÊNDICE XI – Sessão de Educação para a Saúde: Saúde e perspectiva psico-neuroendócrino-imunológica & Trabalho de parto e Parto	253
APÊNDICE XII – Planeamento da Formação em Serviço: A Comunicação no Puerpério	275
APÊNDICE XIII – Formação em Serviço: A Comunicação no Puerpério	277
APÊNDICE XIV – Planeamento da Formação em Serviço: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto	279
APÊNDICE XV – Formação em Serviço: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto	281
ANEXOS	291
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Instituição de Saúde	292
ANEXO II - Pedido de Autorização Institucional para implementação do estudo – Comissão de Ética	294
ANEXO III - Pedido de Autorização Institucional para implementação do estudo – Conselho De Administração	296
ANEXO IV – Síntese de Registo de Atividades Práticas	298

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, inserida no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), e tem como finalidade descrever, de forma reflexiva e numa perspetiva de evolução, o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e de Mestre.

O processo de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos científicos, saberes teórico-práticos e competências específicas, teve como alicerces as competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (OE, Regulamento n.º 140/2019), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) (OE, Regulamento n.º 391/2019) e definidas pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019).

No que diz respeito à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), é imperativo que o processo supracitado cumpra os requisitos definidos pelos Descritores de *Dublin*, para o 2º ciclo, fundamentados, essencialmente, em cinco domínios: o conhecimento e capacidade de compreensão, a aplicação de conhecimentos e compreensão, a realização de julgamento/tomada de decisões, a comunicação e as competências de auto-aprendizagem (*Joint Quality Initiative*, 2004). Para além do descrito é esperado que este documento fique sujeito a apresentação e discussão públicas, tal como previsto pelo Decreto de Lei n.º 65/2018 e, assim, obter o grau académico pretendido.

O estágio decorreu no período de 18 de setembro de 2023 a 12 de julho de 2024, tendo a oportunidade de experienciar e desenvolver competências em diversos contextos clínicos: Cuidados de Saúde Primários (CSP), internamento e consulta externa de Medicina Materno-Fetal (MMF), Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), Sala de Partos (SP) e puerpério.

Por forma a sistematizar, a orientar e rentabilizar as experiências em cada contexto de estágio, objetivando a consolidação e aquisição de conhecimentos e competências para a prática clínica especializada, foi desenvolvido um Projeto Individual de Estágio (Apêndice I).

No sentido de desenvolver competências, quer a nível do conhecimento científico e da aquisição de competências específicas como futura ESMO e Mestre, como a nível da construção e evolução como ser humano, pela sua intemporalidade, pela sua importância, pela sua presença em

tudo e em todos os momentos, pelo facto de sentir que, ainda que seja algo inerente ao ser humano, há ainda tanto caminho a ser trilhado e, considerando, também, as minhas motivações profissionais e pessoais, emergiu a temática da comunicação, mais concretamente: **“Experiência de parto positiva: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto”**.

Segundo Phaneuf (2005, p.23), “A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”.

De acordo com o RCEEEESMO (OE, Regulamento n.º 391/2019), o EEESMO assume, por excelência, no seu exercício profissional, a prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito da sua saúde sexual e reprodutiva, estando, por isso, presente em diversos e importantes momentos da vida da mulher/família. Um desses momentos é o trabalho de parto (TP) e parto, durante o qual o EEESMO cuida a mulher, garantindo a assistência em ambiente seguro, numa base de confiança, empatia e respeito, no sentido de promover a saúde da parturiente e do feto/recém-nascido (RN) e, concomitantemente, contribuir para uma experiência de parto positiva (Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [PQCEESMO], OE, 2021; OE, Regulamento n.º 391/2019).

A compreensão, por parte do EEESMO, de que todo o comportamento comunica e toda a comunicação influencia o comportamento, é essencial para a interação entre este e a mulher/família, especialmente num momento tão vulnerável como pode ser o do TP e parto. Esta interação pressupõe a mobilização da comunicação como ferramenta essencial que, no contexto descrito, promove a construção de uma relação de ajuda, favorece um ambiente acolhedor e seguro, potencia o envolvimento da mulher no seu próprio processo, influenciando, diretamente, a vivência da experiência de parto (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2018).

Assim, não há como dissociar o cuidar do comunicar, pois quando se comunica “de verdade”, compreendendo a pessoa cuidada, estabelecendo pontes e procurando apoiá-la nas suas necessidades, então, o cuidado é evidente (Coelho, 2015; Swanson 1991).

Tendo em conta o descrito, fez sentido mobilizar a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson como referencial teórico de enfermagem que norteou e sustentou a prática clínica e o trabalho de pesquisa, pelo seu carácter contributivo na práxis da Enfermagem e na arte do cuidar, sublinhando que o “cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (Swanson, 1993, p.354).

Do ponto de vista metodológico foi efetuada uma *Scoping Review* (SR) construída com base nas diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2024), com o objetivo de mapear a evidência científica mais atual sobre o objeto de estudo delineado. A questão de pesquisa baseou-se na mnemónica

População, Conceito e Contexto (PCC) (JBI, 2024), como elementos de inclusão, sendo formulada a seguinte: “Qual a influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente, no trabalho de parto e parto?”, na qual a população se refere à parturiente e ao EEESMO; a comunicação e o TP e parto correspondem aos conceitos e o contexto objetiva-se em todos os contextos clínicos de TP e parto.

Foi também desenvolvido um trabalho de campo de investigação, especificamente, um estudo descritivo retrospectivo, de abordagem mista, com o intuito de perceber a influência da comunicação do EEESMO no TP e parto.

O presente relatório teve como objetivo geral refletir sobre todo o percurso acadêmico e as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, que possibilitaram a aquisição e consolidação de competências comuns e específicas da área de especialização em ESMO

Como objetivos específicos: desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista nos diversos domínios (OE, Regulamento n.º 140/2019); desenvolver competências específicas do EEESMO nas várias áreas de atuação (OE, Regulamento n.º 391/2019); aprofundar conhecimentos através da pesquisa de evidência científica acerca da influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no TP e parto; refletir sobre a importância e a influência da comunicação do EEESMO no TP e parto.

Estruturalmente, este relatório está dividido em cinco capítulos, além da presente introdução: o primeiro capítulo, “Enquadramento Teórico e Concetual”, que compreende a apresentação e definição de conceitos e o referencial teórico escolhido; o segundo capítulo, “Enquadramento Metodológico”, onde se encontra a SR e o trabalho de campo; o terceiro capítulo, que descreve e analisa o percurso de aquisição de competências da especialidade e do grau de mestre; o quarto capítulo, “Considerações Éticas” face ao trabalho desenvolvido; e, o quinto capítulo, “Considerações Finais”, que sumariza e faz o balanço do percurso acadêmico, bem como do presente relatório. Seguem-se as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

Este relatório foi redigido segundo o novo acordo ortográfico, de acordo com o Guia Orientador de Trabalhos Escritos da ESSS e segundo as normas da *American Psychological Association* (APA, 7ª Edição).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste primeiro capítulo será contextualizada a temática em estudo, à luz de autores de referência na área. Assim, serão abordados os conceitos que sustentam este trabalho e a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson.

1.1 COMUNICAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Etimologicamente, o termo **comunicar**, do latim *comunicare*, significa pôr em comum, entrar em relação com, partilhar algo. Esse algo poderá ser uma informação, uma experiência, uma sensação ou emoção, sendo a **comunicação** caracterizada como um processo complexo, dinâmico e permanente, inerente à natureza humana, no qual o ser humano emite e recebe mensagens, no sentido de ser compreendido e compreender o outro com o qual se relaciona (Nunes, 2010).

Phaneuf (2005, p.23) corrobora e completa a ideia definindo a comunicação como sendo “(...) um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. (...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”, e citando Watzlawick et al. (1998), afirma, ainda, que “é impossível não comunicar”.

Além de ser ‘impossível’ é, de facto, essencial, uma vez que nos comunicamos, segundo a autora Coelho (2015, p.33) para “expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa essência e ampliar a nossa consciência”, referindo ainda que, e fazendo referência a Passadori (2009) a “comunicação educa, estabelece laços e cultura, revela o nosso afeto e amor” (Coelho, 2015, p.33).

Para Phaneuf (2005), a comunicação assume diferentes formas, correspondendo às componentes funcionais do ser humano e sendo estas complementares entre si: as dimensões cognitiva e relacional. A dimensão cognitiva, relaciona-se com a informação, com o “quê da mensagem”, dá acesso à linguagem e as mensagens são transmitidas por meio de palavras, faladas ou escritas, que, combinadas entre si, carregam um significado específico e dão sentido ao que se pretende expressar – comunicação verbal (Potter & Perry, 2018; Phaneuf, 2005). A dimensão relacional, ligada às emoções e às sensações, relaciona-se com “o como da mensagem”, sendo traduzida por trocas sem palavras, que inclui os cinco sentidos, sinais paralinguísticos, expressões corporais e comportamentos, como os gestos, o volume e tom de voz, o contato visual, a respiração,

o posicionamento corporal, as reações emotivas, o toque, o silêncio, (etc.), que “transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado” – comunicação não-verbal (Phaneuf, 2005, p. 68).

No processo comunicacional, estima-se que apenas cerca de 7% das mensagens são traduzidas por palavras, 38% por sinais paralinguísticos (tom e volume de voz, pausas, ritmo da fala) e 55% pela expressão corporal (Stuart & Laraia, 2006, citados por Coelho & Sequeira, 2014; Phaneuf, 2005), sendo, por isso, fundamental considerar que a comunicação não se refere somente à transmissão verbal e intencional de mensagens, mas comporta todos os processos através dos quais as pessoas se relacionam e influenciam (Centeno, 2009, citado por Coelho & Sequeira, 2014).

Na perspectiva da saúde, a comunicação é compreendida como uma ferramenta que facilita, especializa e qualifica o cuidado, sendo uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação para a saúde (EpS), da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde e das políticas de saúde (Rezende et al., 2015; Ramos 2013).

Tendo em conta o descrito, e sabendo que é inevitável comunicar, a comunicação assume-se como “a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento” (Phaneuf, 2005, p.17).

Ainda que esteja presente nos cuidados, nem sempre a comunicação se assume como eficaz e terapêutica pois, para o ser, não deverá ser um ato improvisado, mas sim algo estruturado, consciente e intencional, onde haja, efetivamente, a preocupação em se relacionar com e em compreender o outro, para que seja possível perceber e aceder às especificidades de cada pessoa e, assim, responder às suas reais necessidades (Coelho, 2015; Serra e Albuquerque, 2006, citados por Campos, 2020; Phaneuf, 2005).

Existem eventos na trajetória de vida de uma pessoa/família que, pela sua própria natureza, e carregando os mais diversos significados, estão imbuídos de vulnerabilidade, emotividade e podem ter presentes altos níveis de ansiedade e/ou medo, exigindo um olhar mais atento e um cuidado acrescido na mobilização da comunicação.

O **TP e parto** representa um desses eventos, repleto de significados construídos, de modo dinâmico e ao longo do tempo, a partir da individualidade de cada pessoa, das suas experiências prévias, das suas relações interpessoais e da sua cultura (Frello & Carraro, 2010).

Segundo Machado e Graça (2017), entende-se por TP o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à contratilidade uterina regular, ao apagamento e dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. Os mesmos autores

dividem o TP em três diferentes estádios – dilatação, período expulsivo e dequitação – com características e tempos bem definidos (Machado & Graça, 2017).

O primeiro estádio, que compreende o apagamento e a dilatação cervical, decorre desde o início das contrações uterinas regulares até à extinção do colo uterino, dividindo-se em duas fases – a fase latente e a fase ativa. O segundo estádio, o período expulsivo, inicia-se com a dilatação completa do colo do útero e termina com a expulsão do feto. O terceiro estádio, a dequitação, decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta e membranas fetais (Machado & Graça, 2017). Aos três estádios mencionados, Lowdermilk e Perry (2006) acrescentam um quarto estádio, o puerpério imediato, que corresponde ao período de recuperação que se segue à expulsão da placenta, com duração de cerca de duas horas, durante as quais se dá o restabelecimento da homeostasia.

A gravidez e o parto, como eventos fisiológicos, são definidos segundo a representação individual e social de cada mulher e influenciados pelos valores, crenças expetativas e desejos. Ao vivenciar o TP e parto, a mulher experiencia as mais diversas emoções, desde a alegria e entusiasmo por estar prestes a receber nos braços o seu bebé, a incerteza associada ao desconhecido e à imprevisibilidade do próprio processo, à expetativa de como se irá desenvolver a sua experiência de parto, o que pode gerar ansiedade, insegurança e, por vezes, medo (Frello & Carraro, 2010).

Prestar um cuidado individualizado e personalizado é fundamental, respeitando os sinais, os desejos e especificidade de cada mulher/família, promovendo o bem-estar, a segurança, a confiança, no sentido de contribuir para uma experiência de parto envolta numa esfera de amor, tranquilidade e cuidado humanizado (Frello & Carraro, 2010).

De acordo com o RCEEEESMO (OE, Regulamento n.º 391/2019), o EEESMO assume, por excelência, no seu exercício profissional, a prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito da sua saúde sexual e reprodutiva, estando, por isso, presente em diversos e importantes momentos da vida da mulher/família. Um desses momentos é o TP e parto, durante o qual o EEESMO cuida a mulher, garantindo a assistência em ambiente seguro, numa base de confiança, empatia e respeito, no sentido de promover a saúde da parturiente e do feto/RN e, concomitantemente, contribuir para uma experiência de parto positiva (OE, 2021; OE, Regulamento n.º 391/2019).

Segundo a OMS (2018, p.1), uma experiência de parto positiva é

aquela que satisfaz ou excede as crenças e expetativas pessoais e socioculturais prévias da mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com continuidade de apoio prático e emocional de um(s) acompanhante(s) de parto e equipa de saúde amável e tecnicamente competente. Baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres deseja um trabalho de parto

e um parto fisiológicos, e deseja ter uma sensação de realização pessoal e de controlo através do seu envolvimento na tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias ou desejadas.

No sentido de ir ao encontro da definição de experiência de parto positiva, a OMS (2018), recomenda que a comunicação entre a equipa obstétrica, na qual se inclui o EEESMO, e a parturiente deverá ser efetiva e eficaz e, para tal, deverão ser respeitadas, na assistência ao TP e parto, as seguintes indicações: apresentar-se à mulher/família dirigindo-se à mesma pelo seu nome; oferecer à mulher/família as informações de que necessitam, de forma clara e concisa (na língua falada pela mulher/família), evitando termos médicos e recorrendo a imagens e/ou gráficos, quando necessário, para comunicar processos ou procedimentos; respeitar e responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher, com uma atitude positiva; apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, por meio de encorajamento, elogio, reafirmação e escuta ativa; apoiar a mulher a entender que ela tem uma escolha e garantir que suas escolhas sejam apoiadas; garantir que os procedimentos sejam explicados à mulher e que seja obtido da mulher o consentimento informado verbal e, quando apropriado, por escrito para exames pélvicos e outros procedimentos; encorajar a mulher a expressar as suas necessidades e preferências, informá-la, regularmente, bem como à sua família, sobre o que está a acontecer e perguntar se têm alguma dúvida.

Os cuidados prestados pelo EEESMO, baseados num cuidado respeitoso, numa relação de empatia e de ajuda e numa comunicação eficaz, têm influência direta na forma como a mulher experiencia o seu TP e parto (OE, 2015; Frello & Carraro, 2010). Os PQCEESMO (OE, 2021, p.17), enfatizam, ainda, que “a comunicação é a base da relação terapêutica”, devendo ser pautada pelo respeito, gentileza e dignidade.

A compreensão, por parte do EEESMO, de que todo o comportamento comunica e toda a comunicação influencia o comportamento, é essencial para a interação entre este e a mulher/família, especialmente num momento tão vulnerável como pode ser o do TP e parto. Esta interação pressupõe a mobilização do suporte contínuo e da comunicação como ferramenta essencial e intervenção autónoma de enfermagem que, no contexto descrito, promove a construção de uma relação de ajuda, favorece um ambiente acolhedor e seguro, potencia o envolvimento da mulher no seu próprio processo, influenciando, positiva e diretamente, a confiança, com inúmeras vantagens na evolução no TP, e a vivência positiva do parto (OMS, 2018; OE, 2015).

A partir do momento em que se estabelece uma relação de proximidade entre o EEESMO e a parturiente é possível compreender, verdadeiramente, a mulher, o seu sentir, os significados

que por ela são atribuídos àquele momento e a sua visão do mundo (Frello & Carraro, 2010; Swanson, 1993; Swanson, 1991). A comunicação, assim estabelecida, promove a autoestima, o conforto, a confiança, resultando em segurança e satisfação, fazendo com que a parturiente se sinta respeitada durante o processo e como pessoa nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual (Caron & Silva, 2002).

O EEESMO assume um papel e lugar privilegiado nesta interação, cuidando da mulher quando esta tem exposta a sua essência mais vulnerável e, em simultâneo, mais primitiva e de força arrebatadora. Aqui, o cuidado do EEESMO "(...) transcende a utilização de procedimentos técnicos, envolvendo a sensibilidade (...)", estando em presença, disponível e disposto a conhecer as necessidades da mulher/família de quem cuida, apoiando-a num processo tão marcante e significativo como é o do nascimento de uma nova vida. No fundo, o EEESMO, neste contexto, cuida exercendo não mais daquilo que é a essência da enfermagem (OE, 2015; Frello & Carraro, 2010).

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM – TEORIA DO CUIDAR DE KRISTEN SWANSON

A Teoria do Cuidar de Kristen Swanson foi o referencial teórico de enfermagem eleito para nortear a prática clínica, o trabalho de investigação e este relatório pela sua orientação, na prática, para a filosofia de cuidados, pela sua abrangência, fácil aplicabilidade e intemporalidade.

Para Swanson (1991, p.165), "(...) cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis", com o objetivo primordial de promover o bem-estar da pessoa de quem cuidamos.

A Teoria de Médio Alcance de Swanson está alicerçada em quatro conceitos, os metaparadigmas, sendo eles: a Enfermagem, a Pessoa, a Saúde e o Ambiente (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1993).

A **Enfermagem** surge como a ciência que tem como essência o cuidado e como objetivo o bem-estar daquele que é cuidado. Abrange e relaciona-se com os valores culturais, os conhecimentos empíricos da Enfermagem e de outras ciências relacionadas – como as ciências humanas –, a sabedoria clínica do profissional, bem como com as expectativas pessoais e sociais daqueles que interagem no processo de cuidar (Oliveira et al., 2018; Alligood, 2014).

A **Pessoa** é considerada pela sua unicidade, em constante processo de desenvolvimento e transformação, que, ao atingir a sua totalidade, é manifestada através dos seus pensamentos, sentimentos e comportamentos (Swanson, 1993). Vivem desejosas de se conectarem com o outro, e as suas vivências são influenciadas por uma complexa interação entre a própria herança genética, a sua espiritualidade e a capacidade de exercer o livre-arbítrio, acabando por moldarem e serem moldadas pelo ambiente em que estão inseridas (Swanson, 1993).

A **Saúde** é percebida como um nível subjetivo de bem-estar, sendo ou não associado à doença, e que se traduz, de acordo com Swanson (1993, p.353), em "(...) viver a experiência subjetiva, cheia de significado, da plenitude." Segundo a autora, esta plenitude pressupõe a integração e livre expressão de todas as facetas que fazem de nós um "ser humano", tais como: a espiritualidade, os pensamentos, os sentimentos, a inteligência, a criatividade, as relações, a sexualidade, (etc) (Swanson, 1993).

Swanson (1993, p.353) define **Ambiente** como situação, isto é, como "(...) qualquer contexto que influencia ou é influenciado pelo cliente designado". O ambiente apresenta diferentes domínios de influência, como por exemplo, culturais, psicológicos, sociais, políticos, económicos. Assim, é considerado um contexto que enquadra a pessoa e a situação experienciada, com influência de fatores biopsicossociais e espirituais, sendo, por isso, um ambiente mais situacional do que propriamente físico (Swanson, 1993).

A teoria do Cuidar de Swanson (1993), considera a mulher como um ser único com capacidade e liberdade na escolha do seu caminho e na definição dos processos de cuidados. Os pressupostos da teoria de Swanson são cinco: o "**Conhecer**", no sentido de procurar compreender o significado de um evento na vida do outro (Swanson, 1993; Swanson, 1991). Neste contexto, importa procurar conhecer e compreender a mulher/família, o contexto em que está inserida, as suas características, expectativas, necessidades, nível de conhecimento e especificidades, através de uma comunicação efetiva, assim como ao significado que esta atribui ao TP e parto, para melhor a poder apoiar neste momento tão único. Conhecer o outro na prática de enfermagem é centrarmos na pessoa cuidada e no seu bem-estar, tentando compreendê-la e às situações com as quais se confronta, sem julgamentos prévios, defendendo a prestação de cuidados de enfermagem digna, respeitosa e no sentido da capacitação da mulher (Oliveira et al., 2018; Alligood, 2014; Swanson, 1993).

Para tal, o EEESMO precisa de "**Estar Com**" a mulher/família, verdadeiramente, ou seja, mais do que estar fisicamente disponível, importa demonstrar-se emocionalmente presente e disponível, ao longo de todo o processo, com responsabilidade, através da escuta, do acolhimento, transmitindo tranquilidade, segurança, confiança e partilhando sentimentos e vivências, sem que haja a sobrecarga da pessoa cuidada (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1993).

Ao estar presente e ao conhecer a mulher, o EEESMO poderá "**Fazer Por**", isto é, fazer por esta o que ela faria por si mesma, a partir do conhecimento que tem da mulher, incluindo e antecipando as suas necessidades, confortando, atuando com habilidade e competência, protegendo-a e respeitando a sua dignidade (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1991).

O “**Possibilitar**”, pressupõe apoiar a mulher/família em eventos desconhecidos e imprevisíveis, como o TP e parto, suportando-a pelas transições da vida, informando, de acordo com as suas necessidades e conhecimento prévio, ajudando a criar alternativas, dando feedback, explicando e validando sentimentos, para que esta consiga tomar decisões conscientes e sentir-se capaz e plena no seu próprio processo (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1993; Swanson 1991).

Por último, mas representando o ponto de partida e estando na base primordial do cuidado, o EEESMO deverá “**Manter a Crença**”, isto é, acreditar, manter a fé na capacidade da mulher/família em conseguir experienciar um acontecimento ou fase, como o TP e parto, favorecendo a sua autoconfiança e empoderamento, para que esta possa enfrentar um futuro com mais significado e alcançar o seu bem-estar (Oliveira et al., 2018; Alligood, 2014). Sendo que as “crenças” representam uma parte significativa do ser humano e influenciam todo o nosso ser e sentir, importa que o EEESMO as conheça e, acima de tudo, respeite.

Enquanto futura EEESMO procurei desenvolver competências específicas e prestar cuidados à mulher/família, desde a vigilância pré-natal, durante o TP e parto e no pós-parto, à luz da Teoria do Cuidar de Swanson, com o objetivo de promover a sua saúde e bem-estar, prevenir complicações e agir em conformidade de acordo com as suas necessidades, sabendo que se procurasse conhecer as particularidades da pessoa cuidada, se demonstrasse disponibilidade física e emocional, validando e esclarecendo o que quer que surgisse, se fizesse por ela/eles o que fosse necessário e lhe trouxesse benefício, então, possivelmente, possibilitar-lhes-ia, a vivência de uma experiência de parto mais positiva e que fosse ao encontro das suas expectativas (Swanson, 1993).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A arte de cuidar em ESMO pressupõe que haja um compromisso, por parte do EEESMO, na procura contínua de conhecimentos, baseados na melhor evidência científica disponível, com o intuito de aprimorar as suas competências, de fundamentar as suas tomadas de decisão, nortear a sua conduta e transformar, de forma positiva, os contextos de saúde em que atua (OE, Regulamento n.º 140/2019).

Assim, e no sentido de desenvolver competências na área da investigação em ESMO, com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados e tendo em conta o apresentado anteriormente, foi desenvolvida uma SR (Apêndice II), assim como um Trabalho de Campo que permita compreender de que forma a comunicação estabelecida entre o EEESMO e a parturiente, durante o TP e parto, o influencia.

2.1 SCOPING REVIEW

2.1.1 Objetivo e questão de revisão

Do ponto de vista metodológico, a SR foi construída com base nas diretrizes do JBI (2024), com o objetivo de mapear a evidência científica mais atual no que diz respeito à influência da comunicação estabelecida entre o EEESMO e a parturiente, no TP e parto.

Para tal, formulou-se uma questão de pesquisa, baseada na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC) (JBI, 2024), como elementos de inclusão. Tendo por base esta premissa, a seguinte questão de partida foi formulada: “Qual a influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente, no trabalho de parto e parto?”, na qual a população se refere às parturientes e EEESMOs; a comunicação e o TP e parto correspondem aos conceitos e o contexto objetiva-se em todos os contextos clínicos de TP e parto.

2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão incluíram-se estudos que respeitassem a mnemónica PCC (JBI, 2024) utilizada; estudos disponíveis em texto integral; estudos escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola; estudos de abordagem qualitativa, quantitativa ou ambos; estudos publicados a partir do ano de 2017; e estudos acessíveis na base de dados *Scielo* Brasil, nas plataformas *PubMed* e *EBSCOHost*, nas bases de dados *CINAHL COMPLETE*, *MEDLINE Complete* e *MedicLatina*.

Para cada base de dados foram aplicados limitadores específicos, os quais podem ser consultados na Tabela 1 da SR (Apêndice II).

Como critérios de exclusão foram definidos todos aqueles que contrariem os critérios de inclusão.

2.1.3 Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada em janeiro e fevereiro de 2024 e, mais recentemente, em agosto de 2024. Para delinear a estratégia de pesquisa recorreu-se às etapas preconizadas pelo JBI (2024).

Numa primeira etapa, foi realizada uma pesquisa na plataforma *EBSCOHost*, nas bases de dados *CINAHL COMPLETE*, *MEDLINE Complete* e *MedicLatina*, na plataforma *PubMed* e na base de dados *Scielo Brasil*, onde foram identificados os termos de linguagem natural e indexada, de acordo com a mnemónica PCC, através da análise das palavras contidas no título e resumo dos artigos encontrados.

Na segunda etapa da revisão, foi efetuada uma nova pesquisa nas bases de dados/plataformas mencionadas, recorrendo a todos os termos naturais e indexados considerados e à sua combinação através dos operadores booleanos [OR] e [AND]. Os termos indexados, referente à População foram conjugados entre si recorrendo ao operador booleano [OR], aplicando-se esta estratégia para os termos indexados e termo natural do Contexto. Em relação ao Conceito, não houve necessidade de recorrer a termos de linguagem natural. Por fim, foi feita a conjugação de todas as pesquisas dos descritores através do operador booleano [AND] e refinada a pesquisa com limitador de texto integral.

Assim, para a realização desta SR foram definidos os seguintes descritores indexados - *MeSH*: #*Communication*¹; #*Obstetric Nursing*²; #*Parturition*³; #*Midwifery*⁴ e o termo natural #*Childbirth*, culminado na seguinte expressão de pesquisa: *Communication AND (Obstetric Nursing OR Midwifery) AND (Parturition OR Childbirth)*.

Da interseção dos termos acima mencionados resultaram um total de 140 artigos: 109 artigos na plataforma *PubMed*, 19 artigos na base de dados *MEDLINE Complete*, 3 artigos na base de dados *CINAHL Complete*, 1 artigo na base de dados *MedicLatina* e 8 artigos na base de dados *Scielo Brasil*. Os resultados poderão ser consultados no *Appendix II* da SR (Apêndice II). Esta é

¹ The exchange or transmission of ideas, attitudes, or beliefs between individuals or groups.

² A nursing specialty involving nursing care given to the pregnant patient before, after, or during childbirth.

³ The process of giving birth to one or more offspring.

⁴ The practice of assisting women in childbirth.

considerada a primeira etapa do PRISMA – fluxograma de estratégia de pesquisa do JBI (2024), designada de – *Identification* – que decorre dos resultados das bases de dados científicas acima referidas.

Na segunda etapa do PRISMA, denominada de *Screening*, e após a extração manual dos 12 artigos duplicados nas bases de dados/plataformas, procedeu-se à leitura dos títulos e dos resumos de cada um dos 128 artigos identificados, considerando os critérios de inclusão definidos. Por conseguinte, nesta fase, foram rejeitados 99 artigos.

Na fase *Eligibility*, foi feita uma leitura integral dos 29 artigos e, face à falta de pertinência para o tema em investigação, foram excluídos 25 artigos. Foram incluídos 4 artigos: 3 quantitativos (Brasil e Polónia) e 1 qualitativo (África do Sul). Os estudos foram realizados entre 2018 e 2021.

Na terceira e última etapa da pesquisa, o JBI (2024) preconiza a análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados com o intuito de obter fontes adicionais de evidência.

No Apêndice III, encontra-se sistematizada a estratégia de pesquisa supracitada, através do fluxograma PRISMA (adaptado) preconizado pelo JBI (2024).

De seguida, após a análise dos artigos, e recorrendo ao instrumento de extração de dados - *Appendix IV* (JBI, 2024), foram recolhidas as principais informações dos estudos/artigos elegíveis, assim como se procedeu à elaboração de uma tabela de extração de dados – *Appendix V* (JBI, 2024), que sintetiza e sistematiza a informação mais pertinente, por forma a contribuir para a compreensão da questão de investigação. Ambos os instrumentos de extração de dados podem ser consultados no protocolo da SR (Apêndice II).

2.1.4 Resultados da pesquisa

Importa, na prática da disciplina de Enfermagem, quer a nível da investigação, como da prestação de cuidados, que haja a procura objetiva e regrada do melhor, do mais válido, atual e pertinente conhecimento científico (OE, Regulamento n.º 140/2019). Da pesquisa efetuada emergiram três artigos enquadrados no paradigma quantitativo e um artigo no paradigma qualitativo, realizados entre 2018 e 2021. Dois estudos foram desenvolvidos no Brasil, um na Polónia e um na África do Sul. Em seguida, são apresentados e analisados os resultados extraídos dos artigos, identificados como mais relevantes para a temática em investigação.

Comunicamo-nos das mais variadas formas. Fazemo-lo através da troca de palavras, mas também, inconscientemente e a um nível mais subtil, através daquilo que a palavra não diz, mas que é expresso pelo corpo, pela intenção e emoção, influenciando todo o nosso comportamento.

No estudo de Beserra et al. (2019, p.2), surge a ideia de que “o ser humano influencia o mundo, é influenciado por ele e, assim, interage com os outros.” Torna-se essencial que, nos

cuidados de Enfermagem, e num contexto tão único, como o do TP e parto, o processo comunicacional seja alicerçado no cuidado humanizado, onde se prevê a partilha de informação clara, o apoio contínuo, o suporte emocional, o respeito, a empatia e a gentileza no cuidado.

Com a análise dos quatro artigos incluídos, é unânime a ideia de que a comunicação estabelecida entre a parteira e a parturiente é de extrema importância e impacta, diretamente, a satisfação materna e forma como o parto é experienciado.

O estudo de Baranowska et al. (2021), corrobora a afirmação constatando-se, no seu estudo, que a comunicação estabelecida com os profissionais de saúde (entre eles parteiras) constitui um fator significativo que influencia a satisfação geral no que diz respeito aos cuidados prestados durante o TP e parto, podendo melhorar a experiência de parto da mulher.

Num momento em que a mulher se encontra vulnerável, como é o do TP, a comunicação surge, então, como um poderoso instrumento de cuidado, potenciando sentimentos de segurança, confiança, controlo e empoderamento na mulher e promovendo a construção de uma relação de confiança entre o EEESMO e a parturiente, o que contribui para uma vivência do TP mais feliz e satisfatória (Beserra et al., 2020).

Da análise dos artigos emergiram cinco conceitos/temáticas: a partilha de informação, o questionamento, a compreensão das preferências e necessidades da parturiente, ouvir e valorizar/respeitar a mulher e a comunicação não verbal.

Um aspeto mencionado, transversalmente em três dos quatro artigos emergentes da presente SR, como essencial para as mulheres, é a **partilha de informação**.

No estudo de Beserra et al. (2020), verificaram-se 709 diálogos na comunicação verbal entre os participantes, assumindo-se a comunicação verbal entre o enfermeiro e a parturiente como essencial no processo de cuidar durante o TP e parto. Segundo os autores (Beserra et al., 2020), as mulheres que **recebem informações** importantes previamente ao TP, além de sentirem as suas necessidades reconhecidas, o que as faz sentir acolhidas e respeitadas, sentimentos de segurança e confiança são potenciados, facilitando uma comunicação aberta durante o TP, um maior envolvimento em todo o processo, assim como na tomada de decisão.

Também o estudo desenvolvido, na África do Sul, por Maputle (2018), com o objetivo de determinar qual o apoio prestado pelas parteiras a mulheres durante o TP, faz referência à **partilha de informação** como algo essencial do cuidado. Neste estudo 83% das parteiras atualizavam continuamente a parturiente sobre o progresso do TP e o bem-estar fetal, 75% informavam acerca das alterações fisiológicas que iam surgindo no decorrer do TP e sugeriam estratégias que apoiassem a parturiente a viver todo o processo, mas apenas 8% permitiam que as parturientes colocassem questões às quais respondiam. Uma das participantes do estudo refere inclusive que

“As parteiras dever-me-iam dar informações para que eu pudesse fazer escolhas. Ao estar informada acerca da progressão do TP, eu sou capaz de fazer escolhas informadas (...)” (Maputle, 2018, p.4).

No estudo de Baranowska et al. (2021), para as mulheres, **receber informações** revelou ser o aspeto mais desejado da comunicação verbal, quer durante o TP como no pós-parto precoce. Quando esta necessidade era respeitada, as mulheres sentiam-se mais capazes e envolvidas no próprio TP e na tomada de decisão e, simultaneamente, sentimentos de controlo externo eram potenciados, estando estes factos associados a uma **experiência de parto mais positiva**.

Importa referir que a comunicação verbal estabelecida deverá ocorrer por meio do diálogo com palavras de fácil entendimento, sem termos técnicos, transmitindo informação completa, adequada e imparcial, baseada na melhor evidência científica existente, que permita à parturiente exercer o seu direito de consentimento informado (Beserra et al., 2020).

No estudo de Beserra et al. (2020), tanto no Brasil como em Cabo Verde, a linguagem comum prevaleceu, evitando o uso de termos técnicos, o que facilitou o entendimento das orientações/sugestões dadas pelos enfermeiros e a interação estabelecida entre estes e as parturientes. Outro estudo (Baranowska et al., 2021) refere que as informações obtidas, de forma clara e simples, relativamente ao processo de nascimento, ou qualquer outra questão relacionada com os cuidados a ter com o bebé, influenciam positivamente a experiência de parto, permitindo à mulher tomar decisões informadas.

No estudo de Beserra et al. (2020), sugestões como o uso de diferentes métodos não farmacológicos para alívio da dor e o incentivo à deambulação foram evidenciados. Em ambos os países, as parturientes eram motivadas a deambular para que a progressão do TP fosse mais favorável, sendo esta sugestão bem aceite no Brasil, ao contrário do observado em Cabo Verde, onde se verificou resistência por parte das parturientes em aceitar a orientação, talvez devido à ausência de informação no que diz respeito aos benefícios da deambulação no TP.

Outro estudo (Maputle, 2018), que analisou questões relacionadas com o **apoio informativo** dado durante o TP, enfatiza esta questão referindo que apenas 33% das parteiras incentivavam e faziam sugestões, sem que houvesse, necessariamente, uma explicação do porquê de determinada sugestão. Uma participante do estudo referiu que *“A minha parteira disse-me para inspirar e expirar, mas eu não sabia porquê.”* (Maputle, 2018, p.4). Importa que haja o cuidado em sugerir estratégias que promovam o bem-estar da parturiente e a progressão do TP, no entanto, tão ou mais importante, importa que o EEESMO informe a parturiente acerca do motivo, da evidência que sustenta determinada sugestão para que esta se sinta respeitada e ativa no próprio processo.

Ouvir e valorizar a história de cada mulher, pode facilitar a vivência do parto, assim como ouvir atentamente as suas necessidades fá-la-á sentir-se respeitada na sua individualidade (Baranowska et al., 2021; Beserra et al., 2020; Beserra et al., 2019; Maputle, 2018). No estudo de Beserra et al. (2020), a **audição** foi a forma de contato mais usada entre enfermeiro e parturiente, tanto no Brasil como em Cabo Verde, sendo identificada como um fator determinante na assistência obstétrica de qualidade. Dar espaço para que a parturiente verbalize e expresse as suas emoções e **estar disponível para ouvir e esclarecer** as dúvidas e preocupações que possam surgir, demonstrou ser fundamental e estar associado à dissipação de possíveis medos e inseguranças, ao favorecimento do TP e a uma maior satisfação materna (Beserra et al, 2020).

Em contrapartida, no estudo de Maputle (2018), nem sempre houve espaço para que as parturientes fossem ouvidas e respeitadas nas suas necessidades, já que apenas 8% das parteiras permitiram que as parturientes fizessem perguntas ou sugestões durante o TP.

Compreender as necessidades e preferências da parturiente, permitindo que esta se expresse, envolve **questioná-la e ouvi-la** em presença e sem qualquer julgamento, aspeto que foi mencionado nos quatro artigos como fundamental (Baranowska et al., 2021; Beserra et al., 2020; Beserra et al., 2019; Maputle, 2018). Ao EEESMO cabe proporcionar as melhores condições para que a parturiente se sinta livre para expressar qualquer tipo de sensação ou emoção, sem constrangimentos (OE, 2015).

No estudo de Beserra et al. (2020) verificou-se que os enfermeiros, durante o acolhimento, assim como durante o TP, procuravam interagir e solicitar informações importantes que assegurassem o conforto da mulher e o cuidado holístico, de forma a promover um TP e parto com mais qualidade e autonomia.

No estudo de Maputle (2018), **determinar as preferências** das mulheres em relação aos seus cuidados, durante o TP, mostrou ser essencial, no entanto, apenas 8% das parteiras determinavam as preferências culturais e pessoais das mulheres, o que acabava por não respeitar as necessidades ou especificidades de cada uma, facto que poderá ter sido gerador de ansiedade e, por conseguinte, não favorável ao TP e vivência do mesmo.

Baranowska et al. (2021) corrobora o acima descrito, concluindo que **questionar e reunir informações** acerca das preferências da mulher, no que diz respeito à forma e intensidade da comunicação durante o TP, de acordo com a situação vivida, é fundamental. Neste estudo, fazer questões durante o TP revelou ser menos favorável e menos útil do que transmitir informações. Para além deste resultado, para um determinado grupo de participantes, o qual assumia o TP e parto como um processo fisiológico e sem necessidade de intervenções, fazer questões e fornecer informações demonstrou ser mais perturbador quando comparado com um outro grupo de

participantes, o qual percecionava o TP e parto como um processo que necessitava de intervenções médicas. No primeiro grupo, a quantidade de informação transmitida e o questionamento percepcionados como perturbadores, interferiram na necessidade de vivenciar o processo de parto sem perturbações externas e no seu próprio ritmo.

Compreender e respeitar as necessidades e preferências da parturiente passa por, também, providenciar a presença de alguém significativo para a mesma. Beserra et al. (2020), referem, no seu estudo, que a **presença de acompanhante** no TP e parto revelou-se importante, sendo que quando não é permitida a presença deste, há uma maior probabilidade de surgirem sentimentos de insegurança e medo, o que, por sua vez, está associado a uma maior duração do TP. No Brasil, as interações foram estabelecidas com a presença do acompanhante, facto que já não se verificou em Cabo Verde, onde nenhuma interação se estabeleceu na presença do acompanhante. Também no estudo realizado na África do Sul (Maputle, 2018), se percebeu que nenhuma das parteiras incentivou a presença de acompanhante.

Um outro aspecto presente no TP e que depende, diretamente, da forma como a comunicação entre o EEESMO e a parturiente se estabelece e demonstra se há, ou não, compreensão das necessidades sentidas pela mulher, é a **interpretação da dor vivenciada e percebida** durante o TP. No estudo de Maputle (2018), as parturientes sentiram dor intensa durante o TP, enquanto a dor percebida pelas parteiras era descrita como leve a moderada no início deste, sendo apenas percebida de forma semelhante, no final. Este facto levou a que as parturientes não fossem atendidas nas suas necessidades, nomeadamente, no adequado alívio da dor, o que leva a maiores níveis de ansiedade e de dor.

Importa que o EEESMO esteja atento e perceba as subtilidades do comportamento humano e da comunicação não verbal, que, tantas vezes, nos diz mais do que “mil palavras”.

Ao **perceber e compreender a comunicação não verbal** da parturiente, o EEESMO tem a capacidade de questionar apenas quando pertinente, de adequar e direccionar a sua intervenção e o seu comportamento, no sentido de desmistificar o sentir da parturiente, de procurar o seu bem-estar, a satisfação das suas necessidades, diminuindo a sua ansiedade e transmitindo-lhe confiança e segurança. Compreender e respeitar as preferências e necessidades passa não só pelos aspetos inerentes à comunicação verbal, mas também à comunicação não verbal, sendo esta uma ferramenta indispensável na relação humana pois “possibilita, às pessoas, a expressão dos seus sentimentos e emoções de modo direto e possui as funções de complementar, contradizer e/ou substituir a comunicação verbal” (Rebouças et al., 2015 citado por Beserra et al., 2019, p.5). No estudo realizado no Brasil e em Cabo Verde, nas interações estabelecidas com as parturientes, os

enfermeiros procuravam **comunicar de forma tranquila e acolhedora**, incentivando a mulher a participar ativamente no TP (Beserra et al., 2020).

Também no estudo realizado na África do Sul (Maputle, 2018), um número significativo de parteiras demonstrou uma **atitude compreensiva, amigável e tranquilizadora** para com as mulheres durante o parto. No entanto, no que diz respeito à promoção da participação ativa da mulher, apenas 25% das parteiras encorajaram a livre escolha e a plena participação das mulheres.

No estudo de Beserra et al. (2019), onde foi analisada a **comunicação não verbal** entre o enfermeiro e a parturiente, na fase ativa do TP, foi dado relevo aos gestos como anuir com a cabeça, movimentar as mãos, assim como manter o contacto visual, pela sua capacidade de validar, complementar e reforçar a comunicação verbal, de demonstrar interesse e atenção no outro, melhorando a compreensão da mensagem transmitida, principalmente em contextos multiculturais, onde a probabilidade de cuidarmos de parturientes que não dominam a língua portuguesa é cada vez maior.

No estudo de Beserra et al. (2019), variáveis como a distância estabelecida entre o EEESMO e a parturiente, o toque, os gestos ou a comunicação face a face foram analisadas. No estudo de Beserra et al. (2019), constatou-se que a distância íntima foi a mais frequentemente estabelecida entre a parturiente e o enfermeiro, durante o TP, promovendo uma assistência mais próxima e humanizada. No entanto, importa perceber de que forma a parturiente reage a essa proximidade, pois poderá ser percebida como “invasão” e geradora de desconforto, influenciando, negativamente, o processo de TP.

Nas interações percebidas no estudo de Beserra et al. (2019), quando a comunicação e contacto visual se estabelece face a face, o vínculo construído entre enfermeiro e parturiente é potenciado, assim como a sensação de segurança que esta sente durante o TP e parto. Também no estudo de Baranowska et al. (2021) se faz referência ao contacto visual como um aspeto útil durante o TP.

No que diz respeito ao **contato**, nomeadamente, o **toque**, é primordial, para a efetivação da comunicação não verbal, expressando e/ou validando sentimentos. Quando surge a ausência de contacto ou o distanciamento, como observado no Brasil, importa refletir acerca do que poderá estar na base deste comportamento, como medos, inseguranças ou mesmo indiferença entre os intervenientes (Beserra et al., 2019).

No estudo de Baranowska et al. (2021), apesar de, para a maioria das mulheres, em TP, o toque ter sido útil, uma vez que as ajudou a lidar com a dor e com a experiência de parto em si, a investigação mostra que o toque não é desejado em todas as fases do TP e nem todas as mulheres o percebem como algo confortável. Revela-se, por isso, importante, reconhecer as diferentes

preferências e necessidades das mulheres no que diz respeito ao toque durante o TP, assim como, solicitar o seu consentimento.

São várias as nuances da comunicação, não sendo, de todo, um processo simples, e, por esse motivo, cabe ao EEESMO desenvolver e aprimorar as suas competências comunicacionais que lhe permitam expressar-se e permitir ao outro fazê-lo, decodificar mensagens verbais e não verbais, extraíndo delas o seu significado e, em última estância, compreender a mulher de quem cuida, identificar as suas necessidades e ajudá-la da melhor forma possível (Beserra et al., 2020; Phaneuf, 2005).

Por forma a ilustrar a complexidade e a abrangência da comunicação nos cuidados, no estudo de Maputle (2018), a comunicação entre as mulheres e as parteiras foi determinada pela capacidade da parteira em capacitar a mulher, em permitir que a mulher se sinta especial e relaxada (explicando as alterações fisiológicas e incentivando exercícios de relaxamento, por exemplo), pelo respeito e defesa dos direitos das mulheres, pela capacidade em determinar as preferências culturais e pessoais da mulher e pela atualização contínua sobre o progresso do TP.

Os autores dos estudos incluídos na presente SR (Baranowska et al., 2021; Beserra et al., 2020; Beserra et al., 2019; Maputle, 2018) enfatizam a necessidade de cuidar de forma humanizada, atenciosa, respeitosa e acolhedora, visto ser um momento de muitas dúvidas, medos e incertezas, respeitando a importância do processo de comunicação no cuidado, com o objetivo de tornar o nascimento uma experiência positiva, prazerosa e satisfatória para cada mulher/família.

Em análise aos estudos incluídos nesta SR, é notório que o processo comunicacional estabelecido durante o TP e parto, impacta, diretamente, a satisfação das necessidades da parturiente, a redução dos níveis de ansiedade, medo e insegurança e, conseqüentemente, a progressão do TP e a vivência positiva ou não do mesmo.

Nesta pesquisa, não foram encontradas investigações realizadas em Portugal, contudo seria relevante e interessante desenvolver estudos com uma amostra portuguesa, com o objetivo de conhecer a realidade sobre este tema em Portugal, assim como o de elevar a qualidade da prestação de cuidados em ESMO.

2.2 TRABALHO DE CAMPO

Ao longo dos diversos contextos de estágio foram aproveitadas todas as oportunidades de aprendizagem, assim como a mobilização e aplicação da temática em estudo.

Para além da SR, foi realizado um estudo descritivo retrospectivo, de abordagem mista, com o intuito de compreender a influência da comunicação do EEESMO no TP e parto.

Segundo Fortin (2009), os estudos descritivos visam caracterizar fenômenos e, de uma forma global, identificar e relacionar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenômeno em estudo. Os tipos de estudos descritivos mais comuns são: o estudo descritivo simples; o estudo descritivo comparativo; o estudo de caso; e os inquéritos. Estes últimos podem ser prospectivos, retrospectivos ou transversais, nos quais os dados são colhidos junto de uma população ou de uma amostra, com o intuito de identificar e compreender as atitudes, as opiniões, as crenças, as necessidades ou os comportamentos da mesma, numa determinada situação (Fortin, 2009; Fortin, 2003).

Para a escolha dos sujeitos neste estudo, optou-se por uma amostra não probabilística, por conveniência. Não probabilística porque a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes, e acidental, casual ou conveniente, uma vez que se trata de uma amostra onde os elementos são facilmente acessíveis, estão presentes num determinado local e num momento preciso, sendo selecionados pela sua conveniência, por voluntariado ou acidentalmente, e incluídos no estudo à medida que se apresentam e até o tamanho desejado da amostra ser atingido (Fortin, 2009; Fortin, 2003). Neste caso em particular, os elementos foram selecionados tendo por base os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Assim, a amostra foi constituída por puérperas que cumprissem os seguintes critérios de inclusão: 1) Puérperas que tivessem experienciado, pelo menos, o TP assistido por EEESMO; 2) Puérperas psiquicamente capazes; 3) Puérperas que aceitassem participar no estudo.

Para a implementação do estudo e colheita de dados optou-se por elaborar um questionário semiestruturado (Apêndice IV). Este inclui uma primeira parte com dados sociodemográficos das participantes, com o objetivo de caracterizar a amostra; da segunda parte constam 8 questões do tipo *Lickert*, numa escala que varia de 1 a 5 (1 – discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo totalmente), direcionadas ao objeto em estudo; e, por último, uma terceira parte com uma questão de resposta aberta, que visa saber que estratégias comunicacionais poderiam ser adotadas pelo EEESMO, na perspetiva das participantes, promotoras de uma experiência de parto positiva. O questionário foi construído considerando o estado da arte em relação ao tema, encontrado através de uma pesquisa preliminar e a sua validação foi efetuada através de um pré-teste a 3 puérperas. A sua aplicação e posterior colheita de dados, ocorreu após a submissão do Projeto de Investigação (Apêndice V) e o parecer positivo da Comissão de Ética e do Conselho da Administração da instituição (Anexo I), no serviço de Obstetrícia – Unidade de puerpério, do Hospital onde teve lugar o EC, às puérperas que reuniam os critérios de inclusão definidos. O questionário foi elaborado recorrendo à plataforma *Google Forms* e enviado às participantes do estudo através de e-mail.

Antes da aplicação dos questionários, as participantes foram devidamente informadas e esclarecidas quanto aos objetivos e às características do estudo, sendo entregue um Consentimento Informado (Apêndice VI) que, após leitura consciente e esclarecimento de dúvidas, foi assinado de livre vontade.

A colheita de dados foi realizada em abril e maio de 2024 e, das 53 puérperas incluídas no estudo, 33 responderam ao questionário enviado.

No que diz respeito à análise dos dados, foi adotada a análise de dados quantitativos através de gráficos e tabelas obtidos através da plataforma *Google Forms* e com recurso à utilização do sistema operativo *Microsoft Excel*, não podendo estes serem generalizados; em relação à análise de dados qualitativos, optou-se por adotar a metodologia de Laurence Bardin (2016).

Bardin (2016) organiza a análise de conteúdo em 3 etapas cronologicamente ordenadas.

A primeira etapa é designada de pré-análise, onde após uma leitura flutuante se organiza os dados, triando-se os documentos a serem submetidos a análise segundo as hipóteses existentes e os objetivos do estudo.

A segunda fase, ou fase de exploração do material, é aquela em que se procede à codificação dos dados alcançados nos questionários recorrendo-se: ao recorte, ou seja, à seleção das unidades de registo, à enumeração, isto é, à contagem destas unidades e, por fim, à classificação e agregação para posterior categorização. Nesta fase, procede-se, ainda, à análise exaustiva de forma a garantir a inclusão de todas as unidades de registo analisadas (exaustividade) e exclusão de constituintes duplamente classificados para que cada elemento só possa existir em uma categoria (exclusão mútua). Deve-se, também, garantir a definição categórica segundo uma dimensão de análise (homogeneidade) e a pertinência face aos objetivos da pesquisa e estudo. Além do descrito, dever-se-á certificar que os tópicos e indicadores que apontam para a inclusão de um elemento numa categoria são claros (objetividade e fidelidade) (Bardin, 2016).

Na terceira etapa, denominada de tratamento dos resultados, é realizada a sua interpretação de forma a torná-los significativos e válidos (inferência e interpretação). Mediante esta metodologia, assume-se que a análise de conteúdo foi concretizada de forma independente e, para garantir a confidencialidade da colheita efetuada, os princípios éticos e deontológicos foram respeitados. Neste processo definiram-se categorias e subcategorias segundo a dimensão de análise, os objetivos da pesquisa e do estudo. Posteriormente, sintetizaram-se as unidades de registo às respetivas categorias e subcategorias e, assegurou-se a codificação dos excertos transcritos. No método de codificação optou-se por se atribuir a letra Q como elemento representante do questionário e a numeração para possibilitar a sua diferenciação e preservar o anonimato (exemplo: Q1, Q2, Q3...). Assim, encontraram-se então, um total de duas categorias,

sendo estas: estratégias comunicacionais verbais e estratégias comunicacionais não verbais. No que respeita às subcategorias foram encontradas seis, sendo estas: partilha de informação; encorajamento; plano de parto; comportamento/atitude do EEESMO; apoio contínuo; e consideração/respeito pelos medos, dúvidas e preferências da parturiente (Apêndice VII).

2.2.1 Análise e discussão de dados

Tal como referido *à priori*, foram 33 as puérperas que, por cumprirem os critérios de inclusão, perfizeram a amostra que integra esta análise.

Após a análise e tratamento de dados quantitativos, descrevem-se, em seguida, as conclusões alcançadas, podendo a análise dos dados e os respetivos gráficos serem consultados no Apêndice VIII.

Analisando os dados sociodemográficos, as idades das participantes foram compreendidas entre os 21 e os 47 anos de idade (gráfico 1 no Apêndice VIII), com média de idade de, aproximadamente, 31,54 anos e mediana de 31 anos (tabela 1 do Apêndice VIII).

Organizando as idades das puérperas por grupos etários, verificou-se que os extremos das idades, com idade superior a 40 anos representam a minoria (n=4; 12%), seguido do grupo de 21-30 anos, com 42% da amostra (n=14) e, por último, com maior representatividade (n=15; 46%), o grupo de 31-40 anos (gráfico 2 no Apêndice VIII).

Em 2023, a idade média das mulheres ao nascimento de um filho e ao nascimento do primeiro filho foi de 31,6 anos e de 30,2 anos, respetivamente, o que vai ao encontro dos resultados apresentados (PORDATA, 2023a).

No que diz respeito à nacionalidade, 49% (n=16) correspondem a puérperas com nacionalidade portuguesa, seguindo-se, e por ordem decrescente, a nacionalidade brasileira, representada por 21% da amostra (n=7) e, por fim, as nacionalidades alemã, angolana, cabo-verdiana, cubana, espanhola, inglesa, polaca, romena, síria e sul-africana, com a mesma frequência (n=1), representando cada uma 3% (gráfico 3 no Apêndice VIII).

Nos últimos anos, em Portugal, tem-se verificado um aumento significativo da população imigrante, em especial no último ano, verificando-se um aumento de 781.247 pessoas em 2022 para 1.040.000 em 2023, o que culmina numa grande diversidade cultural (INE, 2023). Por conseguinte, o EEESMO deverá estar cada vez mais desperto para as diferentes normas, valores e práticas que determinam a forma como a pessoa percebe a sua saúde. O desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais figura-se determinante na comunicação enfermeiro-utente, para além de ser fundamental para compreender e respeitar o outro numa perspetiva

multicultural, o que permite abordar as diferenças, adotar as melhores práticas nos cuidados e abster-se de juízos de valor (Červený et al., 2022; OE, 2021).

Relativamente ao estado civil, 36,4% das puérperas referiram ser casadas (n=12), 33,3% solteiras (n=11), 21,2% referiram viver em união de facto (n=7) e, por fim, 9,1% mencionaram ser divorciadas (n=3) (gráfico 4 no Apêndice VIII).

No que concerne ao grau de escolaridade, 45,4% das puérperas (n=15) referiram ter o secundário, 21,2% (n=7) mencionaram ser licenciadas, seguindo-se o mestrado e o bacharelato com igual frequência (n=4) e representando, cada um, 12,1% da amostra e, por último, com 9,1% (3) encontram-se representadas as puérperas com o 3º ciclo de escolaridade (gráfico 5 do Apêndice VIII).

Em relação às profissões identificadas pelas puérperas, foi obtida uma grande diversidade de opções, as quais poderão ser consultadas no gráfico 6 do Apêndice VIII.

No seguimento do tópico anterior, surge a situação de empregabilidade, onde 84,8% das puérperas (n=28) referiram estar empregadas, enquanto 15,2% (n=5) encontravam-se numa situação de desemprego (gráfico 7 do Apêndice VIII).

Por último, em relação ao tipo de parto experienciado, em igual frequência, surge o parto eutócico e o parto por cesariana, representando, cada um, 45,5% da amostra (n=15) e, com menor representatividade, o parto distócico instrumentado por fórceps/ventosa (n=3; 9,1%) (gráfico 8 do Apêndice VIII).

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e o objeto de estudo.

Com o objetivo de determinar a influência da comunicação estabelecida pelo EEESMO, no TP e parto e, de certa forma, a satisfação da mulher perante a mesma, foram elaboradas 8 afirmações, sendo-lhes dada resposta com recurso a uma Escala do tipo *Likert*, numa escala que varia de 1 a 5 (1 – discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo totalmente).

A análise e discussão de resultados tem como objetivo a interpretação dos mesmos. Deste modo, seguidamente, apresentam-se os dados que emergiram dos questionários, interrelacionados e corroborados com os achados provenientes da análise dos artigos selecionados na SR e com outros autores provenientes da literatura cinzenta.

No que concerne à afirmação ***“A comunicação estabelecida pelos EEESMOs fê-la sentir-se respeitada ao longo do processo de TP e parto.”***, a maioria das puérperas inquiridas, concretamente 20 (60,6% do total da amostra), concordaram totalmente com a afirmação, 9 puérperas (27,3%) concordaram, 2 puérperas (6,1%) referiram nem concordar nem discordar, 1

puérpera (3%) discordou e, por último, 1 puérpera (3%), discordou totalmente com a afirmação (gráfico 9 do Apêndice VIII).

Segundo o RPOCEESMO (OE, 2021), um dos três pilares onde os cuidados especializados em ESMO assentam é, de facto, o respeito pela pessoa cuidada e pelas pessoas que lhe são significativas, considerando as suas capacidades, crenças, valores, desejos e expectativas, assim como ao seu projeto de saúde, devendo este constituir o princípio orientador de boas práticas. A OMS (2018; 2016) sublinha a importância de estabelecer uma comunicação efetiva com a mulher, assim como o respeito pela sua privacidade, dignidade e confidencialidade.

Os autores dos estudos incluídos na SR (Baranowska et al., 2021; Beserra et al., 2020; Beserra et al., 2019; Maputle, 2018) evidenciam a necessidade de cuidar a mulher, durante o TP e parto, de forma humanizada, atenciosa e respeitosa para que esta se sinta empoderada no seu próprio processo. Aliás, no estudo de Maputle (2018) faz-se menção à apatia e incapacidade das parturientes exercerem o seu poder de escolha e de tomada de decisão, precisamente pela falta de respeito e desconsideração em relação às suas preferências e necessidades.

Na afirmação **“A comunicação estabelecida pelos EEESMOs fê-la sentir-se segura ao longo do processo de TP e parto.”**, 17 puérperas (51,5% do total da amostra), concordaram totalmente com a afirmação, 11 puérperas (33,3%) concordaram, 3 puérperas (9,1%) referiram nem concordar nem discordar, 1 puérpera (3%) discordou e, por último, 1 puérpera (3%), discordou totalmente com a afirmação (gráfico 10 do Apêndice VIII).

Em TP, uma panóplia de emoções destruturantes, e percecionadas, muitas vezes, como negativas, poderão ser sentidas, fazendo com que a mulher se sinta insegura e vulnerável (Frello & Carraro, 2010). A sensação de segurança surge como uma necessidade fundamental, durante o TP e parto, estando relacionada e diretamente dependente da comunicação efetiva, clara e amorosa entre o EEESMO e a mulher/família; da disponibilidade do EEESMO para conhecer, verdadeiramente, a mulher, assim como para a ouvir e esclarecer as dúvidas e preocupações que possam surgir; do respeito pelas preferências da mulher; da partilha de informação necessária; da criação de um ambiente tranquilo e acolhedor; da construção de uma relação empática e de confiança entre os intervenientes; do suporte e presença de alguém emocionalmente significativo para a mulher (Baranowska et al., 2021; Beserra et al., 2020; Beserra et al., 2019; OE, 2015).

Relativamente à afirmação **“A comunicação estabelecida pelos EEESMOs fê-la sentir-se capaz e confiante ao longo do processo de TP e parto.”**, foram 18 as puérperas (54,5%), que concordaram totalmente com a afirmação, 10 puérperas (30,3%) concordaram, 3 puérperas (9,1%) referiram nem concordar nem discordar, 1 puérpera (3%) discordou e, por fim, 1 puérpera (3%), discordou totalmente com a afirmação (gráfico 11 do Apêndice VIII).

Os estudos identificados na SR (Baranowska et al., 2021; Beserra et al., 2020; Beserra et al., 2019; Maputle, 2018) corroboram os achados sublinhando a necessidade de estabelecer uma comunicação efetiva, para que se compreenda, verdadeiramente, o sentir da mulher e os significados que por ela são atribuídos àquele momento, além de proporcionar a satisfação das necessidades sentidas, nomeadamente, a nível informativo. A comunicação, assim estabelecida, promove a autoestima, o conforto, a confiança, resultando em segurança e satisfação (Beserra et al., 2020; Caron & Silva, 2002).

Em relação à afirmação **“A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu um ambiente tranquilo e acolhedor, favorecendo a progressão do TP e parto.”**, a maioria das puérperas, especificamente, 20 (60,6%), concordaram totalmente com a afirmação, 8 puérperas (24,2%) concordaram, 3 puérperas (9,1%) referiram nem concordar nem discordar, 1 puérpera (3%) discordou e, por fim, 1 puérpera (3%), discordou totalmente com a afirmação (gráfico 12 do Apêndice VIII).

Garantir os cuidados num ambiente seguro e tranquilo é descrito como uma das competências que o EEESMO deverá desenvolver e colocar em prática, por forma a contribuir para uma experiência de parto positiva (OE, 2021; OE, Regulamento n.º 391/2019). Também a OMS (2018, p.1), ao definir experiência de parto positiva, refere que esta inclui “(...) dar à luz um bebé saudável num ambiente clínica e psicologicamente seguro (...)”. A comunicação surge como uma ferramenta essencial, logo desde o acolhimento, na construção de uma relação de ajuda, pressupondo um cuidado acrescido na promoção e manutenção de um ambiente calmo, acolhedor, seguro e privado, que permita uma adequada colheita de dados e personalização dos cuidados, o que, por sua vez, influencia, positivamente, a adaptação a um novo ambiente que, geralmente, se verifica gerador de medo e ansiedade, a progressão do TP e parto e a vivência do mesmo (Beserra et al., 2020; OMS, 2018; Fatia & Tinoco, 2016; Ferreira, 2016; OE, 2015; Lowdermilk & Perry, 2006).

No que diz respeito à afirmação **“A comunicação estabelecida pelos EEESMOs foi ao encontro das suas expetativas, respeitando as suas necessidades, a cada momento.”**, foram 18 as puérperas (54,5%), que concordaram totalmente com a afirmação, 11 puérperas (33,3%) concordaram, nenhuma puérpera (0%) referiu nem concordar nem discordar, 2 puérperas (6,1%) discordaram e, por fim, 2 puérperas (6,1%), discordaram totalmente com a afirmação (gráfico 13 do Apêndice VIII).

É certo que muito daquilo que é vivido e sentido por cada um de nós é ímpar e reflete aquilo que são as nossas expetativas em relação a algo. No que diz respeito aos cuidados em ESMO não será diferente, havendo uma relação estreita entre a satisfação da mulher e as suas expetativas relativamente à forma como é cuidada, à comunicação estabelecida e à própria vivência do TP e

parto (OE, 2021). Os PQCEESMO (OE, 2021), referem que a comunicação, pautada pelo respeito, gentileza e dignidade, é a base da relação terapêutica, que pode ser traduzida, neste contexto, pela disponibilidade, abertura e interesse, por parte do EEESMO em procurar conhecer, compreender e respeitar as preferências, desejos e expectativas da parturiente.

É através da compreensão das expectativas e preferências da mulher que o EEESMO entende as suas preocupações, adequa a informação transmitida e os cuidados prestados, contribuindo para a diminuição dos níveis de ansiedade (Fatia & Tinoco, 2016). Também a OMS (2018) sublinha este aspecto, referindo que o enfermeiro deverá encorajar a parturiente a expressar as suas necessidades e preferências e, concomitantemente, respeitá-las e dar-lhes resposta. O estudo de Baranowska et al. (2021) corrobora e conclui que é fundamental questionar e reunir informações acerca de como as mulheres esperam experienciar o seu TP, das suas preferências e expectativas, do mesmo modo que é essencial perceber como é que as mulheres desejam que se comunique com elas, quer em relação à forma, como no que diz respeito à intensidade da comunicação durante o TP.

No que concerne à afirmação **“A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu a construção de uma relação próxima e de confiança, ao longo do processo de TP e parto.”**, foram 18 as puérperas (54,5%), que concordaram totalmente com a afirmação, 11 puérperas (33,3%) concordaram, 1 puérpera (3%) referiu nem concordar nem discordar, 1 puérpera (3%) discordou e, por fim, 2 puérperas (6,1%), discordaram totalmente com a afirmação (gráfico 14 do Apêndice VIII).

Não há forma de nos relacionarmos sem comunicarmos. Beserra et al. (2020) identifica a comunicação como um poderoso instrumento de cuidado, capaz de promover uma relação de confiança entre o EEESMO e a parturiente, num momento em que a mulher se encontra vulnerável e frágil, como é o do TP.

Relativamente à afirmação **“A comunicação estabelecida pelos EEESMOs possibilitou a partilha de informação necessária para que se sentisse informada, esclarecida e capaz de fazer as suas escolhas.”**, 16 puérperas (48,5%), concordaram totalmente com a afirmação, 10 puérperas (30,3%) concordaram, 4 puérperas (12,1%) referiram nem concordar nem discordar, nenhuma puérpera (0%) discordou e, por fim, 3 puérperas (9,1%), discordaram totalmente com a afirmação (gráfico 15 do Apêndice VIII).

O estudo de Beserra et al. (2020) apoia os achados na afirmação supracitada esclarecendo que as mulheres que recebem informações previamente ao TP, além de sentirem as suas necessidades reconhecidas, sentimentos de segurança e confiança são potenciados, facilitando uma comunicação aberta durante o TP, um maior envolvimento em todo o processo e na tomada de decisão. Também o estudo desenvolvido por Maputle (2018) faz referência à partilha de

informação como algo essencial do cuidado, assim como no estudo de Baranowska et al. (2021), onde receber informações, revelou ser o aspeto mais desejado da comunicação verbal. Quando esta necessidade era respeitada, as mulheres sentiam-se mais capazes e envolvidas na tomada de decisão e, simultaneamente, sentimentos de controlo externo eram potenciados.

Por último, em relação à afirmação **“A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu uma experiência de parto positiva.”**, foram 18 as puérperas (54,5%) que concordaram totalmente com a afirmação, 9 puérperas (27,3%) concordaram, 3 puérperas (9,1%) referiram nem concordar nem discordar, 1 puérpera (3%) discordou e, por fim, 2 puérperas (6,1%), discordaram totalmente com a afirmação (gráfico 16 do Apêndice VIII).

Não há como negar a influência da comunicação estabelecida pelo EEESMO, no TP e parto, e na forma como este é experienciado pela mulher. A forma de estar e ser do EEESMO, que se assume desde a sua presença física e emocional; a sua disponibilidade; a sua capacidade de perceber as nuances da comunicação não verbal; a sua capacidade de escutar e permitir que anseios, dúvidas e emoções sejam expressadas e verbalizadas; o seu olhar; a sua compreensão, respeito e satisfação das necessidades da parturiente; o seu silêncio, no tempo certo, ou a partilha de informação pertinente, clara e imparcial; tudo isto é o que caracteriza a forma como o EEESMO comunica e que, sem dúvida, pode promover ou não uma experiência de parto mais positiva (Baranowska et al., 2021; Beserra et al., 2020; Beserra et al, 2019; Maputle, 2018).

Na análise dos dados qualitativos, como já referido no subcapítulo anterior, procedeu-se à análise do conteúdo seguindo a metodologia de Bardin (2016), sendo elaborada uma tabela onde se encontram organizadas categorias, subcategorias e as respetivas unidades de registo (Apêndice VII), a partir das respostas à questão aberta do questionário (Apêndice IX).

Na grande maioria das respostas (Apêndice IX), e após leitura flutuante, não houve, propriamente, a sugestão clara e direta de estratégias comunicacionais que promovessem, na ótica das participantes, uma experiência de parto mais positiva, tal como era pretendido. Ao invés disso, como respostas, surgiram relatos de como foi estabelecida a comunicação, durante o TP, e de como se iam sentindo perante essa comunicação. Ainda assim, foi possível, analisando os relatos das experiências, perceber o que foi e seria importante para cada uma das participantes, depreendendo-se, assim, as estratégias sugeridas. Por outro lado, houve respostas que não tinham, de facto, nenhuma informação ou conteúdo que se pudesse considerar como estratégia, ou mesmo outras que, de facto, referiram não ter nada a acrescentar. Tal, poderá ser explicado, pelo facto da comunicação durante o TP e parto, e o próprio TP e parto, ter ido ao encontro das suas expectativas e condizentes com o que é percecionado pelas participantes como comunicação eficaz e experiência de parto positiva.

Da análise realizada emergiram duas categorias: “Estratégias comunicacionais verbais” e “Estratégias comunicacionais não verbais”. Da primeira (“Estratégias comunicacionais verbais”), surgiram as subcategorias: Partilha de informação, Encorajamento e Plano de parto.

Tal como a evidência científica demonstra, transversalmente em três dos quatro artigos da SR, no estudo aplicado às puérperas, **a partilha de informação**, ao longo do TP e parto, surge como fator essencial e determinante para a evolução e vivência deste. Segundo os autores (Baranowska et al., 2021; Beserra et al., 2020; Maputle, 2018), as mulheres que recebem informações, sentem as suas necessidades reconhecidas e respeitadas, promovendo sentimentos de segurança, confiança e de controlo externo, conduzindo a um maior envolvimento na tomada de decisão e, por conseguinte, a uma experiência de parto mais positiva. Este facto é representado pelas seguintes expressões/unidades de registo: “Foi tudo explicado ao pormenor e todas as perguntas respondidas com muito profissionalismo (...)” (Q1); “...explicar o que está a ser feito.” (Q18); “(...) tudo me foi bem explicado (...)” (Q22); “(...) guiar quando a epidural não deixa sentir as contrações de expulsão para saber quando fazer força, ir adaptando os movimentos e posições (...)” (Q32); “Manter a grávida informada de tudo o que está a acontecer e que ela não tem noção para que possa tomar as melhores decisões” (Q33).

Quando tal não acontece, sentimentos como preocupação, insegurança e medo podem emergir, especialmente em situações desviantes da normalidade e quando o bem-estar materno-fetal não está assegurado, situações essas que já por si estão carregadas desses mesmos sentimentos. As seguintes expressões são representativas do explanado: “Não recebi quase comunicação nenhuma durante a estadia, TP e após o parto. (...) Na sala de partos tudo aconteceu muito rápido, recebendo pouca informação das enfermeiras o que fez com que a minha preocupação aumentasse. Para uma experiência de parto positiva, acho que, pelo menos uma EEESMO deveria falar com a grávida e explicar o que vai acontecer (...) depois do nascimento por cesariana, dizer à mãe que tudo correu bem, que o bebé não pode estar com ela mas que vão levar com o pai (...)” (Q12); “Como foi uma cesariana de urgência, penso que o processo poderia ter sido melhor explicado ao longo do parto.” (Q21).

Além da partilha de informação, houve, também, referência ao uso linguagem utilizada reforçada pela comunicação não verbal, como estratégias comunicacionais promotoras de sentimentos de segurança, conforto e ânimo, como se pode verificar em: “A linguagem utilizada, e o modo como foi expresso (tanto fala como comportamento) pela enfermeira transmitiu segurança, me deixou o mais confortável possível e me deu ânimo.” (Q6). De facto, não importa apenas transmitir informação, mas, também, fazê-lo por meio do diálogo com palavras de fácil entendimento, sem termos técnicos, transmitindo informação completa, adequada e imparcial,

baseada na melhor evidência científica existente, que permita à parturiente exercer o seu direito de consentimento informado (Beserra et al., 2020; OE, 2015).

O **encorajamento** foi identificado como uma das estratégias essenciais para a promoção de uma experiência de parto mais positiva, sendo expresso pelas seguintes respostas: “Encorajar a doente, explicando à mesma que ela é capaz” (Q2); “Palavras de afirmação e incentivo.” (Q11); “Toda a comunicação possível afim de passar todo o conforto, apoio e a confiança necessária à paciente.” (Q29).

A OMS (2018), faz referência ao encorajamento como estratégia recomendando “Apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, por meio de encorajamento, elogio, reafirmação e escuta ativa”, assim como “Encorajar a mulher a expressar as suas necessidades e preferências (...)” (p.25).

No seguimento do descrito, e no sentido de expressar e apoiar as necessidades da mulher/família, surgiu a sugestão de solicitar o **plano de parto** como estratégia comunicacional, tal como representado pela seguinte expressão: “A recolha voluntária do PP ajudaria muito na comunicação (...)” (Q10). Segundo a OE (2015) o plano de parto assume-se como uma ferramenta de extrema importância na assistência ao parto, onde estão representadas as intenções e expectativas da mulher/família para o seu parto, especialmente quando o EEESMO não conhece ou ainda não estabeleceu uma relação com a mesma. Por isso, o plano de parto facilita a assistência individualizada. Ainda assim, quando a mulher não apresenta um plano de parto escrito, esta deverá ser encorajada, pelo EEESMO, a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas são suportadas (OE, 2015). Pinheiro e Sardo (2020) referem no seu estudo que o plano de parto melhora a comunicação entre as mulheres e os profissionais de saúde e, conseqüentemente, aumenta a satisfação da mulher com a sua experiência de parto.

Castelo Branco et al. (2022), corrobora e reforça que o plano de parto “instiga a comunicação (...)” (p.2) e que se manifesta como um instrumento importante relativamente ao estímulo da autonomia da mulher grávida, permitindo o resgate dos seus direitos reprodutivos, em virtude de fortalecer e identificar possibilidades, contribuindo para o alcance de uma atitude mais comunicativa por parte desta no momento do parto e nascimento.

Da categoria “Estratégias comunicacionais não verbais” emergiram as subcategorias: Comportamento/atitude do EEESMO, Apoio contínuo e Consideração/Respeito pelos medos, dúvidas e preferências da parturiente.

Como recomendação da OMS (2018) surge a necessidade de o EEESMO manter uma atitude positiva ao prestar os cuidados à parturiente/família.

Vale a pena reforçar que a comunicação não se dá apenas através da partilha de palavras, mas também através da comunicação não verbal, pela presença, pelo olhar, pela escuta, pelo toque, pelo silêncio, pela energia que é criada (Phaneuf, 2005). Phaneuf (2005, p.26) refere que “o que a palavra não quer revelar, os olhos, os tremores dos lábios e o tamborilar dos dedos comunicam-no eloquentemente.” Diz-nos, ainda, que comunicar consiste em partilhar um olhar com a pessoa com a qual estamos em relação. De certa forma, “olhar a pessoa equivale (...) a fazê-la existir (...)”, valida emoções, reforça mensagens verbais, encoraja e incentiva (Phaneuf, 2005, p.36).

Passa por perceber e compreender a comunicação não verbal da parturiente, por compreender e respeitar as suas preferências, e por ter a capacidade de direcionar os cuidados, adequando a atitude, o comportamento e as respostas perante as necessidades (Beserra et al., 2019).

Os estudos de Beserra et al. (2020) e Maputle (2018) evidenciam que é esperado que a mulher procure no EEESMO uma atitude de suporte, amigável, tranquilizadora, empática, presente, promotora de um ambiente seguro e de confiança. Tal como evidenciam os estudos identificados, o **comportamento/atitude** do EEESMO foi mencionado como fundamental, durante o TP e parto. Uma atitude empática, tranquila, paciente, compreensiva, atenta e presente por parte do EEESMO tem impacto quer na forma como a parturiente se sente, quer no próprio ambiente que se estabelece. Tal é demonstrado pelo seguinte: “(...) não tenho nada a acrescentar (...) foram bem atenciosos comigo” (Q4); “Foi uma experiência positiva e ficamos muito gratos à enfermeira por sua paciência e amabilidade” (Q6); “Simpatia, compreensão, conforto e calma são tão importantes!!!” (Q7); “A enfermeira foi sempre atenciosa, cuidadosa e disponível.” (Q9); “(...) é triste termos curso de preparação pro parto e depois nada do que aprendemos pode ser usado por causa de pessoas sem empatia, para mim foi uma experiência que começou super bem e se tornou horrível, por uma enfermeira em questão (...)” (Q17); “Houve um ambiente tranquilo, divertido, com abertura para o diálogo (...)” (Q20); “(...) muito atenciosas comigo (...)” (Q27).

Por vezes, ainda que os cuidados prestados pelo EEESMO sejam exemplares e respondam às necessidades da parturiente, o TP e parto é sentido como uma experiência negativa por não responder às expectativas. Tal é descrito pelo seguinte: “A enfermeira parteira foi excepcional, no entanto nada foi possível fazer para ter uma experiência de parto positivo. (...) infelizmente, só depois de três tentativas dos médicos com ventosas é que concluíram que teríamos de avançar com a cesariana. A enfermeira foi sempre atenciosa, cuidadosa e disponível. Não tenho estratégias a sugerir uma vez que como referi acima, a enfermeira fez um trabalho exemplar.” (Q9). Em situações como esta, cabe ao EEESMO saber *ser* e *estar* o melhor possível para aquela mulher, naquele

momento, fazendo uso de todo seu conhecimento, de toda a sua perícia, mas, acima de tudo, de toda a sua humanidade, como referido por uma das participantes: “Em resumo, achei em falta um bocado de amor em profissionais que escolheram uma vocação de serviço num momento tão importante como o nascimento de um bebé.” (Q12).

O **apoio contínuo** por parte do EEESMO foi outra estratégia reconhecida como necessária, sendo representada pelas seguintes expressões: “Ter alguém sempre do nosso lado a distrair, conversar, explicar (...)” (Q18); “Ter mais disponibilidade (mais tempo) para a mulher em trabalho de parto, guiar (...)” (Q32). De facto, o apoio contínuo, durante o TP, está associado ao aumento de confiança da mulher, a TP mais curtos, menos intervenções durante o TP, menos recurso a analgesia epidural e outras medidas farmacológicas, menos partos instrumentados e cesarianas (Fatia & Tinoco, 2016; OE, 2015).

Como referido anteriormente, durante o TP, a mulher poderá experienciar uma série de sentimentos perçecionados, muitas vezes, como negativas, sentindo-se vulnerável (Frello & Carraro, 2010). Ainda que não tenha surgido, especificamente, a “figura” do acompanhante, nas respostas obtidas, o suporte e presença de alguém emocionalmente significativo para a mulher gera segurança e tranquilidade. Por isso mesmo, é fundamental garantir o apoio contínuo e a presença do acompanhante, além de que este deve ser considerado, pelo EEESMO, como um membro e uma mais valia para a equipa (OE, 2015).

Os autores dos estudos presentes na SR (Baranowska et al., 2021; Beserra et al., 2020; Maputle, 2018) evidenciam que ouvir, considerar, valorizar e respeitar a história de cada mulher, sem julgamento, assim como as suas preferências e necessidades, fá-la-á sentir-se respeitada na sua individualidade, e está associado à dissipação de possíveis medos e inseguranças, a uma maior tranquilização da mulher, ao favorecimento da evolução do TP, a uma perçecção mais positiva que a mulher tem deste e a uma maior satisfação materna (Beserra et al, 2020).

No estudo aplicado às puérperas, e tal como suportado pela evidência científica, **considerar/respeitar os medos, as dúvidas e as preferências da parturiente**, além de respeitar a própria pessoa e o momento que está a viver, foram identificados como estratégias, sendo representado pelas seguintes expressões: “Levar em consideração que a parturiente tem dúvidas e anseios quanto ao TP, onde por mais que seja “óbvio” para a equipa, pode não ser óbvio para as mesmas. (...)” (Q10); “Ter atenção a certas enfermeiras com mentes mais fechadas que não respeitam o momento, como se o parto fosse ir às compras e voltar, fiquei muito triste por no início do trabalho de parto ter apanhado uma equipa maravilhosa e com o mudar de turno apanhar 1 enfermeira que para além de não respeitar os meus pedidos, ainda se riu da minha cara (...)” (Q17);

“I believe that patients should be given the option to choose whether to undergo induction or wait for labor to start naturally, especially when there is no risk to the mother or baby” (Q24).

Importa referir que o medo e ansiedade, no TP e parto, podem dever-se, por exemplo, a experiências prévias, a expectativas criadas pela mulher ou mesmo ao medo da dor do TP (Silva et al., 2015). Pedro e Oliveira (2016) corroboram, dizendo que apesar do TP ser um evento aceite como “natural”, é, também, socialmente, associado à dor e desconforto, gerando medo e ansiedade e reduzindo a capacidade de adaptação perante as dificuldades.

No estudo de Maputle (2018), as parturientes não foram atendidas nas suas necessidades, nomeadamente, no adequado alívio da dor, o que, segundo a evidência científica, conduz a maiores níveis de ansiedade e de dor, ao prolongamento das contrações prodrómicas, hipertonia uterina, aumento da sensação da dor, alterações da frequência cardíaca fetal (FCF), diminuição da contratilidade uterina, aumento do tempo de TP ou mesmo paragem de progressão do TP (Pedro & Oliveira, 2016).

Sendo a dor algo tão subjetivo, e podendo esta ser influenciada por diversos fatores, como experiências anteriores; crenças em relação à dor do TP; fatores fisiológicos, sociais, religiosos ou culturais; sentimentos de ansiedade, insegurança, solidão ou medo; falta de apoio; falta de preparação para o parto; comunicação ineficaz; (etc), importa que o EEESMO considere que acima de qualquer suposição está o relato verbal da parturiente e a sua comunicação não verbal, que nos diz o que e como se sente (Guerra, 2016; Lowdermilk & Perry, 2006). Para que o EEESMO consiga avaliar a dor de forma assertiva, é necessária a construção de uma relação de confiança com a parturiente, através de uma comunicação eficaz, da proximidade e atitude empática, tentando promover o seu bem-estar e tranquilidade (Fatia & Tinoco, 2016; OE, 2015).

Reis (2017) aponta o diálogo, a sensibilidade e a capacidade de compreensão como condições básicas que o enfermeiro deverá ter presente no seu cuidado e que caracteriza e distingue, tão bem, a arte do cuidar em Enfermagem. O EEESMO, pelo lugar privilegiado que ocupa no cuidado à mulher, em todo o seu ciclo de vida e, neste caso específico, durante o TP e parto, deverá fazer uso das suas capacidades comunicacionais para estabelecer uma relação próxima e de confiança, promover o empoderamento e autonomia da mulher, apoiando-a num momento tão ímpar e significativo, objetivando, sempre, a melhor experiência de parto possível.

2.3 QUESTÕES ÉTICAS

Em investigação torna-se imperativo que os direitos dos participantes sejam protegidos e assegurados, assim como a garantia dos direitos e deveres dos investigadores e das instituições envolvidas. Assim sendo, e como já referido anteriormente, para a implementação do estudo realizou-se um pedido de autorização à Comissão de Ética e do Conselho de Administração da instituição (Anexos II e III, respetivamente), enviando-se, juntamente a este, o Projeto de Investigação no qual constam informações acerca da sua natureza e temática (Apêndice V), o instrumento de colheita de dados (Apêndice IV) e o Consentimento Informado (Apêndice VI).

Após o parecer positivo da Comissão de Ética e do Conselho de Administração, procedeu-se à aplicação dos questionários, mas não sem antes informar e esclarecer, devidamente, as participantes quanto aos objetivos e às características do estudo, sendo entregue o Consentimento Informado (Apêndice VI) que, após leitura consciente e esclarecimento de dúvidas, foi assinado de livre vontade. Este último documento certifica a participação arbitrária, informada e esclarecida dos participantes, a garantia da proteção dos seus direitos em matéria de autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade, justiça e equidade e ainda uma proteção que afasta o risco de lesão ou prejuízo (Fortin, 2009).

Assegurou-se, portanto, o respeito pelo sigilo profissional, por isso, todos os dados fornecidos foram tratados confidencialmente, em anonimato e exclusivamente para fins académicos ou para divulgação científica, sendo, posteriormente, destruídos ao final de cinco anos.

Sublinhou-se, também, a participação voluntária, podendo cada participante retirar-se a qualquer momento, ou mesmo recusar participar no estudo, sem qualquer dano associado. Por fim, garantiu-se a ausência de risco ou custo associados à participação.

3. ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU ACADÊMICO DE MESTRE E DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Segundo as recomendações descritas no Decreto-lei n.º 65/2018, o grau de Mestre é conferido aos que, por meio da aprovação em todas as unidades curriculares que integram um plano de estudos do curso de mestrado e pela aprovação no ato público de defesa de uma dissertação, de um trabalho de projeto ou de um relatório de estágio, tenham obtido o número de créditos fixado para este efeito.

No decurso desta jornada de aprendizagem foram inúmeras as oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências delineadas pelos cinco domínios que definem os detentores do grau de mestre (Decreto-lei n.º 65/2018; *Joint Quality Initiative*, 2004).

Foi possível desenvolver a **capacidade de compreensão** de situações clínicas, ao longo dos vários contextos de estágio, através do processo de enfermagem, desde a formulação de diagnósticos de enfermagem, após uma avaliação da pessoa, do contexto e da situação, e análise crítica dos dados obtidos, passando pelo planeamento e implementação de intervenções de enfermagem especializadas adequadas, até, quando e conforme necessário, à reformulação dos diagnósticos e plano de cuidados. Considero que o processo de tomada de decisão, inerente às competências de grau de mestre desenvolvidas, foi sustentado nas dimensões éticas e deontológicas, assegurando cuidados de saúde de qualidade, assim como o respeito pelas vontades, crenças e autonomia de cada mulher/família.

No que concerne à **aplicação dos conhecimentos na resolução de problemas em situações novas**, pressupõe-se que haja uma apropriação e domínio de conceitos, teorias e fundamentos que suportam a disciplina na área de especialização em ESMO. De modo a concretizar este domínio, foram realizadas, em trabalho autónomo, pesquisas e revisões de literatura, para que houvesse uma resposta correta, atempada e sustentada às situações que surgissem. Foi também mantida uma constante e ativa procura de conhecimento, através de discussões e partilha de conhecimentos e práticas com as enfermeiras cooperantes e com a equipa multidisciplinar, dos vários contextos, o que se revelou enriquecedor e importante no desenvolvimento de habilidades comunicacionais, relacionais e no processo consciente de tomada de decisão.

Em relação ao domínio que remete para a **apropriação dos conhecimentos, por forma a lidar com questões complexas, desenvolver soluções e refletir sobre as implicações que resultem**

das soluções encontradas, foi possível, ao longo do EC, pela diversidade e riqueza de contextos e experiências vividas, desenvolver a prática reflexiva e julgamento crítico, a nível individual ou entre pares, acerca das atividades desenvolvidas, das suas implicações e das questões éticas, morais e legais que lhes são inerentes.

O desenvolvimento da capacidade de **comunicar conclusões**, conhecimento e raciocínios de uma forma clara, sem ambiguidades, quer a especialistas quer a não especialistas, através de formações e sessões de EpS, que pude efetivar durante o estágio, assim como através deste relatório, onde expresse e reflito o caminho percorrido.

Por fim, considero que o desenvolvimento das **competências de autoaprendizagem** e autoconhecimento que conduzem à identificação das minhas limitações individuais e à capacidade de as superar, foi possível através da auto-observação constante, da reflexão crítica, de um *ser* e *estar* humilde perante a mulher/família, os pares e o conhecimento em si, e mantendo um espírito de iniciativa, proatividade e resiliência.

O título de enfermeiro especialista é atribuído após ponderação dos processos formativos e da certificação de competências profissionais devidamente regulamentadas, numa área clínica de especialização (OE, Regulamento n.º 140/2019). Ao enfermeiro especialista são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas comuns para prestar cuidados de enfermagem especializados, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados (OE, Regulamento n.º 140/2019).

Às competências comuns do enfermeiro especialista acrescem as competências específicas das várias áreas de especialização, sendo que o campo de atuação do EEESMO está delimitado e definido no RCEEEESMO (OE, Regulamento n.º 391/2019), tendo como alvo de cuidados a Mulher, ao longo das várias etapas do seu ciclo reprodutivo. Assim, as competências específicas do EEESMO foram definidas por forma a assumir a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de intervenção: planeamento familiar e período preconcecional; período pré-natal; trabalho de parto e parto; período pós-natal; climatério; e os processos de saúde ou doença ginecológica (OE, Regulamento n.º 391/2019).

3.1 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A possibilidade de, durante o estágio, experienciar um vasto número de experiências, em diferentes contextos, prevê, à partida, um enriquecimento profissional e pessoal, quer pela diversidade das equipas de saúde, quer pelas distintas metodologias de prestação de cuidados, adequadas a cada realidade organizacional e populacional, contribuindo para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESMO e,

consequentemente, para a consolidação dos conhecimentos teóricos e a sua transformação em competências práticas (Adam et al., 2021). Revela-se, por isso, fundamental, enquadrar e caracterizar, brevemente, os contextos de estágios.

3.1.1 Caracterização do contexto de estágio – Hospital F

O Hospital F integra a Unidade Local de Saúde (ULS) A e tem como missão assegurar a resposta assistencial e a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, aos dezasseis concelhos da região sul do país, tendo assegurado, em 2023, os cuidados a uma população de cerca de 484 122 pessoas, para além da população acrescida de turistas, que visita a região ao longo do ano (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2024a; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023).

A especialidade de Obstetrícia do Hospital F engloba o Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG), do qual fazem parte a admissão, o bloco de partos (BP) e o internamento de grávidas; o internamento de puerpério; e a Consulta Externa de MMF. Todos os serviços identificados estão situados no 5º piso do edifício principal do Hospital F, à exceção da consulta externa de MMF, que se situa no 2º piso do edifício mais recente.

Em 2023, a ULS A, na altura denominada Centro Hospitalar, deu resposta a 3725 nascimentos, entre os quais 1197 cesarianas (SNS, 2023). Já em 2024, de janeiro a junho, a ULS A assegurou a resposta a 1740 nascimentos, entre eles 625 cesarianas (SNS, 2024b). Importa referir que estes valores são relativos às duas unidades hospitalares da ULS A, não sendo possível isolar números específicos para cada unidade. A ULS A integra a Rede Nacional de Referência Materno-Infantil, sendo o Hospital F considerado um Hospital de Nível II (DGS, 2023).

3.1.1.1 Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

O SUOG engloba a admissão da urgência de obstetrícia e ginecologia, o BP e o internamento de grávidas.

Na admissão são assegurados cuidados a mulheres grávidas e/ou com afeção ginecológica, encaminhadas do serviço de Urgência Geral, dos CSP ou da consulta externa de MMF. O espaço físico destinado à admissão é composto por: dois gabinetes de atendimento equipados com marquesa ginecológica, ecógrafo, monitor de sinais vitais (SV) e armário com material de consumo clínico, uma casa-de-banho, uma sala de observação (SO) e uma sala de cardiocografia (CTG). Este espaço conta também com uma sala de sujos com acesso direto para o exterior. A SO está equipada de modo a ser utilizada em caso de parto eminente e/ou em situações em que todas as salas de partos estejam ocupadas. Neste posto estão idealmente escalados dois EEESMO, contudo, devido à falta de recursos humanos, em alguns turnos os cuidados são assegurados por um EEESMO e um

enfermeiro generalista. O sistema informático utilizado para os registos médicos e de enfermagem é o *ALERT*[®].

No BP são prestados cuidados a mulheres em fase ativa do TP, bem como cuidados ao RN e à mulher durante o puerpério imediato, assim como a grávidas de alto risco que necessitem de maior vigilância. Fisicamente, o BP é constituído por quatro salas de parto, uma sala operatória, uma sala de cuidados imediatos ao RN, duas salas de recobro, sala de enfermagem, copa, gabinete da enfermeira gestora, sala de consumo clínico e casa-de-banho para os colaboradores.

As salas de parto são equipadas com cama de parto, cardiotocógrafo com avaliação de SV e com ligação à Central *Omniview-SisPorto*[®], seringa infusora, armário com material clínico, cadeirão para o acompanhante e mesa de apoio móvel. Encontra-se também uma bancada equipada com fonte de calor, de oxigénio e de vácuo, lavatório, balança e todo o material necessário para a prestação dos cuidados imediatos ao RN.

O serviço conta com uma sala operatória destinada, na maioria das situações, à realização de cesarianas eletivas ou urgentes/emergentes, contudo, poderá ser utilizada noutras situações como realização de cerclagem uterina e dequitação manual, bem como algumas cirurgias ginecológicas que exijam uma intervenção rápida.

A sala de cuidados imediatos ao RN está equipada com duas incubadoras, rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido, aspirador, banheira, armário com material de consumo clínico, estufa aquecida e uma janela com comunicação direta para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) que possibilita o acesso rápido aos cuidados especializados.

As salas de recobro são o local onde as puérperas e RN permanecem durante o puerpério imediato, até estabilização hemodinâmica e transferência para o internamento de obstetria.

Na sala de enfermagem encontram-se armários com medicação e material de consumo clínico, computadores para realização dos registos, bem como um ecrã com ligação à Central *Omniview-SisPorto*[®]. Para a realização de registos é utilizado o partograma para registo da evolução do TP, assim como o sistema informático *Sclinic*[®]. A equipa multidisciplinar do BP é composta por 48 enfermeiros, entre os quais 31 EEESMO, médicos obstetras, pediatras, anestesiológicos, assistentes operacionais e secretária administrativa.

No internamento de grávidas asseguram-se cuidados a grávidas com patologia associada, materna ou fetal, que necessitam de vigilância, a grávidas em fase latente do TP e a grávidas em indução de TP. O serviço está integrado no espaço físico do serviço de Ginecologia e é composto por uma sala de enfermagem, casa-de-banho de utentes e outra para os colaboradores, e cinco enfermarias, num total de quinze camas. A sala de enfermagem dispõe um ecrã ligado à Central *Omniview-SisPorto*[®]. Neste serviço é utilizado o sistema informático *Sclinic*[®] para a realização de

registos médicos e de enfermagem e o sistema informático *Ghaf* para a prescrição e registo de medicação. No internamento de grávidas estão, habitualmente, distribuídos dois EEESMO, contudo, devido à falta de recursos humanos, por vezes ficam escalados um EEESMO e um enfermeiro generalista.

3.1.1.2 Serviço de Obstetrícia – Internamento de Puerpério

O serviço de obstetrícia – internamento de puerpério assegura a prestação de cuidados a RN e a puérperas transferidas do BP, após cumprirem o pós-parto imediato, confirmando-se a estabilidade hemodinâmica, e/ou mulheres com necessidade de reinternamento durante o puerpério tardio. A equipa é constituída por enfermeiros, médicos obstetras e pediatras, assistentes operacionais e técnicas. A equipa de enfermagem é composta por vinte e duas enfermeiras de cuidados gerais, três EEESMO, estando uma delas a exercer funções de gestão e duas enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O serviço é composto por 34 unidades de internamento divididas em 10 enfermarias de 3 unidades e 4 quartos individuais. É realizado alojamento conjunto, exceto em situações em que o RN necessite de internamento na UCIN. Conta ainda com um gabinete da Enfermeira gestora, um gabinete médico, duas salas de trabalho de enfermagem, uma sala de cuidados ao RN, um gabinete destinado ao “Nascer Cidadão”, onde é possível registar os bebés, uma copa, três casas de banho, uma sala de sujos, uma rouparia e uma sala para armazenamento de consumo clínico. Para além do descrito, possui um gabinete onde funciona o Cantinho da Amamentação (CA), um espaço dedicado às mães e bebés, de todas as idades, que precisem de apoio na amamentação. No momento da alta, esta informação é transmitida a todas as puérperas/casais, bem como o contato telefónico de modo a que possam contactar para esclarecimento de dúvidas e/ou resolução de problemas que possam surgir ou, ainda, efetuar a marcação de consulta presencial. Três dias após a alta, as puérperas são contactadas de modo a perceber a adaptação à nova dinâmica familiar, à amamentação e se a vigilância do bebé e da puérpera está orientada e assegurada pelos CSP. Este espaço é ainda destinado ao projeto denominado “Alta Segura”, no qual se preconiza a EpS, direcionada aos pais, no dia da alta, acerca dos cuidados a ter com a segurança e a prevenção de acidentes em casa e na rua, onde se inclui, nomeadamente, a correta colocação dos bebés no sistema de retenção de criança.

No que concerne às puérperas transferidas do BP, caso não haja intercorrências, quando o parto ocorre por via vaginal, o internamento decorra por um período de 48 horas, aumentando esse período para 72 horas nos partos por cesariana. Os registos de enfermagem são efetuados informaticamente no sistema *SClinic*[®].

3.1.1.3 Consulta externa de Medicina Materno-Fetal

A consulta externa de MMF engloba a consulta de diagnóstico pré-natal (DPN), de MMF, de interrupção legal da gravidez e a vigilância integrada da gravidez de baixo risco em parceria com os CSP. A equipa é formada por três enfermeiras EESMO, médicos obstetras, assistentes operacionais e técnicas administrativas. Fisicamente, o serviço é composto por dois gabinetes de enfermagem, nos quais se realizam as consultas de enfermagem, uma sala onde se realizam os CTG, dois gabinetes usados, exclusivamente, para realização de ecografia obstétrica, três gabinetes médicos, uma copa e uma casa-de-banho. A consulta funciona das 9h às 18h, em dias úteis.

A consulta de DPN está indicada nas seguintes situações: história familiar de doença genética; filho anterior com anomalia estrutural, cromossómica, doença monogénica ou hidrópia fetal; anomalia fetal na gravidez atual; restrição de crescimento fetal (RCF); alterações do líquido amniótico; isoimunização Rh-; ingestão de fármacos reconhecidamente teratogénicos; aborto recorrente (>2 abortos espontâneos); idade superior a 35 anos à data prevista para o parto (SNS, 2024).

A consulta de MMF está indicada para grávidas de médio e alto risco, em situações de patologia materna anterior à gravidez, patologia materna desencadeada na gravidez atual, ou patologia fetal, nomeadamente: diabetes gestacional (DG); diabetes *mellitus*; consumo de substâncias aditivas; imunodeficiência; doença hipertensiva; trombofilias; patologia placentar, hepática, ginecológica, psiquiátrica, hematológica, cardiovascular, do trato gastrointestinal, neurológica, endocrinológica não diabética, respiratória e do trato urinário; gravidez múltipla; após técnicas de procriação medicamente assistida (PMA); e risco de prematuridade (SNS, 2024c). Nestes casos, as grávidas são referenciadas pelo médico de família, pelo médico obstetra no privado, após internamento por patologia materna e/ou fetal, ou pelo SUOG por suspeita de patologia materna e/ou fetal. Após referência, procede-se à triagem das grávidas, é agendada consulta e, através de carta, mensagem ou chamada telefónica, as grávidas são informadas da data e hora da consulta.

Habitualmente, as consultas de MMF decorrem da parte da manhã, sendo a tarde direcionada para receber as grávidas que são referenciadas pelos CSP, após as 38 semanas de gestação, para avaliação do bem-estar materno-fetal. Os registos de enfermagem são efetuados informaticamente no sistema *SClinic*[®] e todos os dados relativos à vigilância da grávida são registados no Boletim de Saúde da Grávida (BSG).

3.1.2 Unidade de Cuidados na Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) L faz parte de um Centro de Saúde na região Sul, inserido no ACES Central. A sua intervenção serve uma população de cerca de 82.959

habitantes, sendo que 17.864 utentes correspondem a mulheres em idade fértil (entre os 15-54 anos) (SNS, 2024d). Tem como missão promover e melhorar a saúde da população, com o objetivo de alcançar ganhos em saúde significativos e substanciais (SNS, 2023). O horário de funcionamento é das 8:30h às 20:00h, em dias úteis, de segunda à sexta, e aos sábados, domingos e feriados das 8h30 às 15h30 apenas para o projeto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A sua equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, dos quais uma enfermeira EEESMO, assistentes técnicos, assistentes operacionais, uma técnica superior de serviço social, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas da fala que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, bem como, atuam na EpS, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (SNS, 2024d). No que concerne ao espaço físico, a UCC é constituída por vários gabinetes destinados às diferentes áreas de atuação, nomeadamente, Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (CPNP), CA, Saúde Escolar, ECCI, bem como, gabinete da Enfermeira com funções de chefia, casa-de-banho, copa e sala de aprovisionamento.

A EEESMO desempenha um papel fundamental na coordenação e execução do projeto do CPNP e no funcionamento do CA. Os CPNP estão organizados em treze sessões de três horas, duas vezes por semana, planeadas, atempadamente, através de um cronograma desenvolvido para cada curso. O curso é ministrado por vários profissionais de saúde, sendo que a EEESMO é responsável por lecionar seis sessões, sendo as demais sessões conduzidas pela psicóloga, higienista oral, nutricionista, fisioterapeuta e enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica.

O CA é um recurso da comunidade que promove o apoio na amamentação dando resposta a todas as puérperas e RN que apresentem dificuldades ou dúvidas no estabelecimento e/ou continuidade deste processo (DGS, 2015). É agendada uma consulta presencial consoante disponibilidade da EEESMO, onde se procede à observação das características da mama e da mamada, à dinâmica da díade, à pesagem do RN, esclarecem-se dúvidas e apresentam-se sugestões que procurem dar resposta às necessidades expressadas/observadas e procura-se sensibilizar a mulher/casal para os benefícios da amamentação. Nesta consulta é também realizada uma avaliação do estado físico, emocional e social da puérpera de modo a dar resposta às necessidades individuais e atuar/referenciar perante situações de risco.

3.2 PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Após a contextualização dos diferentes locais de estágio, segue-se uma análise reflexiva do percurso académico e a descrição das competências específicas desenvolvidas, preconizadas pelo RCEEEESMO, que retrata o ciclo de vida da mulher, encontrando-se esta no centro dos cuidados e

tida como a entidade beneficiária das intervenções de cariz autónomo e de baixo risco do EEESMO (OE, Regulamento n.º 391/2019).

Como norteadora da minha prática e partilha aqui explanada, teve-se por base os pressupostos da Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, preconizando-se uma Enfermagem centrada no cuidado à mulher e no seu bem-estar físico e psicoemocional, respeitando as suas crenças, conhecendo as suas especificidades, demonstrando disponibilidade física e emocional, esclarecendo-a nas suas necessidades, fazendo por ela e com ela e acreditando, sem margem de dúvida, na sua força e capacidade (Swanson, 1991).

3.2.1 Cuidado à mulher, em idade fértil, inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional

As orientações da DGS (2008) em matéria de saúde reprodutiva e planeamento familiar, pressupõem o acompanhamento da saúde reprodutiva da mulher, ao longo do seu ciclo vital, abrangendo uma diversidade de cuidados e elementos, como a EpS sexual e a prevenção e resolução de problemas, que contribuem para a promoção da saúde da mulher e do seu bem-estar, influenciando, positivamente, a sexualidade, a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (IST), a fertilidade, a vigilância preconcecional e pré-natal, a segurança no parto e os desfechos neonatais. Encontrando-se a mulher no centro destes cuidados, o EEESMO deverá procurar compreendê-la na sua singularidade e riqueza, considerando-a como um todo, potenciando os cuidados individualizados e de excelência (OE, 2015).

No sentido de dar resposta às competências específicas supracitadas, considero que tive a oportunidade de as desenvolver nos seguintes contextos: no Serviço de Internamento de Obstetrícia – Puerpério e no SUOG.

Independentemente do tipo de parto, no puerpério, a mulher sente e vivencia uma série de alterações quer a nível físico, como a nível emocional, psicológico, sociocultural e espiritual, requerendo um processo de adaptação muitas vezes exigente e, por conseguinte, um cuidado individualizado, amoroso, assertivo e atento (Centeno, 2017). Assim, e por forma a alcançar as competências específicas nestas vertentes do cuidado à mulher, promoveram-se ensinamentos sobre a adoção de estilos de vida saudáveis; a sexualidade, nomeadamente sobre o tempo expectável entre gravidezes, o reinício da atividade sexual e a escolha e utilização dos métodos contraceptivos, considerando o desejo da mulher/casal, o seu estilo de vida e condição socioeconómica; e sobre estratégias comunicacionais que promovessem uma comunicação aberta e honesta entre o casal numa fase tão sensível, fazendo-o com sensibilidade cultural, de forma responsável e ética. Ainda que em contexto de enfermagem, procurei criar um ambiente apropriado e privado, inerentes à

procura das reais necessidades da mulher/casal e dos conhecimentos pré-existentes, à partilha de informação adequada, ao aconselhamento e à validação da compreensão do partilhado (DGS, 2008). Procurei ainda, aproveitar estes momentos para alertar sobre a importância e necessidade de cuidados preconcepcionais, numa futura gravidez, objetivando a identificação precoce e correção de potenciais fatores de risco pessoais ou familiares, o envolvimento do casal no seu processo de saúde e, por fim, uma vivência mais saudável e positiva da gravidez e parentalidade (DGS, 2015).

Num outro contexto clínico, o SUOG, pela abrangência dos cuidados prestados à mulher, e em qualquer fase do seu ciclo vital, foi possível, desenvolver atividades como: proceder à admissão da mulher, colaborar em exames específicos, colher espécimes para análises, estar e ser suporte emocional, administrar terapêuticas específicas, orientar em relação ao seu processo de saúde-doença, entre outros. Assim, ao nível do planeamento familiar e período preconcepcional, foi possível prestar cuidados a mulheres em idade reprodutiva que recorreram ao SUOG por situações diversas, tais como: dor mamária, infeções vulvovaginais, prurido vaginal, corrimento com cheiro fétido, abscesso da glândula de *Bartholin*, mola hidatiforme, entre outras. Cada oportunidade de contacto foi aproveitada para realizar ensinamentos de acordo com as necessidades observadas, nomeadamente sobre a adoção de estilos de vida saudáveis, riscos associados ao tabagismo, fatores de risco associados à não evolução da gravidez, a sexualidade com foco na prevenção das IST, o uso de métodos contraceptivos, o autoexame da mama e a importância de conhecer a anatomia e fisiologia reprodutiva face às consequências de uma possível gravidez não desejada, havendo sempre espaço para o esclarecimento de dúvidas (DGS, 2008).

Não foi possível desenvolver e aprofundar competências ao nível dos CSP, pois, a UCC onde decorreu o estágio, recebe mulheres de todas as Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados da abrangência da UCC e, por este motivo, não foi possível o acesso às consultas de planeamento familiar e na pré-concepção. Para colmatar as necessidades de aprendizagem houve o cuidado de planear e implementar, sempre que possível, ensinamentos e intervenções nos contextos de estágio mencionados.

3.2.2 Cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) (DGS, 2015), preconiza a vigilância da gravidez assente num esquema assistencial contínuo, sistematizado e especializado, através de um conjunto de orientações e de uma rede de Referência Materno-Infantil, que articula o trabalho realizado nos CSP, com os cuidados Hospitalares.

A vigilância da gravidez procura, de um modo geral, promover os processos de saúde durante a gravidez; avaliar o bem-estar materno-fetal; detetar, precocemente, situações

desviantes do normal curso da gravidez e identificar fatores de risco que possam afetar a evolução da mesma e o bem-estar materno-fetal; promover a EpS atentando às necessidades individuais de cada mulher/casal; preparar para o parto e apoiar a transição para a parentalidade; e informar sobre os deveres e direitos parentais (DGS, 2015).

O EEESMO surge como profissional de excelência no cuidado à “mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (OE, Regulamento nº 391/2019, p. 13562). Segundo o PNVGBR (DGS, 2015), este cuidado é sustentado por uma filosofia de cuidados centrada na mulher/casal, que assume um papel ativo e o lugar de responsável pela sua saúde, de continuidade de cuidados ao longo do ciclo de vida, reconhecendo a importância da EpS e a unicidade de cada fase e, por último, uma filosofia que perceciona a gravidez como uma oportunidade única e extraordinária de intervenção em saúde e mudança, onde os ganhos em saúde se prolongam no tempo e ao longo do ciclo vital da mulher, da criança, sendo extensível ao agregado familiar (DGS, 2015).

Nesta vertente de cuidados à mulher enquanto ser inserido na família e comunidade durante o período pré-natal desenvolvi competências específicas enquanto futura EEESMO nos seguintes contextos: nos CSP, no internamento de grávidas, na consulta externa de MMF e no SUOG.

O estágio na área dos CSP realizou-se numa UCC, onde tive a oportunidade de desenvolver e implementar as orientações e recomendações do PNVGBR (DGS, 2015), essencialmente no âmbito dos Programas de Preparação para o parto e parentalidade e através das consultas de enfermagem de saúde materna que estão preconizadas nos mesmos. De acordo com o Regulamento nº 391/2019 (OE, 2019), onde são explanadas as competências específicas do EEESMO, este último “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (OE, 2019, p. 13562).

Espera-se e procura-se que os PPPP se caracterizem como um tempo e espaço seguros, num ambiente de grupo e suporte mútuo, onde são partilhadas experiências e promovido o conhecimento, baseado nas boas práticas e na mais recente evidência científica, acerca dos mais variados temas, tais como: gravidez e adaptações que lhe são inerentes; fisiologia do TP e parto; métodos farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor; plano de parto e consentimento informado, livre e esclarecido; recuperação física e psicoemocional do pós-parto; aleitamento materno; cuidados ao RN; entre outros temas. Esta partilha rica de conhecimentos, recorrendo a equipas multidisciplinares, pretende desenvolver a confiança e competências da grávida/casal no

sentido da vivência de uma gravidez, parto, puerpério, transição e exercício da parentalidade mais tranquila, consciente, participativa, responsável, gratificante e positiva (DGS, 2020; DGS 2015).

Ao proporcionar um ambiente seguro e que promova a partilha de experiências, emoções, inseguranças ou angústias, entre as grávidas/casais, a vivência de cada um torna-se, de repente, e tantas vezes, mais leve, pelo simples facto de a partilhar, de se sentir escutada/o, de perceber que a outra pessoa que escuta, também tem o mesmo sentir.

Neste contexto, tive a oportunidade de participar e acompanhar, ativamente, dois grupos de grávidas/casais durante o seu PPPP. Este organizou-se em treze sessões presenciais, desenvolvido com base nas componentes teórico-práticas das recomendações fundamentais à sua estruturação, integrando uma equipa multidisciplinar especializada e coordenado pela EEESMO responsável (DGS, 2020).

Pude desenvolver e implementar duas sessões expositivas, uma presencial e outra via plataforma *Teams* – decorrente de uma turma que surgiu, mais tarde, no sentido de dar resposta à grande quantidade de inscrições no PPPP. Na sessão presencial tive a oportunidade de abordar o tema do Puerpério, nomeadamente: como se caracteriza esta fase; que alterações fisiológicas (físicas, mentais, psicológicas e emocionais) surgem no pós-parto e o auto-cuidado que lhe é inerente; contraceção e sexualidade no pós-parto; estratégias de *coping* perante as novas demandas; sinais de alarme a considerar; consulta de revisão do pós-parto; gestão de visitas; e plano de pós-parto (Apêndice X); na sessão online pude explorar temas como: a saúde e a perspectiva psico-neuro-endócrino-imunológica da gravidez; o impacto que o stress tem, quer na gravidez, quer no TP e parto; as recomendações da OMS para uma experiência de parto positiva (2018); o plano de parto; direitos da mulher na gravidez e no parto; a importância e o papel do acompanhante/pessoa significativa; a fisiologia do TP e parto; diferenças entre parto eutócico e tipos de parto distócico (Apêndice XI). A preocupação em expor todos os conteúdos com clareza e de forma adequada, assim como a procura em responder assertiva e individualmente às questões que iam surgindo, foi uma constante.

Integrada nos PPPP surge uma consulta, com o EEESMO responsável pelo programa, com o intuito de dar a conhecer, à grávida/casal, os objetivos e pertinência do PPPP, de perceber as reais necessidades e as expectativas em relação ao mesmo, de decidir quanto às disponibilidades e de avaliar o nível de literacia em saúde, em particular de saúde sexual e reprodutiva, da grávida/casal (DGS, 2020).

Apesar de, no estágio de CSP, não ter tido oportunidade de realizar consultas de enfermagem de saúde materna, no âmbito da vigilância da gravidez de baixo risco, as consultas integradas nos PPPP permitiram o desenvolvimento de competências do EEESMO, ao mobilizar e

articular o saber especializado, ao adequar o saber ser e estar a cada mulher/casal com o qual me relacionava.

O acompanhamento em consulta de grávidas com diferentes IG permitiu-me adequar as intervenções de forma individualizada, tendo em conta as suas necessidades e expectativas, características e contexto. De uma forma geral, tive a oportunidade de realizar registos no BSG; de realizar a avaliação física e psicoemocional da mulher e a colheita de dados pessoais, obstétricos e familiares; avaliar a pressão arterial de forma a despistar eventuais desvios da normalidade; avaliar a progressão ponderal de acordo com o índice de massa corporal; avaliar o risco dinâmico na gravidez de acordo com a tabela de *Goodwin* modificada; auscultar os batimentos cardíacos fetais; realizar manobras de *Leopold*; avaliar o estado vacinal; incentivar ao movimento durante a gravidez e TP, assim como à realização de exercícios respiratórios, diariamente, informando acerca da sua importância; reforçar a importância de implementar e/ou manter estilos de vida saudáveis, relacionados com a alimentação, postura corporal, repouso, atividade física, prevenção de toxinfecções, sexualidade na gravidez, adaptações físicas e emocionais que possam surgir, os sinais e sintomas de alerta durante a gravidez, elucidar para a necessidade de realização de profilaxia da isoimunização *Rhesus*, entre outros temas que fossem pertinentes (DGS, 2020; DGS, 2015). Foi também possível, no caso das grávidas/casais que apenas tinham consulta já no decurso do PPPP, perceber se o mesmo estava a responder às expectativas e que dúvidas tinham surgido, entretanto, havendo possibilidade, de naquele momento, proceder ao seu esclarecimento num contexto de maior proximidade.

Neste contexto e no que respeita à integração da temática em estudo, suportada pelos pressupostos de Swanson, procurei, de forma constante, conhecer a grávida/casal na sua individualidade, compreendendo e considerando as dúvidas, desejos e construção do que seria para ela/eles a sua experiência de parto positiva, e estando presente, de forma plena. Tal, pode ser traduzido pelo acompanhamento na construção do Plano de Parto, em que procurei apoiar, de forma individualizada, a elaboração do mesmo, caracterizando-o como ferramenta comunicacional de excelência neste contexto, possibilitando e facilitando o acesso a informação baseada em evidências científicas, reconhecendo o projeto de parentalidade de cada grávida/casal e acreditando na sua capacidade de o levar avante, incentivando à expressão/comunicação das suas preferências em relação ao TP, parto e puerpério, de forma clara, visando a sua capacitação, o aumento da sua literacia em saúde, promoção da sua autonomia e autoconfiança, fatores essenciais na procura de uma experiência de parto positiva (OMS, 2018; OE, 2015).

Esta consulta apresentou-se como uma oportunidade de aprendizagem riquíssima onde pude centrar os cuidados na pessoa de uma forma que só a interação de “um para um” o permite.

Conhecer a pessoa na sua unicidade, respeitando e validando os significados que esta atribui à vivência da sua experiência é de uma riqueza imensa. Quando se abre espaço para uma relação de ajuda, todos os intervenientes evoluem e apresentam ganhos em saúde (Phaneuf, 2005). Como enfermeira e futura EEESMO, procurei, de forma constante, desenvolver competências relacionais e comunicacionais, ao longo de todo o estágio e em todos os momentos, adotando e mantendo uma postura que demonstrasse ajuda, confiança, proximidade, disponibilidade, empatia, presença e respeito.

Foi frequente o contacto com mulheres/casais cuja gravidez resultou de processos de PMA, muitos deles, com histórias repetidas de abortos, ao longo dos anos. Sentimentos como ansiedade, expectativas ou inseguranças faziam-se notar, tantas vezes, durante uma conversa, no olhar, numa respiração, numa hesitação, no silêncio. Procurei assegurar o tempo necessário e um espaço seguro para escutar e acolher todas essas emoções e a história de cada um. Relembro uma grávida/casal em concreto, em que a grávida, com diagnóstico de endometriose, há já vários anos, tinha experienciado, no ano anterior ao atual, cinco cirurgias abdominais para que lhe fossem removidos o máximo de focos de endometriose, em especial no intestino. Após recuperar durante cerca de seis meses, iniciou um processo de PMA, em que no final do processo de estimulação ovárica, apenas foi possível identificar um único folículo potencialmente apto para fecundação. À partida, este casal não reunia os critérios para prosseguir para a próxima fase, mas, “basta um para dar certo” (sic) disse o casal. Foi realizada a fertilização *in vitro* e a transferência, com aquela única possibilidade, sem qualquer intercorrência. E hoje, têm nos braços a sua bebé tão desejada.

Era inevitável não me emocionar com a história de cada mulher/casal, com as suas vivências, com os desafios do caminho, com a resiliência, a persistência, o desejo de ser mãe/pai, o amor que colocavam em cada passo do caminho. O processo de sonhar, de desejar e gerar uma vida é realmente transformador, a todos os níveis. E assistir a esse sonho e à sua concretização é das maiores bênçãos.

No internamento de grávidas asseguram-se cuidados a grávidas com patologia associada, materna ou fetal, que necessitam de vigilância, a grávidas em fase latente do TP e a grávidas em indução de TP, o que possibilitou diversos momentos de aprendizagem, não só relacionados com a vigilância da gravidez de baixo risco, como também pela gravidez com patologia associada.

No que concerne à vigilância e à prestação de cuidados a grávidas em início de TP ou em indução de TP, considero que todas as situações experienciadas ocupam um lugar de real importância, pois, de certa forma, assumiram-se como uma preparação para o estágio no BP. Neste contexto foi potenciado o desenvolvimento de competências relacionadas com intervenções autónomas do EEESMO, objetivando a monitorização do bem-estar materno-fetal, tais como: a

auscultação de batimentos cardíacos fetais, as manobras de *Leopold* (identificação da posição fetal no útero materno), avaliação de SV, avaliação cervical atentando à pelvimetria, avaliação do CTG e identificação dos diversos estágios do TP com devido encaminhamento para o BP quando estabelecida a fase ativa.

O CTG possibilita a identificação de alterações da frequência cardíaca fetal (FCF) e da contratilidade uterina materna, permitindo uma atuação precisa do EEESMO que possibilita a redução da probabilidade de ocorrência de morbimortalidades neonatais (Silveira & Júnior, 2020). A aplicação deste instrumento de avaliação do bem-estar materno-fetal, tal como a sua interpretação, requer conhecimento e perícia que, com pesquisa de literatura e evidência científica, diversidade de situações e tempo, ao longo do estágio, foram sendo adquiridos e dissipando as dificuldades inicialmente sentidas.

Neste contexto, enfatizo os cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal, os quais visam conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez (OE, Regulamento nº 391/2019). O desenvolvimento de competências deveu-se quer à riqueza de situações que surgiram, à partilha constante de dúvidas, perspectivas e reflexões com a enfermeira cooperante, como à pesquisa dedicada e assídua de evidência científica atual que suportasse os cuidados prestados e me permitisse dar resposta a cada situação, com mais segurança. Pude realmente sentir que esta evidência associada à prática reflexiva, ao pensamento crítico e à teoria do Cuidar de Kristen Swanson (Swanson, 1993; Swanson, 1991) se revelou fundamental e como um guia na minha intervenção. Para além das intervenções autónomas já descritas e associadas à gravidez de baixo risco, houve ainda oportunidade de avaliar perdas hemáticas, observar e identificar sinais e sintomas que remetessem para patologias ou agravamento do estado clínico da grávida, realizar ensinamentos adequados a cada situação e prestar de apoio emocional. A articulação com a equipa multidisciplinar foi uma constante, tendo sido desenvolvidas intervenções interdependentes como: colheita de espécimes para análise, aplicação de protocolos institucionais específicos para determinada situação, aplicação de protocolos de antibioterapia profilática, tocolise e maturação pulmonar, assim como a administração de terapêutica preconizada para cada situação patológica (anticonvulsivante, anti-hipertensora, antidiabética).

Considero que tive oportunidade de mobilizar e aprofundar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos no ensino teórico, de assistência especializada à grávida/casal/família com diferentes diagnósticos: ameaça de parto pré-termo, rotura prematura pré-termo de membranas, restrição de crescimento intrauterino, gravidez gemelar (bicoriónica/biamniótica), diabetes gestacional (DG), hipertensão crónica, hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia,

hemorragia no 2º e 3º trimestre, incompetência cervicóstmica, com colocação de *cerclage* e hiperemése gravídica.

Ainda que seja fundamental a aquisição e o aprofundar de conhecimentos e de competências técnicas e científicas, considero o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais não menos importante, tendo havido, durante o estágio, uma atenção e cuidados permanentes em estabelecer uma comunicação eficaz, uma relação terapêutica caracterizada pela parceria, respeito e valorização da grávida/casal, no sentido do seu empoderamento e capacitação, face às suas verdadeiras necessidades (OE, 2015). Assim, e considerando o internamento hospitalar como um momento, que já por si, abarca sentimentos de apreensão, medo, stress e vulnerabilidade, no cuidado a cada grávida/casal privilegiei o seu acolhimento na unidade, num ambiente íntimo e tranquilo, através de uma atitude e postura atentas, amorosa e disponível, favorecendo a sua adaptação, segurança e bem-estar (Silva et al., 2013).

Já num outro contexto, na consulta externa de MMF, foi-me dada a possibilidade de dar seguimento ao desenvolvimento de competências específicas que preconizam os cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal (OE, Regulamento nº 391/2019). Foi oportuno participar e, à medida que ia adquirindo competências e autonomia, planear e implementar cuidados e intervenções quer na consulta de DPN, quer na consulta de MMF.

Durante as consultas de DPN informava-se a grávida/casal acerca da deteção precoce de malformações fetais, do rastreio combinado do 1º trimestre, colhia-se sangue para deteção de DNA fetal livre circulante no sangue materno, além de se proceder à avaliação inicial da grávida, com recolha dos seus antecedentes pessoais, obstétricos e familiares, assim como a avaliação dos SV. Para além do referido, na consulta de DPN, enquadravam-se, também, a realização de duas técnicas invasivas, nomeadamente a biópsia das vilosidades coriónicas e a amniocentese, apesar de não ter surgido nenhuma oportunidade para assistir e colaborar com o procedimento. Estas são indicadas para grávidas que apresentem: idade superior a 35 anos, rastreio do 1º trimestre positivo, anomalia cromossómica, história familiar de doença congénita e suspeita de determinadas infeções durante a gravidez (DGS, 2015).

Já na consulta de MMF, a vigilância é efetivada pela consulta médica e pela consulta de enfermagem, sendo esta última realizada por um EEESMO. Está indicada para grávidas de médio e alto risco, em situações de patologia materna anterior à gravidez, patologia materna desencadeada na gravidez atual, ou patologia fetal, tal como descrito na caracterização do contexto de estágio. Nela procedia à avaliação inicial da grávida que, à semelhança da consulta de DPN, conta com antecedentes pessoais, obstétricos e familiares, avaliação de SV e medidas antropométricas, além de ser um momento essencial quer para perceber o estado físico, emocional, mental e social da

grávida, quer para promover a saúde e hábitos de vida saudáveis durante a gravidez, tendo em conta a IG e a patologia associada. A periodicidade de consultas, de exames laboratoriais e ecográficos deve ser adaptada à situação clínica, de acordo com uma avaliação individualizada do risco (DGS, 2023).

Foi também possível conduzir a consulta de enfermagem a grávidas, com IG superior ou igual a 37 semanas, onde é vigiado o bem-estar materno-fetal, são realizados ensinamentos no sentido da promoção de hábitos de vida saudáveis, acerca dos sinais e sintomas de início de TP e dos sinais de alerta que justificariam uma ida ao SUOG, é realizado um CTG e, por fim, a grávida é observada pelo médico obstetra.

Saliento que cada consulta e contacto com a grávida/casal foi encarada como uma oportunidade valiosa de promover e incentivar à autonomia e à responsabilidade pelo seu próprio processo de saúde. Procurei estar atenta para sinais e sintomas que pudessem sugerir desvios da normalidade e que acarretassem mais risco, considerando a situação, e tive o cuidado de criar um ambiente que, ainda que primasse pelo rigor técnico e científico, abrisse espaço para a partilha de informação pertinente, de dúvidas, preocupações e que, em simultâneo, trouxesse leveza, humor, amorosidade e que me aproximasse e fizesse compreender, um pouco melhor, a grávida/casal.

Considero a consulta externa de MMF um campo de estágio riquíssimo em experiências, não só pela diversidade de patologias que surgem e, associado às mesmas, a diversidade de conhecimentos científicos, pormenores, sinais e sintomas, EpS específica para cada situação que é necessário considerar, mas também pela diversidade de pessoas, de rostos, de formas de estar, de histórias de vida, de dificuldades, de superação, de emoções.

Por fim, ainda no âmbito da vigilância pré-natal, tive a possibilidade de passar pela admissão do SUOG, que, ainda que tenha sido uma passagem curta, se verificou profícua no desenvolvimento de competências específicas pela afluência considerável de grávidas e diversidade de situações, o que exigiu uma ampla mobilização de conhecimentos técnico-científicos e relacionais.

A minha atuação no SUOG contemplou intervenções autónomas como a avaliação inicial, observação física da grávida, avaliação de SV, realização de manobras de *Leopold*, avaliação do bem-estar materno-fetal através da realização de CTG e pesquisa de registos no BSG. É de extrema importância que a grávida se faça acompanhar pelo BSG, instrumento que reúne dados acerca da grávida e do feto, assegurando-se a transmissão de informação clínica relevante e permitindo a articulação entre os CSP e o Hospital (DGS, 2015). Por esse motivo, todas as intervenções realizadas e dados relevantes deverão ficar devidamente registadas no mesmo. Durante o estágio no SUOG prestei cuidados a grávidas em diversas situações: desconfortos, como náuseas, vômitos, dor pélvica e/ou lombar, infeções urogenitais, gravidez ectópica, diminuição da percepção dos

movimentos fetais, contrações uterinas, regulares ou irregulares. Sempre que oportuno, promovi EpS, adaptada à grávida/casal e à situação que os tinha levado a recorrer ao SUOG, tendo como finalidade a capacitação da mulher para que conseguisse compreender e valorizar as situações que correspondessem a desvios do padrão normal da gravidez.

Percebi que uma das causas mais frequentes de ida ao SUOG foi a ocorrência de hemorragia vaginal durante a gravidez. Na presença de tal ocorrência importa identificar as suas características, procurar a sua causa e estabelecer o respetivo diagnóstico que, em contexto de admissão do SUOG, e em diversas situações, se figurou como situações de aborto em evolução ou retido. Neste cenário, a minha intervenção enquanto futura EEESMO primou pelo apoio emocional à mulher/casal identificando o significado atribuído a este processo, as suas necessidades, considerando as suas crenças e cuidando com sensibilidade cultural. Sem dúvida que a comunicação foi um desafio nestes momentos, por todos os motivos. A descoberta de uma gravidez, na maioria das vezes, traz consigo a construção de sonhos e planos para o futuro da família, e a idealização de uma gravidez feliz, sem intercorrências, culminando no nascimento de um bebé saudável (Gazzola et al., 2020). Por isso, quando surge uma morte fetal, toda esta construção, com tamanha representação emocional, desaba, surgindo, frequentemente, sentimentos de negação, não aceitação e sofrimento. Os instantes que se seguem ao diagnóstico são de uma fragilidade tamanha, podendo haver, como formas de expressão da dor sentida, o choro e a incompreensão (Lemos & Cunha, 2015). Lembrome da sensação que sentia: parecia que o tempo ficava suspenso e o silêncio ensurdecedor. Neste momento, é essencial a prestação de cuidados personalizados e o EEESMO surge como o profissional que detém capacidades que o permitem gerar, delinear, realizar e avaliar intervenções que suportem a mulher/casal no período de luto em situações de abortamento, mobilizando a escuta ativa, o cuidado empático e uma atitude compassiva (OE, Regulamento n.º 391/2019). Além do mencionado, houve, também, a preocupação em transmitir informação acerca dos sinais e sintomas de alerta a considerar em ambulatório, e em programar o seguimento dos cuidados de vigilância na comunidade, até porque, apesar do diagnóstico surgir em contexto do SUOG, é da competência do EEESMO apoiar na continuidade dos cuidados à mulher/casal que vivencia um uma situação de abortamento e de luto (OE, Regulamento n.º 391/2019).

3.2.3 Cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O cuidado especializado à mulher inserida na família e comunidade, durante o TP, pressupõe que o EEESMO, como profissional competente e de excelência neste cuidar, desenvolva competências que promovam uma assistência ao parto em ambiente seguro, por forma a otimizar

a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina (OE, Regulamento n.º 391/2019).

O contexto de cuidados à grávida/casal/RN decorreu, maioritariamente, em contexto de sala de partos e, pontualmente, na admissão do SUOG, tendo sido, este estágio, aguardado com muito entusiasmo, ainda que com um “nervoso miudinho”, e, no fim, representando, por toda a sua riqueza, complexidade, novidade e emotividade, o culminar de um ano de estágio e o fim de um capítulo deveras transformador. No Anexo IV encontra-se a síntese do registo das atividades práticas realizadas neste contexto.

Muitas vezes, a mulher contacta com o ambiente hospitalar, pela primeira vez, quando o TP inicia, dando-se este primeiro encontro na admissão no SUOG e, ainda que a situação em si não esteja associada a algum problema ou a processos de doença, o local, em si, está, provocando na mulher sentimentos de ansiedade e medo. Ciente de que este primeiro contacto pode determinar a relação que se estabelece e, porventura, a vivência de uma experiência de nascimento positiva, o EEESMO assume um papel preponderante, ao comunicar de forma empática, ao acolher a ansiedade e o medo que surgem, ao apaziguar, ao escolher as palavras certas, ao esclarecer dúvidas e ao informar a grávida/casal acerca da sua saúde, ao promover a liberdade de expressão e tomada de decisão consciente (Thorbjornsdottir et al., 2020; OE, 2015; Lowdermilk & Perry, 2006).

Quando a grávida recorria ao SUOG por um suposto início de TP importava identificar se tal se verificava, isto é, se estivessem reunidos os sinais e sintomas que caracterizam o “verdadeiro” início de TP que, segundo Machado e Graça (2017), se caracteriza pelo início de contratilidade uterina regular, em frequência e intensidade, dolorosa e que leve à extinção e início da dilatação cervical. Confirmando-se o início do TP, procedia à realização e avaliação do CTG e, quando justificado, realizava o toque vaginal, considerando que se trata de um procedimento invasivo e desconfortável (OE, 2015). Através do toque avaliava as características do colo uterino (apagamento, consistência, posição e dilatação), o índice de *Bishop*, a integridade das membranas amnióticas, e a variedade e apresentação fetal, colaborando ativamente com a equipa médica e com a grávida/casal na tomada de decisão sobre o seu internamento. Dependendo da fase de TP, o internamento poderia ser na unidade materno-fetal (fase latente) ou no BP (fase ativa). No caso de não se confirmar o início de TP e não se reunir critérios para internamento, procurei informar a grávida, objetivando a redução da ansiedade sentida e promoção da sua autonomia, acerca de como identificar o verdadeiro TP, identificar sinais e sintomas de alerta, de como gerir a dor recorrendo a medidas não farmacológicas e de quando poderia ser oportuno e seguro recorrer, novamente, ao SUOG.

A admissão das grávidas na sala de partos ocorre, essencialmente, de duas formas: através do SUOG, justificada por situações como contratilidade uterina regular e dolorosa com consequente modificação cervical, fase ativa do TP, rotura espontânea de bolsa amniótica e período expulsivo, ou através do internamento de MMF, onde a grávida estaria em processo de indução de TP ou surge uma situação de descompensação patológica e há necessidade de uma maior vigilância do bem-estar materno-fetal.

Ao acolher a parturiente/casal na sala de partos primei por fazê-lo com recetividade, calma e amorosidade para que se sentisse segura e confortável num ambiente que lhe é desconhecido, favorecendo este primeiro contacto e a relação de ajuda que daqui em diante se construía. Deste modo, fazia uma breve apresentação e apresentava a minha condição de aluna, o que em nenhum momento se figurou como um obstáculo, adequou-se a comunicação estabelecida recorrendo a uma linguagem clara e assertiva, foi apresentado o espaço e dado a conhecer algumas das rotinas e práticas protocoladas.

Uma adequada avaliação inicial é essencial na determinação da condição de saúde da mulher e do feto, da progressão do TP, assim como na prevenção de complicações (OE, 2015; Lowdermilk & Perry, 2006). Deste modo, eram colhidas informações acerca dos antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, terapêutica habitual, hábitos nocivos e dados sobre a gravidez atual (índice obstétrico, IG), além de ser realizada a observação física da grávida através da monitorização dos SV, realização de manobras de *Leopold* e do toque vaginal. Aproveitava, ainda, este momento, para conhecer as expetativas, as preferências e os conhecimentos da grávida/casal, tendo em conta a frequência ou não em CPNP e a existência do plano de parto.

O plano de parto é um documento escrito, de carácter legal, no qual a grávida/casal expressa as suas preferências, intenções e expetativas, considerando os seus valores e crenças, em relação ao TP e parto e à pessoa que lhe irá assistir durante o processo (Garret & Santos, 2021; OE, 2015). A sua elaboração deve ser realizada, de preferência, em colaboração com o EEESMO que acompanhou o processo de gravidez, primando pela partilha de informação adequada e baseada na mais recente evidência científica, além de apresentar expetativas reais e positivas das práticas desenvolvidas na instituição escolhida para o parto (Garret & Santos, 2021). Assim, sempre que uma grávida/casal era admitida em sala de partos, perguntava se tinha com ela o seu plano de parto e se gostaria de o partilhar para que pudéssemos discutir e debater alternativas, por forma a garantir intervenções de qualidade, que respondessem às suas expetativas, e de risco controlado (OE, Regulamento n.º 391/2019). Segundo a OE (2015, p.39) “quando a mulher não apresenta um

plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas são suportadas” e foi atendendo a esta premissa que orientei a minha prática.

A mais recente evidência demonstra que o plano de parto surge como um instrumento que estimula a discussão e a obtenção de informações, melhorando a comunicação entre a mulher/casal e os profissionais de saúde, que promove a educação, o acalantar de medos e de dúvidas, o empoderamento feminino e a participação ativa das mulheres nos seus partos, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e satisfatória (Garret & Santos, 2021; OMS, 2018).

Tendo em consideração a temática em estudo, o estabelecimento de uma comunicação eficaz, com intencionalidade terapêutica e com recurso à capacidade de escuta, disponibilidade e empatia, foi privilegiado, em todos os momentos de contacto com a grávida/pessoa significativa (Sequeira, 2014). Houve a partilha de informação de acordo com as necessidades sentidas, mas, para que se desse essa partilha, as necessidades, as dúvidas, as preocupações e os medos das parturientes foram apreendidos e compreendidos por meio da escuta ativa e atenta (Trindade et al., 2020). Foi prioridade **conhecer** cada parturiente de quem cuidei e compreender que expectativas, necessidades e anseios carregavam e que significado atribuíam à sua vivência e processo de parto; **estar**, verdadeiramente, física e emocionalmente, com a parturiente/pessoa significativa; **fazer** pela mulher o que ela faria por si mesma, antecipando as suas necessidades, confortando-a, protegendo-a e respeitando a sua dignidade; apoiar a parturiente em todo o processo, **possibilitando** a vivência de uma experiência com mais significado e que fosse ao encontro das suas expectativas; e, acima de tudo, **acreditar** na capacidade da mulher em parir, em vivenciar aquele momento que é dela e da sua família, com confiança (Alligood, 2014; Swanson, 1993).

Foi com agrado e surpresa que, em contexto de sala de partos, tive o privilégio e a alegria de rever e acompanhar grávidas/casais que já tinha contactado no âmbito dos PPPP, o que, logo à partida fazia crescer um sentimento de familiaridade, de intimidade e de confiança, em ambas as partes, tão importante na construção da relação de ajuda e que se fazia sentir ao longo do TP.

Foi notória a crescente diversidade cultural das mulheres que afluem, cada vez mais, a este contexto de estágio, e a necessidade de adaptar os cuidados e a linguagem utilizada ao longo de todo o processo de TP e parto, de forma a serem prestados cuidados culturalmente sensíveis e obter ganhos em saúde para todos. Por isso mesmo, mais do que falar ou perguntar, observava, procurando na comunicação não verbal da parturiente uma expressão dos seus sentimentos e das suas necessidades (Trindade et al., 2020).

Durante o TP e parto, procurei garantir um ambiente seguro e tranquilo, o que se traduziu por assegurar as condições físicas necessárias na sala de partos e por manter uma atitude vigilante face à monitorização contínua do bem-estar materno-fetal (OE, Regulamento n.º 391/2019; Fatia & Tinoco, 2016).

Neste contexto, e na instituição onde decorreu o estágio, o recurso ao CTG é utilizado de forma, maioritariamente, contínua, com o objetivo de monitorizar a frequência cardíaca fetal (FCF) e a dinâmica uterina (frequência e intensidade das contrações uterinas), justificada, clinicamente, por: fase ativa do TP, história de cesariana anterior, rotura de membranas, após realização de analgesia locorregional ou perfusão de ocitocina. Segundo as *guidelines* definidas pela FIGO (2015) para monitorização fetal intraparto, a monitorização contínua de CTG deve ser considerada em situações em que exista risco elevado de hipóxia/acidose fetal, quer devido a condições de saúde materna (como hemorragia vaginal e pirexia materna), crescimento fetal anormal durante a gravidez, analgesia locorregional, líquido amniótico meconial, quer pela possibilidade de atividade uterina excessiva, como ocorre com o TP induzido (Ayres-de-Campos et al., 2015)

Segundo as orientações da OMS (2018), a monitorização contínua em mulheres com gravidezes de baixo risco e no caso de o TP ter iniciado espontaneamente, não está recomendada, podendo, nestes casos, a avaliação do bem-estar materno-fetal intraparto ser mantida através da monitorização intermitente e por um tempo suficiente que permita a adequada avaliação das características básicas do CTG (OMS, 2018; Ayres-de-Campos et al., 2015). No entanto, foi com a frequente realização de CTG que tive a oportunidade de adquirir e aprofundar esta competência.

Através da sua avaliação pude conhecer a linha de base ou FCF basal do feto, a variabilidade da FCF e a presença de acelerações ou desacelerações. Pude ainda compreender o comportamento do feto associado à dinâmica uterina, ao longo do TP e quando aplicadas medidas interventivas (Graça & Santo, 2017; Ayres-De-Campos et al., 2015). Sempre que identificava alterações no CTG consideradas como suspeitas ou patológicas, procurei implementar estratégias e intervenções autónomas na prevenção de complicações ou reversão da situação em causa e, sempre que necessário, procurei ajuda e aconselhamento com a minha enfermeira cooperante, assim como acionei a equipa multidisciplinar quando a situação ia para além da minha esfera de atuação (OE, Regulamento n.º 391/2019).

No primeiro estágio do TP, apagamento e dilatação cervical, além da aquisição de competências relativas à monitorização do bem-estar materno-fetal através do CTG, pude também desenvolver competências relativas à avaliação cervical. Esta não foi realizada de forma rotineira, mas sim segundo as recomendações da OMS (2018) e com critério e justificação clínica, nomeadamente, em caso de CTG suspeito/patológico, queixas percecionadas pela grávida (como

vontade de realizar esforços expulsivos), rotura de bolsa amniótica ou hemorragia vaginal (DGS, 2023; OMS, 2018). Para realizar esta técnica foi solicitado, sempre, o consentimento informado da grávida.

A procura e promoção do conforto e bem-estar da parturiente/pessoa significativa foi uma constante, representando mesmo uma competência a ser desenvolvida. Assim sendo, não posso deixar de fazer referência à dor no TP e parto. É certo que cada pessoa/mulher cuidada enfrenta e experiencia o TP, e mais concretamente a dor do TP, de forma ímpar, não podendo ser esta dor associada apenas ao processo fisiológico em si, mas também à esfera e bagagem emocional, sensorial, social e ambiental que a mulher traz consigo (Camacho et al., 2019). Procurei, de forma respeitosa e empática, perceber o significado que cada mulher que acompanhei atribuía à dor que sentia. Atendendo às suas necessidades e desejos, e ao expressado no plano de parto, verbal ou escrito, procurei promover e privilegiar os métodos não farmacológicos para alívio da dor, como a hidroterapia (com a utilização do chuveiro), massagem, utilização da bola de pilates, aromaterapia, deambulação e verticalidade, técnicas de relaxamento e respiração. O encorajamento surgia, neste momento, como uma alavanca e um estímulo para continuar em frente. Nem sempre era necessário usar a palavra, pois tantas vezes bastou o olhar nos olhos, o lembrar de respirar, o respirar junto, o dar a mão, o estar. Relembro com carinho as vezes que “balancei”, dancei e respirei com cada mulher, para que se sentissem motivadas, acompanhadas e crentes da sua capacidade.

Conforme a OE (2015), deve ser garantida a oportunidade de uma escolha informada às mulheres, em relação às opções disponíveis durante a gravidez, parto e pós-parto, permitindo-lhes o controlo sobre as principais decisões relativas ao seu processo. Por isso, além das medidas não farmacológicas, foram também oferecidas, se solicitadas, medidas farmacológicas para a gestão da dor, como a analgesia locorregional, técnica na qual colaborei com o médico anestesiológico.

Não podia deixar de fazer referência à presença da pessoa significativa durante o TP e parto, pois, além da presença de acompanhante constituir um direito da mulher em TP (Lei n.º 110/2019), é sabido que o suporte e presença de alguém emocionalmente significativo para a mulher gera segurança e tranquilidade. Por isso mesmo, também o acompanhante deve ser considerado como alvo de cuidados de enfermagem, já que o EEESMO “cuida da pessoa significativa que acompanha a parturiente (...)” (OE, 2021), além de se apresentar como um membro e uma mais valia para a equipa (OE, 2015), contribuindo para uma experiência positiva de apoio no parto (OE, 2021; OE, 2015).

Para além do descrito, o primeiro estágio do TP foi pautado pelo respeito e pelo tempo que um TP pede. Ao observar a Natureza, os seus ciclos, o seu tempo, apercebo-me que não se consegue apressar uma colheita, a floração, o desabrochar de uma flor. Assim é com o tempo de

uma mulher em TP. Por isso, sempre que possível, esperei e observei, mantendo a vigilância e segurança do bem-estar materno-fetal. Também a promoção da deambulação, da verticalidade, do movimento livre, da expressão das necessidades de cada grávida/casal, do apoio à grávida/casal nas suas decisões, da partilha de informação acerca da evolução do TP, foi privilegiada.

A prestação de cuidados à mulher/casal, durante o segundo estágio do TP ou período expulsivo, o qual se inicia na dilatação completa e termina com a expulsão do feto (Fatia & Tinoco, 2016) dei continuidade ao desenvolvimento de competências relativas à monitorização do bem-estar materno-fetal e avalei a progressão da apresentação fetal ao longo do canal de parto. Ao longo deste período foi possível explorar o posicionamento materno atendendo ao seu bem-estar, possibilitando que a mulher escolhesse a posição mais cómoda para si e esclarecendo quanto aos benefícios das posições mais verticalizadas, estando estas relacionadas com melhoria do fluxo uteroplacentário, maior eficiência das contrações uterinas, esforços expulsivos mais eficientes, favorecimento do encaixe e descida fetal na pélvis materna por ação da gravidade, aumento dos diâmetros da bacia, maior participação da mulher no parto, entre outros benefícios (Mineiro et al., 2016). As posições mais sugeridas e adotadas foram a posição de litotomia modificada, decúbito lateral, posição de cócoras e de quatro apoios.

Tive a oportunidade de acompanhar 121 parturientes em sala de partos, tendo assistido a 49 partos eutócicos de apresentação cefálica, colaborado em 21 partos distócicos, e colaborando, nestas situações, na prestação dos primeiros cuidados ao RN. Quanto às restantes parturientes, apesar de o TP ter sido acompanhado, o parto ocorreu no turno seguinte.

Dos 49 partos assistidos, 14 resultaram em períneos íntegros, em 25 ocorreram lacerações de grau I, em 9 ocorreram lacerações de grau II e apenas foi realizada uma episiotomia.

A OMS (2018) e a OE (2015) recomendam a adoção de estratégias que diminuam ou previnam a incidência de trauma perineal, através da comunicação e suporte contínuo à parturiente, da adoção de posicionamentos adequados ao segundo estágio do TP e da preferência da parturiente, da aplicação de compressas mornas no períneo, da massagem perineal antes e durante o parto, da aplicação da manobra de *Ritgen* e do incentivo aos esforços expulsivos apenas e quando a mulher sentir necessidade. Quanto à prática da episiotomia, a OMS (2018) não recomenda a sua realização de forma rotineira, a mulheres que experienciam parto vaginal de início espontâneo, estando a mesma associada a morbilidade materna. Assim sendo, considero que a minha prática foi pautada por uma atitude expectante e, mais uma vez, de respeito pelo tempo da mulher, aliando as técnicas de proteção perineal descritas acima, e contribuindo para uma maior satisfação materna e experiência de parto mais positiva.

Independentemente do tipo de parto, o contato imediato de pele a pele, contínuo e prolongado, entre a mãe o RN, foi privilegiado, sempre que a condição clínica de ambos o permitisse, ou, no caso de não ser possível por razões maternas incentivava-se o contacto pele a pele com o pai/pessoa significativa. Os vários benefícios e a influência positiva do contato precoce pele a pele quer para a díade incluem: a diminuição do tempo de dequitação e prevenção de hemorragia pós-parto pelo estímulo ocitócico e favorecimento da contração uterina; favorecimento do início e manutenção do aleitamento materno exclusivo; o favorecimento da transição e adaptação do RN ao meio extrauterino, a todos os níveis (regulação emocional, cardiorrespiratória, metabólica e termorregulação); prevenção de depressão no pós-parto (OMS, 2015; Levy & Bértolo, 2012; Lowdermilk & Perry, 2006).

No que diz respeito à laqueação do cordão umbilical, movida pelas orientações da OMS (2018), que recomenda a laqueação tardia do cordão e não antes do primeiro minuto de vida do RN, em todos os partos assistidos, e após informar a mulher/casal dos benefícios e solicitar o seu consentimento informado, quando tal não era mencionado no seu plano de parto, procedeu-se à laqueação do cordão após este parar de pulsar. Deste modo, a transfusão placentária era favorecida, objetivando o aumento dos níveis de hemoglobina e, assim, contribuir para a prevenção de anemia no primeiro ano de vida (OMS, 2018). Salvo duas ou três exceções, este momento foi protagonizado pela mulher ou pelo seu companheiro/pessoa significativa, indo ao encontro dos seus desejos e possibilitando-lhes uma maior envolvimento neste momento tão especial.

A avaliação da adaptação do RN à vida extrauterina era realizada com recurso ao índice de Apgar (avaliação da frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor e irritabilidade reflexa, ao primeiro e quinto minuto após nascimento) e através de uma observação física sumária que contemplava a identificação da presença de anomalias congénitas evidentes e a existência de traumatismos decorrentes do parto (Freitas & Baptista, 2016a). Normalmente, estando eu a assistir o parto, esta avaliação era realizada, com mais atenção, pela minha EEESMO cooperante, uma vez que “recebia” o RN, ou por outra enfermeira de cuidados gerais que estivesse nesse “posto”, ainda que também procurasse estar atenta e alerta. Pude desenvolver competências nesse sentido em todos os restantes partos em que colaborei e em que prestei os cuidados imediatos ao RN, onde além do descrito, também procedia à pesagem do RN, à colocação da pulseira de identificação e à administração da vitamina K intramuscular para prevenir a doença hemorrágica do RN, após consentimento informado dos pais e em contacto pele a pele, sempre que possível.

Houve ainda a oportunidade de colher sangue do cordão umbilical, para determinação do grupo de sangue em situações definidas por protocolos institucionais (por exemplo, grávida Rh

negativa) ou para colheita de células estaminais para criopreservação, quando desejado pela mulher/casal.

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno esteve presente desde este momento inicial, realizando ensinamentos e esclarecimentos sobre os seus benefícios, para a mãe e RN, sinais de boa pega, sugestões de posicionamentos e supervisão da adaptação à mama ainda na sala de partos ou, posteriormente, no recobro (OE, Regulamento n.º 391/2019).

No terceiro estágio do TP, ocorre a dequitação, a qual se inicia após o nascimento do RN e termina com a expulsão da placenta e membranas fetais, podendo acontecer de forma fisiológica nos primeiros cinco minutos até uma hora após o parto (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2006). Neste contexto, pude aprofundar conhecimentos e desenvolver competências e olhar clínico que me possibilitaram saber quando adotar uma conduta expectante ou ativa, tendo-se aguardado, em todos os partos, e uma vez que o bem-estar materno estava assegurado, pelos sinais fisiológicos de dequitação, procedendo, posteriormente, à tração controlada do cordão umbilical, à administração de ocitocina conforme protocolo institucional, à verificação da formação do globo de segurança de *Pinnard* e à avaliação das perdas hemáticas (OMS, 2018; OE, 2015). Nos 49 partos assistidos, verificou-se os dois mecanismos de descolamento da placenta aquando da sua saída: *Schultz* (exteriorização da face fetal), na grande maioria dos casos, e *Duncan* (exteriorização da face materna) (Graça, 2017; Fatia & Tinoco, 2016). Logo após a dequitação, observava a constituição da placenta, garantindo a sua integridade bem como a das membranas fetais. Relembro uma situação em que, não se tendo verificado sinais de descolamento da placenta, nem tão pouco a sua saída, constatou-se que se tratava de um caso de retenção placentar, acabando por ter que se proceder à extração manual da placenta, pela equipa médica, não se verificando nenhuma outra complicação quer no pós-parto imediato ou durante o internamento.

O quarto e último estágio do TP é designado de puerpério imediato, com duração de cerca de duas horas após a dequitação, e que corresponde ao período de recuperação e restabelecimento da homeostasia, sendo essencial a vigilância da puérpera por forma a identificar e prevenir complicações, como a hemorragia pós-parto (Lowdermilk & Perry, 2006).

Recordo uma situação, na verdade a única, de uma puérpera que apresentou uma hemorragia pós-parto. Tinha sido um TP e parto sem intercorrências e muito feliz, seguindo-se a dequitação nos *timings* considerados “normais” e sem sinais ou sintomas sugestivos de complicações. O único sinal que me deixou mais vigilante foi a saída de coágulos de sangue, em moderada quantidade, ao verificar se o globo de segurança de *Pinnard* estava formado, tendo verificado que o útero se encontrava bem contraído e a nível infra-umbilical. Já no recobro, a puérpera apresentou perdas hemáticas aumentadas, apesar de manter, aparentemente,

tonicidade uterina. Foi realizada massagem uterina externa, administrada fluidoterapia endovenosa, cateterizado um segundo acesso venoso periférico e realizada colheita de sangue para análises, mobilizada a equipa multidisciplinar, administrada terapêutica uterotônica e antifibrinolítica prescrita, iniciada perfusão de ocitocina endovenosa conforme protocolo institucional e realizada ecografia abdominal para excluir a presença de conteúdo ovular na cavidade uterina, a qual detetou acumulação de coágulos *in utero* mas não a causa da hemorragia. Felizmente, a situação reverteu sem demais complicações, também graças à identificação precoce da situação e à rapidez da equipa multidisciplinar na resposta, no entanto, marcou-me pela imprevisibilidade e fragilidade com que, de repente, somos confrontados.

Ainda neste estágio, procedi à observação do canal de parto e à reparação perineal quando necessário. O EEESMO deverá ser capaz de avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação perineal, assim como referenciar as situações que estão para além da sua esfera de atuação (OE, Regulamento n.º 391/2019). Confesso que, antes de dar início ao estágio em sala de partos, a realização de sutura perineal figurava-se como algo de extrema dificuldade, o que gerava alguma inquietude. No entanto, foi uma técnica na qual desenvolvi uma rápida evolução e, por fim, autonomia na sua execução.

Por fim, a vigilância puerperal ocorria no recobro, nas duas horas subsequentes ao parto, onde prestava cuidados à puérpera que objetivassem o seu bem-estar, a sua recuperação e a prevenção de complicações. Eram avaliados os SV, a coloração da pele e mucosas, as características das mamas, mamilos e a presença de colostro, o tônus uterino, nomeadamente a presença de globo de segurança de *Pinnard* e a sua localização, as características dos lóquios, o canal de parto e a presença de edema perineal. Além do descrito, eram realizados ensinamentos e dado suporte na amamentação, providenciava crioterapia para o períneo, incentivava a micção espontânea, para que o útero pudesse contrair eficazmente, ou, em caso de globo vesical e dificuldade em urinar espontaneamente, procedia ao esvaziamento vesical e removia cateteres epidurais, no caso de existirem. A avaliação do RN contemplava a observação física objetiva, com atenção à sua vitalidade e tonicidade, à coloração da pele e mucosas, ao coto umbilical, à validação da correta adaptação à mama e à vigilância da eliminação vesical e intestinal.

Quando asseguradas as condições de segurança da puérpera e do RN, e após as duas horas que caracterizam o quarto estágio do TP, procedia à transferência da díade para o internamento de obstetrícia, certificando-me de que ficavam bem e transmitindo, à equipa de enfermagem, toda a informação que fosse pertinente e necessária para uma adequada continuidade dos cuidados.

Por fim, mas não menos importante, saliento a importância de registar todas as intervenções realizadas ao longo do TP e parto, no processo clínico da mulher, assim como no

partograma. Este último é considerado um instrumento valioso na vigilância da grávida em TP, permitindo não só monitorizar a progressão do TP, como também o diagnóstico de possíveis desvios da normalidade (Prada & Rafael, 2016; OE, 2015).

Dado por terminada a descrição deste percurso, não podia deixar de registar um momento que me marcou profundamente. O turno da manhã ia a meio, quando é admitida uma mulher em TP, vinda do domicílio. A diminuição da percepção dos movimentos fetais foi o que a motivou a dirigir-se ao SUOG, onde se tentou detetar, sem sucesso, a FCF, e seguidamente se realizou ecografia abdominal que confirmou o diagnóstico. Num instante, o ambiente ficou tenso, pesado e desconfortável. O diagnóstico: morte fetal *in utero* às 38 semanas e 4 dias de gestação. A grávida foi acolhida em sala de partos onde se providenciaram todas as condições necessárias para tornar aquele momento um pouco menos doloroso, se é que é possível. Olhava a grávida e via-a perdida, sem compreender, mas, ao mesmo tempo, a saber. Perguntei a mim mesma: “Como se lida com isto? Como se minimiza esta dor?”. Lembro-me dos seus olhos azuis e tristes, da sua pele clara e húmida, e lembro-me de, a certa altura lhe ter perguntado: “Como posso ajudar?” Ao qual ela me respondeu: “Não me deixe sozinha, fique aqui comigo.” E fiquei, apenas. A certa altura, solicitou analgesia locorregional. Expliquei o procedimento, o que seria importante fazer, e, que estaria com ela o tempo todo. Depois da analgesia, já mais calma, olhou-me e disse: “Obrigada por estar aqui. Fez com que sentisse menos medo”. Não tive a possibilidade de acompanhar o TP até ao fim, mas fi-lo com total presença e humanidade no tempo que me foi possível. O registo desta situação serve apenas para me lembrar de que, por vezes, não descurando a dimensão técnica e científica, a vigilância do bem-estar materno-fetal e a prevenção de complicações, é só preciso *ser* e *estar* para se *cuidar*.

3.2.4 Cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O desenvolvimento de competências na prestação de cuidados no período pós-natal deu-se em contexto de BP, quando prestados cuidados no pós-parto imediato, e no serviço de internamento de puerpério.

O período pós-natal é caracterizado como o período que se inicia imediatamente após o parto, e em que ocorre, não só o reajustamento das estruturas anatómicas e dos processos fisiológicos, de forma contínua, como também um processo de aprendizagem de um novo papel, de integração da identidade materna/paterna e todo um enquadramento psicoemocional, familiar e social face às alterações implícitas ao nascimento de um bebé (Centeno, 2017; DGS, 2015; Lowdermilk & Perry, 2006). Apesar de ser considerado um acontecimento normativo no ciclo de

vida de uma família, o período pós-parto é intenso, complexo e imbuído de vulnerabilidade (OMS, 2015; Carvalho et al., 2006).

Neste contexto, o EEESMO surge enquanto prestador de cuidados de enfermagem especializados, com capacidade de mobilizar competências cognitivas, técnicas e relacionais no sentido de cuidar da puérpera/RN/família em processos de saúde-doença, promovendo a sua saúde, bem-estar e conforto, de prevenir e diagnosticar precocemente complicações pós-parto, e de promover a vivência positiva do período pós-parto, apoiando no processo de transição para a parentalidade (OE, Regulamento n.º 391/2019). O EEESMO é ainda dotado de competências que o permitem atuar junto da puérpera/casal considerando a sua unicidade, cuidando com sensibilidade cultural, de forma responsável e ética, dando real importância à necessidade da individualização dos cuidados (OE, 2015).

Desta forma, e durante o contexto de internamento de puerpério, tive a oportunidade de consolidar conhecimentos e desenvolver competências específicas no que diz respeito à promoção da saúde da puérpera e do RN, ao diagnóstico precoce, à prevenção de complicações no período pós-natal e à prestação de cuidados nas situações que poderiam afetar negativamente a saúde de ambos. Estas competências são alicerçadas nos saberes científicos, técnicos e humanos descritos no RCEEEESMO, evidenciado na competência n.º 4 “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (OE, Regulamento n.º 391/2019, p.13563).

No decorrer do estágio, tive o privilégio de prestar cuidados a 156 puérperas e a 147 RN, considerando cada momento de contacto, desde o acolhimento, no momento da admissão, até ao dia da alta, como uma oportunidade única de aprendizagem.

Tendo por base a humanização dos cuidados no pós-parto, o acolhimento assume-se como um momento de especial importância, quer para a adequação dos cuidados prestados à puérpera e ao RN, como para o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda (Medeiros, 2015). Desta forma, procurei, sempre, que este momento fosse realizado com tempo, presença, gentileza e respeito pela puérpera/RN/família, promovendo um ambiente seguro e uma relação de confiança, assegurando que as suas necessidades fossem compreendidas e as intervenções adequadas no sentido de as colmatar.

Após o acolhimento, importa que haja uma observação cuidada e avaliação pormenorizada da puérpera e RN, no sentido de identificar precocemente desvios da normalidade e estabelecer o plano de cuidados em conformidade (Freitas & Baptista, 2016b).

No que diz respeito à puérpera, um conjunto de cuidados foram tidos em consideração, nomeadamente: avaliação dos SV, de modo a identificar, precocemente, complicações; avaliação do bem-estar físico da puérpera, o seu desconforto, dor e o nível de energia sentido; avaliação da

pele e mucosas; observação das mamas, pelo risco de ingurgitamento mamário e alteração da integridade dos mamilos; avaliação do tónus uterino e da involução uterina; observação de sinais de distensão abdominal e, no caso de haver ferida cirúrgica abdominal (cesariana), vigilância de sinais inflamatórios; observação do períneo e a presença de episiorrafia e/ou reparação perineal de lacerações e hemorroidas, pelo risco da presença de sinais inflamatórios e/ou deiscência de sutura; observação das características dos lóquios; vigilância do padrão de eliminação vesical e intestinal; observação dos membros inferiores, presença de edemas, varizes e sinal de *Homans*, pelo risco de trombose venosa profunda (Freitas & Baptista, 2016b).

Em caso de parto distócico por cesariana, pela possibilidade de risco acrescido de complicações, houve uma maior exigência quer na vigilância e que nas atitudes terapêuticas. A possibilidade de hemorragias, lesão dos órgãos pélvicos, transtornos tromboembólicos e complicações infecciosas, estão em maior destaque e as primeiras 24 horas pós-cirurgia são cruciais (Lowdermilk & Perry, 2006).

Tendo em conta os cuidados prestados, foram desenvolvidas competências do EEESMO no que concerne a conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher e prevenir complicações após o parto (OE, Regulamento n.º 391/2019).

Do mesmo modo, era realizada uma primeira observação do RN aquando da sua admissão, em que eram avaliadas as características da pele, o choro, a respiração, a vitalidade, a manutenção da temperatura corporal, a eliminação vesical e intestinal, se iniciou, ou não, aleitamento materno e a sua adaptação.

Ao longo do estágio, foram surgindo várias oportunidades de executar outro tipo de procedimentos como colheitas de sangue ao RN, teste de diagnóstico precoce, monitorização do peso e cálculo da perda de peso ponderal, avaliação da saturação transcutânea periférica de oxigénio para o rastreio de cardiopatias congénitas.

Os momentos de partilha e de EpS ocuparam um lugar privilegiado, tendo sido abordados diversos assuntos, sempre no sentido da capacitação da puérpera para o seu autocuidado e rápida recuperação. Houve, então, a oportunidade de partilhar informação acerca das alterações físicas e psicoemocionais que caracterizam esta fase; das características dos lóquios e a sua durabilidade; dos cuidados necessários para a higiene do períneo; de estratégias de alívio da dor, quer no caso de presença de episiorrafia e/ou reparação perineal por laceração, ou hemorroidas, quer no caso de haver ferida cirúrgica abdominal; do aleitamento materno, dos seus benefícios e das alterações a nível mamário; da importância em manter uma alimentação nutritiva, assim como uma adequada hidratação; entre outros. Ainda houve espaço para elucidar acerca dos métodos contraceptivos que

figurassem como uma escolha segura e adaptada às necessidades específicas da puérpera/casal e do pós-parto, assim como das possíveis mudanças que ocorrem na esfera da sexualidade e da importância que a comunicação aberta e honesta, entre o casal, tem nesta fase.

Seja pelas diversas alterações físicas, hormonais, psico-socio-emocionais, seja pelo processo de adaptação a uma nova identidade e dinâmica familiar, no pós-parto, a puérpera encontra-se mais vulnerável e com maior suscetibilidade de desenvolver ou agravar perturbações psicológicas ou psiquiátricas (Leitão, 2016), tendo sido, por isso, uma preocupação, durante o estágio, a de abordar aspetos relacionados com o bem-estar emocional da puérpera, prestando os cuidados com presença e empatia; promovendo um ambiente favorável e estabelecendo uma comunicação terapêutica para que a puérpera se expressasse com abertura, honestidade e sem medo; providenciando tempo e espaço para escutar, compreender e validar as emoções sentidas pela puérpera; orientando e alertando para alguns sinais e sintomas, bem como dos recursos existentes na instituição e na comunidade. De facto, prevalece, na sociedade, a imagem de que a mulher vive a sua gravidez de forma positiva, não havendo espaço para que todas as transformações físicas e emocionais que sente tenham um impacto negativo na sua vida (Leitão, 2016). Mas a verdade é que cada mulher, tendo em conta o seu contexto social, as normas e valores pelas quais se rege, a sua experiência prévia e a sua emotividade, sente e vivencia a gravidez, o parto e o pós-parto de forma única e com espaço para uma pluralidade de emoções e reações (Silveira & Ferreira, 2011).

Tendo em conta o acima descrito, foi possível desenvolver competências do EEESMO no sentido de prestar suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos (OE, Regulamento n.º 391/2019).

No puerpério inicia-se um processo de construção e aprofundamento da relação entre os pais e o RN. É da responsabilidade do EEESMO acompanhar este processo e dotar os pais acerca das competências do RN, dos cuidados a serem prestados de forma segura e saudável e dos sinais de alerta (Cardoso & Nené, 2016). Assim, no que diz respeito aos cuidados ao RN, promoveram-se momentos de partilha e de EpS às puérperas/casal sobre o aleitamento materno, a alimentação, a eliminação vesical e intestinal, o peso, sinais de alerta, os cuidados a serem mantidos com o coto umbilical, os cuidados de higiene e conforto, o choro, o sono, as necessidades emocionais e de vinculação do RN, entre outros. Desta forma, foram desenvolvidas competências no que respeita a informar e orientar a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido, bem como informar, orientar e apoiar a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho (OE, Regulamento n.º 391/2019).

O processo de transição para a parentalidade, foi potenciado pela inclusão do pai ou convivente significativo nos cuidados, sempre que possível, concebendo e implementando

intervenções que promovessem a adequada adaptação à parentalidade, a adaptação do RN ao seio familiar e a criação do vínculo da tríade.

A preparação para a alta hospitalar acontece através de processos de EpS, e desde o primeiro contacto que é estabelecido, de acordo com as necessidades expressas pela família. A reflexão conjunta com a puérpera/família sobre a realidade após a alta, permite que se considerem, previamente, opções e estratégias que agilizem esta fase e a tornem mais positiva, além dos recursos existentes na comunidade, que se encontram aptos, para responder às necessidades da puérpera/família, assegurando a continuidade dos cuidados.

É de realçar o tema do aleitamento materno, uma vez que foi amplamente explorado durante o estágio. A amamentação é um ato natural, contudo requer determinados conhecimentos e técnicas que fazem do EEESMO um elemento fundamental para o seu sucesso (Freitas & Baptista, 2016a). O EEESMO tem a responsabilidade de capacitar a puérpera/família, no sentido da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, sempre que este seja reconhecido no projeto de maternidade de cada família, assim como de intervir com medidas corretivas ao processo de aleitamento materno, caso de justifique (OE, Regulamento n.º 391/2019).

Ainda que haja o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à amamentação (DGS, 2015), esta pode surgir como uma vivência e um processo que tem tanto de leveza, amor e entrega, como de frustração e insegurança.

Sinto que foi a área que existiu maior investimento, pela sua exigência, pela sua simultânea complexidade e simplicidade, pelas distintas necessidades de cada puérpera e de cada bebé, pelas expectativas criadas, pela bagagem emocional, social, física e mental que a amamentação traz consigo, pelo significado que cada puérpera/família dá a esta vivência.

Como mãe, mulher e profissional tenho presente a diversidade de desafios que o aleitamento materno pode trazer, assim como dos ganhos em saúde, pelo que este contexto foi rico em momentos de aprendizagem que permitiram, não só observar o impacto desta escolha pela puérpera/família, como também praticar, desenvolver a observação e olhar atento, adequar a pertinência das intervenções à unicidade e necessidade de cada bebé e puérpera, no fundo, desenvolver competências práticas e relacionais no apoio ao aleitamento materno.

A nível prático, houve oportunidade de abordar questões como o posicionamento mais favorável e sinais de pega adequados durante a mamada; a frequência das mamadas, assegurando 8 a 12 mamadas nas 24 horas, dando primazia à livre demanda; os cuidados à mama e estratégias para lidar com alterações da integridade (fissuras, maceração); e estratégias para prevenir e gerir tensão e ingurgitamento mamário.

A nível relacional e emocional houve a preocupação em perceber que tipo de necessidades e dificuldades estavam presentes e de incentivar a puérpera a expressá-las, em fazer perceber a puérpera que é um processo em que mãe e bebé estão a aprender e precisam do seu tempo, serenidade, confiança e apoio, mas que são capazes.

No puerpério, o EEESMO assume uma relação privilegiada com a puérpera/RN/casal, o que lhe permite identificar, precocemente, as suas necessidades, agindo no *timing* adequado e desempenhando um papel determinante na adaptação à parentalidade. O sucesso da implementação das intervenções do EEESMO depende não só da aquisição do conhecimento e das capacidades por parte da puérpera/casal, mas também da forma como o EEESMO transmite e valida este conhecimento (Sousa, 2018). Torna-se, então, imprescindível, que o EEESMO aperfeiçoe as suas competências comunicacionais, de modo a estabelecer o relacionamento de forma efetiva, proporcionando apoio, conforto, informação e confiança e dedicando o tempo devido para a discussão e esclarecimento de dúvidas (Sousa, 2018).

A passagem por este primeiro contexto, permitiu-me obter uma perspetiva ampla face à necessidade de cuidados de qualidade que exige, assim como da vastidão de unicidades que lhe é inerente. Não há uma puérpera igual a outra, assim como não há um bebé igual a outro, e este facto traz tanto de exigência como de beleza e riqueza.

3.2.5 Cuidado à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológico e durante o climatério

O cuidado especializado à mulher, inserida na família e na comunidade, que se encontra a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, no sentido de potenciar a sua saúde, foi implementado na admissão do SUOG.

No SUOG, foi possível contactar e cuidar de mulheres com diversas patologias e alterações ginecológicas, tais como: mioma uterino, metrorragias, mola hidatiforme, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, infeções vaginais, infeção da glândula de *Bartholin*, dor mamária, infeções sexualmente transmissíveis (como o herpes genital), cancro do colo do útero, entre outras.

Este contexto de cuidados pressupõe um cuidado à mulher em cooperação com a equipa multidisciplinar, essencialmente com a equipa médica, na realização de exames vaginais, como a realização de ecografia vaginal ou a colheita de espécimes para análise (exsudado ou tecido endometrial com microcureta *endosampler*). Após observação médica, eram prestados os cuidados necessários, como a administração de terapêutica prescrita, promovido o conforto e feita a estabilização hemodinâmica da mulher em SO. Caso houvesse necessidade de internamento, procedia à formalização do internamento e era feito o encaminhamento para o serviço de

Ginecologia. No caso de se tratar de uma situação que demandasse cirurgia imediata, era feita a preparação pré-operatória conforme protocolo institucional e a mulher era transferida para o bloco cirúrgico do bloco de partos ou para o bloco operatório central.

Independentemente da sintomatologia ou situação específica, procurei aconselhar acerca da importância e da adoção de estilos de vida saudáveis, da importância da vigilância da saúde ginecológica, assim como do reconhecimento de sinais e sintomas de alerta que possam evidenciar alterações na sua saúde.

Foi ainda possível, durante um turno, presenciar a consulta de patologia do colo do útero. A consulta iniciava-se com a apresentação dos profissionais envolvidos e com a contextualização da situação. No caso de existirem queixas específicas e historial clínico documentado, a consulta era orientada nesse sentido; caso contrário, em contexto de rotina e, na maioria das vezes, em consulta de seguimento, procedia-se a uma observação ginecológica geral. Nestas consultas eram realizados exames complementares de diagnóstico como as colposcopias, colpocitologias, Co-teste e biópsias. Era, também, disponibilizado um espaço para esclarecimento de dúvidas, periodicidade das consultas e tratamento a ser realizado. Ainda que não tivesse participado ativamente na consulta, pude verificar que a EEESMO desempenha um papel essencial, num contexto que, tantas vezes, perante a possibilidade de se estar confrontada com um processo de doença, é caracterizado por ansiedade e angústia, informando, esclarecendo e tranquilizando a mulher. Além de preparar todo o material necessário a cada procedimento, apoiar a mulher, e de colaborar com o médico na realização dos exames de diagnóstico, a EEESMO também procedia à realização dos ensinamentos para a alta, de forma autónoma, reforçando os cuidados após a consulta/procedimento, indo ao encontro do preconizado pelo RCEEEESMO no âmbito da conceção, planeamento, coordenação, implementação e avaliação de intervenções de proteção da saúde e informação e orientação da mulher sobre saúde ginecológica (OE, Regulamento n.º 391/2019).

O desenvolvimento de competências específicas no âmbito do cuidado especializado, no período do climatério, de modo a potenciar a saúde da mulher, apoiando-a no processo de transição de adaptação à menopausa (OE, Regulamento n.º 391/2019), foi concretizado, também, em contexto de admissão do SUOG.

Reconheço que foram escassas as oportunidades em que cuidei de mulheres a vivenciar o climatério, ainda assim, nos momentos de contacto e aprendizagem que surgiram, pude perceber o quão desinformadas as mulheres estavam acerca do seu ciclo vital, da fase de vida em que se encontravam, nem tão pouco percebiam a diferença entre menopausa e climatério, ou o que lhes está associado.

O EEESMO tem um papel fundamental no planeamento, na coordenação, na implementação e avaliação de intervenções que auxiliem o processo de transição, nomeadamente o esclarecimento, a transmissão de informação e a referenciação para outros profissionais quando necessário (OE, Regulamento n.º 391/2019). Importou, por isso, procurar informar e capacitar cada mulher no que diz respeito à sua saúde sexual, à fase da vida em que se encontrava e às possíveis alterações físicas e psíquicas decorrentes desta fase que, inevitavelmente, têm repercussões na vida da mulher.

Neste contexto, pude constatar que as mulheres eram motivadas a irem ao SUOG pelas seguintes situações: dor mamária, metrorragias, ardor e irritação vaginal, secura vaginal, disúria, infeções urinárias de repetição, cancro do colo do útero e dispareunia. Assim, a minha intervenção baseou-se, sobretudo, na orientação e partilha de informação à mulher com alterações associadas ao climatério, objetivando a proteção da sua saúde e prevenção de alterações; na identificação de alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério; no planeamento, implementação e avaliação de medidas de suporte emocional e psicológico à mulher, através da manifestação de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, que apoiassem a adaptação da mesma à situação clínica; e na cooperação com outros profissionais nos cuidados à mulher com complicações associadas ao climatério (OE, Regulamento n.º 391/2019).

3.2.6 Desenvolvimento de competências comunicacionais na prestação de cuidados à mulher/família, ao longo do seu ciclo de vida

Ao longo dos diversos contextos de estágio foram aproveitadas todas as oportunidades para mobilizar a temática em estudo. Por isso, ciente de que “comportamento gera comportamento”, procurei contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta as especificidades de cada serviço.

Antes de mais, importa salientar que devido à diversidade cultural das mulheres/famílias, que se reflete no seu comportamento, nas suas crenças, na forma como comunicam, que, cada vez mais, procuram os serviços de saúde e, neste caso, os diversos contextos de estágio, houve a preocupação constante em adaptar os cuidados e a linguagem utilizada, de forma a serem prestados cuidados culturalmente sensíveis e obter ganhos em saúde.

No contexto de CSP foi possível, na privacidade da consulta de vigilância integrada nos PPPP, estabelecer uma comunicação e relação próximas com a grávida/casal, elucidando-a para as eventuais dúvidas, enfatizando a necessidade de esta ser capaz de se expressar assertivamente, para que as suas necessidades fossem atendidas. Senti o PPPP como uma oportunidade de ouro

para promover a reflexão face a este assunto, aproveitando para incentivar à construção do plano de parto, ferramenta que, para além de ter um carácter legal, assume-se como a voz da grávida.

Na consulta externa de MMF e no internamento de grávidas, a linha de atuação seguiu a explicitada no parágrafo anterior.

No contexto de internamento de puerpério, a comunicação, junto das puérperas/famílias, deu-se em total presença e disponibilidade, com empatia, calma e tempo para elucidar dúvidas que surgiam e apaziguar ansiedades sentidas. Junto da equipa, apercebi-me que nem sempre era dedicado o devido tempo e consideração a uma comunicação efetiva, quer devido à dificuldade na gestão do tempo e às exigentes demandas do serviço, quer por não estarem despertados para o real impacto que uma comunicação efetiva tem nos cuidados de saúde e no apoio à transição e adaptação a esta nova fase, ou mesmo pelas dificuldades sentidas em estabelecer uma comunicação quando a diversidade cultural se fazia sentir com tanta força. Assim, foi desenvolvida uma sessão de EpS, presencial, direcionada à equipa de enfermagem, com o objetivo de sensibilizar para o período de transformação e vulnerabilidade que é o puerpério, consciencializar acerca do papel que o EEESMO/enfermeiro assume neste processo e partilhar estratégias comunicacionais que suportem este cuidar (Apêndices XII e XIII).

Por fim, em contexto de sala de partos, os cuidados foram prestados pautando pela proximidade e humanização no trato, pelo respeito pelos direitos e dignidade da mulher, tendo-se alcançado uma relação empática e de ajuda com todas as parturientes acompanhadas. Procurei conhecer a mulher/família e reconhecer as suas necessidades e preocupações em relação ao TP e parto e fiz chegar a cada uma delas a informação de que necessitavam, no sentido do seu empoderamento e promoção de maior satisfação materna. Foi também, enfatizada a importância do plano de parto, escrito ou verbal, por ser uma ferramenta de auxílio que, na verdade, contribui para que o EEESMO preste cuidados de excelência. Além disso, efetivou-se junto da equipa de enfermagem do SUOG, uma ação de formação sobre a influência da comunicação entre o EEESMO e parturiente, no TP e parto, onde foram partilhados os resultados da SR, dando destaque à importância da comunicação que é estabelecida em TP e quais as estratégias mais valorizadas pelas parturientes (Apêndices XIV e XV).

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Enfermagem como profissão e arte é regulada e sustentada quer pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (1996), quanto pelo Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), contemplando este último, de forma explícita, os valores e princípios éticos que regem a profissão, em todos os seus domínios e especialidades, indo, por sua vez, ao encontro do RCCEE (OE, Regulamento n.º 140/2019) o qual enuncia a competência de responsabilidade profissional, legal e ética.

A jornada académica explanada neste relatório teve como alicerces os pressupostos mencionados, havendo a procura constante da melhoria dos cuidados prestados, perante os quais procurei considerar e dignificar a mulher/família como um todo, respeitando a sua natureza “biopsicossocial, cultural e espiritual”, assim como aos seus valores universais (igualdade, verdade, justiça, liberdade, altruísmo e solidariedade), abstendo-me de fazer juízos de valor ou de fazer distinções pela sua posição “económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (OE, 2005, p.91). Partindo do pressuposto de que a ética orienta a forma de agir do ser humano, incluindo-se os processos de aprendizagem e de investigação desenvolvidos, é possível inferir que na procura pelo superior interesse da mulher/família estão subjacentes os princípios bioéticos para a prática de Enfermagem: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Assim, considero que nas relações estabelecidas com as mulheres/famílias, informei da condição de estudante e mestranda; procurei comunicar de forma assertiva e honesta; fomentei a construção de uma relação de confiança e parceria; procurei desenvolver atividades que capacitassem a mulher/família; transmiti informação adequada, pertinente, imparcial e científica, acerca dos cuidados prestados, objetivando a autodeterminação, o consentimento informado e a tomada de decisão; solicitei o consentimento prévio para cada intervenção; respeitei o sigilo profissional; procurei ter conhecimento acerca do PP, redigido ou não; procurei garantir cuidados adequados, seguros e dignos no decorrer da gravidez, parto e pós-parto, com ênfase no respeito pelas convicções e vontades da mulher/família; atentei para as minhas próprias limitações relativamente aos cuidados especializados prestados, garantindo o dever de incluir outros profissionais de saúde mais capacitados sempre que a situação assim o exigia, objetivando a salvaguarda da vida e segurança da mulher e do RN; e, por fim, procurei atualizar, constantemente, os conhecimentos para uma prática segura, através de pesquisa da melhor evidência científica, considerando-se as necessidades da população alvo com vista à promoção da sua saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso académico para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas em ESMO termina com a elaboração, apresentação e discussão pública do presente relatório. Nele tentei espelhar o percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo de um ano de estágio e, apesar de muito ficar por dizer, dada a diversidade de oportunidades, considero que cada uma dessas oportunidades contribuiu de forma valiosa para a construção da minha identidade profissional enquanto futura EEESMO, mas também enquanto pessoa que sente, que é e está ao serviço do outro.

Cuidar e apoiar a mulher/família num dos momentos mais significativo, impactante e, simultaneamente, vulnerável, das suas vidas, como é o nascimento de um filho, requer não só a mobilização de competências de uma enfermagem avançada e especializada em saúde materna e obstétrica, mas também a noção de que estamos perante um privilégio, o de presenciar o nascimento de uma nova vida e apoiá-la nesse processo, privilégio esse que traz consigo o compromisso de cuidar com empatia, amor, presença, responsabilidade, com o olhar amplo para a vastidão que é um ser humano.

Cuidar, neste contexto, à luz de Swanson remete para um cuidado que exige um estar efetivo, sem julgamento e um conhecimento profundo da pessoa cuidada, pois só assim se consegue respeitar as suas particularidades, expectativas e crenças, com dignidade. Foi com esta premissa que procurei orientar a minha prática, ao longo do estágio, procurando estar presente em cada momento de contacto e de cuidado, comprometida com a promoção do bem-estar da mulher/família e com a deteção precoce e prevenção de complicações.

O tema da Comunicação, mais concretamente, a influência da comunicação do EEESMO no TP e parto, surge por ser indissociável do cuidar. Afinal, “é impossível não comunicar”. Assumimos que se trata de um assunto tão óbvio, afinal, todos comunicamos. Mas, ainda assim, falta-nos a sensibilidade, o tempo, o espaço, o toque, a presença, o olhar que diz que estamos “só ali”, a palavra que informa e apazigua, o silêncio na medida certa, a pergunta que desbloqueia, a agilidade e perspicácia que percebe o sentir do outro apenas pelo seu movimento, inércia ou expressão, o querer fazer pelo outro em sua defesa, o acreditar que a pessoa de quem cuidamos tem, de facto, a capacidade inata de viver aquele momento, da melhor forma possível.

Deste modo, a conscientização acerca desta temática, junto dos vários intervenientes dos cuidados, incluindo a mulher/família, foi uma constante, quer através de sessões de EpS, em contexto de formação em serviço, quer através do contacto direto, na prestação de cuidados, em que incentivei à comunicação aberta e sincera, em todos os momentos, e à construção assertiva do plano de parto, como estratégias essenciais para o sucesso dos cuidados.

No que diz respeito à atuação do EEESMO, importa que este compreenda que todo o comportamento comunica e toda a comunicação influencia o comportamento, sendo esta compreensão essencial para a interação entre este e a mulher/família, especialmente num momento tão vulnerável como pode ser o do TP e parto.

A obtenção de saberes e de competências descritas no RCEEEESMO, relativamente ao cuidado à mulher nas diferentes etapas do seu ciclo vital, foi concretizada através da prática clínica pelas inúmeras oportunidades de aprendizagem que os diversos campos de estágio proporcionaram, a par da pesquisa constante de evidência científica, podendo-se afirmar que foram alcançados os objetivos previamente definidos, isto é, desenvolver competências comuns e específicas na área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, deliberadas pela OE e competências de Mestre. Saliento uma competência explanada no RCCEE que remete para a necessidade e importância de primar e desenvolver competências de autoconhecimento, no sentido de ter consciência de nós mesmos enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecendo as nossas idiossincrasias, limitações e crenças e sabendo que estas influenciam, inevitável e profundamente, a comunicação estabelecida e a construção dos processos de ajuda.

No que diz respeito às limitações encontradas, saliento a inexperiência na concretização de um trabalho com tal rigor científico e metodológico, aliado à necessidade de agilizar o tempo de trabalho, o tempo de vida familiar e o tempo de estudo. Foram muitos quilómetros percorridos, muitas horas de estrada, muito tempo de estudo e trabalho, muitas lágrimas, muitas histórias de embalar que ficaram por ler. Foram muitas alegrias também, muitas conquistas e um sentimento de superação inabalável.

Finalizo sabendo que há, ainda, um longo caminho a percorrer, diria mesmo, um caminho que não tem fim. O primeiro passo está dado e é ao caminhar, um passo de cada vez, que se avança no sentido de uma vida com mais significado. Barros (2020), no seu livro, refere que para nos tornarmos em qualquer coisa precisamos ser “atravessados” por ela. Realmente, só se aprende a ser mãe sendo, só se aprende a cuidar cuidando, só se aprende a partear partejando, só se aprende a ser EEESMO sendo EEESMO. E fico, genuinamente, feliz por me comprometer e por saber que terei toda uma vida para aprender e para me ir tornando, cada dia que passa, um pouco melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, A., Druye, A., Kumi-Kyereme, Osman, W., & Alhassan, A. (2021). Nursing and Midwifery Students' Satisfaction with Their Clinical Rotation Experience: The Role of the Clinical Learning Environment. *Nursing Research and Practice*, 7258485. <https://doi.org/10.1155/2021/7258485>
- Alligood, R. (2014). *Nursing Theorists: and theirs work* (9ª ed.). Missouri: Elsevier
- Amaral, A. & Martins, C. (2016). Manutenção das Necessidades da Parturiente. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 400-406). Lidel
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., Chandrachan, E., & FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26433401/>
- Baranowska, B.; Pawlicka, P.; Kiersnowska, I.; Misztal, A.; Kajdy, A.; Sys, D.; Doroszewska, A. (2021). Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum. *Healthcare*, 9(4), 382. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040382>
- Barros, L. (2020). *Eu não nasci mãe*. Companhia Editora Nacional. 1ª Edição. São Paulo
- Bessera, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Barbosa, A. (2020). Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 73(5), <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>

- Bessera, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Pinheiro, A. K. (2019). Comunicação não verbal enfermeiro-parturiente no trabalho de parto em países lusófonos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 73:e3193. DOI: [10.1590/1518-8345.3032.3193](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3032.3193)
- Broca, P. & Ferreira, M. (2015). Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(3):467-474 DOI: 10.5935/1414-8145.20150062
- Buckley, S. (2015). *Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care*. Washington, DC: Childbirth Connections Programs, National Partnership for Women & Families
- Camacho, E., Teixeira, W., Gusmão, A., C., Carmo L. F., Cavalcante, R. L. & Silva, E., F. (2019). Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto. *Nursing (São Paulo)*. 22(257), 3192–3197. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3192-3197>
<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/382>
- Campos, D. L. (2020). *Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34033/1/BCTFC140.pdf>
- Cardoso, A. & Nené, M. (2016). Promover o Desenvolvimento das Competências Parentais. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 481-484). Lidel
- Caron, O. A. & Silva. I. A. (2002). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4):485-92. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000400004>

- Carvalho, P., Loureiro, M. & Simões, M. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*. 5(2), 39-49. https://psicologiaeducacao.ubi.pt/Ficheiros/ArquivoHistorico/VOL5/PE%20VOL5%20N2/PE%20VOL5%20N2_index_5_.pdf
- Castelo Branco, J. S., Silva, L., Silva, J. L., Sousa, K. K., Sousa, M. C., Araújo, R. & Gomes, R. (2022). The importance of a birth plan for the parturient's autonomy. *Research, Society and Development* 11(7), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30102>
- Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In L. Graça. *Medicina Materno-Fetal*. (5ª Edição, pp. 280-287) Lisboa: Lidel.
- Červený, M., Kratochvílová, I., Hellerová, V., & Tóthová, V. (2022). Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: A scoping review of literature 2011-2021. *Front Psychol*. 13: 936181. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.936181>
- Coelho, M. T. (2015). *COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS*. [Tese de doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/82004?mode=full>
- Coelho, M. T. & Sequeira, C. A. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (31), 31-38. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril. *Diário da República*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional Para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/emdestaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixorisco-pdf11.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto – CRPP: Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2023). Norma 001/2023: Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf

Fatela, A., Neves, A., Couto, D., Arteiro, D., Águas, F., Geraldês, F., Ramilo, I., Carvalhos, M. J., Caramelo, O., Gonçalves, S. & Ramos, V. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Secção Portuguesa de Menopausa. Loures Gráfica, Sociedade de Artes Gráficas, Lda ed. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 308-320). Lidel

Ferreira, S. S. (2016). Métodos Não Farmacológicos de Alívio de Dor. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 416-424). Lidel

Ferreira-Couto, C., & Fernandes-Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 16.

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lisboa, Lusodidacta.

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Lusodidacta.
- Freitas, M. J. & Baptista, M. C. (2016a). Avaliação e Estabilização de recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 487-491). Lidel
- Freitas, M. J. & Baptista, M. C. (2016b). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-Nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 455-472). Lidel
- Frello, A. T., Carraro, T. E. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4):660-8. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056>
- Garrett, A. R., & dos Santos, M. A. F. (2021). A influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto: uma *scoping review*. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 21(1), 71-84. <https://doi.org/10.53795/rapeo.v21.2021.15>
- Gazzola, L. P. L., Leite, H. V., & Gonçalves, M. G. (2020). Comunicando más notícias sobre malformações congénitas: reflexões bioéticas e jurídicas. *Revista Bioética*, 28(1), 38- 46. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281365>
- Guerra, A. (2016). A Dor em Obstetrícia. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 408-410). Lidel
- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. (5ª Edição) Lisboa: Lidel.
- Graça, L. & Santo, S. (2017). Monitorização fetal intraparto. In L. Graça. *Medicina Materno-Fetal*. (5ª Edição, pp. 241-259) Lisboa: Lidel.
- International Confederation of Midwives (2019). *Essential Competencies for Midwifery*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf

Instituto Nacional de Estatística (2023). *População estrangeira com estatuto legal de residente, por Local de residência e Nacionalidade*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010247&contexto=bd&selTab=tab2

Joanna Briggs Institute (2024). *JBI manual for evidence synthesis: 2024 Edition*. Austrália: jbi.global.
<https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>

Joint Quality Initiative (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. Report 2004. Draft 1. Dublin.
http://www.museologiaportugal.net/files/shared_dublin_descriptors_for_short_cycle_first_cycle.pdf

Lei nr. º 110/2019 de 9 de setembro (2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à [Lei n.º 15/2014](#), de 21 de março. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 172 de 9-09-2019), 94-101.
<https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre/pt/html>

Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 443-454). Lidel

Lemos, L. & Cunha, A. C. (2015). Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 35(4): pp. 1120-1138
<https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comité português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
<https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Lusodidacta

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

- Maputle, M. (2018). Support Provided by Midwives to Women during Labour in a Public Hospital, Limpopo Province, South Africa: A Participant Observation Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1860-8>
- Medeiros, A. (2015). *ACOLHIMENTO À PARTURIENTE NA SALA DE PRÉ PARTO, PARTO E PÓSPARTO (PPP) DA MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA*. [Trabalho de conclusão de curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica]. Universidade Federal de Minas Gerais e Fundação Universidade Federal de Rondônia
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 335-347). Lidel
- Nunes, J. M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/livrocomunic.pdf>
- Oliveira, Y., Celino, S. & Costa, G. (2015). Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 307-320. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100017>
- OMS (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505?sequence=12>
- OMS (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- Oliveira, T., Silva, A. L., Oliveira, J., Pereira, E. & Trezza, M. C. (2018). A Assistência de Enfermagem Obstétrica à Luz da Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson. *Enfermagem Foco*, 9(2): 03-06.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Pedro, L. & Oliveira, S. (2016). Função da Dor no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 413-415). Lidel

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Pinheiro, A. & Sardo, D. (2020). Plan de Nascimento: Una mirada de los Profesionales de la Salud en Portugal. *Rev ROL Enferm* 43(1): 24-31.

Potter, P. & Perry, A. (2018). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. (9ª ed.). Loures: Lusociência

PORDATA. (2023a). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*.

<https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela>

PORDATA. (2023). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por nacionalidade da mãe*.

<https://www.pordata.pt/portugal/nados+vivos+de+maes+residentes+em+portugal+total+e+por+nacionalidade+da+mae-2512>

Prada, F. & Rafael, M. (2016). Partograma. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 348-352). Lidel

Ramos, N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-legere*, 1(11). 30- 51.

<https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4300>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª Série (N.º 26 de 06-02-2019)*, 4744-4750.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República, 2ª série (N.º 85 de 03-05-2019)*, 13560-13565. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

<https://dre.pt/application/file/a/122216819>;

Reis, R. (2017). O Papel do Enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa – gestante. *International Journal of Health Management Review*. 3(2): p.1-32. DOI: <http://doi.org/10.21902/jhmreview.v3i2.125>

Rezende, R., Oliveira, R., Araújo, S., Guimarães, T., Santo, F. & Porto, I. (2015). Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à Comunicação da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 490-496.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/LW3tyC4GHR9dTtRymTRgRfK/?format=pdf&lang=pt>

Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3).

Santos A. C., Nascimento, C. D., Campos, T. & Sousa, N. N. (2021). Actuação da enfermagem no uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. *Brazilian Journal of Development*. 7, 9505-9515.

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23722/19060>

Sequeira, C. (2014). Comunicação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (12), 06-08. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/317471426_Comunicacao_terapeutica_em_saude_mental/links/59426726aca272a87300eb3f/Comunicacao-terapeutica-em-saude-mental.pdf

- Silva, M., Vieira, B., Alves, V., Rodrigues, D., Vargas, G., & Sá, A. (2013). A PERCEPÇÃO DE GESTANTES DE ALTO RISCO ACERCA DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO. *Revista Enfermagem UERJ* 21(2):792-797 <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/12295/9571>
- 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>
- Silveira, C. & Ferreira, M. (2011). Auto-Conceito da Grávida – Factores Associados. *Millenium*, 40: 53-67 <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8219/5834>
- Silveira, S.K. & Júnior, A.T. (2020). Monitorização fetal intraparto. *FEMINA*, 48(1), pp. 59-64. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>
- SNS (2023). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt-+pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=no_de_partos&refine.tempo=2023&refine.instituicao=Centro+Hospitalar+Universit%C3%A1rio+do+Algarve,EPE
- SNS (2024a). Unidade Local de Saúde Algarve. *Instituição*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- SNS (2024b). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt-+pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=no_de_partos&refine.tempo=2024&refine.instituicao=Unidade+Local+de+Sa%C3%BAde+do+Algarve,+EPE
- SNS (2024c). Unidade Local de Saúde Algarve. *Obstetrícia*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/servicos-clinicos/obstetricia-2/>
- SNS (2024d). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/951/50004/5080851/Pages/default.aspx~>

- Sousa, C. A. (2018). *O ENFERMEIRO DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO – DA NECESSIDADE DE CUIDADOS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto
- 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://prd-medweb-cdn.s3.amazonaws.com/documents/evidencebasedpractice/files/KS_Nursing%20as%20Informed%20Caring.pdf
- Thorbjörnsdóttir, K. E., Karlsen, I. E., Dahl, B., Røseth, I. (2020). “Talk to me, not at me”: obese women’s experiences of birth and their encounter with birth attendants – a qualitative study. *INTERNATIONAL JOURNAL OF QUALITATIVE STUDIES ON HEALTH AND WELL-BEING*, VOL.15, 1845286 <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1845286>
- Trindade, C., Cardoso, L., Costa, V., Rosa, L., Pozzobon, D. & Trindade, L. (2020). Equipe de Enfermagem: a comunicação na assistência à parturiente. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 551-562. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-043>
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. D. (1998). *Pragmática da Comunicação Humana: Um estudo dos padrões patológicos e paradoxos de interação*. São Paulo: Cultrix.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Projeto Individual de Estágio

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Projeto Individual de Estágio

Mestranda:

Sara Maia Miranda

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Projeto Individual de Estágio

Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Mestranda:

Sara Maia Miranda

Nº mec.: 220000083

Professora Orientadora:

Teresa Margarida Carreira

Santarém, outubro de 2023

LISTA DE ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACEESMO – Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CHXX – Centro Hospitalar XX

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

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

FUC – Ficha da Unidade Curricular

IMC – Índice de Massa Corporal

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIE – Projeto Individual de Estágio

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

SV – Sinais Vitais

TP – Trabalho de Parto

UCERESMO – Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	10
2 – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO – PLANO DE ATIVIDADES	15
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (UCERESMO), inserida no 9º curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), do 2º ano do ano letivo 2023/2024, da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), pressupõe-se a realização de um Projeto Individual de Estágio (PIE).

O presente documento materializa esse mesmo projeto, realizado sob a orientação da Professora Teresa Margarida Carreira, no qual foram mobilizados conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), das metodologias de investigação, formação e gestão.

A sua elaboração surge com o intuito de definir os objetivos específicos para cada contexto de estágio da UCERESMO e delinear as atividades a desenvolver, assim como os recursos necessários e a calendarização das mesmas, no sentido de orientar a prática e a aprendizagem numa lógica coerente e planeada, permitindo a aquisição de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), ao longo do ensino clínico (EC).

A UCERESMO decorre entre o dia 19 de setembro de 2023 e o dia 12 de julho de 2024, num total de 1106 horas, das quais 36 horas são de orientação tutorial (OT), 30 horas são de Seminário (S), 40 horas de trabalho de campo (TC) e, por fim, 1000 horas de estágio distribuídas de acordo com os seguintes contextos:

- **Contexto de estágio I: ESMO no Puerpério** – Hospital da Região Sul, Serviço de Obstetrícia – Unidade de Puerpério (25 de setembro a 27 de outubro de 2023) – 150 horas;
- **Contexto de estágio II: ESMO na Comunidade** – Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Região Sul – (30 de outubro a 8 de dezembro de 2023) – 150 horas;
- **Contexto de estágio III: ESMO na Gravidez Patológica** - Hospital da Região Sul, Serviço de internamento de Medicina materno-fetal e Consulta externa de Obstetrícia (11 a 15 de dezembro de 2023 e 3 de Janeiro a 2 de Fevereiro de 2024) – 150 horas;
- **Contexto de estágio IV: ESMO em Ginecologia** - Hospital da Região Sul, Consulta Externa de Ginecologia (5 a 16 de fevereiro de 2024) – 50 horas;
- **Contexto de estágio V: ESMO na Sala de Partos** - Hospital da Região Sul, Bloco de partos e Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (19 de fevereiro a 12 de julho de 2024) – 500 horas.

Os objetivos específicos e as atividades a desenvolver no âmbito da UCERESMO têm como base as linhas orientadoras do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (OE [Ordem dos Enfermeiros], 2019a), do Regulamento de Competências Específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) (OE, 2019b) e da Ficha da Unidade Curricular (FUC) disponibilizada pela ESSS.

As **competências comuns** definem-se como “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da investigação, de formação e assessoria (OE, 2019a, p.4745).

Já as **competências específicas** entendem-se como sendo aquelas 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, 2019a, p.4745).

Por conseguinte, e tendo em conta os documentos orientadores, foi definido como **objetivo geral** da UCERESMO a aquisição e desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas, relacionais e comunicacionais, baseadas em sólidos conhecimentos orientados pela evidência científica, pela ética e deontologia profissional, que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/mãe/casal/recém-nascido (RN)/família e comunidade, através de intervenções autónomas – nas situações de baixo risco (que envolvam processos fisiológicos e de vida normais) e interdependentes – nas situações de médio e alto risco (que envolvam processos patológicos ou disfuncionais do ciclo sexual e reprodutivo da mulher), apoiando a vivência de processos de saúde-doença, durante o ciclo sexual e reprodutivo (OE, 2019b).

Como **objetivos específicos transversais** a todos os contextos de estágio foram definidos os seguintes:

- Conhecer a estrutura física, dinâmica e organizacional de cada contexto de estágio;
- Integrar a equipa multidisciplinar que presta cuidados à mulher/casal/RN/família em cada contexto de estágio;
- Desenvolver competências ao nível da área da gestão de recursos e de cuidados, visando uma contínua otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Desenvolver competências na área da formação em ESMO;
- Desenvolver e demonstrar capacidade de reflexão e análise crítica sobre o percurso percorrido e desempenho durante o estágio, numa perspetiva de evolução e melhoria contínua;
- Desenvolver competências na área de investigação em ESMO tendo em conta a temática selecionada.

Para cada contexto de estágio foram definidos objetivos específicos atendendo às suas especificidades:

- **Contexto de estágio I: ESMO no Puerpério**
 - Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam cuidar da mulher puérpera/RN/casal/família em processos de saúde-doença, promovendo a saúde, bem-estar e conforto;
 - Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam prevenir e/ou diagnosticar precocemente complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;
 - Desenvolver competências relacionais e comunicacionais que permitam promover a vivência positiva do período pós-parto e apoiar no processo de transição para a parentalidade.

- **Contexto de estágio II: ESMO na Comunidade**
 - Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais para a promoção da saúde da mulher/casal no âmbito da saúde sexual, no planejamento familiar e durante o período preconcepcional;
 - Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais para a promoção da saúde da mulher/casal durante o período pré-natal;
 - Desenvolver competências cognitivas, relacionas e comunicacionais no âmbito dos Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade.

- **Contexto de estágio III: ESMO na Gravidez Patológica**
 - Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados à mulher grávida/feto/família em situação de risco, em contexto de internamento e consulta de ambulatório hospitalar.

- **Contexto de estágio IV: ESMO em Ginecologia**
 - Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados especializados no âmbito da ginecologia, à mulher/família, em contexto de consulta de ambulatório hospitalar.

- **Contexto de estágio V: ESMO na Sala de Partos**

- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no acolhimento da mulher grávida/parturiente e pessoa significativa, 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 e pessoa significativa no 1º estágio do Trabalho de Parto (TP), promovendo o seu bem-estar e conforto;
- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher parturiente e pessoa significativa no 2º estágio do TP, promovendo o seu bem-estar e conforto e facilitando a adaptação do RN à vida extrauterina;
- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher parturiente e pessoa significativa no 3º estágio do TP;
- Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher puérpera/RN/pessoa significativa 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 RN e até às duas primeiras horas de vida na adaptação à vida extrauterina.

No sentido de desenvolver competências na área da investigação em ESMO, pressupõe-se, ainda, o estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica, escolhido de acordo com a realidade e necessidade existente nos contextos de estágio, considerando, também, as minhas motivações pessoais e profissionais.

Foram algumas as temáticas que surgiram como possibilidades, no entanto, uma destacou-se pela intemporalidade, pela sua importância, pela sua presença em tudo e em todos os momentos e pelo facto de sentir que, ainda que seja algo inerente ao ser humano, há ainda tanto caminho a ser trilhado. Neste sentido, surgiu a temática: **“Experiência de parto positiva: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto”**.

Segundo Phaneuf (2005, p.23), “A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”.

De acordo com o RCEEEESMO (2019b), o EEESMO assume, por excelência, no seu exercício profissional, a prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito da sua saúde sexual e reprodutiva, estando, por isso, presente em diversos e importantes momentos da vida da mulher/família. Um desses momentos é o trabalho de parto e parto, durante o qual o EEESMO cuida a mulher, garantindo a assistência em ambiente seguro, numa base de confiança, empatia e respeito, no sentido de promover a saúde da parturiente e do feto/RN e, concomitantemente, contribuir para uma experiência de parto positiva (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [RPQCEESMO], OE, 2021; OE, 2019b).

O RPQCEESMO (OE, 2021, p.17), enfatiza, ainda, que “a comunicação é a base da relação terapêutica”, devendo ser pautada pelo respeito, gentileza e dignidade.

Ainda que esteja presente nos cuidados, nem sempre a comunicação se assume como terapêutica, pois para o ser, não deverá ser um ato improvisado, mas sim algo estruturado, consciente e intencional, percecionando as especificidades de cada pessoa e dando resposta às suas necessidades (Coelho, 2015; Serra e Albuquerque, 2006, citados por Campos, 2020).

A compreensão, por parte do EEESMO, de que todo o comportamento comunica e toda a comunicação influencia o comportamento, é essencial para a interação entre este e a mulher/família, especialmente num momento tão vulnerável como pode ser o do trabalho de parto e parto. Esta interação pressupõe a mobilização da comunicação terapêutica como ferramenta essencial que, no contexto descrito, promove a construção de uma relação de ajuda, favorece um ambiente acolhedor e seguro, potencia o envolvimento da mulher no seu próprio processo, influenciando, diretamente, a vivência da experiência de parto (OMS, 2018).

Cuidar e comunicar surgem, então, ligados, uma vez que a comunicação terapêutica é concretizada quando se cuida “de verdade”, desejando compreender a pessoa cuidada e as situações pelas quais se confronta (Coelho, 2015, citando Jasmine, 2009; Swanson 1991).

Tendo em conta o descrito, fez sentido mobilizar a Teoria do Cuidado de Kristen Swanson como referencial teórico de enfermagem que norteará a prática e a investigação.

A Teoria do Cuidar de Kristen Swanson foi eleita pelo seu caráter contributivo na práxis da Enfermagem e na arte do cuidar, sublinhando que o “cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (Swanson, 1993, pp.354).

Swanson (1991) afirma que conhecer o outro na prática de enfermagem é centrarmo-nos na pessoa cuidada tentando compreendê-la e às situações com as quais se confronta, sem julgamentos prévios, defendendo a prestação de cuidados de enfermagem digna, respeitosa e no sentido da capacitação da mulher (Alligood & Tomey, 2018; Swanson, 1993). A teoria defendida por

esta autora, considera a mulher como um ser único com capacidade e liberdade na escolha do seu caminho e na definição dos processos de cuidados. Os pressupostos da teoria de Swanson são cinco: o **Conhecer**, no sentido de procurar compreender o significado de um evento na vida do outro; o **Estar Com**, tem por suposição estar emocionalmente presente e disponível para com o outro; o **Fazer Por**, tem por significado o fazer pelos outros o que ele faria por si mesmo, incluindo e antecipando as suas necessidades, confortando, atuando com habilidade e competência, protegendo aquele que é cuidado e respeitando a sua dignidade; o **Possibilitar**, é apoiar a pessoa cuidada em eventos desconhecidos e imprevisíveis, como o trabalho de parto e parto, suportando a pessoa pelas transições da vida, informando, explicando e validando sentimentos; por último, o **Manter a Crença**, manter a fé na capacidade da pessoa em conseguir experienciar um acontecimento ou fase, para enfrentar um futuro com mais significado (Allgood & Tomey, 2018).

Tendo definido como título “Experiência de parto positiva: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto: uma scoping review”, do ponto de vista metodológico, será efetuada uma Scoping Review construída com base nas diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI, 2021), com o objetivo de mapear a evidência científica mais atual sobre de que forma a comunicação influencia o trabalho de parto e parto. A etapa subsequente consiste na formulação da questão de pesquisa, que se baseou na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC) (JBI, 2020), como elementos de inclusão. Tendo por base esta premissa, a seguinte questão de partida foi formulada: “Qual a influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto?”, na qual a população se refere às puérperas; a comunicação, o EEESMO, o TP e parto correspondem aos conceitos e o contexto objetiva-se em todos os contextos clínicos de trabalho de parto e parto.

Ao longo do ensino clínico será desenvolvido um Relatório de Estágio, com base no presente PIE. Este descreverá as atividades/ações desenvolvidas em cada contexto, ilustrando as experiências vividas e o processo de aprendizagem desenvolvido, procurando mobilizar competências comuns e específicas do EEESMO e um olhar crítico e de reflexão sobre a ação, tendo sempre presente os pressupostos da Teoria de Swanson.

Este projeto está estruturado em quatro partes: na primeira, a presente introdução; na segunda encontra-se uma breve caracterização dos contextos de estágio. A terceira parte descreve as atividades a desenvolver em cada contexto, com vista a cumprir os objetivos definidos. Por último, as considerações finais reconhecendo a mais-valia do presente projeto, no entanto, salvaguardando o seu carácter mutável.

1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

A possibilidade de, durante o EC, experienciar um vasto número de experiências, em diferentes campos de estágio, prevê, à partida, um enriquecimento profissional e pessoal, quer pela diversidade das equipas de saúde, quer pelas distintas metodologias de prestação de cuidados, adequadas a cada realidade organizacional e populacional. Revela-se, por isso, fundamental, enquadrar e caraterizar, brevemente, os contextos de estágios.

1.1. CARATERIZAÇÃO CENTRO HOSPITALAR XX, E.P.E. – UNIDADE DE X

O Hospital de XXXX é uma das unidades hospitalares incorporadas no Centro Hospitalar XX, E.P.E, que integra o Sistema Nacional de Saúde (SNS), fruto da reorganização da rede hospitalar levada a cabo pelo governo português, em 2017, por forma a otimizar a gestão, racionalizar recursos e diminuir custos associados à região (SNS, 2023).

O CHXX, E.P.E é considerado uma pessoa coletiva de direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial de carácter empresarial, sendo um dos centros hospitalares de referência do SNS (SNS, 2023).

Procura assegurar a resposta assistencial e a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, aos dezasseis concelhos da Região Sul do país, com cerca de 467.000 habitantes, para além da população acrescida de turistas, que visita a região ao longo do ano, especialmente na época balnear, levando a que os cuidados sejam procurados por utentes/mulheres/casais fora da sua área de residência (SNS, 2023; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

Tem, também, como objetivos promover o desenvolvimento e a motivação dos seus colaboradores; melhorar a eficiência económico-financeira, tentando rentabilizar, de forma eficaz e eficiente, os recursos disponíveis; e colaborar na formação contínua dos profissionais de saúde (SNS, 2023).

1.1.1. Caraterização do Serviço de Obstetrícia – Unidade de Puerpério

A procura da excelência e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados assume-se como uma constante no serviço de obstetrícia do CHXX - Unidade de (SNS, 2023a).

Sendo constituído por uma equipa de médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais, o serviço de obstetrícia do CHXX – Unidade de X tem como missão a

assistência às grávidas no período pré-concepcional, na gravidez, no parto e no pós-parto. É alicerçado no trabalho em equipa e na multidisciplinaridade, articulando-se com os serviços de pediatria, neonatologia, ginecologia, anestesiologia, psicologia clínica, psiquiatria, cirurgia geral e de medicina interna, diabetologia e nutrição (SNS, 2023a).

Encontra-se situado no quinto piso do edifício principal, onde é possível encontrar o Serviço de Ginecologia, Serviço de Obstetrícia - Grávidas, Serviço de Obstetrícia - Puerpério e o Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, onde se inclui também o bloco de partos.

No que concerne, mais especificamente, à equipa do serviço de obstetrícia - puerpério, esta é constituída por enfermeiros, médicos obstetras e pediatras, assistentes operacionais e técnicas. A equipa de enfermagem é composta por vinte e duas enfermeiras de cuidados gerais, duas EEESMOs, uma EEESMO a exercer funções de gestão e duas enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No turno da manhã, habitualmente, encontram-se a prestar cuidados, quatro ou cinco enfermeiras de cuidados gerais, de acordo com as necessidades do serviço e os recursos humanos disponíveis, havendo o cuidado de escalar um EEESMO, na maioria dos turnos da manhã e nalguns turnos da noite. Nos turnos da tarde e noite encontram-se a prestar cuidados três enfermeiras.

O serviço é composto por 34 unidades de internamento divididas em 10 enfermarias de 3 unidades e 4 quartos individuais. Conta ainda com um gabinete da Enfermeira Gestora, um gabinete médico, duas salas de trabalho de enfermagem, uma sala de cuidados ao recém-nascido - destinada à sua observação, banhos, pesagem, colheitas de sangue, rastreio precoce, entre outros cuidados - , um gabinete destinado ao “Nascer Cidadão”, onde é possível registar os bebés, uma copa , três casas de banho, uma sala de sujos, uma rouparia e uma sala para armazenamento de consumo clínico. Para além do descrito, possui um gabinete onde funciona o Cantinho da Amamentação, com um horário de funcionamento das 9:00h às 17:00h. Este espaço é dedicado às mães e bebés, de todas as idades, que sintam que, nalgum momento, precisem de apoio na amamentação. No momento da alta, esta informação é transmitida a todas as puérperas/casais, bem como o contacto telefónico de modo a que possam entrar em contacto para esclarecimento de questões e/ou resolução de problemas que possam surgir. Poderá ainda, caso seja pertinente, ser efetuada a marcação de uma consulta presencial, onde é prestado apoio nas dificuldades da amamentação, é observada e avaliada a mamada, é feita a observação e avaliação da puérpera e do RN e onde são efetuadas sugestões e esclarecidas dúvidas. Para além disso, cerca de três dias após a alta, são contactadas as puérperas, de modo a perceber a adaptação à nova dinâmica familiar, como está a correr a amamentação, se a vigilância do bebé e da puérpera está orientada e assegurada pelos cuidados de saúde primários, etc. Além do descrito, este espaço, é também destinado ao projeto denominado “Alta Segura”, no qual se preconiza a educação para a saúde (EpS), direcionada aos

pais, acerca dos cuidados a ter com a segurança e a prevenção de acidentes em casa e na rua, onde se inclui, nomeadamente, a correta colocação dos bebés no sistema de retenção de criança (SRC). Este ensino, é realizado no dia da alta, por uma enfermeira com formação pela APSI “Alta Segura”, em que para além da exposição de um vídeo que aborda questões de segurança e formas de prevenir acidentes, pretende-se que os casais/pais, coloquem em prática o ensino acerca da correta colocação quer do recém-nascido no SRC, quer do SRC em banco demonstrativo.

Os registos de enfermagem são efetuados informaticamente no SClinco®.

O internamento no serviço, ocorre por puérperas transferidas do bloco de partos, após cumprirem o pós-parto imediato, confirmando-se a estabilidade hemodinâmica, sendo transferidas juntamente com o recém-nascido (salvo nas situações em que este necessite de cuidados diferenciados no Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica) ou por puérperas com necessidade de reinternamento durante o puerpério mediato ou tardio.

No que concerne às puérperas transferidas do bloco de partos, o protocolo do serviço preconiza que, caso não haja intercorrências, quando o parto ocorre por via vaginal, o internamento decorra por um período de 48 horas, aumentando esse período para 72 horas nos partos por cesariana. A alta ocorre no dia em que completa esse período, contudo só é efetivada quando é completado antes das 17:00h do dia, caso contrário, a alta ocorre no dia seguinte. Estes critérios foram estabelecidos por uma questão de gestão de cuidados e organização do serviço, nomeadamente pela disponibilidade dos profissionais de saúde, em conseguir fazer uma correta avaliação da puérpera e recém-nascido para garantir uma alta segura.

Importa referir que, nos últimos anos, tem-se assistido a um movimento migratório cada vez maior, pelo que os cuidados são prestados a puérperas de diferentes nacionalidades, tais como, portuguesa, holandesa, ucraniana, indiana, nepalesa, ucraniana, brasileira, entre outras. Este facto, apela, ainda mais, a uma prática de enfermagem especializada que assegure o respeito pela identidade cultural, pelos valores, costumes, necessidades espirituais e individualidade das famílias (OE, 2019a).

1.1.2. Caracterização do Serviço de Obstetrícia – Unidade de Grávidas e Ginecologia

A unidade de grávidas e ginecologia do serviço de Obstetrícia do CHXX, destina-se ao internamento durante a gravidez por patologia prévia ou decorrente da gravidez, bem como ao internamento das grávidas em fase latente do trabalho de parto, para cesariana eletiva ou indução do trabalho de parto (SNS, 2023a). É composto pela urgência de obstetrícia/ginecologia, internamento de grávidas e de ginecologia e consulta de medicina materno-fetal e de ginecologia.

O internamento de ginecologia procura dar resposta a mulheres com necessidade de internamento médico e/ou cirúrgico que careçam de cuidados de saúde com patologia do foro da ginecologia, oncologia/ginecologia, senologia. É, também, responsável pelo internamento de mulheres sujeitas a interrupção da gravidez, nas situações previstas pelo quadro legal do nosso país, aquando da necessidade de cuidados de saúde hospitalares.

A admissão é realizada através de internamento programado para cirurgia, por encaminhamento após episódio de urgência, ou por a partir das consulta das especialidades disponíveis – medicina materno-fetal, ginecologia geral, patologia do colo, ginecologia oncológica, senologia, apoio à infertilidade, interrupção legal da gravidez, planeamento familiar e uroginecologia (SNS, 2023a).

1.1.3. Caracterização do Serviço de Urgência Obstétrica/ginecológica e Bloco de Partos - Unidade de X

No quinto piso do CHXX - Unidade de X, encontra-se o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) e bloco de partos.

Devido à sua localização geográfica, é responsável, a nível público, por dar resposta às grávidas com residência na Região Sul do país, mais especificamente da região do sotavento. Tendo em conta a situação atual e a gestão dos serviços de obstetrícia, a nível nacional, a urgência obstétrica de uma das unidades hospitalares, pertencentes ao centro hospitalar, encerra de forma intermitente, pelo que o SUOG e bloco de partos onde decorrerá o EC acaba por assegurar os cuidados de toda a região sul.

Estatisticamente, no ano de 2022, verificaram-se, nesta instituição, 3432 partos, sendo que foram registados 2392 partos por via vaginal e 1040 partos por cesariana. Importa referir que estes valores são relativos às duas unidades hospitalares do CHXX, não sendo possível isolar números específicos para cada unidade (SNS, 2023e).

1.2. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE X – AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE I – ACES CENTRAL DA REGIÃO SUL DO PAÍS

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) X é uma das unidades pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde I, do ACES Central da Região Sul do país (SNS, 2023b).

A sua intervenção serve uma população de 82.959 utentes, sendo que 17.864 utentes correspondem a mulheres em idade fértil (idades compreendidas entre os 15-54 anos) (SNS, 2023b).

A melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população assume-se como o seu principal compromisso, contribuindo e dando resposta à missão do agrupamento:

garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, com eficiência, qualidade e efetividade, de forma multidisciplinar e articulada com os restantes níveis de serviços do SNS e da Comunidade; com o objetivo de a dotar de uma vida mais saudável, mais longa e com maior qualidade, assegurando também a vigilância epidemiológica, as funções de Autoridade de Saúde, participação no ensino e formação de profissionais. (SNS, 2023c).

O seu horário de funcionamento é das 9:00h às 16:00h, de segunda à sexta, encontrando-se encerrado aos sábados, domingos e feriados.

A sua equipa conta com enfermeiros (sendo um deles EEESMO), secretários clínicos, assistentes operacionais, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (fisioterapia) e técnicos superiores de saúde (serviço social) (SNS, 2023b).

Na área da intervenção do EEESMO, na UCC X, assim como nas restantes UCC que fazem partes do ACES Central, são promovidos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (CPNP), tendo como principais objetivos ajudar o casal a vivenciar de forma tranquila e gratificante a gravidez e parto e fortalecer as competências do casal nas diferentes fases da parentalidade (SNS, 2023). Do CPNP faz parte uma equipa constituída por enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas/dietistas, higienistas orais, terapeutas da fala e psicólogos.

Os CPNP estão organizados em duas fases: o pré-parto e o pós-parto. O pré-parto inicia-se a partir das 24 semanas, decorrendo em catorze sessões, de duas horas, duas vezes por semana. As sessões têm um cariz teórico e prático, sendo abordados diversos temas como: os desconfortos e cuidados na gravidez, a alimentação na gravidez e na amamentação, posturas e exercícios na gravidez, vivências psicológicas, trabalho de parto e o papel do acompanhante, puerpério, métodos de alívio da dor, desenvolvimento infantil, cuidados ao recém-nascido e segurança infantil (SNS, 2023d). A fase do “pós-parto” tem início pela quarta/sexta semana após o parto, com duas sessões por semana, durante quatro a seis semanas. Nesta fase são abordadas questões acerca da recuperação pós-parto, massagem do bebé, higiene oral dos zero aos três anos e adaptação ao papel parental (SNS, 2023d).

A grávida/casal poderá inscrever-se nos CPNP por email ou presencialmente, durante o seguimento da gravidez, através do seu médico e enfermeiro de família ou diretamente na UCC.

2. PLANO DE ATIVIDADES

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS TRANSVERSAIS A TODOS OS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Conhecer a estrutura física, dinâmica e organizacional de cada contexto de estágio	Ao longo da primeira semana de estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Visita ao contexto de estágio para conhecer o espaço físico, dinâmica organizacional e recursos materiais e humanos existentes; • Identificação do circuito da mulher/família no contexto de estágio; • Consulta e leitura dos protocolos, procedimentos e normas existentes no contexto de estágio; • Análise da dinâmica dos cuidados e serviços que promovam a segurança, privacidade e dignidade dos utentes. 	
Competências	Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A2.2, B3.2, C2.1 Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 2.1, 3.1, 4.1, 6.1, 7.1	
Intervenientes	Estudante, profissionais da equipa multidisciplinar	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Integrar a equipa multidisciplinar que presta cuidados à mulher/casal/RN/família em cada contexto de estágio	Ao longo das primeiras duas semanas de estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação à Enfermeira-chefe/Enfermeira Gestora, Enfermeira cooperante e aos membros da equipa multidisciplinar; • Estabelecimento de uma relação profissional, de interajuda e uma comunicação eficaz com todos os elementos da equipa multidisciplinar; • Conhecimento do papel que cada elemento da equipa multidisciplinar tem na prestação de cuidados à mulher/RN/família; • Colaboração com os profissionais da equipa multidisciplinar; • Conhecimento e operacionalização dos registos no sistema e programas informáticos utilizados no contexto de estágio; • Participação na definição de metas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional; • Participação na tomada de decisão em equipa, baseada em evidência científica e com valores que respeitam a individualidade, a dignidade e o direito à autodeterminação dos utentes, com avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão. 	
Competências	Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1.2, B2.2, B3.2, D2.2, D2.3	
Intervenientes	Estudante, profissionais da equipa multidisciplinar	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências ao nível da área da gestão de recursos e de cuidados, visando uma contínua otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento acerca da metodologia de gestão de recursos materiais e humanos do contexto de estágio; • Colaboração na gestão de recursos materiais (rentabilização, verificação de prazos de validade e reposição de material); • Utilização adequada e eficiente de recursos com vista a promover a prestação de cuidados de qualidade. 	
Competências	Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: C1, C2	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, profissionais da equipa multidisciplinar	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências na área da formação em ESMO	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização de conhecimentos baseando a prática na evidência científica; • Rentabilização de oportunidades que contribuam para o processo de aprendizagem; • Análise e discussão de situações clínicas e dos cuidados prestados à mulher/RN/família com a enfermeira cooperante e restantes elementos da equipa multidisciplinar; • Participação em sessões de formação que ocorram no serviço; • Planeamento e realização de formação/sessões de educação para a saúde, quando oportuno, e conforme necessidades. 	
Competências	Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B3, D1, D2	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, profissionais da equipa multidisciplinar	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver e demonstrar capacidade de reflexão e análise crítica sobre o percurso percorrido e desempenho durante o estágio, numa perspetiva de evolução e melhoria contínua	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Participação ativa em todas as situações/atividades passíveis de aprendizagem; • Realização de momentos informais de reflexão, com a enfermeira cooperante, acerca do desempenho e postura pessoal e profissional; • Discussão acerca dos cuidados prestados com a enfermeira cooperante e/ou professora orientadora, identificando aspetos a melhorar; • Discussão acerca das situações experienciadas com a professora orientadora, enfermeira cooperante e restante equipa multidisciplinar; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das intervenções e ações realizadas, recorrendo à reflexão-sobre-a-ação; • Reconhecimento dos próprios recursos e limites pessoais e profissionais; • 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, procurando mobilizar competências de análise crítica e reflexiva sobre a concretização dos objetivos propostos no PIE, acerca da prática de cuidados e do processo de aprendizagem. 	
Competências	Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1.1, B2.1, D1, D2	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, profissionais da equipa multidisciplinar, Professora orientadora	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências na área de investigação em ESMO tendo em conta a temática selecionada	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção de uma situação/problema de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tendo em conta as necessidades do contexto de estágio e que vá ao encontro das motivações pessoais e profissionais da estudante; • Colheita de dados relevantes, junto das utentes e dos profissionais EEESMO da equipa, garantindo o sigilo e confidencialidade da informação; • Realização de uma Scoping Review tendo em conta a temática escolhida; • Investigação e interpretação dos resultados provenientes da evidência científica sobre a temática; • Sensibilização e partilha de conhecimentos sobre os contributos obtidos com a equipa multidisciplinar; • Elaboração do Relatório Final de Estágio Individual, com base no presente plano e temática, com a apresentação das atividades desenvolvidas e reflexão sobre as mesmas. 	
Competências	Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B1.1, D1, D2	
Intervenientes	Estudante, Professora orientadora, Enfermeira cooperante, utentes, equipa multidisciplinar	

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO CONTEXTO DE ESTÁGIO I: ESMO NO PUERPÉRIO

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam cuidar da puérpera/RN/casal/família em processos de saúde-doença, promovendo a saúde, bem-estar e conforto	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão dos conteúdos lecionados em contexto de sala de aula acerca do puerpério e cuidados ao RN; • Admissão e acolhimento da puérpera/RN/pessoa significativa no serviço de internamento de puerpério; • Apresentação e promoção de um ambiente acolhedor, tranquilo, com privacidade e que transmita segurança e confiança, demonstrando disponibilidade física e emocional; • Apresentação do espaço físico, da equipa multidisciplinar, da normas e dinâmica do serviço e outras informações que possam favorecer a adaptação ao novo ambiente; • Promoção do alojamento conjunto; • Colheita de dados através da informação transmitida pela equipa de enfermagem e médica do bloco de partos, da entrevista informal à mulher, observação física, consulta do processo clínico da mulher puérpera e do RN, Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e exames complementares de diagnóstico; • Realização do exame físico da puérpera, nomeadamente avaliação das mucosas, mamas, involução uterina, períneo, lóquios, sinais de retenção ou incontinência urinária, da episiorrafia ou sutura abdominal (se tiver) e presença ou não do Sinal de <i>Homans</i>; • Avaliação do bem-estar físico da puérpera, nomeadamente o seu desconforto e dor, recorrendo à Escala Visual Analógica, e o nível de energia sentido; • Avaliação dos sinais vitais (SV) da mulher puérpera, nomeadamente a temperatura corporal, frequência cardíaca e tensão arterial, de modo a identificar, precocemente, complicações pós-parto, como sinais de infeção, sinais de hemorragia/choque hipovolémico, risco de convulsão, etc; • Prestação de técnicas de alívio de desconfortos/dor, relacionado, por exemplo, com a presença de episiorrafia/reparação perineal de lacerações ou associada à tensão mamária característica da descida do leite de transição; • Apoio e colaboração no primeiro levante da puérpera (avaliar SV e sinais de alerta); • Avaliação do conhecimento em relação ao seu auto-cuidado e cuidados ao RN; • Identificação das necessidades e preocupações sentidas pelos pais/família; • Observação e avaliação da interação e ligação da díade e tríade; • Avaliação do RN quanto ao exame físico, neurológico e comportamental; • Apoio na prestação de cuidados ao RN: higiene, mudança de fralda, suporte à amamentação, alimentação; • Promoção do aleitamento materno e promoção de condições favoráveis ao mesmo, segundo o desejo da puérpera; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado emocional e mental da puérpera/família, demonstrando disponibilidade, escuta ativa e empatia; • Aplicação de estratégias comunicacionais no sentido da capacitação da mulher/família para o autocuidado pessoal e para com o RN, assim como para a tomada de decisão esclarecida perante o seu próprio processo de saúde-doença; • Realização de educação para a saúde com transmissão da informação de forma clara, simples e adequada, acerca dos cuidados de higiene ao RN, amamentação/alimentação do RN, prevenção de acidentes, crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme do RN; • Realização de educação para a saúde acerca dos cuidados perineais necessários, das características e durabilidade dos lóquios, da resolução de problemas/desconfortos mamários, cuidados com a sutura abdominal (no caso de cesariana), acerca da contração pós-parto, reinício da atividade sexual, consulta de revisão do puerpério, ...; • Validação da compreensão da puérpera/família em relação aos ensinamentos realizados; • Discussão com a puérpera/casal acerca das adaptações físicas e psicológicas inerentes ao pós-parto, formulando possíveis estratégias adaptativas que tornem o processo mais positivo; • Administração da vacina da hepatite B ao RN; • Realização de registos no Boletim Individual de Saúde (BIS), no Boletim de Saúde Infante-Juvenil (BSIJ) e no sistema informático <i>Sclinic</i>. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, puérpera/RN/família	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam prevenir e/ou diagnosticar precocemente complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de um ambiente calmo, íntimo e de confiança; • Avaliação de SV e valorização das queixas materna; • Avaliação da manutenção do tônus uterino, através da palpação abdominal do útero; • Vigilância das características dos lóquios; • Identificação de complicações pós-parto referenciando as situações que estão para além da área de atuação do EEESMO; • Observação do estado de saúde da mulher puérpera e do RN, referenciando situações que estão para além da área de atuação do EEESMO; • Prestação de suporte emocional e psicológico à mulher puérpera/família; • Incentivo à micção espontânea ou, se necessário, proceder ao esvaziamento vesical, de modo a promover uma adequada contração uterina e prevenir complicações (atonia uterina, hemorragia). 	

Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 4.2, 4.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, puérpera/RN/família	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências relacionais e comunicacionais que permitam promover a vivência positiva do período pós-parto e apoiar no processo de transição para a parentalidade	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Observação e análise da relação e interação da díade e tríade; • Identificação, precoce, de situações que possam impactar, de forma negativa, a saúde da mulher e o RN; • Discussão com a puérpera/Casal acerca das adaptações físicas e psicológicas inerentes ao pós-parto, formulando possíveis estratégias adaptativas que tornem o processo mais positivo; • Partilha de estratégias e recursos que promovam a capacitação da mulher/família para a vivência do período pós-parto; • Planeamento de sessão de educação para a saúde com o tema "..."; • Prestação de suporte emocional e psicológico à mulher puérpera/família. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, puérpera/RN/família	

2.3. **Objetivos específicos do contexto de estágio II: ESMO na Comunidade**

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais para a promoção da saúde da mulher/casal no âmbito da saúde sexual, no planeamento familiar e durante o período preconcepcional	No caso de ser possível, data a confirmar no contexto de estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento da mulher/casal; • Realização da colheita de dados (antecedentes pessoais, familiares, história obstétrica e ginecológica,...); • Realização do exame físico da mulher (SV, peso, altura, índice de massa corporal [IMC]); • Avaliação do estado emocional da mulher/casal; • Avaliação do estado vacinal de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV); • Planeamento dos cuidados de forma individualizada e em parceria com a mulher/casal de forma a promover a sua capacitação e tomada de decisão esclarecida e informada; • Realização de educação para a saúde no que concerne à adoção de estilos de vida saudáveis: alimentação, conforto e higiene, sono e repouso, atividade física, sexualidade, consumos... • Informar e sensibilizar para a autovigilância da mama; • Acompanhamento da mulher e casal em situação de infertilidade; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento acerca dos métodos contraceptivos e o seu fornecimento; • Colaboração na realização do Rastreo do Cancro do Colo do Útero (RCCU) e citologia; • Realização de registos de enfermagem no Boletim de Saúde Reprodutiva (BSR) e programa informático <i>Scínico</i>. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 1.1, 1.2, 1.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, mulher/casal	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais para a promoção da saúde da mulher/casal durante o período pré-natal	No caso de ser possível, data a confirmar no contexto de estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento da mulher/casal; • Realização da colheita de dados (antecedentes pessoais, familiares, história obstétrica e ginecológica,...); • Avaliação do risco dinâmico na gravidez com o auxílio da Tabela de Goodwin modificada; • Avaliação do bem-estar materno-fetal (SV, peso, altura, IMC, Altura do Fundo Uterino – AFU, análise sumária à urina, edemas, ACBF, movimentos fetais); • Avaliação do bem-estar emocional da grávida/casal; • Avaliação do estado vacinal de acordo com o PNV; • Determinação da idade gestacional através da data provável de parto e posteriormente corrigida com a ecografia do 1º trimestre; • Identificação e esclarecimento das preocupações e dúvidas da grávida/casal; • Planeamento dos cuidados de forma individualizada; • Realização de educação para a saúde no que concerne à adoção de estilos de vida saudáveis (alimentação, aumento ponderal desejável, trabalho, higiene, vestuário, atividade física, sono e repouso, sexualidade, consumos, desconfortos da gravidez, suplementação com ácido fólico, iodo e ferro, sinais e sintomas de alerta); • Informação acerca da lei da parentalidade; • Sensibilização da importância da vigilância na gravidez à mulher/casal. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 2.1, 2.2, 2.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, grávida/casal	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, relacionas e comunicacionais no âmbito dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade	Ao longo
--	--	----------

Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento dos casais, apresentação e promoção de um ambiente acolhedor, tranquilo e seguro, que promova uma relação de confiança e a abertura para a partilha; • Planeamento das sessões de acordo com as recomendações da Direção Geral de Saúde (2015) e da Ordem dos Enfermeiros (2012) (fisiologia do TP e parto, alívio da dor, cuidados ao RN, aleitamento materno, competências parentais, ...); • Promoção da capacitação da grávida/casal e para a tomada de decisão esclarecida e informada, reforçando que a grávida/casal são agentes ativos no seu processo de gravidez, TP, parto e pós-parto; • Promoção da vivência positiva no processo de transição para a parentalidade; • Realização de sessão de educação para a saúde com o tema “Comunicação intra-uterina” e asua integração no CPPP (ainda a confirmar). 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 2.1, 3.1, 4.1	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, casais	

2.4. Objetivos específicos do contexto de estágio III: ESMO na Gravidez Patológica

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados à mulher grávida/feto/família em situação de risco, em contexto de internamento e consulta de ambulatório hospitalar	
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão dos conteúdos lecionados em contexto de sala de aula sobre vigilância pré-natal; • Consulta do processo clínico da mulher; • Apresentação e promoção de um ambiente acolhedor, tranquilo, com privacidade e que transmita segurança e confiança, promovendo uma relação terapêutica; • Acolhimento da mulher/casal/família em contexto de Consulta de Enfermagem e de internamento hospitalar; • Realização de colheita de dados de modo a identificar as necessidades sentidas e a formular diagnósticos; • Avaliação do bem-estar materno: peso, altura, IMC, tensão arterial, edemas, pele e mucosas, fatores psicológicos/sociais, estado emocional, análise sumária à urina, observação mamária; • Realização de manobras de Leopold; • Avaliação do bem-estar materno-fetal através de cardiocografia (CTG); • Avaliação do histórico vacinal da mulher; • Avaliação do risco dinâmico na gravidez com o auxílio da Tabela de Goodwin modificada; • Avaliação da motivação de adaptação pessoal e familiar em relação à gravidez atual; 	Ao longo do estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado emocional da mulher/casal, detetando, precocemente, sinais de ansiedade, depressão... • Sensibilização para a necessidade da grávida estar atenta à dinâmica fetal e contabilizar/registar no BSG o número de movimentos fetais (a partir das 35 semanas); • Identificação de sinais e sintomas desviantes do padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da área da atuação do EEESMO; • Colaboração na realização de exames obstétricos pela equipa médica, promovendo a privacidade, autonomia e bem-estar da mulher grávida/família; • Observação das consultas médicas de diagnóstico pré-natal; • Observação dos exames de diagnóstico pré-natal; • Planeamento de intervenções que promovam a saúde da mulher/casal/família em situações de abortamento e patologia associada e/ou concomitante com a gravidez; • Realização de ensinamentos à mulher/casal/família adequados a cada trimestre de gravidez, tendo em conta as especificidades da situação; • Avaliação dos cuidados prestados à mulher/casal/família por meio da validação da compreensão da mesma dos ensinamentos realizados; • Realização dos registos no programa <i>SClinico</i> e registo no BSG. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 2.1, 2.2, 2.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, mulher/casal	

2.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO CONTEXTO DE ESTÁGIO IV: ESMO EM GINECOLOGIA

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados especializados no âmbito da ginecologia, à mulher/família, a vivenciar processos de saúde/doença, em contexto de consulta hospitalar	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão dos conteúdos lecionados em contexto de sala de aula sobre ginecologia; • Consulta do processo clínico da mulher; • Apresentação e promoção de um ambiente acolhedor, tranquilo, com privacidade e que transmita segurança e confiança, promovendo uma relação terapêutica; • Acolhimento da mulher/casal/família em contexto de consulta hospitalar; • Realização de colheita de dados de modo conhecer a história clínica da mulher, a identificar as necessidades sentidas e a formular diagnósticos; • Avaliação física da mulher: peso, altura e IMC; • Planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar à mulher com patologia ginecológica, tendo em conta as suas necessidades, a sua individualidade, os seus valores e crenças; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de apoio emocional à mulher, através da escuta ativa, empatia e presença, com patologia ginecológica/da mama; • Observação e colaboração na consulta médica à mulher com patologia de foro ginecológico e da mama; • Colaboração na realização de exames ginecológicos (colposcopias e histeroscopias) gerindo o ambiente e promovendo o bem-estar da mulher; • Sensibilização da mulher para a importância da vigilância de saúde ginecológica e reforçar a importância de realização de exames complementares de diagnóstico; • Realização de educação para a saúde tendo em conta as suas necessidades (autoexame da mama, rastreios, prevenção de infeções genito-urinárias, IST's), se aplicável; • Detecção e referenciação de situações desviantes da normalidade, que estejam para além da área de atuação do EEESMO; • Realização dos registos de enfermagem no programa informático <i>SClinico</i>. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 6.1, 6.2, 6.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, mulher/casal/família	

2.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO CONTEXTO DE ESTÁGIO V: ESMO NA SALA DE PARTOS

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no acolhimento da parturiente e pessoa significativa, no Bloco de Partos, tentando promover o seu bem-estar e conforto	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão e acolhimento da parturiente/pessoa significativa no serviço de Bloco de partos; • Apresentação e promoção de um ambiente acolhedor, tranquilo, com privacidade, demonstrando disponibilidade física e emocional; • Apresentação do espaço físico, da equipa multidisciplinar, da dinâmica do serviço e outras informações que possam favorecer a adaptação ao novo ambiente; • Realização da colheita de dados através da informação transmitida pela equipa de enfermagem e médica do serviço de urgência obstétrica, da entrevista inicial à mulher, observação física, consulta de processo clínico informático, exames complementares de diagnóstico e consulta do BSG; • Avaliação do estado psicológico e emocional da grávida/parturiente; • Conhecimento do plano de parto da mulher e das expectativas em relação ao TP e parto; • Avaliação do bem-estar materno-fetal, recorrendo ao CTG; • Realização de Manobras de Leopold; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de cervicometria, apenas quando necessário, de forma a avaliar as condições da bacia materna, Índice de Bishop (caraterísticas do colo), integridade das membranas, determinação da apresentação, posição, variedade e altura da apresentação; • Despiste de sinais e sintomas indicativos de início de TP e determinação do estágio do TP; • Envolvimento da pessoa significativa nos cuidados, consoante a sua vontade/capacidade e desejo da mulher; • Planeamento dos cuidados em parceria com mulher/pessoa significativa. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, parturiente/pessoa significativa	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente e pessoa significativa no 1º estágio do TP, promovendo o seu bem-estar e conforto	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de um ambiente acolhedor e calmo, promotor da progressão do TP; • Avaliação e promoção do bem-estar físico e emocional da parturiente e pessoa significativa; • Informação e esclarecimento, de forma clara, sobre todos os procedimentos e evolução do TP, promovendo a participação ativa e tomada de decisão pela parturiente e pessoa significativa; • Identificação das fases do 1º estágio do TP (fase latente e fase ativa); • Monitorização do bem-estar materno-fetal ao longo de todo o TP; • Avaliação e controlo da dor com recurso a medidas não farmacológicas e/ou farmacológicas, conforme necessidade e desejo da parturiente; • Colaboração na execução de técnicas farmacológicas para o alívio da dor (analgesia loco regional), avaliando a resposta da parturiente e detetando precocemente complicações; • Incentivo à eliminação vesical frequente e, em caso de necessidade, realização de esvaziamento vesical; • Promover a ingestão de líquidos claros durante o TP; • Respeito pelo ritmo do TP; • Incentivo a que a parturiente adote comportamentos que a confortem; • Fomento de práticas, apoiadas na evidência científica, benéficas para o processo fisiológico do TP; • Reconhecimento precoce das complicações inerentes ao 1º estágio do TP; • Identificação dos sinais eminentes de instalação do 2º estágio de TP; • Registo das intervenções realizadas, de forma clara e sistematizada, no programa informático e no partograma. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3	

Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, parturiente/pessoa significativa	
-----------------------	---	--

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências técnicas, relacionais e comunicacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente e pessoa significativa no 2º estágio do TP, promovendo o seu bem-estar e conforto e facilitando a adaptação do RN à vida extrauterina	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do 2º estágio do TP; • Promoção de um ambiente acolhedor e com privacidade; • Avaliação contínua do bem-estar materno-fetal através de CTG; • Recurso a competências comunicacionais e relacionais para tranquilizar, encorajar e elogiar a parturiente e pessoa significativa; • Promoção da presença da pessoa significativa, se desejado, orientando-a em como colaborar com a parturiente e equipa, apoiando-a nas suas necessidades e expectativas; • Promoção de medidas de conforto e alívio da dor; • Apoio da parturiente para a realização de esforços expulsivos durante as contrações, com o controlo da respiração e relaxamento no intervalo das mesmas; • Encorajamento da mulher a alternar posicionamentos e a adotar aquele que a fizer sentir-se mais confortável; • Monitorização das contrações uterinas e da sua eficácia; • Incentivo à micção espontânea e, em caso de necessidade, realização de esvaziamento vesical; • Preparação da mesa de parto e verificação da mesa neonatal; • Avaliação da elasticidade dos tecidos do períneo, mantendo uma atitude expectante, e avaliação dos critérios e da necessidade de episiotomia; • Execução de manobras de proteção do períneo - manobra de Ritgen; • Executar manobras de apoio ao nascimento, se necessário; • Identificação da presença de circulares cervicais e, apenas se necessário, laquear o cordão umbilical precocemente; • Laqueação e corte do cordão umbilical quando parar de pulsar, se possível; • Envolvimento da pessoa significativa no corte do cordão umbilical, se o desejar; • Prestação de cuidados imediatos ao RN; • Determinação da hora de nascimento e Índice de APGAR; • Estabelecimento do contato pele-a-pele entre a díade; • Apoio na amamentação; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento precoce das complicações inerentes ao 2º estágio do TP; • Explicação de todos os procedimentos, transmitindo uma informação clara e objetiva e solicitando o consentimento esclarecido e informado; • Colaboração em partos distócicos; • Realização de registos referentes ao parto no sistema informático, no partograma, no BSG e BSII. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, parturiente/RN/pessoa significativa	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e pessoa significativa no 3º estágio do TP	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<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; • Identificação do mecanismo de expulsão da placenta (Schultz ou Duncan); • Revisão placentar detalhada; • Avaliação de perdas hemáticas; • Colheita de sangue do cordão após clampagem do mesmo, em caso de necessidade: mulher com fator sanguíneo Rh- ou para criopreservação de células estaminais; • Confirmação da presença do globo de segurança de Pinard; • Identificação precoce de complicações, referenciando as situações (retenção placentar, atonia...); • Administração de uterotónicos conforme prescrição médica; • Promoção do esvaziamento vesical; • Inspeção da integridade do canal de parto e identificação dos tecidos a suturar; • Classificação do tipo de laceração; • Execução da reconstrução perineal/episioplastia; • Revisão da vulva e do períneo após reconstrução perineal/episioplastia 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 educação para a saúde relativa à higiene perineal, características e cuidados a ter com sutura perineal, lóquios...; • Explicação de todos os procedimentos, transmitindo uma informação clara e objetiva; • Realização de registos referentes à dequitação no sistema informático, no partograma e BSG. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3	

Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, parturiente/RN/pessoa significativa	
-----------------------	--	--

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à puérpera/RN/pessoa significativa no 4º estágio do TP, promovendo o bem-estar e facilitando o processo de transição para a parentalidade	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento acerca dos procedimentos inerentes a esta fase; • Promoção da expressão de sentimentos por parte da mulher puérpera/pessoa significativa; • Promoção do desenvolvimento da relação precoce e vinculação da díade/tríade; • Promoção do contacto pele-a-pele; • Promoção e apoio na amamentação, tendo em conta o desejo e condição clínica da puérpera; • Avaliação cuidada da puérpera: estado emocional, SV, características da pele, mucosas e mamas, Globo de segurança de Pinard, características dos lóquios, períneo e sutura perineal, eliminação vesical; • Adoção de medidas de controlo da dor; • Prestação de cuidados ao recém-nascido e vigilância/deteção precoce de complicações; • Deteção precoce de complicações maternas no pós-parto imediato; • Realização dos procedimentos inerentes à transferência da puérpera e RN para o serviço de internamento de obstetrícia e puerpério; • Realização de registos claros e concisos acerca de todas as intervenções realizadas. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, puérpera/RN/pessoa significativa	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados imediatos ao RN e até às duas primeiras horas de vida na adaptação à vida extrauterina	Ao longo do estágio
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de um ambiente acolhedor, seguro e tranquilo para receber o RN; • Preparação, aquecimento e verificação prévia da funcionalidade da mesa de reanimação neonatal, incluindo material de ventilação e aspiração; • Preparação da roupa do RN; • Verificação da hora do nascimento; • Receção do RN com panos aquecidos; • Promoção da vinculação precoce entre a díade através do contacto pele a pele, quando a mãe desejar e as condições do RN o permitam; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido de acordo com as suas necessidades: aspiração de secreções, se necessário, 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 RN, no sentido cefalocaudal, despistando malformações e referenciando as situações que estão para além da área de atuação do EEESMO; • Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados ao RN com alterações morfológicas e/ou funcionais; • Pesagem do RN; • Administração de fitomenadiona (vitameína K), via intra-muscular; • Aquecimento do RN, vestindo-o e colocando-o junto da mãe/pai/pessoa significativa, promovendo a vinculação e a amamentação, se assim o desejar; • Realização de registos no sistema informático, no BSII e no Boletim de Vacinas; • Transferência do RN (e da puérpera) para o serviço de internamento de obstetrícia e puerpério. 	
Competências	Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3	
Intervenientes	Estudante, Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar, puérpera/RN/pessoa significativa	

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto individual de estágio apresenta-se como fundamental para a sistematização do pensamento e do planejamento das atividades a serem realizadas durante o estágio, de modo a alcançar os objetivos propostos para a UCERESMO.

Essa mesma sistematização proporcionou a reflexão acerca do que é preconizado para a prática dos cuidados de ESMO, sendo esta alicerçada nos regulamentos de competências específicas do EEESMO e de competências comuns do enfermeiro especialista, assim como nos programas em vigor da Direção Geral da Saúde.

Comprometo-me a rentabilizar ao máximo as experiências que irão surgir no decorrer da UCERESMO, de forma a promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional e, assim, alcançar os objetivos propostos.

Importa salientar que o presente PIE deverá ser encarado como contínuo, evolutivo e flexível, podendo ser alterado e reformulado, considerando possíveis dificuldades/contratempos que possam surgir durante o estágio, novos valores/convicções que nasçam, ou novas atividades que surjam e permitam enriquecer o meu processo formativo e a minha prática enquanto futura EEESMO.

As alterações efetuadas, serão apresentadas e justificadas no Relatório Final do Estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9.a ed.). Elsevier. <https://books.google.at/books?id=nlpgDwAAQBAJ>

Campos, D. L. I. T. (2020). *Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34033/1/BCTFC140.pdf>

Coelho, M. T. (2022). Comunicação terapêutica. In E. M. Henriques (Eds.), *O Cuidado Centrado no Cliente – Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem* (pp 153-165). Sintra: Sabooks Editora.

Coelho, M. T. (2015). *COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82004?mode=full>

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

Documento orientador da programação da Ficha da Unidade Curricular Estágio com Relatório - Anexo B – Estágio e Relatório em ESMO, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde de Santarém

Instituto Nacional de Estatística (2021). Censos 2021 (Resultados Preliminares). <http://www.cedr-alg.pt/site/info/algarve-censos-2021-resultados-preliminares>

Joanna Briggs Institute (2020). *JBI manual for evidence synthesis: 2020 Edition*. Austrália: jbi.global. DOI doi.org/10.46658/JBIMES-20-12.

OMS (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Recomendação nº2/2012. Recomendações para a Preparação para o Nascimento.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019a). 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/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). 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. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Ordem dos Enfermeiros (2019c). Mesa do Colégio de Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer nº 43/2019. Cálculo de dotações seguras de enfermagem nos cuidados de saúde materna e obstétrica.

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5esqualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. https://www.academia.edu/42116056/Comunica%C3%A7%C3%A3o_entrevista_relacao_de_ajuda_Margot_Phaneuf

Serviço Nacional de Saúde (2023). Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-algarve-epe/>

Serviço Nacional de Saúde (2023a). Serviços Clínicos. Disponível em: <https://www.chualgarve.min-saude.pt/servicos-clinicos/obstetricia-2/>

Serviço Nacional de Saúde (2023b). UCC Gentes de Loulé. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50001/5080851/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde (2023c). ACES Algarve I – Algarve Central. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50001/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde (2023d). ACES Central promove Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade. <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/noticias/aces-central-promove-cursos-de-preparacao-para-o-nascimento-e-parentalidade-2/>

Serviço Nacional de Saúde (2023e). Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>

Swanson, K. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), pp. 161-166.

Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 352-357.

APÊNDICE II

Scoping Review

**A INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA E A PARTURIENTE NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA *SCOPING REVIEW***

Discente:

Sara Maia Miranda

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Unidade Curricular – Estágio com Relatório
Ano letivo 2023/2024

**A INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA E A PARTURIENTE NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA
*SCOPING REVIEW***

Discente:

Sara Maia Miranda

Docente:

Teresa Margarida Carreira

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

JBI – Joanna Brigs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

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

RN – Recém-nascido

RPQCEESMO – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

SR – *Scoping Review*

TP – Trabalho de Parto

Review title

A influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto: uma *scoping review*

Reviewers

Sara Maia Miranda, N.º 220000083 ¹

Teresa Margarida Inácio Silva Carreira ²

Abstract

Objective: Mapear a evidência científica acerca da influência da comunicação entre o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e a parturiente, no trabalho de parto e parto.

Introduction:

Inclusion criteria: Como critérios de inclusão, recorrendo ao método PCC, foram identificados os Participantes – parturiente e/ou Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; os Conceitos – Comunicação e Trabalho de parto e parto; e o Contexto – “Open” – todos os locais onde decorram trabalhos de parto.

Methods: Por forma a mapear e mobilizar a evidência científica mais atual referente à temática, e para compreender a questão de investigação, foi realizada uma *scoping review* tendo como base a metodologia do *Joanna Briggs Institute*.

Conclusion: Os artigos que emergiram da pesquisa, concluem que a comunicação estabelecida entre o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e a parturiente, durante o trabalho de parto e parto é fundamental na construção da relação de confiança e ajuda entre ambos, na satisfação das necessidades da parturiente, na redução dos níveis de ansiedade e, por conseguinte, em melhores resultados na progressão do trabalho de parto, numa maior satisfação materna com o mesmo e numa experiência de parto mais positiva e satisfatória.

Keywords: Comunicação; trabalho de parto e parto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

¹ Estudante do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Saúde de Santarém.

² Professora ESSS_IPSantarém; Subcoordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Introduction

Etimologicamente, o termo **comunicar**, do latim *comunicare*, significa pôr em comum, entrar em relação com, partilhar algo. Esse algo poderá ser uma informação, uma experiência, uma sensação ou emoção (Nunes, 2010), sendo a **comunicação** caracterizada como um processo complexo, dinâmico e permanente, inerente à natureza humana, no qual o ser humano emite e recebe mensagens, no sentido de ser compreendido e compreender o outro com o qual se relaciona (Nunes, 2010). A comunicação é então considerada um instrumento intrínseco ao ser humano e essencial ao seu desenvolvimento, indispensável para a sua sobrevivência (Oliveira, Celino & Costa, 2015; Coelho, 2015).

Segundo Coelho (2015, p.33), comunicamo-nos, essencialmente, para “expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa essência e ampliar a nossa consciência”. A mesma autora (Coelho, 2015, p.33), citando Passadori (2009) refere, ainda, que a “comunicação educa, estabelece laços e cultura, revela o nosso afeto e amor”.

Phaneuf (2005, p.23), define comunicação como sendo “(...) um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. (...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”, e citando Watzlawick et al. (1998), afirma, ainda, que “é impossível não comunicar”.

Para Phaneuf (2005), a comunicação assume diferentes formas, correspondendo às componentes funcionais do ser humano e sendo estas complementares entre si. A dimensão cognitiva, relaciona-se com a informação, com o “quê da mensagem”, dá acesso à linguagem e as mensagens são transmitidas por meio das palavras – comunicação verbal. A dimensão relacional, ligada às emoções e às sensações, relaciona-se com “o como da mensagem”, sendo traduzida por sinais corporais que apoiam, completam ou contradizem a palavra - comunicação não-verbal.

Na comunicação verbal a mensagem é expressa por meio da palavra falada ou escrita, e é definida como um código que transmite um significado específico através da combinação de palavras (Potter & Perry, 2018). Segundo Phaneuf (2005) “a comunicação verbal é a forma que tomam as nossas trocas quando fizer intervir as palavras. É um arranjo de palavras-símbolos que dá um sentido àquilo que queremos exprimir” (p. 82).

Por outro lado, a comunicação não verbal é uma troca sem palavras, que inclui os cinco sentidos, sinais paralinguísticos, expressões corporais e comportamentos, como os gestos, o volume e tom de voz, o contato visual, a respiração, o posicionamento corporal, as reações emotivas, o toque,

o silêncio, etc., que “transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado” (Phaneuf, 2005, p. 68).

No processo comunicacional, estima-se que apenas cerca de 7% das mensagens são traduzidas por palavras, 38% por sinais paralinguísticos (tom e volume de voz, pausas, ritmo da fala) e 55% pela expressão corporal (Stuart & Laraia, 2006, citados por Coelho & Sequeira, 2014; Phaneuf, 2005), sendo, por isso, fundamental considerar que a comunicação não se refere somente à transmissão verbal e intencional de mensagens, mas comporta todos os processos através dos quais as pessoas se relacionam e influenciam (Centeno, 2009, citado por Coelho & Sequeira, 2014).

Na perspectiva da saúde, a comunicação é compreendida como uma ferramenta que facilita, especializa e qualifica o cuidado, sendo uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação para a saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde e das políticas de saúde (Rezende et al., 2015; Ramos 2013).

Tendo em conta o descrito, e sabendo que é inevitável comunicar, a comunicação assume-se como “a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento” (Phaneuf, 2005, p.17).

Ainda que esteja presente nos cuidados, nem sempre a comunicação se assume como eficaz e terapêutica, pois para o ser, não deverá ser um ato improvisado, mas sim algo estruturado, consciente e intencional, percecionando as especificidades de cada pessoa e dando resposta às suas necessidades (Coelho, 2015; Serra e Albuquerque, 2006, citados por Campos, 2020). Quando há a real preocupação em se relacionar com e em compreender o outro, o enfermeiro consegue aceder à individualidade da pessoa e, assim, responder às suas verdadeiras necessidades, adequando o seu comportamento, as suas ações, a sua comunicação, com empatia e intencionalidade, estabelecendo uma comunicação terapêutica e, por conseguinte, uma relação terapêutica (Phaneuf, 2005).

Existem eventos na trajetória de vida de uma pessoa/família que, pela sua própria natureza, e carregando os mais diversos significados, estão imbuídos de vulnerabilidade, emotividade e podem ter presentes altos níveis de ansiedade e/ou medo, exigindo um olhar mais atento e um cuidado acrescido na mobilização da comunicação.

O **trabalho de parto (TP) e parto**, representa um desses eventos, repleto de significados construídos, de modo dinâmico e ao longo do tempo, a partir da individualidade de cada pessoa, das suas experiências prévias, das suas relações interpessoais e da sua cultura (Frello & Carraro, 2010).

Segundo Machado e Graça (2017), entende-se por TP o conjunto de fenômenos fisiológicos que conduzem à contratilidade uterina regular, ao apagamento e dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. Os mesmos autores dividem o TP em três diferentes estádios – dilatação, período expulsivo e dequitação – com características e tempos bem definidos (Machado & Graça, 2017).

O primeiro estádio, que compreende o apagamento e a dilatação cervical, decorre desde o início das contrações uterinas regulares até à extinção do colo uterino, dividindo-se em duas fases – a fase latente e a fase ativa. O segundo estádio, o período expulsivo, inicia-se com a dilatação completa do colo do útero e termina com a expulsão do feto. O terceiro estádio, a dequitação, decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta e membranas fetais (Machado & Graça, 2017). Aos três estádios mencionados, Lowdermilk e Perry (2006) acrescentam um quarto estádio, o puerpério imediato, que corresponde ao período de recuperação que se segue à expulsão da placenta, com duração de cerca de duas horas, durante as quais se dá o restabelecimento da homeostasia.

A gravidez e o parto, como eventos fisiológicos, são definidos segundo a representação individual e social de cada mulher e influenciados pelos valores, crenças expetativas e desejos.

Ao vivenciar o TP e parto, a mulher experiencia as mais diversas emoções, desde a alegria e entusiasmo por estar prestes a receber nos braços o seu bebé, a incerteza associada ao desconhecido e à imprevisibilidade do próprio processo, à expetativa de como se irá desenvolver a sua experiência de parto, o que pode gerar ansiedade, insegurança e, por vezes, medo (Frello & Carraro, 2010).

Prestar um cuidado individualizado e personalizado, é fundamental, respeitando os sinais, os desejos e especificidade de cada mulher/família, promovendo o bem-estar, a segurança, a confiança, no sentido de contribuir para uma experiência de parto envolta numa esfera de amor, tranquilidade e cuidado humanizado (Frello & Carraro, 2010).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ([RCEEEESMO] 2019b), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) assume, por excelência, no seu exercício profissional, a prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito da sua saúde sexual e reprodutiva, estando, por isso, presente em diversos e importantes momentos da vida da mulher/família. Um desses momentos é, precisamente, o TP e parto, durante o qual o EEESMO cuida a mulher, garantindo a assistência em ambiente seguro, numa base de confiança, empatia e respeito, no sentido de promover a saúde da parturiente e do feto/recém-nascido (RN) e, concomitantemente, contribuir para uma experiência de parto positiva (Regulamento dos Padrões de

Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [RPQCEESMO], Ordem do Enfermeiros (OE), 2021; OE, 2019b).

Segundo a Organização Mundial de Saúde ([OMS] 2018, p.1), uma experiência de parto positiva é “aquela que satisfaz ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com continuidade de apoio prático e emocional de um(s) acompanhante(s) de parto e equipa de saúde amável e tecnicamente competente. Baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres deseja um trabalho de parto e um parto fisiológicos, e deseja ter uma sensação de realização pessoal e de controlo através do seu envolvimento na tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias ou desejadas”.

No sentido de ir ao encontro da definição de experiência de parto positiva, a OMS (2018), recomenda que a comunicação entre a equipa obstétrica, na qual se inclui o EEESMO, e a parturiente deverá ser efetiva e eficaz e, para tal, deverão ser respeitadas, na assistência ao TP e parto, as seguintes indicações:

- Apresentar-se à mulher/família dirigindo-se à mesma pelo seu nome;
- Oferecer à mulher/família as informações de que necessitam, de forma clara e concisa (na língua falada pela mulher/família), evitando termos médicos e recorrendo a imagens e/ou gráficos, quando necessário, para comunicar processos ou procedimentos;
- Respeitar e responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher, com uma atitude positiva;
- Apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, por meio de encorajamento, elogio, reafirmação e escuta ativa;
- Apoiar a mulher a entender que ela tem uma escolha e garantir que suas escolhas sejam apoiadas;
- Garantir que os procedimentos sejam explicados à mulher e que seja obtido da mulher o consentimento informado verbal e, quando apropriado, por escrito para exames pélvicos e outros procedimentos;
- Encorajar a mulher a expressar as suas necessidades e preferências, informá-la, regularmente, bem como à sua família, sobre o que está a acontecer e perguntar se têm alguma dúvida.

Os cuidados prestados pelo EEESMO, baseados no cuidado respeitoso, numa relação de empática e de ajuda, na comunicação eficaz e terapêutica, têm uma influência direta na forma como a mulher experiencia o seu TP e parto (OE, 2015; Frello & Carraro, 2010).

O RPQCEESMO (OE, 2021, p.17), enfatiza, ainda, que “a comunicação é a base da relação terapêutica”, devendo ser pautada pelo respeito, gentileza e dignidade.

A compreensão, por parte do EEESMO, de que todo o comportamento comunica e toda a comunicação influencia o comportamento, é essencial para a interação entre este e a mulher/família, especialmente num momento tão vulnerável como pode ser o do TP e parto. Esta interação pressupõe a mobilização do suporte contínuo e da comunicação terapêutica como ferramenta essencial e intervenção autónoma de enfermagem que, no contexto descrito, promove a construção de uma relação de ajuda, favorece um ambiente acolhedor e seguro, potencia o envolvimento da mulher no seu próprio processo, influenciando, positiva e diretamente, a confiança, com inúmeras vantagens na evolução no TP, e a vivência da experiência de parto (OMS, 2018; OE, 2015).

A partir do momento em que se estabelece uma relação de proximidade entre o EEESMO e a parturiente, e uma comunicação efetiva, é possível compreender, verdadeiramente, a mulher, o seu sentir, os significados que por ela são atribuídos àquele momento e a sua visão do mundo (Frello & Carraro, 2010). A comunicação, assim estabelecida, promove a autoestima, o conforto, a confiança, resultando em segurança e satisfação, fazendo com que a parturiente se sinta respeitada durante o processo e como pessoa nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual (Caron & Silva, 2002).

O EEESMO assume um papel e lugar privilegiado nesta interação, cuidando da mulher quando esta tem exposta a sua essência mais vulnerável e, em simultâneo, mais primitiva e de força arrebatadora. Aqui, o cuidado do EEESMO “(...) transcende a utilização de procedimentos técnicos, envolvendo a sensibilidade (...)”, estando em presença, disponível e disposto a conhecer as necessidades da mulher de quem cuida, apoiando-a num processo tão marcante e significativo como é o do nascimento de uma nova vida. No fundo, o EEESMO, neste contexto, cuida exercendo não mais daquilo que é a essência da enfermagem (Frello & Carraro, 2010).

Cuidar e comunicar surgem, então, ligados, uma vez que a comunicação terapêutica é concretizada quando se cuida “de verdade”, desejando compreender a pessoa cuidada e as situações pelas quais se confronta (Coelho, 2015, citando Jasmine, 2009; Swanson 1991).

Tendo em conta o descrito, fez sentido mobilizar a Teoria do Cuidado de Kristen Swanson como referencial teórico de enfermagem que norteará a prática e a investigação. A Teoria do Cuidar de Kristen Swanson foi eleita pelo seu carácter contributivo na práxis da Enfermagem e na arte do cuidar, sublinhando que o “cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (Swanson, 1993, pp.354).

Swanson (1991) afirma que conhecer o outro na prática de enfermagem é centrarmo-nos na pessoa cuidada e no seu bem-estar, tentando compreendê-la e às situações com as quais se confronta, sem julgamentos prévios, defendendo a prestação de cuidados de enfermagem digna, respeitosa e no sentido da capacitação da mulher (Tomey & Alligood, 2004; Swanson, 1993).

A teoria defendida por esta autora, considera a mulher como um ser único com capacidade e liberdade na escolha do seu caminho e na definição dos processos de cuidados. Os pressupostos da teoria de Swanson são cinco: o “**Conhecer**”, no sentido de procurar compreender o significado de um evento na vida do outro (Swanson, 1993; Swanson, 1991). Neste contexto, importa procurar conhecer e compreender a parturiente, as suas características, expectativas, necessidades, especificidades e unicidades, através de uma comunicação efetiva, assim como ao significado que esta atribui ao TP e parto, para melhor a poder apoiar neste momento tão único.

Para tal, o EEESMO precisa de “**Estar Com**” a parturiente, verdadeiramente, estando emocionalmente presente e disponível ao longo de todo o processo, transmitindo tranquilidade, segurança e confiança e partilhando sentimentos e vivências (Swanson, 1993).

Ao estar presente e ao conhecer a parturiente, o EEESMO poderá “**Fazer Por**”, isto é, fazer pela parturiente o que ela faria por si mesma, incluindo e antecipando as suas necessidades, confortando, atuando com habilidade e competência, protegendo-a e respeitando a sua dignidade (Swanson, 1993).

O “**Possibilitar**”, pressupõe apoiar a parturiente em eventos desconhecidos e imprevisíveis, como o TP e parto, suportando-a pelas transições da vida, informando, explicando e validando sentimentos, para que estas consigam perceber e tomar decisões conscientes (Swanson, 1993; Swanson 1991).

Por último, o EEESMO deverá “**Manter a Crença**”, isto é, acreditar, manter a fé na capacidade da parturiente em conseguir experienciar um acontecimento ou fase, como o TP e parto, favorecendo a sua autoconfiança e empoderamento, para que esta possa enfrentar um futuro com mais significado (Tomey & Alligood, 2004).

Os conceitos, desenvolvidos anteriormente, constituem o mapa teórico-concetual, que se encontra ilustrado no Anexo I, nomeadamente: comunicação, TP e parto e EEESMO. Assim, considerou-se oportuno investigar qual a influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no TP e parto.

Review question

Qual a influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto?

Inclusion criteria

Participants

- Parturientes e/ou EEESMO

Concept

- Comunicação
- Trabalho de parto e parto

Context

- “Open” – todos os contextos de trabalho de parto e parto

Types of sources

- Todo o tipo de desenhos de estudo.

Methods

Para a identificação e mobilização da evidência científica referente à temática, e para compreender a questão, foi realizada uma *Scoping Review* (SR) tendo como base a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI).

Search strategy

Para a realização desta SR foram definidos os seguintes descritores MeSH: #Communication³; #Obstetric Nursing⁴; #Parturition⁵; #Midwifery⁶ e o termo natural #Childbirth.

As bases de dados elegidas para a pesquisa foram: PubMed, Google Scholar e, na plataforma EBSCOHost - CINAHL Complete, MEDLINE Complete e MedicLatina.

³ The exchange or transmission of ideas, attitudes, or beliefs between individuals or groups.

⁴ A nursing specialty involving nursing care given to the pregnant patient before, after, or during childbirth.

⁵ The process of giving birth to one or more offspring.

⁶ The practice of assisting women in childbirth.

Para cada uma das bases de dados foram definidos os limitadores específicos de pesquisa, descritos na tabela 1, que se segue:

Base de dados		Limitadores
Pubmed		<ul style="list-style-type: none"> • Título/Resumo; • Texto disponível: Texto integral grátis; • Filtros adicionais: <ul style="list-style-type: none"> ○ Espécie: Humanos; ○ Idioma: Inglês; Português, Espanhol; ○ Faixa etária: Adultos – 19 a 44 anos.
SciELO Brasil		<ul style="list-style-type: none"> • Data de publicação: 2017 – 2024 • Idioma: Português e Inglês.
ESBCOHost (gerais)		<ul style="list-style-type: none"> • Bases de dados selecionadas: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; MedicLatina • Modo de Pesquisa: Booleana/frase • Expansores: Aplicar assuntos equivalentes; • Texto integral; • Data de publicação: janeiro de 2017 – fevereiro de 2024
ESBCOHost (específicos)	CINAHL Complete	<ul style="list-style-type: none"> • Faixa etária: Adultos – 19 a 44 anos; • Texto integral em PDF.
	MEDLINE Complete	☒ Faixa etária: Adultos - 19 a 44 anos.
	MedicLatina	☒ Texto integral em PDF.

Tabela 1: Limitadores específicos

No apêndice II, é possível consultar a tabela onde constam os resultados obtidos para cada base de dados, com os limitadores anteriormente referidos.

Como expressão de pesquisa, utilizando o booleano **AND** e **OR** para articular os descritores *MeSH*, foi definida a seguinte:

Communication AND (Obstetric Nursing OR Midwifery) AND (Parturition OR Childbirth)

Study selection

A pesquisa foi realizada a 22 de janeiro de 2024 e repetida a 11 de fevereiro de 2024, segundo a metodologia JBI®, tendo como base a questão de investigação: Qual a influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto?

A primeira etapa do PRISMA, designada de – *Identification* - decorre dos resultados das bases de dados científicas acima referidas. Através da expressão de pesquisa “(Communication) **AND** (Obstetric Nursing **OR** Midwifery) **AND** (Parturition **OR** Childbirth)”, obteve-se um total de 140 artigos, sendo que destes, foram removidos 12 artigos duplicados.

Na segunda etapa do PRISMA, denominada de *Screening*, procedeu-se à leitura do título e do resumo de cada um dos 128 artigos identificados, considerando os critérios de inclusão definidos. Por conseguinte, nesta fase, foram rejeitados 99 artigos. Na fase *Eligibility*, foi feita uma leitura integral dos 29 artigos e, pela falta de pertinência para o estudo, foram excluídos 25 artigos. Foram incluídos 4 artigos: 3 quantitativos (Brasil e Polónia) e 1 qualitativo (África do Sul). Os estudos foram realizados entre 2018 e 2021. De seguida, após a análise destes artigos, e recorrendo aos instrumentos de extração de dados *Appendix IV e V*, foram recolhidas as principais informações dos estudos/artigos elegíveis, por forma a contribuir para a compreensão da questão de investigação.

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

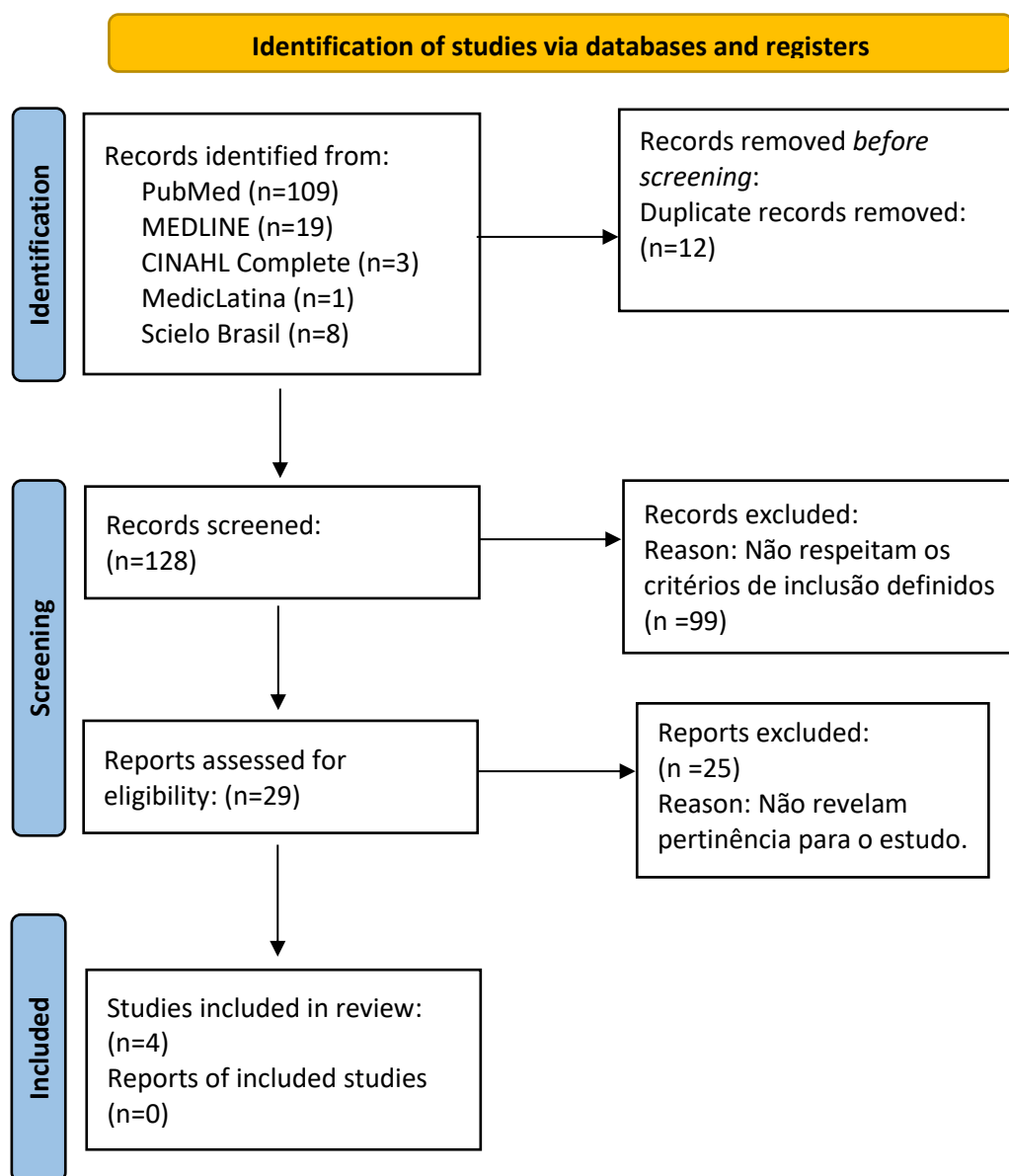


Diagrama 1- Adaptado do *PRISMA Flow Diagram* para o processo de *Scoping Review* do JBI (2020)

Em seguida, apresentam-se os artigos que foram incluídos como contributo para a compreensão da questão de revisão:

- Maputle, M. (2018). Support Provided by Midwives to Women during Labour in a Public Hospital, Limpopo Province, South Africa: A Participant Observation Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1860-8>
- Bessera, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Barbosa, A. (2020). Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 73(5), <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>
- Bessera, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Pinheiro, A. K. (2019). Comunicação não verbal enfermeiro-parturiente no trabalho de parto em países lusófonos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 73:e3193. DOI: [10.1590/1518-8345.3032.3193](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3032.3193)
- Baranowska, B.; Pawlicka, P.; Kiersnowska, I.; Misztal, A.; Kajdy, A.; Sys, D.; Doroszevska, A. (2021). Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum. *Healthcare*, 9(4), 382. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040382>

Data extraction

No âmbito da extração de dados, e organizado de acordo com a identificação da SR, surge o Appendix IV, composto por nove variáveis, onde constam os dados extraídos dos artigos incluídos. Tem-se como objetivo explicar e compreender os resultados dos mesmos, tendo por base a questão de revisão da presente SR.

Analysis and Presentation of Results

A discussão dos resultados encontra-se integrada no presente relatório, no subcapítulo 2.1.4 – Resultados da pesquisa.

Conclusions and Recommendations

Existem eventos na trajetória de vida de uma pessoa/família que, pela sua própria natureza, e carregando os mais diversos significados, estão imbuídos de vulnerabilidade, emotividade e podem ter presentes altos níveis de ansiedade, insegurança e/ou medo, exigindo um olhar mais atento e um cuidado acrescido na mobilização da comunicação como ferramenta do cuidado.

O TP e parto, representa um desses eventos, repleto de significados construídos, de modo dinâmico e ao longo do tempo, a partir da individualidade de cada parturiente, das suas experiências prévias, dos seus valores e emotividade, das suas crenças, das suas relações interpessoais e da sua cultura, sendo uma combinação de acontecimentos fisiológicos, psicológicos, emocionais, sociais e culturais, dos quais surgem profundas reestruturações a todos os níveis. É com esta premissa, de que cada mulher é um ser único, que o EEESMO deverá orientar os seus cuidados, considerando-a com todas as suas dimensões e cuidando de forma integral e holística.

Tendo em conta o descrito, e sabendo que é inevitável comunicar, a comunicação assume-se como “a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento” (Phaneuf, 2005, p.17).

Quando há a real preocupação em se relacionar com e em compreender o outro, EEESMO consegue aceder à individualidade da pessoa e, assim, responder às suas verdadeiras necessidades, adequando o seu comportamento, as suas ações, a sua comunicação, com empatia e intencionalidade, estabelecendo uma comunicação e relação terapêutica.

Prestar um cuidado individualizado e personalizado, é fundamental, respeitando os sinais, os desejos e especificidade de cada mulher/família, promovendo o bem-estar, a segurança, a confiança, no sentido de contribuir para uma experiência de parto envolta numa esfera de amor, tranquilidade e cuidado humanizado.

Em análise aos estudos incluídos nesta SR, é notório que o processo comunicacional estabelecido durante o TP e parto, impacta, diretamente, a satisfação das necessidades da parturiente, a redução dos níveis de ansiedade, medo e insegurança e, conseqüentemente, a progressão do TP e a vivência positiva ou não do mesmo.

É notório que o EEESMO deve investir no desenvolvimento das competências

comunicacionais, contribuindo para um cuidado mais atento, personalizado e resultando em melhores resultados relativos à progressão do TP, em níveis mais elevados de satisfação materna durante o TP e parto e numa experiência de nascimento mais positiva.

Nesta pesquisa, não foram encontradas investigações realizadas em Portugal, contudo seria relevante e interessante desenvolver estudos com uma amostra portuguesa, com o objetivo de conhecer a realidade sobre este tema em Portugal, assim como o de elevar a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica.

Funding

A presente *Scoping Review* não é financiada.

Conflicts of interest

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.

References

- Amaral, A. & Martins, C. (2016). Manutenção das Necessidades da Parturiente. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 400-406). Lidel
- Baranowska, B.; Pawlicka, P.; Kiersnowska, I.; Misztal, A.; Kajdy, A.; Sys, D.; Doroszewska, A. (2021). Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum. *Healthcare*, 9(4), 382. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040382>
- Bessera, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Barbosa, A. (2020). Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 73(5), <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>
- Bessera, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Pinheiro, A. K. (2019). Comunicação não verbal enfermeiro-parturiente no trabalho de parto em países lusófonos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 73:e3193. DOI: [10.1590/1518-8345.3032.3193](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3032.3193)
- Broca, P. & Ferreira, M. (2015). Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(3):467-474 DOI: 10.5935/1414-8145.20150062
- Buckley, S. (2015). *Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care*. Washington, DC: Childbirth Connections Programs, National Partnership for Women & Families
- Campos, D. L. (2020). *Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34033/1/BCTFC140.pdf>

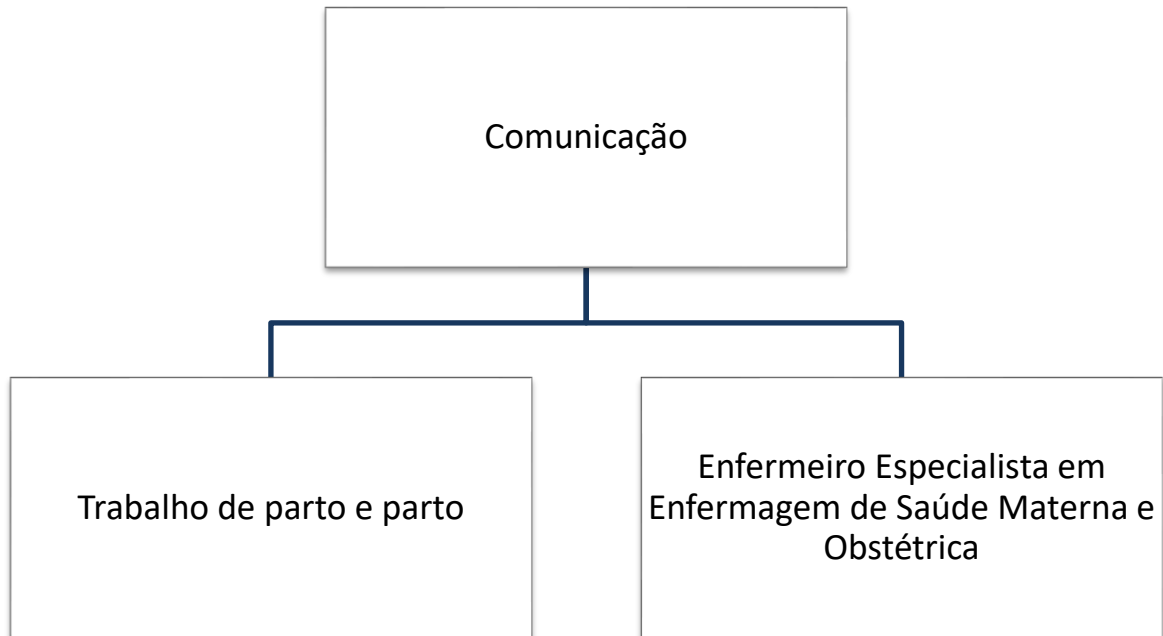
- Caron, O. A., Silva, I. A. (2002). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4):485-92. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000400004>
- Coelho, M. T. (2015). *COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS*. [Tese de doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/82004?mode=full>
- Coelho, M. T. & Sequeira, C. A. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (31), 31-38. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Fátia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 308-320). Lidel
- Frello, A. T., Carraro, T. E. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4):660-8. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056>
- Guerra, A. (2016). A Dor em Obstetrícia. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 408-410). Lidel
- Joanna Briggs Institute (2020). *JBI manual for evidence synthesis: 2021* Edition. Austrália: jbi.global. [JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI Global Wiki \(refined.site\)](https://www.jbi.global/JBI-Manual-for-Evidence-Synthesis-JBI-Global-Wiki-refined-site)
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Lusodidacta
- Machado, M. H. & Graça, L. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. Graça. *Medicina Materno-Fetal*. (5ª Edição, pp. 220-228) Lisboa: Lidel.
- Maputle, M. (2018). Support Provided by Midwives to Women during Labour in a Public Hospital, Limpopo Province, South Africa: A Participant Observation Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1860-8>
- Nunes, J. M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/livrocomunic.pdf>

- Oliveira, Y., Celino, S. & Costa, G. (2015). Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 307-320. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100017>
- OMS (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- Pedro, L. & Oliveira, S. (2016). Função da Dor no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 413-415). Lidel
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 85, 13560 – 13565. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Ramos, N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-legere*, 1(11). 30- 51. <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4300>
- Reis, R. S., Rached, C. D. (2017). O Papel do Enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa – gestante. *International Journal of Health Management Review*. 3(2): p.1-32. DOI: <http://doi.org/10.21902/jhmreview.v3i2.125>
- Rezende, R., Oliveira, R., Araújo, S., Guimarães, T., Santo, F. & Porto, I. (2015). Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à Comunicação da Enfermagem. *Revista Brasileira de*

<https://www.scielo.br/j/reben/a/LW3tyC4GHR9dTtRymTRgRfK/?format=pdf&lang=pt>

- 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>
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª edição). Lusociência.
- Thorbjörnsdottir, K. E., Karlsen, I. E., Dahl, B., Røseth, I. (2020). “Talk to me, not at me”: obese women’s experiences of birth and their encounter with birth attendants – a qualitative study. *INTERNATIONAL JOURNAL OF QUALITATIVE STUDIES ON HEALTH AND WELL-BEING*, VOL.15, 1845286 <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1845286>
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. D. (1998). *Pragmática da Comunicação Humana: Um estudo dos padrões patológicos e paradoxos de interação*. São Paulo: Cultrix.

Appendix I: Conceptual Map



Appendix II: Search strategy

Search	Descritores MeSH/Termos Naturais*	PubMed	ESBCOHost			Scielo	Total
			MEDLINE	MedicLatina	CINAHL Complete		
#1	Communication	22683	13419	978	3174	2382	42636
#2	Obstetric Nursing	599	42	23	51	145	860
#3	Midwifery	3838	2698	113	235	33	6917
#4	Parturition	6598	812	19	235	118	7782
#5	Childbirth	5153	1272	213	636	307	7581
#6: #2 OR #3	Obstetric Nursing OR Midwifery	4162	2732	136	284	172	7486
#7: #4 OR #5	Parturition OR Chilbirth*	9204	1637	219	672	374	12106
#8: #1 AND #6 AND #7	Communication AND (Obstetric Nursing OR Midwifery) AND (Parturition OR Childbirth)	109	19	1	3	8	140

Appendix IV: Data extraction instrument

<p>Appendix IV: Data extraction instrument</p> <p>Título da Revisão: A influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto: uma <i>scoping review</i></p> <p>Questão: Qual a influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Parturientes e/ou EEESMO</p> <p>Conceito: Comunicação; Trabalho de parto e parto</p> <p>Contexto: “Open” - todos os contextos de trabalho de parto e parto</p>
<ul style="list-style-type: none">● <u>Autores:</u> Beserra, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Pinheiro, A. K.● <u>Título:</u> Comunicação não verbal enfermeiro-parturiente no trabalho de parto em países lusófonos
<ul style="list-style-type: none">● <u>Ano da Publicação:</u> 2019
<ul style="list-style-type: none">● <u>País de origem:</u> Brasil
<ul style="list-style-type: none">● <u>Objetivos:</u> “Analisar a comunicação não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto em dois países lusófonos”. p.1

- **Metodologia/métodos:**

Estudo quantitativo analítico realizado em “(...) dois cenários (Brasil e Cabo Verde): um Centro de Parto Normal localizado em um município da região metropolitana de Fortaleza-CE (Brasil) e uma maternidade localizada em Praia (Ilha de Santiago/Cabo Verde).” p.2

População: enfermeiros generalistas/obstetras e parturientes.

“Para as parturientes, foram incluídas as maiores de 18 anos, mulheres na fase ativa do trabalho de parto e hemodinamicamente estáveis. Para os enfermeiros, foram incluídos os profissionais que se encontravam em plantão no serviço. Foram excluídas parturientes com indicação de possível cesárea ou mulheres em término da fase ativa. Em Cabo Verde, excluíram-se (...) parturientes que tiveram dificuldade de compreender e falar a língua portuguesa. Não houve diferença entre os critérios de inclusão e exclusão dos enfermeiros entre os países (...)”p.2

Amostra: composta por 709 interações que utilizaram a comunicação não verbal dos enfermeiros e parturientes, no decorrer da fase ativa do trabalho de parto. p.2-3

Instrumento de colheita de dados: “(...) elaborado e validado em estudo anterior que analisou a comunicação não verbal entre o enfermeiro e a pessoa com deficiência visual na consulta de Enfermagem e denominado Comunicação Não Verbal Enfermeira-Cego (CONVENCE). O instrumento foi validado por três juízes doutores em Enfermagem com teses e dissertações orientadas acerca da temática. (...) foi construído de acordo com o referencial teórico de Hall, o qual é composto pelas seguintes variáveis: comunicação não verbal; distância; postura; eixo; contato; gestos emblemáticos; gestos ilustradores e gestos reguladores.”p.3

Colheita de dados: “O período de coleta de dados deu-se de março a agosto de 2017 em ambos os países. (...) Foi realizada a coleta de dados havendo ou não a interação entre enfermeiro e parturiente. As interações foram analisadas durante todo o período da fase ativa do parto, sendo concluídas com o término da fase ativa ou quando a parturiente era encaminhada para o parto cesáreo.”p.3

Tratamento de dados: “Os dados foram organizados em tabelas simples e cruzadas. Para a análise das proporções entre Brasil e Cabo Verde, segundo a comunicação não verbal dos enfermeiros e parturientes, foram empregados os testes de Qui-Quadrado e Razão de Verossimilhança. Para todas as análises inferenciais, foram consideradas estatisticamente significantes aquelas com $p < 0,05$. O estudo respeitou os preceitos éticos

brasileiros, segundo a resolução 466/12 do CONEP, com a aprovação do comitê de ética com o parecer 1.939.715. Em Cabo Verde, respeitaram-se os preceitos legais e éticos vigentes no país com a aprovação do Comitê Nacional de Pesquisa em Saúde com base nos termos do artigo 9º do Decreto-Lei nº 26/2007.”p.3

- **Fontes de pesquisa utilizadas:**

“O instrumento de coleta de dados para avaliar a comunicação não verbal foi elaborado e validado em estudo anterior que analisou a comunicação não verbal entre o enfermeiro e a pessoa com deficiência visual na consulta de Enfermagem e denominado Comunicação Não Verbal Enfermeira-Cego (CONVENCE). O instrumento foi validado por três juízes doutores em Enfermagem com teses e dissertações orientadas acerca da temática. O instrumento foi construído de acordo com o referencial teórico de Hall, o qual é composto pelas seguintes variáveis: comunicação não verbal; distância; postura; eixo; contato; gestos emblemáticos; gestos ilustradores e gestos reguladores.”(p.3)

- **Interpretação desenvolvida:**

No Brasil, “observa-se, nos resultados expostos, a ausência considerável da comunicação não verbal entre enfermeiro/parturiente e parturiente/enfermeiro na fase ativa do trabalho de parto, realidade diferente encontrada em Cabo Verde.” p.5

Durante o trabalho de parto, o enfermeiro deverá mostrar-se disponível, oferecendo apoio, segurança e comunicação efetiva à parturiente. P.5

No entanto, tanto no Brasil como em Cabo Verde, “os enfermeiros, em alguns momentos de interações, mantiveram-se direcionados ao uso de celular e internet”, o que representa um potencial “fator prejudicial para o processo de comunicação com essa mulher.” p.5

O estudo revela que, “nos dois países, as parturientes estabeleceram, em suas interações, comunicação não verbal com os enfermeiros”, pois, “interagir com os profissionais que lhe assistem no pré-parto oportuniza, à mulher, maior liberdade e confiança na equipe.” p.6

“A mulher precisa sentir-se acolhida para se comunicar com iniciativa e liberdade com os enfermeiros que lhe assistem no trabalho de parto. Uma comunicação não verbal efetiva implica resultados válidos e positivos tanto nos aspectos físicos quanto psicológicos dessa mulher”. p.6

“Relativamente à **distância**, a íntima predominou tanto na comunicação enfermeiro-parturiente, quanto nas interações da comunicação não

verbal da parturiente-enfermeiro.”, o que promove uma assistência mais humanizada. p.6

“Por outro lado, uma “invasão” no espaço de cuidado pode trazer consequência negativa ao processo assistencial da mulher”.p.6

“Na variável **eixo**, tanto nas interações da comunicação não verbal entre enfermeiro-parturiente, houve o predomínio do eixo face a face. O profissional interagir com a parturiente, estabelecendo comunicação face a face, proporciona maior vínculo e segurança a essa mulher no parto normal.”p.6

Quanto à variável **contato**, no Brasil, os enfermeiros não usaram nenhum contato ou toque, enquanto que, em Cabo Verde, esta variável foi usada para estabelecer interações com as parturientes. p.6

Em relação às parturientes, nenhum contato foi estabelecido em ambos os países. p.6

Essa ausência de contacto pode refletir uma possível ausência de interesse das parturientes em estabelecer “contato tátil e próximo” na interação com o enfermeiro, possivelmente pelo receio e medo. p.6

“Nos **gestos emblemáticos** dos enfermeiros, em ambos os países observou-se que os profissionais, no decorrer da comunicação estabelecida com as parturientes, moveram as mãos como forma de gesticular e complementar a linguagem verbal que era transmitida às mulheres em trabalho de parto ativo.” O mesmo aconteceu com as parturientes cabo-verdianas e brasileiras. p.6

Relativamente aos **gestos ilustradores**, a comunicação não verbal complementou a linguagem verbal. Verificou-se essencial ilustrar a comunicação com gestos, principalmente em Cabo Verde, onde existe o crioulo como língua materna de quase todos os cabo-verdianos. p.7

No que se refere aos **gestos reguladores**, “o meneio de cabeça destacou-se no Brasil, enquanto, em Cabo Verde, mover os olhos prevaleceu. O meneio de cabeça dos enfermeiros brasileiros reforça a fala do outro, e a movimentação dos olhos dos enfermeiros cabo verdianos na direção da parturiente também reforça a fala, enquanto que o desvio inibe a mesma.” Quanto às parturientes, por meio de gestos reguladores, essas mulheres expressavam o seu interesse ou seu desapeço na comunicação com o enfermeiro. p.7

Quanto à postura, o estudo revela que, durante a comunicação estabelecida com a parturiente, o enfermeiro permanece de pé, ao contrário das parturientes que adotavam a postura deitada, em ambos os países. p.7

“(…) observou-se que a maioria das interações ocorria no momento da realização dos exames de toque vaginal para a verificação da dilatação do colo uterino e no momento da avaliação obstétrica.” p.7

“Em Cabo Verde, as mulheres pouco eram estimuladas a ficar de pé ou em outra posição no trabalho de parto. (...) Ao serem estimuladas a deambular, grande parte das mulheres rejeitava a sugestão (...). Essa rejeição devia-se à limitação de espaço no ambiente e por essa posição ser considerada a mais confortável para as mulheres.”p.7

“No Brasil, as mulheres eram orientadas pelos enfermeiros a deambular. Ao caminhar, as parturientes interagem mais com o seu acompanhante. (...) Estimular e auxiliar a mulher a deambular pode proporcionar uma comunicação mais afetiva e próxima entre o profissional e a parturiente, minimizando, assim, sentimentos negativos que podem ser vivenciados por essas mulheres.”p.7

O estudo revela a importância da comunicação não verbal no processo de cuidar no cenário obstétrico nos dois países, no sentido de proporcionar atendimento humanizado e de qualidade. Refere ainda que é preciso investir na preparação para o parto para, assim, as mulheres interagirem, da melhor maneira, com a equipa de saúde e vice-versa. p.8

- **Nível de Evidência alcançado:**

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS: Nível 3 – Observacional – Design Analítico;

Nível 3e: Estudo Observacional sem grupo de controlo

- **Contributo para a questão de revisão:**

Segundo Beserra et al. (2019), “o ser humano influencia o mundo, é influenciado por ele e, assim, interage uns com os outros.”(p.2) Torna-se essencial, que nos cuidados de Enfermagem, o processo comunicacional, “o qual pode ser compreendido como o conjunto de sinais ou formas verbais e não verbais transmitidos e entendidos com o propósito de se expressar ideias, sentimentos e pensamentos” (p.2), seja alicerçado no cuidado humanizado, onde se prevê a partilha de informação clara, o apoio contínuo, o suporte emocional e a empatia e gentileza no cuidado. Importa que o EEESMO esteja atento e perceba as subtilidades do comportamento humano e da comunicação não verbal, que, tantas vezes, nos

diz mais do que “mil palavras”. Ao perceber e compreender a comunicação não verbal da parturiente, o EEESMO tem a capacidade/obrigação de adequar e direcionar a sua intervenção, no sentido de desmistificar o sentir da parturiente, de procurar o seu bem-estar, a satisfação das suas necessidades, diminuindo a sua ansiedade e transmitindo-lhe confiança e segurança.

A comunicação não verbal é uma ferramenta indispensável na relação humana pois “possibilita, às pessoas, a expressão de seus sentimentos e emoções de modo direto e possui as funções de complementar, contradizer e/ou substituir a comunicação verbal” (p.5). (Beserra et al., 2019, p.5 citando Rebouças et al., 2015).

Beserra et al. (2019), identificam o uso de telemóvel e internet, no local de trabalho, com uma prática que pode ter interferência, na assistência à parturiente e na comunicação que se estabelece ou não. Durante o TP, o enfermeiro precisa de se mostrar disponível e empático, oferecendo presença, apoio, segurança e comunicação efetiva, para que a parturiente se sinta acolhida, segura e confiante em expressar, de forma livre, os seus sentimentos e pensamentos. Uma comunicação não verbal efetiva implica resultados válidos e positivos tanto nos aspectos físicos quanto psicológicos da mulher em trabalho de parto. (p.6)

A **distância** íntima estabelecida entre a parturiente e o enfermeiro, durante o trabalho de parto, promove uma assistência mais próxima, sendo percebida como cuidado e zelo. No entanto, importa perceber de que forma a parturiente reaja a essa proximidade, pois esta pode ser percebida como “invasão”, sendo geradora de desconforto e influenciando, negativamente, o processo de trabalho de parto.

Nas interações, quando a comunicação se estabelece **face a face**, o vínculo construído entre enfermeiro e parturiente é maior, assim como a sensação de segurança que esta sente durante o trabalho de parto e parto.

Durante o TP e parto, o **contato**, nomeadamente, o toque, é primordial, para a efetivação da comunicação não verbal, expressando e/ou validando sentimentos. Quando surge a ausência de contacto ou o distanciamento, importa refletir acerca do que poderá estar na base deste comportamento, como medos, inseguranças ou mesmo indiferença entre os intervenientes (Beserra et al., 2019)

Gestos como anuir com a cabeça ou manter o contacto visual têm a capacidade de validar e reforçar a comunicação verbal, e de demonstrar interesse e atenção no outro, isto é, de manter a comunicação entre as pessoas. A comunicação não verbal mediada por **gestos** (com as mãos,

por exemplo) revela-se importante para complementar a comunicação verbal, melhorando a compreensão da mensagem transmitida à parturiente, principalmente em contextos multiculturais, onde a probabilidade de cuidarmos de parturientes que não dominam a língua portuguesa é cada vez maior.

A **postura** adotada quer pelos enfermeiros, quer pelas parturientes pode ser determinante no processo de trabalho de parto. No estudo de Beserra et al. (2019), a maioria das mulheres brasileiras e cabo-verdianas preferiu permanecer deitada ao longo da fase ativa do trabalho de parto, provavelmente, por desconhecerem os benefícios das posições verticais e da deambulação no trabalho de parto. Além dos benefícios físicos da verticalidade e da deambulação, sentidos durante o trabalho de parto, os autores referem ainda que incentivar e apoiar a mulher a deambular pode promover uma comunicação mais afetiva e próxima entre o enfermeiro e a parturiente, minimizando, assim, sentimentos negativos que poderão surgir (Beserra et al., 2019). Deste modo, enfatizam a necessidade de investir na educação para a saúde, durante o período pré-natal, com o objetivo, não só, de informar acerca do processo de nascimento em si, mas também acerca da importante necessidade das mulheres comunicarem de forma eficaz e efetiva durante o trabalho de parto, de modo a interagir com a equipa de saúde e a expressar as suas necessidades da melhor maneira possível.

Appendix IV: Data extraction instrument

Título da Revisão: A influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto: uma *scoping review*

Questão: Qual a influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Parturiente e/ou EEESMO

Conceito: Comunicação; Trabalho de parto e parto

Contexto: “Open” - todos os contextos de trabalho de parto e parto

- **Autores:** Beserra, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Barbosa, A.
- **Título:** Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto

➤ **Ano da Publicação:** 2020

➤ **País de origem:** Brasil

➤ **Objetivos:** “Analisar a comunicação verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto em dois países lusófonos.”p.1

➤ **Metodologia/métodos:**

Tipo de paradigma: Estudo analítico quantitativo, realizado em dois cenários: Brasil e Cabo Verde

População: enfermeiros obstetras e parturientes. “Incluíram-se parturientes maiores de 18 anos, na fase ativa do parto e sem intercorrências obstétricas; bem como enfermeiros atuantes na assistência obstétrica no Brasil e em Cabo Verde. Excluíram-se parturientes de cesárea ou aquelas

no período expulsivo. Em Cabo Verde, excluíram-se parturientes que falavam crioulo e não se comunicavam em português, haja vista a dificuldade da pesquisadora em compreender a língua crioula, língua natural de alguns países africanos.”p.2

Amostra: “Amostra com 709 interações utilizando comunicação verbal de enfermeiros e parturientes na fase ativa do trabalho de parto no Brasil e Cabo Verde. Analisaram-se as variáveis: acompanhante, funções conativa vocativa, conativa imperativa, emotiva/expressiva, referencial/contexto, contato/canal e Código.”p.1

Instrumento de colheita de dados: O instrumento de colheita de dados denominado Formulário de Análise de Comunicação Verbal em Enfermagem (FACOVE), “seguiu o referencial teórico de Jakobson, que ressalta a importância das circunstâncias nas quais os indivíduos estão durante a transmissão da mensagem verbal com as variáveis indicativas do remetente da comunicação, bem como das funções, que foram classificadas em: conativa vocativa, conativa imperativa, emotiva/expressiva, referencial/ contexto; contato ou canal; e código.”p.2

“Foram registrados todos os momentos de comunicação verbal entre enfermeiro e parturiente e vice-versa no decorrer da fase ativa do trabalho de parto das parturientes. Na falta de comunicação, era assinalada a opção “ausente”. Interrompeu-se a coleta ao término da fase ativa do parto ou quando do encaminhamento para cesárea.”p.3

Colheita dos dados: de março a agosto de 2017 em ambos os países. p.2

Análise dos resultados: “Os dados foram organizados em tabelas simples e cruzadas; para análise das proporções entre Brasil e Cabo Verde, foram empregados os testes de qui-quadrado e razão de verossimilhança. Para análises inferenciais, foram consideradas estatisticamente significantes aquelas com $p < 0,05$.” p.3

Foram respeitados os preceitos éticos segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)(6), com aprovação do comitê de ética sob o parecer 1.939.715. Em Cabo Verde, obteve-se aprovação do Comitê Nacional de Pesquisa em Saúde com base nos termos do artigo 9º do Decreto-Lei nº 26/2007(7). Após convite e aceite para participar do estudo, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). p.2

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

O instrumento de colheita de dados utilizados (Formulário de Análise de Comunicação verbal em Enfermagem – FACOVE) seguiu o referencial

teórico de Jakobson, que ressalta a importância das circunstâncias nas quais os indivíduos estão durante a transmissão da mensagem verbal com as variáveis analisadas no estudo. p.2

➤ **Interpretação desenvolvida:**

No estudo realizado foram observados 709 diálogos na comunicação verbal entre enfermeiros e parturientes. p.3

Observou-se o predomínio da ausência de interações na maioria das variáveis, por parte dos enfermeiros para com as parturientes, especialmente no Brasil, sendo que, em Cabo Verde, a maioria dos enfermeiros interagiu com as parturientes. p.3

Esta ausência poderá ser justificada pela falta de qualificação dos profissionais e funções direcionadas às atividades administrativas, número reduzido de profissionais ou pela falha nos aspectos comunicacionais. p.4

No Brasil, observou-se que os enfermeiros transmitiam maior segurança, atenção e disponibilizavam métodos não farmacológicos para alívio da dor. p.4

No que diz respeito à presença de acompanhamento no trabalho de parto e parto, no Brasil, a parturiente tem o direito à escolha de quem a acompanhará nesse momento, sendo que grande parte das interações entre enfermeiro e parturiente ocorreu na presença do acompanhante. p.4

Já em Cabo Verde, se verifica o oposto, uma vez que não é permitida a presença do acompanhante no processo de trabalho de parto, potenciando sentimentos de insegurança e medo sentidos pela mulher, o que, por sua vez, **está associado a maior duração do processo de trabalho de parto.** p.4

O estudo revelou que quando as mulheres recebem informações previamente ao trabalho de parto sentem-se mais seguras e confiantes, facilitando uma comunicação aberta durante o trabalho de parto e o envolvimento dos pais no processo e na tomada de decisão. p.4-5

O processo de trabalho de parto ativo demonstrou ser o momento de maior interação entre os participantes. As parturientes, de ambos os países, esclareceram dúvidas, medos e emoções, assim como estabeleceram diálogo com os enfermeiros sobre seu processo de trabalho de parto, verbalizando sensações que surgiam durante o processo, como a vontade de vomitar, vontade de fazer força, ou a perda de líquido amniótico, representando esta última uma preocupação das mulheres. p.5

A audição foi a forma de contato mais usada entre enfermeiro e parturiente os dois países, sendo identificada como um fator determinante na

assistência obstétrica de qualidade. Ouvir e valorizar a história de cada mulher, assim como ouvir atentamente as suas necessidades fá-la sentir-se respeitada na sua individualidade. p.5

A linguagem comum prevaleceu em ambos os países, evitando o uso de termos técnicos, o que facilita o entendimento das orientações dadas pelos enfermeiros e a interação estabelecida entre os participantes. p.5

Durante o trabalho de parto os enfermeiros interagiam com as parturientes solicitando informações importantes que assegurassem o seu conforto e cuidado holístico, que usassem a bata hospitalar, que urinassem antes de realizar exames vaginais, assim como através de orientações relativas aos métodos não farmacológicos de alívio da dor. p.5

As sugestões de cuidados ou estratégias, como a deambulação, foi evidenciada no estudo. Tanto no Brasil quanto em Cabo Verde, as parturientes eram motivadas a caminhar para uma evolução mais rápida do trabalho de parto. No entanto, em Cabo Verde, havia resistência por parte das parturientes em aceitar a orientação. Acredita-se que essa rejeição se dava devido à ausência de informação referente aos benefícios da deambulação no trabalho de parto ativo. p.6

Os enfermeiros brasileiros e cabo-verdianos, nas interações estabelecidas com as parturientes, direcionavam o assunto de forma tranquila e acolhedora enfatizando a importância da participação da mulher no trabalho de parto ativo e na assistência propriamente dita. Nota-se, pelo predomínio desse assunto, a preocupação dos profissionais em tornar a mulher mais participativa, cooperativa e inserida no contexto do parto. Entre parturiente e enfermeiro, prevaleceu a “tranquilidade” no Brasil; e, em Cabo Verde, a “apatia”. p.6

O estudo demonstra que o enfermeiro obstetra, ao fazer uso de boa comunicação, possibilita o empoderamento da mulher na vivência da parturição, e sua importante atuação no momento do parto colabora para a humanização, qualificação da assistência obstétrica e consequente satisfação e segurança da parturiente. p.6

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS: Nível 3 – Observacional – Design Analítico;

Nível 3e: Estudo Observacional sem grupo de controlo

➤ Contributo para a questão de revisão:

Segundo o estudo de Beserra et al. (2019), a comunicação verbal entre o enfermeiro e a parturiente assume-se como essencial no processo de cuidar durante o trabalho de parto e parto.

Num momento em que a mulher se encontra vulnerável e frágil, como é o do trabalho de parto, a comunicação surge como um poderoso instrumento de cuidado, facilitando a construção de uma relação de confiança entre enfermeiros e parturientes. Quando é estabelecida uma comunicação efetiva, com base no respeito e empatia, o enfermeiro obstetra possibilita o empoderamento da mulher, na sua própria experiência de trabalho de parto e parto, promove sentimentos de segurança e controlo da mulher, potencia a confiança em si mesma e na sua capacidade e força em parir, contribuindo, assim, para uma vivência do trabalho de parto mais satisfatória e feliz (Beserra et al., 2019).

A comunicação deve ocorrer por meio do diálogo com palavras de fácil entendimento, em que enfermeiro e parturiente compartilhem sentidos e emoções que se tornam comuns a eles no momento que vivenciam o parto. Em ambos os países, a linguagem comum prevaleceu, evitando o uso de termos técnicos, o que facilitou o entendimento das orientações/sugestões dadas pelos enfermeiros e a interação estabelecida entre estes e as parturientes.

Segundo o estudo (Beserra et al., 2019), as mulheres que recebem informações importantes previamente ao trabalho de parto, além de sentirem as suas necessidades reconhecidas, o que as faz sentir acolhidas e respeitadas, sentem-se mais seguras e confiantes, facilitando uma comunicação aberta durante o trabalho de parto e o seu envolvimento e o do acompanhante no processo e na tomada de decisão. Em contrapartida, a comunicação é dificultada quando a mulher sente medo ou insegurança. Estar disponível para ouvir e esclarecer as dúvidas e preocupações que surgem, antes ou durante o trabalho de parto, torna-se fundamental, uma vez que dissipa os possíveis medos/inseguranças e tranquiliza as mulheres, favorecendo o trabalho de parto e a percepção que a parturiente tem deste.

Dar espaço para que a parturiente verbalize e expresse as suas emoções e sensações está associado a uma maior satisfação materna.

A presença de acompanhamento no trabalho de parto e parto revelou-se importante, sendo que quando não é permitida a presença deste no processo de trabalho de parto, há uma maior probabilidade de surgirem sentimentos de **insegurança e medo sentidos pela mulher, o que, por sua vez, está associado a uma maior duração do processo de trabalho de parto.**

A audição foi a forma de contato mais usada entre enfermeiro e parturiente os dois países, sendo identificada como um fator determinante na assistência obstétrica de qualidade. **Ouvir e valorizar a história** de cada mulher, pode facilitar a vivência do parto, assim como ouvir atentamente as suas necessidades fa-la-á sentir-se respeitada na sua individualidade e unicidade.

Um estudo descritivo (Madula et al., 2018) citado por Beserra et al. (2019), destaca que o fator facilitador da comunicação entre os profissionais e os parturientes é uma boa interação entre os dois, alicerçada na compreensão, cordialidade, simpatia e respeito. Por outro lado, entre os fatores que inibem a comunicação figuram o abuso verbal, ineficácia dos profissionais em responder às dúvidas/questões das parturientes, barreiras linguísticas e comunicação ineficaz.

No **acolhimento** e durante o trabalho de parto os enfermeiros interagem com as parturientes solicitando informações importantes que assegurassem o seu conforto e cuidado holístico, assim como, através de sugestões práticas, iam oferecendo possibilidades à parturiente de forma a promover um trabalho de parto e parto com mais qualidade e autonomia.

As sugestões de cuidados ou estratégias, como a deambulação, foi evidenciada no estudo. Tanto no Brasil quanto em Cabo Verde, as parturientes eram motivadas a caminhar para uma evolução mais rápida do trabalho de parto. No entanto, em Cabo Verde, havia resistência por parte das parturientes em aceitar a orientação, talvez devido à ausência de informação referente aos benefícios da deambulação no trabalho de parto ativo.

Os enfermeiros brasileiros e cabo-verdianos, nas interações estabelecidas com as parturientes, direcionavam os assuntos de forma tranquila e acolhedora enfatizando a importância da participação da mulher no trabalho de parto ativo e na assistência propriamente dita. Nota-se, pelo predomínio desse assunto, a preocupação dos profissionais em tornar a mulher mais participativa, cooperativa e inserida no contexto do parto.

O estudo enfatiza a necessidade de cuidar de forma humanizada, atenciosa, respeitosa e acolhedora, visto ser um momento de muitas dúvidas, medos e incertezas, respeitando a importância do processo de comunicação no cuidado, com o objetivo de tornar o nascimento uma experiência positiva, prazerosa e satisfatória para a mulher.

Appendix IV: Data extraction instrument

Título da Revisão: A influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto: uma *scoping review*

Questão: Qual a influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Parturiente e/ou EEESMO

Conceito: Comunicação; Trabalho de parto e parto

Contexto: “Open” - todos os contextos de trabalho de parto e parto

- **Autores:** Baranowska, B.; Paulicka, P.; Kiersnowska, I.; Misztal, A.; Kajdy, A.; Sys, D.; Doroszevska, A.
- **Título:** Woman’s Needs and Satisfaction Regarding Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum
- **Ano da Publicação:** 2021
- **País de origem:** Polónia

- **Objetivos:**

Identificar as diferenças nas necessidades de comunicação verbal e não verbal, das mulheres em trabalho de parto e pós-parto precoce, com a equipe médica. p.1-2

Objetivos adicionais: avaliar se estas necessidades são diferenciadas pela percepção do risco do parto para a mãe e para o bebê e analisar as possíveis diferenças nas necessidades de comunicação no que diz respeito à instrumentalização do parto. p.2

- **Metodologia/métodos:**

Tipo de estudo: Estudo quantitativo, descritivo e transversal

População/amostra: Participaram do estudo 521 mulheres entre 5 e 10 dias após o nascimento, de dois hospitais, A e B, em Varsóvia, Polónia.

Instrumento de colheita de dados: foi aplicado um inquérito às 521 mulheres.

Tratamento de dados: Os dados obtidos no estudo foram analisados utilizando o programa de software SPSS 26.0. Foram calculados frequência, percentagem e coeficiente de correlação de Pearson. Além disso, foi realizado *t*-teste e a análise de variância (one-way ANOVA) com teste post hoc de Tukey para validar as questões de pesquisa.

O estudo recebeu a aprovação do Comité de Ética da Universidade Médica de Varsóvia, ref. Nº AKBE/232/2017

- **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Questionário.

- **Interpretação desenvolvida:**

As mulheres que percecionam o parto como um processo fisiológico natural consideram a comunicação verbal e não-verbal durante e após o parto como menos útil do que as mulheres que percecionam o parto como mais arriscado e que requer intervenções. Os resultados do estudo enfatizam a importância da comunicação verbal e não verbal durante o nascimento e no pós-parto precoce e, ao mesmo tempo, diferentes necessidades de comunicação durante estes dois momentos. Mostrou também que as mulheres que percecionam o trabalho de parto como um

processo fisiológico parecem ser menos dependentes da comunicação com a equipa médica do que as mulheres que aceitam as intervenções médicas durante o trabalho de parto. p.1

A comunicação verbal (fornecer informações, fazer perguntas) e não verbal (tocar, manter contato visual) com a equipa médica foi considerada útil durante o parto e no pós-parto precoce. No entanto, as mulheres avaliaram de forma diferente os mesmos aspectos da comunicação nestas duas situações.

A comunicação verbal foi avaliada com mais frequência como útil no pós-parto precoce do que durante o trabalho de parto e nascimento, assim como a manutenção do contato visual com a parteira. No entanto, ser tocado foi mais frequentemente considerado útil durante o trabalho de parto e parto do que no pós-parto. Na comunicação verbal, **fornecer informações** foi mais frequentemente percebido como útil do que fazer perguntas, e na comunicação não-verbal, **manter o contato visual** foi mais útil do que ser tocado. p.5

Apesar de para a maioria das mulheres em trabalho de parto o toque ter sido útil porque as ajudou a lidar com a experiência, o estudo mostra que o toque não é desejado em todas as fases do trabalho de parto e nem todas as mulheres o percebem como algo confortável. Também é importante reconhecer que existem diferentes tipos de toque, incluindo o toque expresso e o toque terapêutico, que desempenham um papel importante no cuidado durante o trabalho de parto. As mulheres também podem ter necessidades muito diferentes no que diz respeito aos tipos de toque durante o trabalho de parto. Assim, obter o consentimento das mulheres é muito importante. Em muitas situações, uma comunicação não-verbal de apoio em vez de uma comunicação verbal directiva, oferecida de acordo com a regra “quanto menos fazemos, mais damos”, pode ser mais benéfica para o progresso do trabalho de parto, para a satisfação da mulher, bem como para as próprias parteiras. p.7

Das mulheres participantes, 15,8% indicaram que na sua opinião o nascimento é um processo fisiológico e não são necessárias intervenções; 64,6% dos participantes perceberam o nascimento como um processo fisiológico normal, mas as intervenções médicas são, na sua opinião, necessárias para dar à luz uma criança saudável; 18,2% das mulheres perceberam o parto como um processo de alto risco para o bebê e para a mãe. p.6

As mulheres convencidas de que o trabalho de parto e o nascimento constituem o processo fisiológico perceberam as perguntas feitas durante

o trabalho de parto e na maternidade e as informações fornecidas na maternidade como mais perturbadoras do que os outros dois grupos e as informações da equipa médica durante o trabalho de parto como mais perturbadoras do que o grupo que percebe o nascimento como uma experiência de alto risco. p.6

As mulheres percebem o parto como o processo fisiológico natural considerado ser tocado durante e após o parto como menos útil do que os outros dois grupos, e manter contato visual com as parteiras na maternidade como menos útil do que as mulheres que percebem o parto como um processo altamente arriscado. p.6

As mulheres indicaram receber informações da equipe como o aspecto mais desejado da comunicação verbal, tanto durante o trabalho de parto como na maternidade. As informações obtidas junto das pessoas que cuidam da mulher aumentam a sua capacidade de participar na tomada de decisões e, ao mesmo tempo, aumentam o seu controlo externo. O aumento do sentimento de controle externo influencia positivamente a experiência de parto e permite tomar decisões sobre o mesmo. As mulheres em trabalho de parto precisam de apoio informativo fornecido pela equipa. Sentirem-se informadas (sobre o processo de nascimento, funções pessoais, saúde da criança durante o nascimento e sobre como alimentá-la) afeta significativamente a experiência do nascimento. p.7

A maioria das mulheres participantes afirmou que são necessárias intervenções médicas para ter um filho. O menor grupo considerou o trabalho de parto e nascimento como um processo fisiológico que não necessita de intervenções médicas. Contudo, para estas mulheres, a comunicação intensa durante o trabalho de parto e nascimento (fazer muitas perguntas, fornecer grandes quantidades de informação e ser tocada) e na maternidade foi mais perturbadora e menos útil do que para ambos os outros grupos. Estes resultados podem sublinhar a necessidade de vivenciar o processo de parto por conta própria, no seu próprio ritmo. Durante o trabalho de parto, o neocórtex (cérebro racional) precisa ser silenciado para ativar o sistema límbico, participando de uma secreção eficaz de hormônios. Conversar e esperar respostas racionais da parturiente pode atrapalhar o fluxo natural do parto. p.8

- **Nível de Evidência alcançado:**

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS: Nível 3 – Observacional – Design Analítico;

Nível 3e: Estudo Observacional sem grupo de controlo

- **Contributo para a questão de revisão:**

Os resultados do estudo enfatizam a importância da comunicação verbal (fornecer informações, fazer perguntas) e não verbal (tocar, manter contato visual) com a equipa médica durante o processo de nascimento e no pós-parto precoce. No entanto, as mulheres avaliaram de forma diferente os mesmos aspectos da comunicação nestas duas situações (Baranowska et al., 2021).

A satisfação com a comunicação com a equipa é importante e constitui um fator significativo que influencia a satisfação geral com os cuidados durante o trabalho de parto e parto, podendo melhorar a experiência das mulheres.

Na comunicação verbal, fornecer informações foi mais frequentemente percebido como útil do que fazer perguntas, e na comunicação não-verbal, manter o contato visual foi mais útil do que ser tocado.

Para as mulheres, **receber informações** por parte da equipa revelou ser o aspecto mais desejado da comunicação verbal. Isto aplicava-se à comunicação tanto durante o trabalho de parto como no pós-parto precoce. As informações obtidas, de forma clara e simples, junto das pessoas que cuidam da mulher, sobre o processo de nascimento, funções pessoais, saúde da criança durante o nascimento e sobre como alimentá-la, etc, aumentam a sua capacidade de participar na tomada de decisão e, simultaneamente, aumentam o seu controlo externo. O aumento do sentimento de controlo externo permite um maior envolvimento no seu próprio parto, na tomada de decisão e, por conseguinte, influencia positivamente a experiência de parto.

Tocar e manter contato visual pela equipa também foi considerado útil tanto durante o trabalho de parto quanto no início do pós-parto. No entanto, o toque foi percebido como mais útil no trabalho de parto, enquanto a manutenção do contato visual foi mais frequentemente indicada como útil no pós-parto.

Apesar de para a maioria das mulheres em trabalho de parto o toque ter sido útil porque as ajudou a lidar com a dor e com a experiência de parto

em si, a investigação mostra que o toque não é desejado em todas as fases do trabalho de parto e nem todas as mulheres o percebem como algo confortável. Revela-se, por isso, importante reconhecer as diferentes necessidades das mulheres no que diz respeito ao toque durante o trabalho de parto, assim como, questionar o seu consentimento para o mesmo.

O estudo de Baranowska et al. (2021) também revelou que as mulheres que percebem o parto como um processo fisiológico e natural consideram a comunicação verbal e não-verbal durante e após o parto como menos útil, mostrando menos dependência desta, comparativamente com as mulheres que percebem o parto como um evento mais arriscado e que requer intervenções.

A maioria das mulheres participantes afirmou que são necessárias intervenções médicas para ter um filho. O menor grupo considerou o trabalho de parto e nascimento como um processo fisiológico que não necessita de intervenções médicas. Contudo, para estas mulheres, a comunicação intensa durante o trabalho de parto e nascimento (fazer muitas perguntas, fornecer grandes quantidades de informação e ser tocada) e no pós-parto precoce foi mais perturbadora e menos útil do que para ambos os outros grupos. Estes resultados podem sublinhar a necessidade de vivenciar o processo de parto sem interferências externas, no seu próprio ritmo. Durante o trabalho de parto, o neocórtex (cérebro racional) precisa ser silenciado para ativar o sistema límbico, participando de uma secreção eficaz hormonal. Conversar e esperar respostas racionais da parturiente pode atrapalhar o fluxo natural do parto.

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: A influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto: uma *scoping review*

Questão: Qual a influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente no trabalho de parto e parto?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Parturiente e/ou EEESMO

Conceito: Comunicação; Trabalho de parto e parto

Contexto: “Open” - todos os contextos de trabalho de parto e parto

- **Autor:** Maputle, M.
- **Título:** Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study
- **Ano da Publicação:** 2018
- **País de origem:** África do Sul

- **Objetivo:** determinar qual o apoio prestado pelas parteiras às mulheres durante o trabalho de parto num hospital público na província de Limpopo. p.2

- **Metodologia/métodos:**

Tipo de estudo: qualitativo, com abordagem qualitativa de investigação participativa.

População/amostra: composta por todas as mulheres admitidas durante o trabalho de parto e parto e parteiras que prestavam cuidados de obstetrícia na unidade obstétrica de um hospital público terciário na província de Limpopo e que consentiram em participar no estudo. Foi usada uma técnica de amostragem não probabilística, intencional e de conveniência. p.3

Os critérios de inclusão para as mulheres foram: gravidez a termo (38–42 semanas) e estar em fase ativa precoce do trabalho de parto (dilatação cervical de 3–10 cm, contrações uterinas regulares), com presença de batimento cardíaco fetal. Todas as parteiras com pelo menos dois anos de experiência na unidade de parto que concordaram em participar do estudo. A amostra foi composta por 24 mulheres e 12 parteiras. p.3

Colheita de dados: por meio de observações participantes que incluíram conversas não estruturadas com o uso de guia observacional, notas de campo de todos os eventos e conversas que ocorreram quando as mulheres interagem com as parteiras foram registradas literalmente e uma Escala Visual Analógica para complementar as observações.

Tratamento de dados: Os dados biográficos das mulheres e parteiras e os dados obtidos através do guia de observação não estruturado e da EVA foram analisados por meio de distribuição de frequência e os dados foram apresentados em tabelas e gráficos de barras e agrupados em 5 temas. As notas de campo e as conversas informais por voz foram analisadas qualitativamente por meio de codificação aberta e foram mescladas aos 5 temas. p.3

A autorização ética foi obtida do Comité de Ética da Universidade de Venda (SHS/11/PDC/001) e a permissão de acesso à unidade de saúde e realização do estudo da Direção Provincial de Saúde. p.3

- **Interpretação desenvolvida:**

Cinco temas surgiram como apoio prestado pelas parteiras durante o trabalho de parto: comunicação entre mulheres e parteiras, apoio informativo, atividades de apoio emocional, interpretação da dor vivenciada no parto e atividades de cuidados de apoio durante o parto. p.1

A **comunicação** entre as mulheres e parteiras foi determinada pela capacidade da parteira em capacitar a mulher, em permitir que a mulher se sinta especial e relaxada (explicando as alterações fisiológicas e incentivando exercícios de relaxamento), pela habilidade de defesa de direitos, pela capacidade em determinar as preferências culturais e pessoais da mulher e pela atualização contínua sobre o progresso do trabalho de parto. p.3

O estudo demonstrou que 83% das parteiras atualizavam continuamente a mãe sobre o progresso do trabalho de parto e sobre o bem-estar fetal, no entanto, a comunicação afetiva foi limitada, onde apenas 25% das parteiras defenderam as parturientes quando estavam com o médico, 17% das parteiras foram capazes de capacitar as mães, 25% das parteiras as parteiras permitiam que a mãe se sentisse especial e relaxada e 8% das parteiras determinavam as preferências culturais/pessoais da mãe. p.4

A comunicação entre a mulher e a parteira ocorreu mais quando a parteira estava prestando cuidados obstétricos e muito limitada durante a comunicação afetiva. Watkins [19] apontou que determinar as preferências das mulheres em relação aos seus cuidados durante o trabalho de parto é um cuidado essencial. O estudo revelou que a comunicação verbal é dificultada como resultado de barreiras linguísticas e habilidades de não escuta. Persson e diques [20] supôs firmemente que a experiência de um bom cuidado parecia depender da comunicação e do comportamento para poder conhecer as mães tal como elas são.

Quanto ao **suporte informativo** fornecido durante o trabalho de parto, o estudo mostrou que 75% das parteiras orientaram as mães sobre as mudanças ocorridas durante o parto e as orientaram e assistiram durante todo o parto. As ações que promoviam a participação das mães foram limitadas, pois apenas 33% das parteiras ofereceram incentivos, 8% ofereceram oportunidades para as mães darem sugestões, enquanto 8% das

parteiras presentes permitiram que as mães fizessem perguntas que eram respondidas durante o parto. p.4

Relativamente ao **apoio emocional** dado durante o trabalho de parto, observou-se que as parteiras ofereceram apoio emocional limitado durante o parto, como evidenciado pela observação de que nenhuma das parteiras incentivou a presença de acompanhante e integração de preferências culturais/pessoais durante o parto. Apenas 33% das parteiras assistentes demonstraram respeito pelas mães durante o trabalho de parto, enquanto 25% encorajaram a livre escolha e a plena participação das mães. Um número significativo de parteiras assistentes, 67%, demonstrou uma atitude compreensiva, amigável e tranquilizadora para com as mães durante o parto. p.4

Em relação à **interpretação da dor** vivenciada e percebida durante o trabalho de parto, com a EVA, as mães sentiram dor intensa durante o trabalho de parto, enquanto a dor percebida pelas parteiras foi leve a moderada. Isto foi apoiado por Baker et al. que descobriram que as parteiras eram menos capazes de avaliar a dor com precisão quando as mulheres descreviam a sua dor como intensa. Muito poucas mães receberam analgésicos conforme prescrito durante o trabalho de parto porque a interpretação da dor experimentada e percebida pelas parteiras era diferente. p.9

Quanto às **atividades de cuidados de suporte** durante o trabalho de parto, todas as parteiras prestavam cuidados às necessidades de eliminação das mães. As parteiras não podiam prestar cuidados individuais às mães, pois cuidavam de mais de uma mãe ao mesmo tempo. Havia falta de pessoal porque 17% das parteiras cuidavam de mais do que uma mãe. Apenas 25% das parteiras prestaram cuidados físicos durante o parto (os cuidados físicos incluem tocar, esfregar/massajar). p.7-8

- **Nível de Evidência alcançado:**

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS: Nível 3 – Observacional – Design Analítico;

Nível 3e: Estudo Observacional sem grupo de controlo

- **Contributo para a questão de revisão:**

Simkin (1995), citado no estudo de Maputle (2018), percebe o apoio no trabalho de parto como **presença contínua, apoio emocional** que

inclui incentivo, orientação e garantia; **conforto físico** que consistia em assistência na execução de estratégias de *coping*, uso de toque, massagem, posicionamento e movimento. Simkin (1995), indica ainda que o apoio no trabalho de parto inclui a **transmissão de informação** e orientação à mulher e ao seu parceiro; a **promoção da expressão das necessidades** e desejos da mulher; o **aconselhamento**, orientação antecipada e explicações de procedimentos. Assim, o suporte durante o trabalho de parto, é visto como uma intervenção acessível que responde às necessidades emocionais e físicas básicas de uma mulher durante um momento desafiante e vulnerável do seu processo reprodutivo – o nascimento do filho.

Corroborando o descrito acima, Maputle (2018), fazendo referência a Teshome et al. (2007), Mackey & Stepan (2006) e Lundgren (2004), refere ainda que apoiar o trabalho de parto envolve prestar apoio físico, como tocar, massagear, incentivar o banho, aplicar calor ou frio, assistir na respiração; prestar apoio emocional, como o acompanhamento contínuo, o incentivo, o elogio, a presença, a confiança, a empatia; assim como a transmissão de orientações e informações de forma antecipada.

O estudo demonstrou que 83% das parteiras atualizavam continuamente a mãe sobre o progresso do trabalho de parto e sobre o bem-estar fetal, no entanto, as mulheres referiram que apenas 17% das parteiras foram capazes de as capacitar e 8% das parteiras determinavam as preferências culturais/pessoais da mãe.

Determinar as preferências das mulheres em relação aos seus cuidados durante o trabalho de parto é um cuidado essencial. O estudo revelou que a comunicação verbal é dificultada como resultado de barreiras linguísticas e habilidades de não escuta. Persson e diques (2002) citado por Maputle (2018) refere que a percepção do parto como experiência mais ou menos positiva parece depender da comunicação e do comportamento estabelecido entre a parturiente e o enfermeiro, de forma a que este conheça as mães tal como elas são, nomeadamente as suas necessidades e unicidade cultural.

O estudo mostrou que 75% das parteiras orientaram as mães sobre as mudanças ocorridas durante o parto e as orientaram e assistiram durante todo o parto. Apenas 33% das parteiras ofereceram incentivos, 8% ofereceram oportunidades para as mães darem sugestões, enquanto 8% das parteiras presentes permitiram que as mães fizessem perguntas que eram respondidas durante o parto.

Dois autores (Bergstrom et al., 2009; Bryanton et al., 2008) citados no estudo de Maputle (2018) indicaram que as mulheres desejam receber informações acerca da dor e do medo e de como mitigá-los, assim como explicações sobre o próprio processo de nascimento, o que lhes traz maior sensação de controlo externo e interno e promove um maior envolvimento do trabalho de parto e parto e na tomada de decisão.

Uma das mães expressa precisamente essa ideia dizendo que “As parteiras deveriam me dar informações e então eu poderia fazer escolhas. Assim, à medida que estou atualizada com o progresso do trabalho de parto, sou capaz de fazer escolhas informadas, como técnicas de relaxamento.”(p.4)

O respeito empodera as mulheres.

Quanto ao apoio emocional, percebeu-se que nenhuma das parteiras incentivou a presença de acompanhante e integração de preferências culturais/pessoais durante o parto. Apenas 33% das parteiras assistentes demonstraram respeito pelas mães durante o trabalho de parto, enquanto 25% encorajaram a livre escolha e a plena participação das mães. Um número significativo de parteiras assistentes, 67%, demonstrou uma atitude compreensiva, amigável e tranquilizadora para com as mães durante o parto.

Appendix V: Características dos estudos incluídos

Study	Methodology & Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>1. Beserra, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.</p> <p>2019</p> <p>Comunicação não verbal enfermeiro-parturiente no trabalho de parto em países lusófonos</p> <p>Brasil</p>	<p>Estudo analítico quantitativo. Estudo realizado em dois cenários: Brasil e Cabo Verde. Amostra com 709 interações.</p> <p>População do estudo: enfermeiros generalistas/obstetras e parturientes. Critérios de inclusão: parturientes maiores de 18 anos, na fase ativa do trabalho de parto e hemodinamicamente estáveis; enfermeiros que se encontravam de serviço.</p> <p>Excluídas parturientes com indicação de possível cesariana ou mulheres em término da fase ativa. Em Cabo Verde, excluíram-se parturientes que tiveram dificuldade de compreender e falar a língua portuguesa. Período de colheita de dados: de março a agosto de 2017 em ambos os países.</p> <p>O instrumento de colheita de dados foi construído segundo o referencial teórico de Hall, composto pelas seguintes variáveis: comunicação não verbal,</p>	<p>Amostra composta por 709 interações que utilizaram a comunicação não verbal dos enfermeiros e parturientes.</p>	<p>Analisar a comunicação não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto em dois países lusófonos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Prevaleceu a ausência de interações entre o enfermeiro e a parturiente e vice-versa na maioria das variáveis. ● A distância íntima entre o enfermeiro e a parturiente prevaleceu nos dois países. ● O toque foi a forma de contato mais usada, no Brasil, o que não aconteceu em Cabo Verde. ● Os enfermeiros adotaram a postura em pé durante a comunicação não verbal, enquanto que as parturientes permaneceram deitadas. ● As interações estabeleceram-se mais frequentemente face a face. ● O uso de gestos emblemáticos, ilustradores ou reguladores reforçam e validam a comunicação verbal. ● É essencial investir na 	<p>Importa estar atento e perceber as subtilezas do comportamento humano e da comunicação não verbal, que, tantas vezes, nos diz mais do que “mil palavras”. Ao perceber e compreender a comunicação não verbal da parturiente, o enfermeiro tem a capacidade de adequar e direcionar a sua intervenção, no sentido de desmistificar o sentir da parturiente, de procurar o seu bem-estar, a satisfação das suas necessidades, diminuindo a sua ansiedade e transmitindo-lhe confiança e segurança.</p> <p>A distância íntima estabelecida entre a parturiente e o enfermeiro, durante o trabalho de parto, promove uma assitência mais próxima, sendo percebida como cuidado e zelo. No entanto, importa perceber de que forma a parturiente reaje a essa proximidade, pois esta pode ser percebida como “invasão”, sendo geradora de desconforto e influenciando, negativamente, o processo de trabalho de parto.</p>

Study	Methodology & Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
	<p>distância, postura, eixo, contacto, gestos emblemáticos, gestos ilustradores e gestos reguladores.</p> <p>Foram respeitados os preceitos éticos segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com aprovação do comitê de ética sob o parecer 1.939.715. Cada participante assinou Consentimento Livre e Esclarecido.</p>			<p>comunicação não verbal como estratégia efetiva de humanização da assistência obstétrica, para trazer segurança, tranquilidade e empoderamento às mulheres.</p>	<p>Quando a comunicação se estabelece face a face, o vínculo construído entre enfermeiro e parturiente é maior, assim como a sensação de segurança.</p> <p>O contato, nomeadamente, o toque, é primordial, para a efetivação da comunicação não verbal, expressando e/ou validando sentimentos.</p> <p>Gestos como anuir com a cabeça ou manter o contacto visual têm a capacidade de validar e reforçar a comunicação verbal, e de demonstrar interesse e atenção no outro, isto é, de manter a comunicação entre as pessoas.</p> <p>A postura adotada quer pelos enfermeiros, quer pelas parturientes pode ser determinante no processo de trabalho de parto.</p>
<p>2. Beserra, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L.</p>	<p>Estudo analítico quantitativo.</p> <p>Estudo realizado em dois cenários: Brasil e Cabo Verde. Amostra com 709 interações.</p> <p>População do estudo: enfermeiros obstetras e parturientes.</p>	<p>Amostra composta por 709 interações que utilizaram</p>	<p>Analisar a comunicação verbal entre enfermeiro e</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Predominou a ausência de interações na maioria das variáveis. ● Em Cabo Verde, todas as interações ocorreram com a ausência do acompanhante. 	<p>O estudo demonstra que o enfermeiro obstetra, ao fazer uso uma comunicação efetiva, promove um ambiente seguro, tranquilo, possibilita a construção de uma relação de terapêutica e o empoderamento</p>

Study	Methodology & Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Barbosa, A.</p> <p>2020</p> <p>Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto</p> <p>Brasil</p>	<p>Crítérios de inclusão: parturientes maiores de 18 anos, na fase ativa do trabalho de parto e sem intercorrências obstétricas; enfermeiros que se encontravam de serviço. Excluídas parturientes com indicação de possível cesariana ou em período expulsivo. Em Cabo Verde, excluíram-se parturientes que falavam crioulo e não se comunicavam em português. Período de colheita de dados: de março a agosto de 2017 em ambos os países. O instrumento de colheita de dados seguiu o referencial teórico de Jakobson. Analisaram-se variáveis: acompanhante, funções conativa vocativa, conativa imperativa, emotiva/expressiva, referencial/contexto, contato/canal e código.</p> <p>Foram respeitados os preceitos éticos segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com aprovação do comitê de ética sob o parecer 1.939.715. Em Cabo Verde obteve-se aprovação do comitê Nacional de Pesquisa em Saúde. Cada participante</p>	<p>a comunicação verbal de enfermeiros e parturientes.</p>	<p>parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto em dois países lusófonos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● No Brasil os enfermeiros ofereciam mais atenção, segurança e métodos não farmacológicos para alívio da dor. ● Os enfermeiros procuraram solicitar informações à parturientes para melhor responder às suas necessidades. ● Os enfermeiros procuraram envolver a parturiente e parceiro no processo e tomada de decisão. ● A audição foi o contacto/canal mais usado e valorizado pelas parturientes. ● Em ambos os países, nas interações foi usada linguagem comum evitando termos técnicos. ● No Brasil, as parturientes aceitavam sugestões, como deambular, ao contrário do sucedido em Cabo Verde. 	<p>da mulher na vivência do seu trabalho de parto.</p> <p>Receber informações previamente ao trabalho de parto potencia a tranquilidade, segurança e confiança da parturiente, o que, conseqüentemente facilita a comunicação durante o TP e a sua progressão.</p> <p>Solicitar informações às parturientes sobre as suas preferências foi visto como essencial para proporcionar um maior conforto à parturiente.</p> <p>Quando a comunicação é estabelecida da ausência do acompanhante/pessoa significativa pode aumentar a insegurança durante o trabalho de parto.</p> <p>A utilização de linguagem simples promove um maior entendimento do processo e das sugestões, reduzindo a ansiedade da parturiente e promovendo um maior envolvimento no processo e tomada de decisão.</p> <p>O enfermeiro precisa de estar disponível para ouvir a mulher, nas suas necessidades, expectativas e preferências.</p>

Study	Methodology & Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
	assinou Consentimento Livre e Esclarecido.			<ul style="list-style-type: none"> ● Em ambos os países, os enfermeiros interagiam com as parturientes de forma tranquila. 	
<p>3. Baranowska, B.; Paulicka, P.; Kiersnowska, I.; Misztal, A. ; Kajdy, A.; Sys, D.; Doroszevska, A. 2021 Woman's needs and Satisfaction</p>	<p>Estudo qualitativo, transversal e descritivo. Participaram do estudo 521 mulheres entre 5 e 10 dias após o nascimento, de dois hospitais, A e B, em Varsóvia, Polónia. <u>Instrumento de colheita de dados:</u> foi aplicado um inquérito às 521 mulheres. <u>Tratamento de dados:</u> Os dados obtidos no estudo foram analisados utilizando o programa de software SPSS 26.0. Foram calculados frequência, percentagem e coeficiente de correlação de Pearson. Foi realizado t-teste e a análise de variância (one-way ANOVA) com teste post hoc de Tukey para validar as questões de pesquisa. O estudo recebeu a aprovação do Comité de Ética da Universidade Médica de Varsóvia, ref. Nº AKBE/232/2017</p>	<p>Participaram do estudo 521 mulheres entre 5 e 10 dias após o nascimento, de dois hospitais, A e B, em Varsóvia, Polónia.</p>	<p>Identificar as diferenças nas necessidades de comunicação verbal e não verbal, das mulheres em trabalho de parto e pós-parto precoce, com a equipe médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● As mulheres que percecionam o parto como um evento fisiológico consideram a comunicação verbal e não-verbal menos útil, comparativamente com as mulheres que o consideram um evento mais arriscado e que requer intervenções médicas. ● Os resultados do estudo enfatizam a importância da comunicação durante o TP mas também às diferentes necessidades que vão surgindo ao longo do processo. ● Fornecer informações foi mais frequentemente percibo como útil do que fazer perguntas. ● As informações recebidas de forma clara e simples 	<p>O estudo revela que importa estabelecer uma comunicação verbal e não verbal efetiva durante o TP, o que pressupõe ter a sensibilidade de perceber as diferentes necessidades que vão surgindo. Para as mulheres que percecionam o TP como um processo fisiológico, a comunicação intensa durante o mesmo foi vista como perturbadora. No entanto, para as mulheres que consideram o TP um evento que precisa de ser medicalizado ou instrumentado, a comunicação foi vista como útil e menos perturbadora. Receber informações foi considerado o aspeto mais desejado da comunicação verbal. Receber informações de forma clara e simples aumenta a capacidade de tomada de decisão e potencia o envolvimento da mulher no seu próprio TP.</p>

Study	Methodology & Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>Regarding Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum</p> <p>Polónia</p>				<p>aumentam a sua capacidade de tomar decisões e de envolver no TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Manter o contacto visual foi mais útil do que ser tocado. 	<p>Manter o contacto visual foi considerado mais útil do que ser tocado. O toque foi visto como uma estratégia para gerir a dor intensa, no entanto nem todas as mulheres o consideraram confortável.</p>
<p>4.</p> <p>Maputle, M.</p> <p>2018</p> <p>Support provided by midwives to</p>	<p>Estudo qualitativo, com abordagem qualitativa de investigação participativa. Amostra composta por todas as mulheres admitidas durante o TP e parto e parteiras que prestavam cuidados de obstetrícia na unidade obstétrica de um hospital público terciário na província de Limpopo e que consentiram em participar no estudo. Usada uma técnica</p>	<p>A amostra foi composta por 24 mulheres em trabalho de parto e 12 parteiras.</p>	<p>Determinar qual o apoio prestado pelas parteiras às mulheres durante o trabalho de parto num hospital</p>	<p>Cinco temas surgiram como apoio prestado pelas parteiras durante o trabalho de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comunicação entre as mulheres e as parteiras; ● Apoio informativo; ● Atividades de apoio emocional; ● Interpretação da dor vivenciada no parto; 	<p>Determinar as necessidades e as preferências da parturiente, durante o TP, é fundamental e um cuidado essencial, o que proporciona uma maior sensação de respeito, empoderamento, tranquilidade, capacidade de tomar decisões e envolvimento no TP. A presença do acompanhante é um factor determinante no bem-estar da parturiente. quando não é permitida ou encorajada a</p>

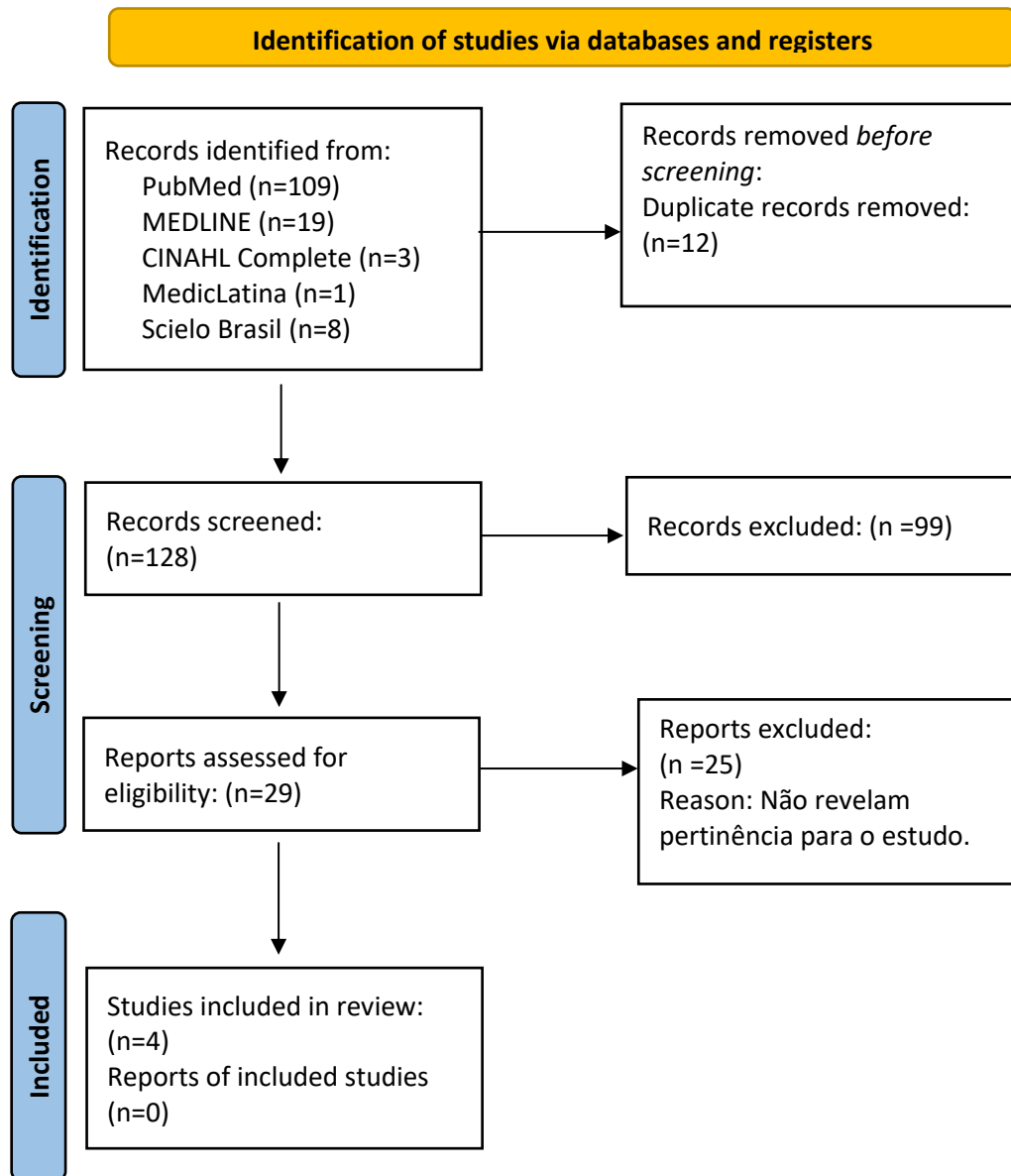
Study	Methodology & Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study</p> <p>África do Sul</p>	<p>de amostragem não probabilística, intencional e de conveniência. Critérios de inclusão: mulheres com gravidez de termo e estar em fase ativa precoce do trabalho de parto. Todas as parteiras com pelo menos dois anos de experiência na unidade de parto que concordaram em participar do estudo. A amostra foi composta por 24 mulheres e 12 parteiras. Os dados foram colhidos por meio de observações participantes que incluíram conversas não estruturadas com o uso de guia observacional, notas de campo de todos os eventos e conversas que ocorreram quando as mulheres interagem com as parteiras foram registradas literalmente e uma Escala Visual Analógica para complementar as observações. Os dados biográficos das mulheres e parteiras e os dados obtidos através do guia de observação não estruturado e da EVA foram analisados por meio de distribuição de frequência e os dados foram apresentados em tabelas e</p>		<p>público na província de Limpopo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades de cuidados de apoio durante o parto. 	<p>presença deste, sentimentos como insegurança ou medo podem surgir, impactando, negativamente, o TP. Comunicar de forma amigável, tranquila e compreensiva potencia a relação de ajuda e de confiança entre a parturiente e a enfermeira e, concomitantemente, o TP e a satisfação materna. Fornecer informações antes e durante o TP, atualizar as parturientes sobre o processo, permitir que estas façam questões e estar disponível para as responder é imperativo para uma progressão favorável do TP. Tendo a dor um carácter tão subjetivo, esta é, frequentemente, avaliada de forma imprecisa pelas enfermeiras, o que faz com que as parturientes não sejam atendidas nas suas necessidades de forma eficaz, nomeadamente, no alívio da dor, havendo repercussões não favoráveis quer à evolução do TP, quer à vivência do mesmo pela parturiente.</p>

Study	Methodology & Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
	<p>gráficos de barras e agrupados em 5 temas. As notas de campo e as conversas informais por voz foram analisadas qualitativamente por meio de codificação aberta e foram mescladas aos 5 temas.</p> <p>A autorização ética foi obtida do Comité de Ética da Universidade de Venda (SHS/11/PDC/001) e a permissão de acesso à unidade de saúde e realização do estudo da Direção Provincial de Saúde.</p>				

APÊNDICE III

Prisma Flow Diagram

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



Adaptado do *PRISMA Flow Diagram* para o processo de *Scoping Review* do *JBI* (2024)

APÊNDICE IV

Instrumento de colheita de dados - *Questionário*

QUESTIONÁRIO

Exma. senhora,

No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a implementar um estudo com o tema “Experiência de parto positiva: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto”, com o objetivo de compreender de que forma é que a comunicação estabelecida, durante o trabalho e parto, influencia esta vivência, sendo que a sua participação será essencial para o desenvolvimento do estudo.

Neste sentido, convido-a a participar neste projeto de investigação e peço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

Asseguro que o sigilo profissional será respeitado, por isso, todos os dados fornecidos serão tratados confidencialmente, em anonimato e exclusivamente para fins académicos ou para divulgação científica, sendo, posteriormente, destruídos ao final de cinco anos.

O questionário é composto por três componentes: uma primeira que diz respeito a questões de âmbito sócio-demográfico, uma segunda composta por questões relativas à experiência de parto, e uma terceira com uma questão de resposta aberta.

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Por favor, leia atentamente todas as questões, preenchendo os espaços e selecionando a opção que mais se adequa ao seu caso.

1. **Idade:** _____
2. **Nacionalidade:** _____
3. **Estado civil:** Solteira ___ Casada ___ União de facto ___ Divorciada ___ Viúva ___
4. **Escolaridade:** 1º ciclo ___ 2º ciclo ___ 3º ciclo ___ Secundário ___ Bacharelato ___
Licenciatura ___ Mestrado ___ Doutoramento ___
5. **Profissão:** _____
6. **Situação de empregabilidade:** Empregada: ___ Desempregada: ___
7. **Tipo de parto:** Parto eutócico: ___ Cesariana: ___ Fórceps/ventosa: ___

QUESTÕES

Por favor, leia atentamente todas as questões, selecionando a opção de resposta que mais se adequa ao seu caso.

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
1. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs* fê-la sentir-se respeitada ao longo do processo de TP e parto.					
2. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs fê-la sentir-se segura ao longo do processo de TP e parto.					
3. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs fê-la sentir-se capaz e confiante no seu próprio processo de TP e parto.					
4. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu um ambiente tranquilo e acolhedor, favorecendo a progressão do TP e parto.					
5. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs foi ao encontro das suas expectativas, respeitando as suas necessidades, a cada momento.					
6. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu a construção de uma relação próxima e de confiança, ao longo do processo de TP e parto.					
7. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs possibilitou a partilha de informação necessária para que se sentisse informada, esclarecida e capaz de fazer as suas escolhas.					
8. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu uma experiência de parto positiva.					

*EEESMOs: Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

APÊNDICE V

Projeto de Investigação

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Experiência de parto positiva: a influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto

Projeto de Investigação

Mestranda:

Sara Maia Miranda

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA

Experiência de parto positiva: a influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto

Projeto de Investigação

Mestranda:

Sara Maia Miranda, Nº 220000083

Professora Orientadora:

Teresa Margarida Carreira

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

TP – Trabalho de Parto

SR – Scoping Review

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	3
1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO.....	4
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	7
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
APÊNDICES	13
APÊNDICE I: Consentimento informado, livre e esclarecido	14
APÊNDICE II: Instrumento de colheita de dados - Questionário	16
APÊNDICE III: Cronograma	20

INTRODUÇÃO

No sentido de desenvolver competências na área de investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) e de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem especializado, eu, Sara Maia Miranda, Enfermeira e mestranda do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a implementar um estudo de investigação com o tema “Experiência de parto positiva: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto”, orientado pela Professora Doutora Teresa Margarida Carreira, e com o objetivo de compreender de que forma é que a comunicação estabelecida, pelo Enfermeiro e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), durante o trabalho de parto e parto, influencia esta vivência.

O Projeto de Investigação que se apresenta pretende expor, de forma clara, a pertinência do estudo e a metodologia a implementar.

1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

A **comunicação** é caracterizada como sendo um processo complexo, dinâmico e permanente, inerente à natureza humana, no qual o ser humano emite e recebe mensagens, no sentido de ser compreendido e compreender o outro com o qual se relaciona (Nunes, 2010).

Segundo Coelho (2015, p.33), comunicamo-nos, essencialmente, para “expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa essência e ampliar a nossa consciência”. A mesma autora (Coelho, 2015, p.33), citando Passadori (2009) refere, ainda, que a “comunicação educa, estabelece laços e cultura, revela o nosso afeto e amor”.

Phaneuf (2005, p.23), define comunicação como sendo “(...) um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. (...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”, afirmando, ainda, que “é impossível não comunicar” (Phaneuf, 2005, p.26).

Na perspetiva da saúde, a comunicação é compreendida como uma ferramenta que facilita, especializa e qualifica o cuidado, sendo uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação para a saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde e das políticas de saúde (Rezende et al., 2015; Ramos 2013).

Tendo em conta o descrito, e sabendo que é inevitável comunicar, a comunicação assume-se como “a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento” (Phaneuf, 2005, p.17).

Ainda que esteja presente nos cuidados, nem sempre a comunicação se assume como eficaz e terapêutica, pois para o ser, não deverá ser um ato improvisado, mas sim algo estruturado, consciente e intencional, percecionando as especificidades de cada pessoa e dando resposta às suas necessidades (Coelho, 2015; Serra e Albuquerque, 2006, citados por Campos, 2020). Quando há a real preocupação em se relacionar com e em compreender o outro, o enfermeiro consegue aceder à individualidade da pessoa e, assim, responder às suas verdadeiras necessidades, adequando o seu comportamento, as suas ações, a sua comunicação, com empatia e intencionalidade, estabelecendo uma comunicação terapêutica e, por conseguinte, uma relação terapêutica (Phaneuf, 2005).

Existem eventos na trajetória de vida de uma pessoa/família que, pela sua própria natureza, e carregando os mais diversos significados, estão imbuídos de vulnerabilidade, emotividade e podem ter presentes altos níveis de ansiedade e/ou medo, exigindo um olhar mais atento e um cuidado acrescido na mobilização da comunicação.

O **trabalho de parto (TP) e parto**, representa um desses eventos, repleto de significados construídos, de modo dinâmico e ao longo do tempo, a partir da individualidade de cada pessoa, das suas experiências prévias, das suas relações interpessoais e da sua cultura (Frello & Carraro, 2010).

Prestar um cuidado individualizado e personalizado, é fundamental, respeitando os sinais, os desejos e especificidade de cada mulher/família, promovendo o bem-estar, a segurança, a confiança, no sentido de contribuir para uma experiência de parto envolta numa esfera de amor, tranquilidade e cuidado humanizado (Frello & Carraro, 2010).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEESMO) (2019), o EEESMO assume, por excelência, no seu exercício profissional, a prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito da sua saúde sexual e reprodutiva, estando, por isso, presente em diversos e importantes momentos da vida da mulher/família. Um desses momentos é, precisamente, o TP e parto, durante o qual o EEESMO cuida a mulher, garantindo a assistência em ambiente seguro, numa base de confiança, empatia e respeito, no sentido de promover a saúde da parturiente e do feto/recém-nascido (RN) e, concomitantemente, contribuir para uma experiência de parto positiva (Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [PQCEESMO], Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021; OE, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018, p.1), uma experiência de parto positiva é “aquela que satisfaz ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com continuidade de apoio prático e emocional de um(s) acompanhante(s) de parto e equipa de saúde amável e tecnicamente competente. Baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres deseja um trabalho de parto e um parto fisiológicos, e deseja ter uma sensação de realização pessoal e de controlo através do seu envolvimento na tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias ou desejadas”.

Os cuidados prestados pelo EEESMO, baseados no cuidado respeitoso, numa relação de empática e de ajuda, estabelecendo uma comunicação eficaz e terapêutica, têm uma influência direta na forma como a mulher experiencia o seu TP e parto (OE, 2015; Frello & Carraro, 2010).

O RPQCEESMO (OE, 2021, p.17), enfatiza, ainda, que “a comunicação é a base da relação terapêutica”, devendo ser pautada pelo respeito, gentileza e dignidade.

A compreensão, por parte do EEESMO, de que todo o comportamento comunica e toda a comunicação influencia o comportamento, é essencial para a interação entre este e a mulher/família, especialmente num momento tão vulnerável como pode ser o do TP e parto. Esta interação pressupõe a mobilização do suporte contínuo e da comunicação terapêutica como ferramenta essencial e intervenção autônoma de enfermagem que, no contexto descrito, promove a construção de uma relação de ajuda, favorece um ambiente acolhedor e seguro, potencia o envolvimento da mulher no seu próprio processo, influenciando, positiva e diretamente, a confiança, com inúmeras vantagens na evolução no TP, e a vivência da experiência de parto (OMS, 2018; OE, 2015).

A partir do momento em que se estabelece uma relação de proximidade entre o EEESMO e a parturiente, e uma comunicação efetiva, é possível compreender, verdadeiramente, a mulher, o seu sentir, os significados que por ela são atribuídos àquele momento e a sua visão do mundo (Frello & Carraro, 2010). A comunicação, assim estabelecida, promove a autoestima, o conforto, a confiança, resultando em segurança e satisfação, fazendo com que a parturiente se sinta respeitada durante o processo e como pessoa nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual (Caron & Silva, 2002).

O EEESMO assume um papel e lugar privilegiado nesta interação, cuidando da mulher quando esta tem exposta a sua essência mais vulnerável e, em simultâneo, mais primitiva e de força arrebatadora. Aqui, o cuidado do EEESMO “(...) transcende a utilização de procedimentos técnicos, envolvendo a sensibilidade (...)”, estando em presença, disponível e disposto a conhecer as necessidades da mulher de quem cuida, apoiando-a num processo tão marcante e significativo como é o do nascimento de uma nova vida. No fundo, o EEESMO, neste contexto, cuida exercendo não mais daquilo que é a essência da enfermagem (Frello & Carraro, 2010).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A arte de cuidar em ESMO pressupõe que haja um compromisso, por parte do EEESMO, na procura contínua de conhecimentos, baseados na melhor evidência científica disponível, com o intuito de aprimorar as suas competências, de fundamentar as suas tomadas de decisão, nortear a sua conduta e transformar, de forma positiva, os contextos de saúde em que atua (OE, 2019).

No sentido de desenvolver competências na área da investigação em ESMO, com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados e tendo em conta o apresentado anteriormente, pretende-se desenvolver uma *Scoping Review* (SR), assim como um Estudo Empírico que permita compreender de que forma a comunicação do EEESMO, durante o TP e parto, influencia esta vivência.

A SR pretende o mapeamento da literatura ou evidência existente, a partir de uma questão de pesquisa ampla e aberta, de modo metódico e ordenado, promovendo uma profunda compreensão sobre os achados encontrados (Ribeiro, 2014).

Tendo definido como título “Experiência de parto positiva: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto”, do ponto de vista metodológico, será efetuada uma SR construída com base nas diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI, 2021), com o objetivo de mapear a evidência científica mais atual sobre de que forma a comunicação do EEESMO influencia o trabalho de parto e parto.

A etapa subsequente consiste na formulação da questão de pesquisa, que se baseou na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC) (JBI, 2021), como elementos de inclusão. Tendo por base esta premissa, a seguinte questão de partida foi formulada: “**Qual a influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto?**”, na qual a população se refere às parturientes e puérperas; a comunicação, o EEESMO, o TP e parto correspondem aos conceitos e o contexto objetiva-se em todos os contextos clínicos de trabalho de parto e parto.

Partindo da questão de investigação, surge uma questão: quais as estratégias comunicacionais que o EEESMO pode desenvolver para promover uma experiência de parto positiva?, que leva à reflexão e à compreensão da primeira.

Para além da SR, pretende-se realizar um **estudo descritivo retrospectivo**, de abordagem **quantitativa**, com o intuito de compreender a influência da comunicação do EEESMO no TP e parto.

Segundo Fortin (2009), os estudos descritivos visam caracterizar fenômenos e, de uma forma global, identificar e relacionar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenômeno em estudo.

Os tipos de estudos descritivos mais comuns são: o estudo descritivo simples - descreve um fenômeno ou um conceito relativos a uma população, de maneira a determinar as características deste população ou amostra; o estudo de caso - investigação aprofundada de um indivíduo, família, grupo de sujeitos ou organização; e os inquéritos - toda a atividade de investigação durante a qual os dados são colhidos junto de uma população ou de uma amostra, com o intuito de identificar e compreender as atitudes, as opiniões, as crenças, as necessidades ou os comportamentos da mesma, numa determinada situação. Estes últimos (inquéritos) podem ser prospetivos, retrospectivos ou transversais (Fortin, 2009).

O estudo que se propõe realizar corresponde à descrição de inquérito retrospectivo pois os dados serão colhidos *à posteriori*, e uma vez que se pretende compreender e ligar um fenômeno presente no momento do inquérito – percepção da puérpera em relação à comunicação estabelecida no TP e parto e a sua vivência do mesmo -, a um outro fenômeno que lhe foi anterior – a própria comunicação estabelecida pelo EEESMO durante o TP e parto (Fortin, 2009).

O termo população, em investigação, é definido pelo conjunto de elementos que têm em comum determinadas particularidades. De modo a constituir a população-alvo do estudo, os elementos que efetivamente serão objeto de estudo deverão reunir critérios de inclusão no estudo. Devido à impossibilidade de estudar a totalidade dos elementos da população-alvo, os elementos que estão ao alcance do investigador são tratados como a população acessível – a que efetivamente será objeto de estudo (Fortin, 2009).

Para a escolha dos sujeitos deste estudo, optou-se por uma amostra não probabilística, por conveniência. Não probabilística porque a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes, e acidental, casual ou conveniente, uma vez que se trata de uma amostra onde os elementos são facilmente acessíveis, estão presentes num determinado local e num momento preciso, sendo selecionados pela sua conveniência, por voluntariado ou acidentalmente, e incluídos no estudo à medida que se apresentam e até o tamanho desejado da amostra ser atingido (Fortin, 2009). Neste caso em particular, os elementos foram selecionados tendo por base os critérios previamente estabelecidos.

Assim, a amostra será constituída por parturientes e puérperas que cumpram os seguintes critérios de inclusão:

1. Parturientes e puérperas com idades entre os 19 e os 44 anos;
2. Parturientes e puérperas psicicamente capazes;

3. Parturientes e puérperas que aceitem participar no estudo.

Para a implementação do estudo e colheita de dados optou-se por elaborar um questionário (Apêndice II). Este inclui uma primeira parte com dados sociodemográficos das participantes, com o objetivo de caracterizar a amostra; a segunda parte com questões do tipo *Lickert*, numa escala que varia de 1 a 5 (1 – discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo totalmente), direcionadas ao objeto em estudo – influência da comunicação do EEESMO do TP e parto; e, por último, uma terceira parte com uma questão de resposta aberta, de opinião, que visa saber, que estratégias comunicacionais poderiam ser adotadas pelo EEESMO, na perspetiva das participantes, promotoras de uma experiência de parto positiva. O questionário foi construído considerando o estado da arte em relação ao tema, encontrado através de uma pesquisa preliminar.

O questionário será elaborado na plataforma *Google Forms* e enviada às participantes através de email.

A validação do questionário será efetuada através de um pré-teste a 2 ou 3 puérperas. Fortin (2009) sugere uma pré-aplicação dos instrumentos de colheita de dados a uma amostra aleatória da população em estudo para deteção de erros.

Neste seguimento, pretende-se aplicar o instrumento de colheita de dados no serviço de Obstetrícia – Unidade de puerpério, do Hospital onde terá lugar o Ensino Clínico: ESMO na Sala de Partos, às puérperas que reúnam os critérios de inclusão definidos.

Relativamente à sua aplicação e posterior colheita de dados, será levada a cabo após o parecer positivo da Comissão de Ética da Instituição.

Antes da aplicação dos questionários, as participantes serão devidamente informadas e esclarecidas quanto aos objetivos e às características do estudo, sendo entregue um Consentimento Informado (Apêndice I) que, após leitura consciente e esclarecimento de dúvidas, deverá ser assinado de livre vontade. Fortin (2009) revela a sua essência e importância referindo que este documento certifica a participação arbitrária, informada e esclarecida dos participantes, a garantia da proteção dos seus direitos em matéria de autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade, justiça e equidade e ainda uma proteção que afasta o risco de lesão ou prejuízo.

No que diz respeito à análise dos dados, e recorrendo à plataforma *Google Forms*, será adotada a análise de dados quantitativos através de gráficos e tabelas obtidos através da plataforma *Google Forms*.

Em investigação torna-se imperativo que os direitos dos participantes sejam protegidos e assegurados, assim como a garantia dos direitos e deveres dos investigadores e das instituições

envolvidas. Assim sendo, e como já referido anteriormente, serão salvaguardados os princípios da Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência, Justiça, Equidade, Privacidade e Confidencialidade.

Pretende-se, por fim, numa fase final, cruzar e relacionar a evidência e o enquadramento teórico que advirá da realização da SR, com os elementos, as observações e os dados decorrentes da investigação. Para além do descrito, pretende-se, ainda, proceder à divulgação do estudo preliminar, em contexto de Formação em Serviço, nomeadamente, no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de partos.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, D. L. (2020). *Comunicação de Más Notícias em contexto de Morte Súbita no Serviço de Urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34033/1/BCTFC140.pdf>

Caron, O. A., Silva, I. A. (2002). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4):485-92 <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000400004>

Coelho, M. T. (2015). *COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS*. [Tese de doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/82004?mode=full>

Fortin, M. F. (2009). *O Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Frello, A. T., Carraro, T. E. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4):660-8. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.5216/REE.V12I4.7056](https://doi.org/10.5216/REE.V12I4.7056)

Joanna Briggs Institute (2021). *JBI manual for evidence synthesis: 2021 Edition*. Austrália: jbi.global. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4685874/Downloadable+PDF+-+current+version>

Nunes, J. M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/livrocomunic.pdf>

OMS (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

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

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 13560 – 13565. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5esqualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. https://www.academia.edu/42116056/Comunica%C3%A7%C3%A3o_entrevista_relacao_de_ajuda%20Margot_Phaneuf

Ramos, N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter- legere*, 1(11). 30- 51. <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4300>

Rezende, R., Oliveira, R., Araújo, S., Guimarães, T., Santo, F. & Porto, I. (2015). Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à Comunicação da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 490-496. <https://www.scielo.br/j/reben/a/LW3tyC4GHR9dTtRymTRgRfK/?format=pdf&lang=pt>

Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>

APÊNDICES

APÊNDICE I

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Exma. senhora,

No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a implementar um estudo com o tema “Experiência de parto positiva: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto”, orientado pela Professora Doutora Teresa Margarida Carreira, e com o objetivo de compreender de que forma é que a comunicação estabelecida, durante o trabalho de parto e parto, influencia esta vivência.

Neste sentido, convido-a a participar neste projeto de investigação e peço a sua colaboração para o preenchimento de um questionário, através da plataforma *Google Forms*, que lhe será enviado por email, cuja Comissão de Ética deu parecer favorável.

Asseguro que o sigilo profissional será respeitado, por isso, todos os dados fornecidos serão tratados confidencialmente, em anonimato e exclusivamente para fins académicos ou para divulgação científica, sendo, posteriormente, destruídos ao final de cinco anos.

A participação no estudo é voluntária, podendo retirar-se a qualquer momento, ou mesmo recusar a participação, sem lhe causar qualquer dano. Não se verifica risco ou custo associados à participação.

Agradeço, desde já, a sua participação e contribuição para esta investigação. Para qualquer outro esclarecimento estarei disponível através de email (220000083@essaude.ipsantarem.pt).

Grata pela atenção disponibilizada,

A Investigadora: _____ Data: _____

Por favor, leia com atenção a seguinte informação.

- Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações dadas verbalmente;
- Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste estudo, sem necessidade de prestar justificações ou de qualquer tipo de consequências.
- Foi-me garantida a confidencialidade e anonimato pela investigadora.
- Aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados fornecidos voluntariamente por mim, para fins desta investigação.

Nome: _____

Email: _____

Assinatura: _____ Data: _____

APÊNDICE II

Instrumento de colheita de dados - Questionário

QUESTIONÁRIO

Exma. senhora,

No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a implementar um estudo com o tema “Experiência de parto positiva: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto”, com o objetivo de compreender de que forma é que a comunicação estabelecida, durante o trabalho e parto, influencia esta vivência, sendo que a sua participação será essencial para o desenvolvimento do estudo.

Neste sentido, convido-a a participar neste projeto de investigação e peço a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

Asseguro que o sigilo profissional será respeitado, por isso, todos os dados fornecidos serão tratados confidencialmente, em anonimato e exclusivamente para fins académicos ou para divulgação científica, sendo, posteriormente, destruídos ao final de cinco anos.

O questionário é composto por três componentes: uma primeira que diz respeito a questões de âmbito sócio-demográfico, uma segunda composta por questões relativas à experiência de parto, e uma terceira com uma questão de resposta aberta.

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Por favor, leia atentamente todas as questões, preenchendo os espaços e selecionando a opção que mais se adequa ao seu caso.

1. **Idade:** _____
2. **Nacionalidade:** _____
3. **Estado civil:** Solteira ___ Casada ___ União de facto ___ Divorciada ___ Viúva ___
4. **Escolaridade:** 1º ciclo ___ 2º ciclo ___ 3º ciclo ___ Secundário ___ Bacharelato ___
Licenciatura ___ Mestrado ___ Doutoramento ___
5. **Profissão:** _____
6. **Situação de empregabilidade:** Empregada: ___ Desempregada: ___
7. **Tipo de parto:** Parto eutócico: ___ Cesariana: ___ Fórceps/ventosa: ___

QUESTÕES

Por favor, leia atentamente todas as questões, selecionando a opção de resposta que mais se adequa ao seu caso.

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
1. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs* fê-la sentir-se respeitada ao longo do processo de TP e parto.					
2. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs fê-la sentir-se segura ao longo do processo de TP e parto.					
3. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs fê-la sentir-se capaz e confiante no seu próprio processo de TP e parto.					
4. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu um ambiente tranquilo e acolhedor, favorecendo a progressão do TP e parto.					
5. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs foi ao encontro das suas expectativas, respeitando as suas necessidades, a cada momento.					
6. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu a construção de uma relação próxima e de confiança, ao longo do processo de TP e parto.					
7. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs possibilitou a partilha de informação necessária para que se sentisse informada, esclarecida e capaz de fazer as suas escolhas.					
8. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu uma experiência de parto positiva.					

*EEESMOs: Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

APÊNDICE III

Cronograma

CRONOGRAMA

Linha temporal Etapas do estudo	Setembro 2023		Outubro 2023		Novembro 2023		Dezembro 2023		Janeiro 2024		Fevereiro 2024		Março 2024		Abril 2024		Maio 2024		Junho 2024		Julho 2024	
	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ	1ªQ	2ªQ
	Pesquisa bibliográfica																					
Elaboração do Projeto de Investigação																						
Elaboração do instrumento de colheita de dados e do consentimento informado																						
Entrega do Projeto de Investigação																						
Aprovação do Projeto de Investigação pela ESS no IPS																						
Pedido de parecer e autorização à Comissão de Ética do CHUA – Hospital de Faro																						
Aplicação do instrumento de colheita de dados																						
Apresentação e análise dos dados recolhidos																						
Discussão dos dados e confronto com a Scoping Review																						
Elaboração da Dissertação																						
Entrega da dissertação																						
Defesa pública da dissertação																						

APÊNDICE VI

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Exma. senhora,

No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a implementar um estudo com o tema “Experiência de parto positiva: A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto”, orientado pela Professora Teresa Margarida Carreira, e com o objetivo de compreender de que forma é que a comunicação estabelecida, durante o trabalho de parto e parto, influencia esta vivência.

Neste sentido, convido-a a participar neste projeto de investigação e peço a sua colaboração para o preenchimento de um questionário, através da plataforma *Google Forms*, que lhe será enviado por email, cuja Comissão de Ética deu parecer favorável.

Asseguro que o sigilo profissional será respeitado, por isso, todos os dados fornecidos serão tratados confidencialmente, em anonimato e exclusivamente para fins académicos ou para divulgação científica, sendo, posteriormente, destruídos ao final de cinco anos.

A participação no estudo é voluntária, podendo retirar-se a qualquer momento, ou mesmo recusar a participação, sem lhe causar qualquer dano. Não se verifica risco ou custo associados à participação.

Agradeço, desde já, a sua participação e contribuição para esta investigação. Para qualquer outro esclarecimento estarei disponível através de email (220000083@essaude.ipsantarem.pt).

Grata pela atenção disponibilizada,

A Investigadora: _____ Data: _____

Por favor, leia com atenção a seguinte informação.

- Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações dadas verbalmente;
- Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste estudo, sem necessidade de prestar justificações ou de qualquer tipo de consequências.
- Foi-me garantida a confidencialidade e anonimato pela investigadora.
- Aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados fornecidos voluntariamente por mim, para fins desta investigação.

Nome: _____

Email: _____

Assinatura: _____ Data: _____

APÊNDICE VII

Análise de Conteúdo: Categorias e Subcategorias

Análise de Conteúdo da questão aberta do questionário às puérperas – Segundo Bardin (2016)

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Unidades de frequência
<p>Estratégias comunicacionais verbais</p>	<p>Partilha de informação</p>	<p>“Foi tudo explicado ao pormenor e todas as perguntas respondidas com muito profissionalismo” (Q1);</p> <p>“A linguagem utilizada, e o modo como foi expresso (tanto fala como comportamento) pela enfermeira transmitiu segurança, me deixou o mais confortável possível e me deu ânimo.” (Q6)</p> <p>“Não recebi quase comunicação nenhuma durante a estadia, TP e após o parto. (...) Na sala de partos tudo aconteceu muito rápido, recebendo pouca informação das enfermeiras o que fez com que a minha preocupação aumentasse. Para uma experiência de parto positiva, acho que, pelo menos uma EEESMO deveria falar com a grávida e explicar o que vai acontecer (...) depois do nascimento por cesariana, dizer à mãe que tudo correu bem, que o bebé não pode estar com ela mas que vão levar com o pai (...)” (Q12)</p> <p>“...explicar o que está a ser feito.” (Q18);</p> <p>“Como foi uma cesariana de urgência, penso que o processo poderia ter sido melhor explicado ao longo do parto.” (Q21).</p> <p>“(...) tudo me foi bem explicado (...)” (Q22);</p> <p>“(...) guiar quando a epidural não deixa sentir as contrações de expulsão para saber quando fazer força, ir adaptando os movimentos e posições (...)” (Q32)</p> <p>“Manter a grávida informada de tudo o que está a acontecer e que ela não tem noção para que possa tomar as melhores decisões” (Q33)</p>	<p>8</p>

	Encorajamento	<p>“Encorajar a doente, explicando à mesma que ela é capaz” (Q2);</p> <p>“Palavras de afirmação e incentivo.” (Q11);</p> <p>“Toda a comunicação possível afim de passar todo o conforto, apoio e a confiança necessária à paciente.” (Q29).</p>	3
	Plano de Parto	“A recolha voluntária do PP ajudaria muito na comunicação (...)” (Q10)	1
Estratégias comunicacionais não verbais	Comportamento/ Atitude do EEESMO	<p>“(…) não tenho nada a acrescentar (...) foram bem atenciosos comigo” (Q4);</p> <p>“Foi uma experiência positiva e ficamos muito gratos à enfermeira por sua paciência e amabilidade” (Q6);</p> <p>“Simpatia, compreensão, conforto e calma são tão importantes!!!” (Q7);</p> <p>“A enfermeira foi sempre atenciosa, cuidadosa e disponível.” (Q9);</p> <p>“A enfermeira parteira foi excepcional, no entanto nada foi possível fazer para ter uma experiência de parto positivo. (...) infelizmente, só depois de três tentativas dos médicos com ventosas é que concluíram que teríamos de avançar com a cesariana. A enfermeira foi sempre atenciosa, cuidadosa e disponível. Não tenho estratégias a sugerir uma vez que como referi acima, a enfermeira fez um trabalho exemplar.” (Q9).</p> <p>“Em resumo, achei em falta um bocado de amor em profissionais que escolheram uma vocação de serviço num momento tão importante como o nascimento de um bebé.” (Q12).</p> <p>“(…) é triste termos curso de preparação pro parto e depois nada do que aprendemos pode ser usado por causa de pessoas sem empatia, para mim foi uma experiência que começou super bem e se tornou horrível, por uma enfermeira em questão (...)” (Q17);</p>	9

		<p>“Houve um ambiente tranquilo, divertido, com abertura para o diálogo (...)” (Q20);</p> <p>“(...) muito atenciosas comigo (...)” (Q27).</p>	
	Apoio contínuo	<p>“Ter alguém sempre do nosso lado a distrair, conversar, explicar (...)” (Q18);</p> <p>“Ter mais disponibilidade (mais tempo) para a mulher em trabalho de parto, guiar (...)” (Q32)</p>	2
	Consideração e respeito pelos medos, dúvidas e preferências da parturiente	<p>“Levar em consideração que a parturiente tem dúvidas e anseios quanto ao TP, onde por mais que seja “óbvio” para a equipa, pode não ser óbvio para as mesmas. (...)” (Q10);</p> <p>“Ter atenção a certas enfermeiras com mentes mais fechadas que não respeitam o momento, como se o parto fosse ir às compras e voltar, fiquei muito triste por no início do trabalho de parto ter apanhado uma equipa maravilhosa e com o mudar de turno apanhar 1 enfermeira que para além de não respeitar os meus pedidos, ainda se riu da minha cara (...)” (Q17);</p> <p>“I believe that patients should be given the option to choose whether to undergo induction or wait for labor to start naturally, especially when there is no risk to the mother or baby” (Q24).</p>	3

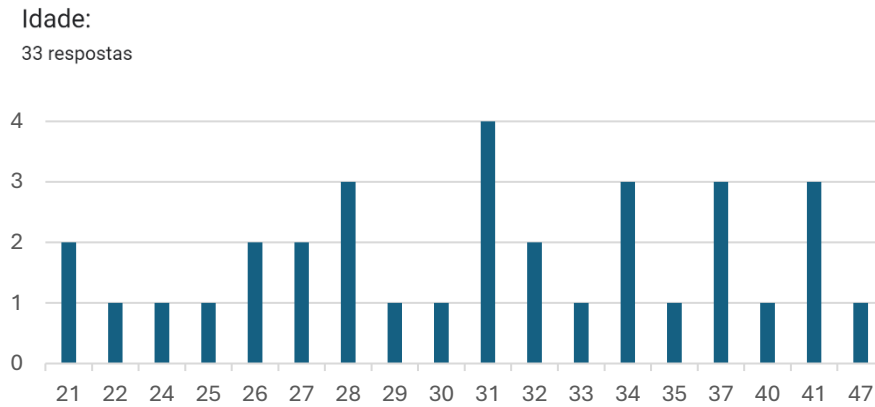
APÊNDICE VIII

Análise dos dados quantitativos

Apêndice VIII – Análise dos dados quantitativos

Parte I – Dados Sociodemográficos

Gráfico 1 - Idade das puérperas



■ Figura 1: Idades das puérperas

Tabela 1 - Idade das puérperas

N	33
Média	31,54
Mediana	31
Mínimo	21
Máximo	47

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2 – Idades das puérperas distribuídas em grupos etários (%)

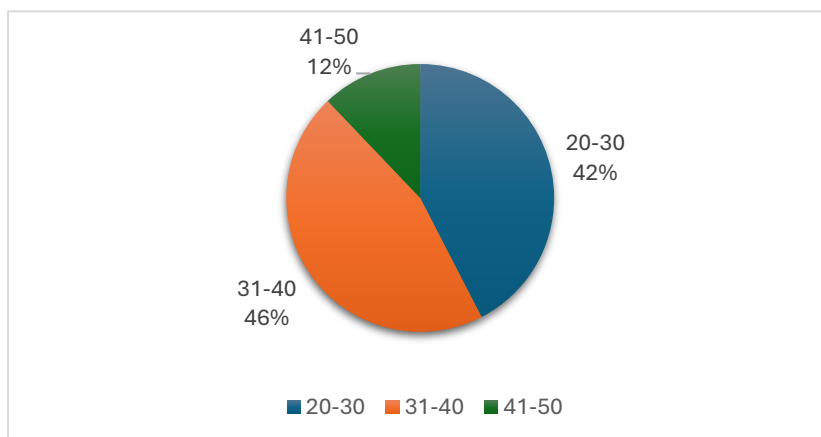


Gráfico 3 - Nacionalidade das puérperas

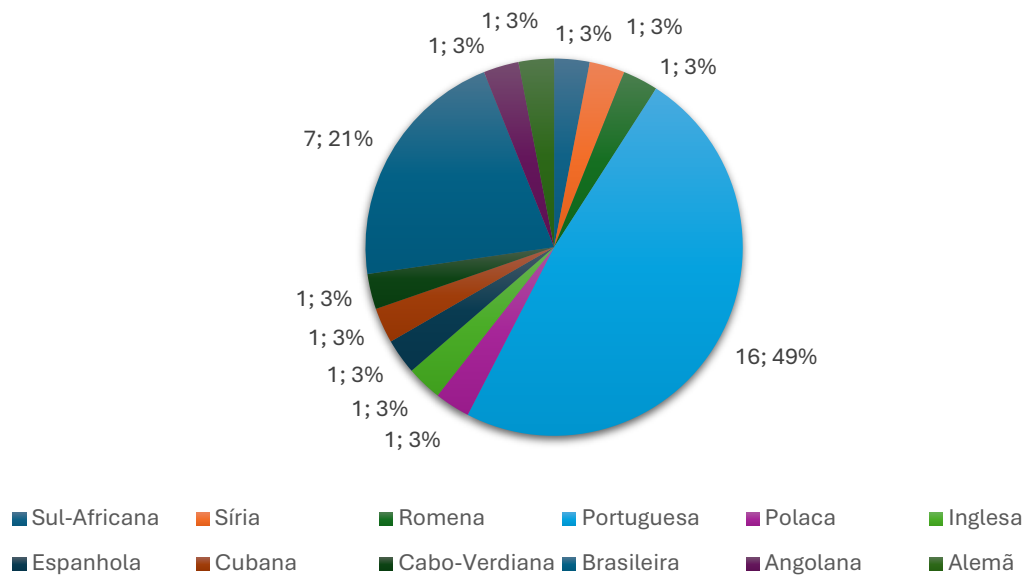


Gráfico 4 - Estado civil

Estado civil:
33 respostas

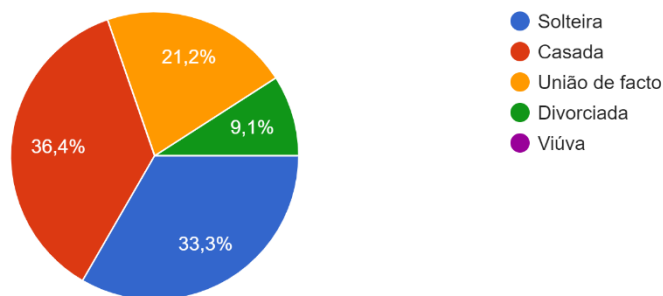


Gráfico 5 - Escolaridade

Escolaridade:
33 respostas

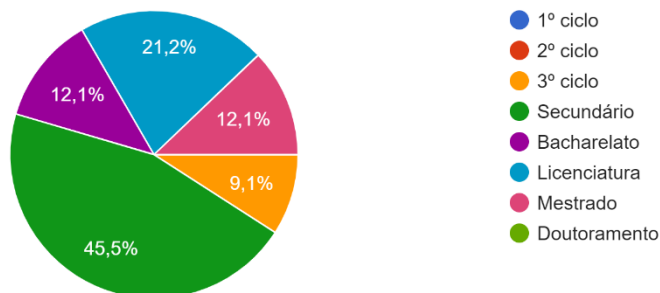


Gráfico 6 - Profissões das puérperas

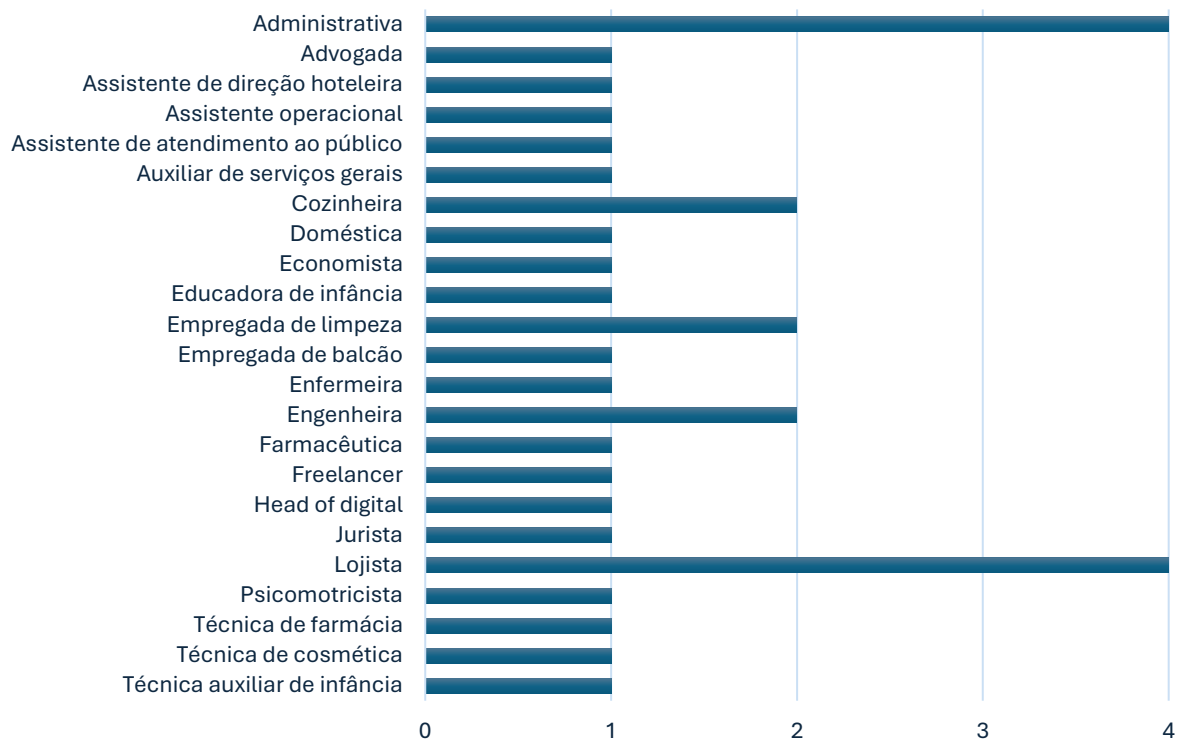


Gráfico 7 - Situação de empregabilidade

Situação de empregabilidade:

33 respostas

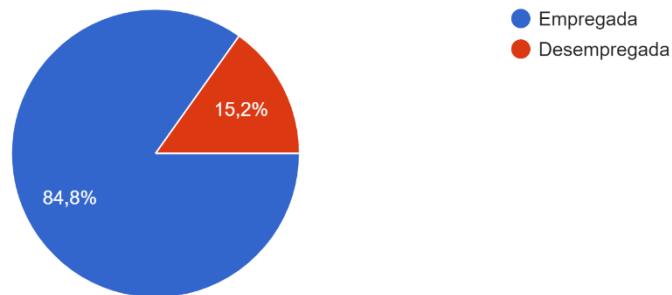
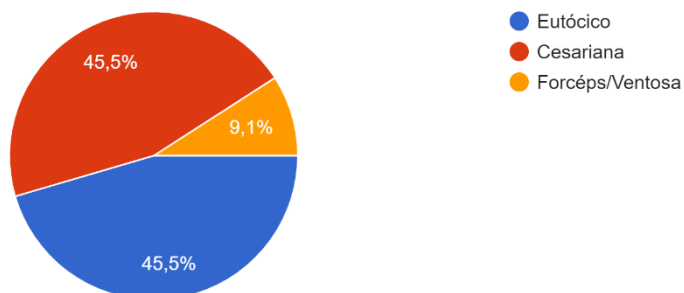


Gráfico 8 - Tipo de parto

Tipo de parto:

33 respostas



Parte II – Questões

Gráfico 9 - 1. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs fê-la sentir-se respeitada ao longo do processo de TP e parto.

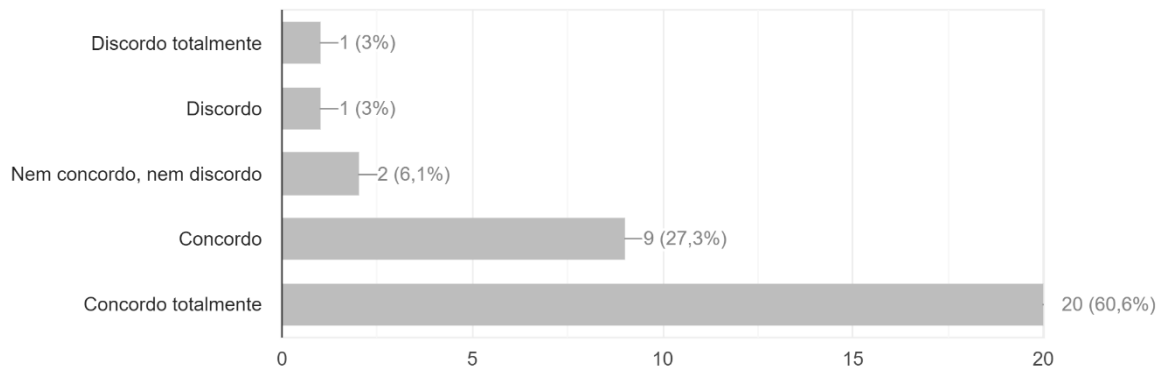


Gráfico 10 - 2. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs fê-la sentir-se segura ao longo do processo de TP e parto.

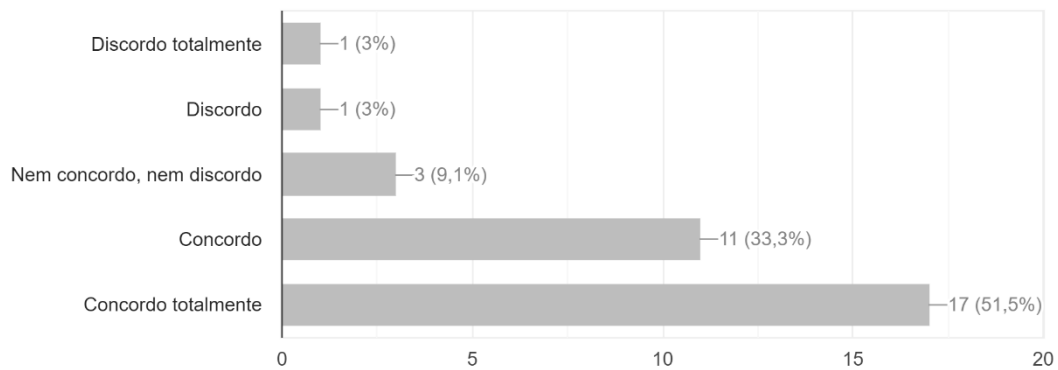


Gráfico 11 - 3. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs fê-la sentir-se capaz e confiante no seu próprio processo de TP e parto.

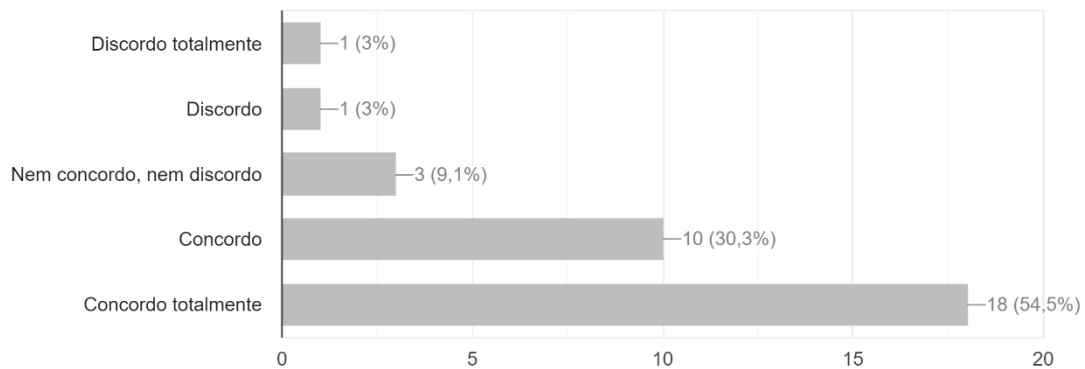


Gráfico 12 - 4. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu um ambiente tranquilo e acolhedor, favorecendo a progressão do TP e parto.

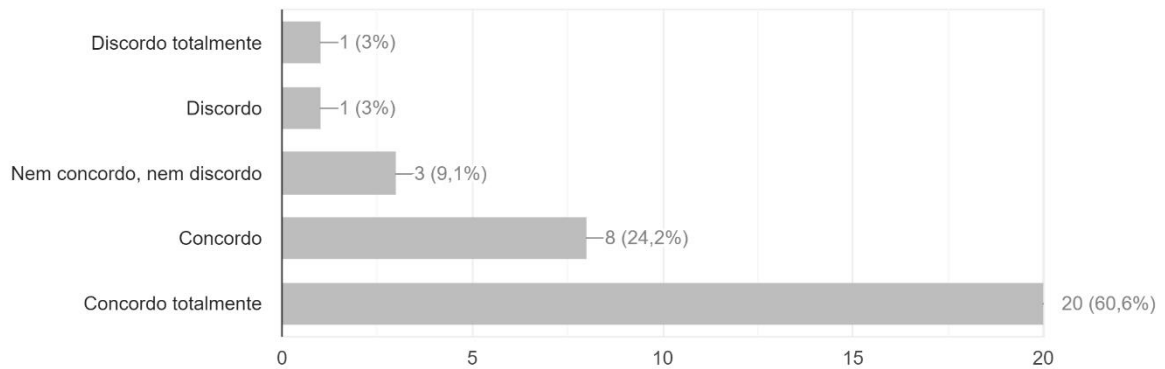


Gráfico 13 - 5. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs foi ao encontro das suas expectativas, respeitando as suas necessidades, a cada momento.

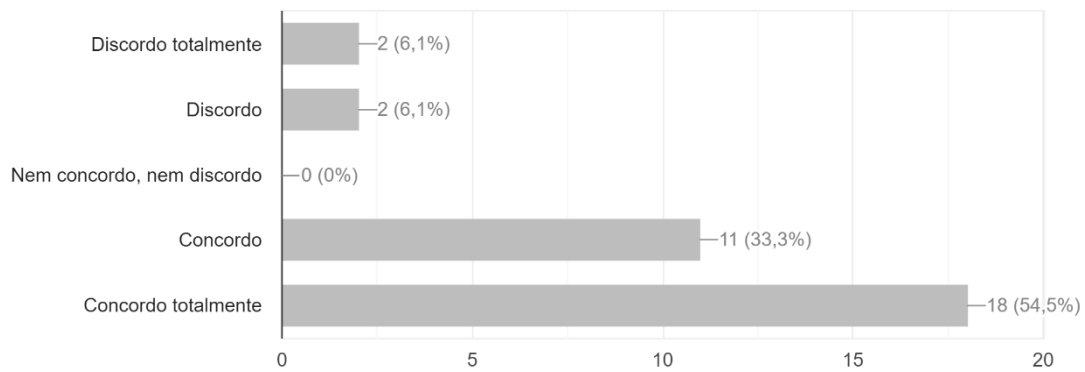


Gráfico 14 - 6. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu a construção de uma relação próxima e de confiança, ao longo do processo de TP e parto.

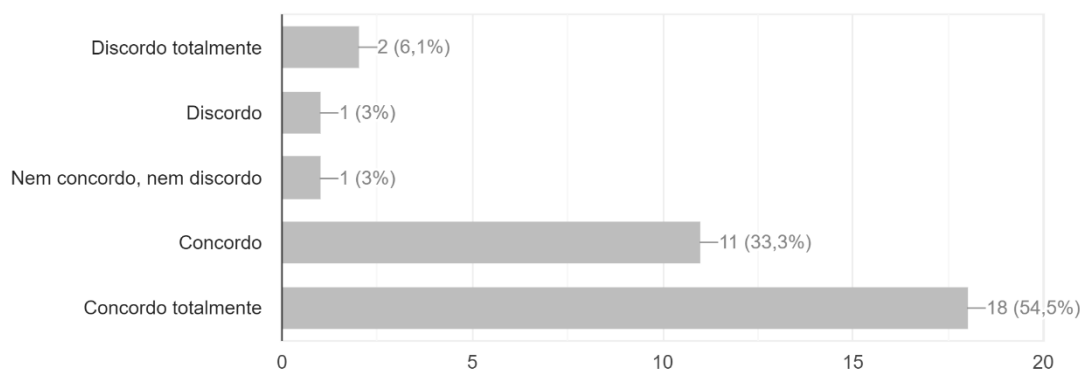


Gráfico 15 - 7. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs possibilitou a partilha de informação necessária para que se sentisse informada, esclarecida e capaz de fazer as suas escolhas.

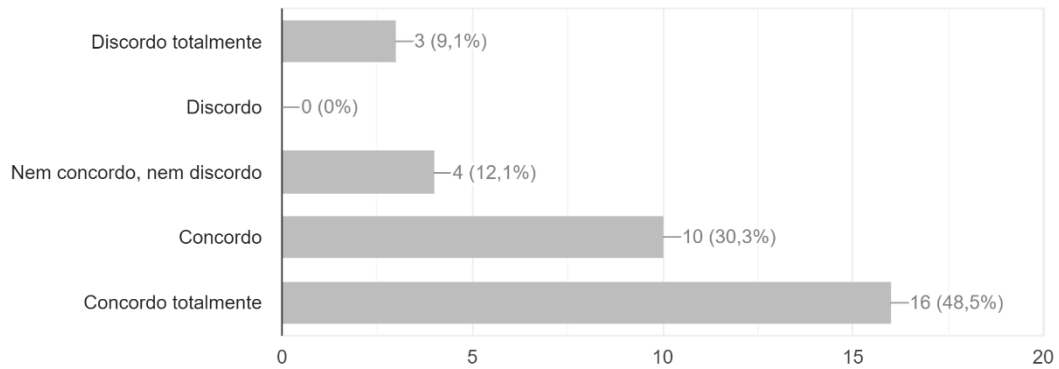
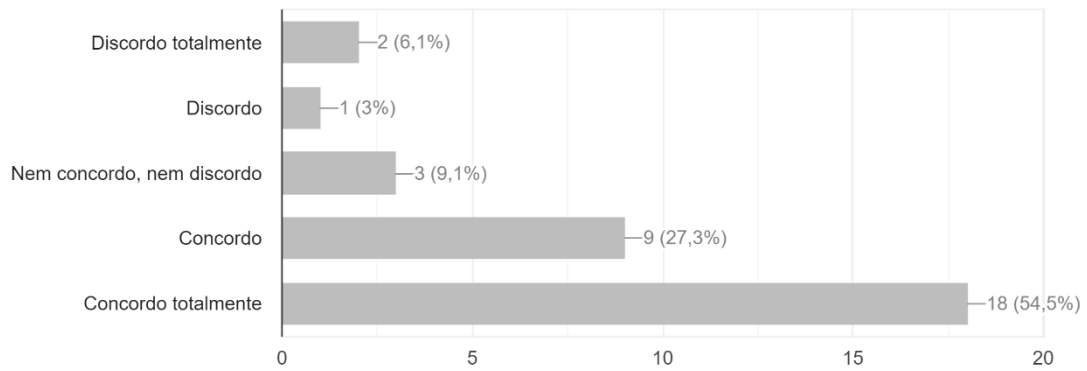


Gráfico 16 - 8. A comunicação estabelecida pelos EEESMOs promoveu uma experiência de parto positiva.



APÊNDICE IX

Dados qualitativos

Apêndice IX – Dados qualitativos

Parte III – Questão de resposta aberta

Na sua opinião, e tendo em conta a sua experiência de parto, que **estratégias comunicacionais** poderiam ser adotadas pelo EEESMO, no sentido de promover uma experiência de parto positiva?

Resultado: 33 respostas

Q1	Foi tudo explicado ao pormenor e todas as perguntas respondidas com muito profissionalismo.
Q2	Encorajar a doente, explicando a mesma que ela é capaz. Boa comunicação é tudoooooo!
Q3	Pessoalmente não tenho nada acrescentar.
Q4	Na minha opinião não tenho nada a acrescentar, fui bem respeitada e foram bem atenciosos comigo.
Q5	Nada a acrescentar
Q6	A linguagem utilizada, e o modo como foi expressado (tanto fala como comportamento) pela Enfermeira transmitiu segurança, me deixou o mais confortável possível e me deu ânimo. Sendo assim não teria nada a acrescentar. Foi uma experiência positiva e ficamos muito gratos a Enfermeira por sua paciência e amabilidade.
Q7	Simpatia, compreensão, conforto e calma são tão importantes!!!!
Q8	Na minha opinião manter como está! Fui muito bem tratada
Q9	A enfermeira parteira foi excepcional, no entanto nada foi possível fazer para ter uma experiência de parto positiva. Logo no início a enfermeira mostrou preocupação que talvez não existisse espaço na bacia para o bebé sair. Infelizmente, só depois de três tentativas dos médicos com ventosas é que concluíram que teríamos de avançar com a cesariana. A enfermeira foi sempre atenciosa, cuidadosa e disponível. Não tenho estratégias a sugerir umas vez que como referi acima, a enfermeira fez um trabalho exemplar.
Q10	Levar em consideração que a parturiente tem dúvidas e anseios quanto ao TP, onde por mais que seja "óbvio" para a equipa, pode não ser óbvio para as mesmas. A recolha voluntária do PP ajudaria muito na comunicação entre as mesmas.
Q11	Palavras de afirmação e incentivo
Q12	Não recebi quase comunicação durante a estadia, TP e após o parto. De facto alguma comunicação recebida na preparação (sondas, etc) para a cesariana fez que eu ficasse mais nervosa. Na sala de parto tudo aconteceu muito rápido, recebendo pouca informação das enfermeiras o que fez que a minha preocupação aumentar. Para uma experiência de parto positiva, acho que, pelo menos uma EEESMO deveria falar com a grávida e explicar o que vai acontecer: tipo de anestesia a aplicar, perguntar se está tudo bem, se está a sentir-se bem ou falta o ar... e depois do nascimento por cesariana, dizer-lhe à mãe que tudo correu bem, que o bebé não pode estar com ela mas que vão

	levar com o pão, etc. Em resumo, achei em falta um bocado de amor em profissionais que escolheram uma vocação de serviço num momento tão importante como o nascimento de um bebé.
Q13	Já fazem o uso de estratégias corretas
Q14	Uma excelente equipe de parto!
Q15	Não sei
Q16	Não tenho nada apontar Tive uma experiência maravilhosa desde o internamento com a enfermeira Fátima até à equipa no bloco de parto.
Q17	Ter atenção a certas enfermeiras com mentes mais fechadas que não respeitam o momento, como se o parto fosse ir às compras e voltar, fiquei muito triste por no início do trabalho de parto ter apanhado uma equipa maravilhosa e com o mudar de turno apanhar 1 enfermeira que parem de não respeitar os meus pedidos, ainda se riu da minha cara, é triste termos curso de preparação pro parto e depois nada do que aprendemos pode ser usado por causa de pessoas sem empatia, para mim foi uma experiência que começou super bem e se tornou horrível, por uma enfermeira em questão, no final graças a deus de haver pessoas empáticas e com mentes abertas que me levaram para cesariana!
Q18	Ter alguém sempre do nosso lado a distrair conversar explicar o que está a ser feito
Q19	Nada, estava tudo ótimo
Q20	No meu caso, tive uma experiência de parto super positiva, não alterando nada ao nível da comunicação estabelecida. Houve um ambiente tranquilo, divertido, com abertura para diálogo, tendo sido, na minha opinião, desempenhado um trabalho fantástico, ao qual só tenho que agradecer.
Q21	Como foi uma cesariana de urgência, penso que o processo poderia ter sido melhor explicado ao longo do parto.
Q22	Na minha experiência não podia ter pedido melhor equipa, tudo me foi bem explicado e fui sempre bem tratada por isso não tenho nada a acrescentar.
Q23	Minha experiência foi muito positiva e só posso elogiar
Q24	Overall, my experience was very positive. Despite the challenging delivery, I felt reassured by the professionalism of the staff, which ensured that my baby and I were safe throughout the process. However, one aspect that I found less satisfactory was the induction. I believe that patients should be given the option to choose whether to undergo induction or wait for labor to start naturally, especially when there is no risk to the mother or baby.
Q25	Foi tudo bom
Q26	Nada a acrescentar. Correu tudo muito bem.

Q27	Foi muito rápido o parto, estive uma equipa médica muito boa, muito atenciosas comigo. Foi uma experiência de parto 5*
Q28	Acho que correu tudo maravilhosamente bem, não tenho nada a adicionar
Q29	Toda a comunicação possível afim de passar todo o conforto, o apoio e a confiança necessária à passiente
Q30	A
Q31	Eu penso que a EEESMO,ja tem toda a experiência fornecida para ajudar a dar conhecimentos gerais a todas as mães e futuras mães...O meu muito Obrigada por tudo.
Q32	Ter mais disponibilidade (mas tempo) para a mulher em trabalho de parto, guiar quando o epidural não deixa sentir as contrações de expulsao para saber quando fazer força, ir adaptando os movimentos e posições consoante a posição do bebe no canal, para ser mais produtivo, rápido e sem gastar energia nos movimentos errados.
Q33	Manter a grávida informada de tudo o que está a acontecer e que ela não tem noção para que possa tomar as melhores decisões.

Nota: Todas as respostas foram transcritas na íntegra.

APÊNDICE X

Sessão de Educação para a Saúde – Pós-Parto

Pós-Parto

Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

UCC [REDACTED]

9 de novembro de 2023



REPÚBLICA PORTUGUESA
MAIA

SNS
SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

AEEESMO Sara Maia Miranda
[REDACTED]

1

Conteúdos

1. O que é o pós-parto?
2. Alterações fisiológicas no pós-parto e Autocuidado
3. Contraceção no pós-parto
4. Sexualidade no pós-parto
5. Consulta de revisão do pós-parto
6. Sinais de alarme no pós-parto
7. Visitas no pós-parto
8. Plano de pós-parto



2

01 O que é o pós-parto?

3

01 O que é o pós-parto?

Período, cronologicamente variável, de intensas transformações fisiológicas, psicológicas, emocionais, relacionais e sociais	Processo de aprendizagem, crescimento, adaptação e reestruturação das relações familiares
Período de vulnerabilidade	Ajustamento à identidade materna/paterna e integração do novo papel parental

Pós-parto

4

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

5

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Mamas

Abdómen

Útero

Períneo e vagina

Eliminação

Psicológicas, emocionais e hormonais

Musculatura abdominal e pélvica

6

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Psicológicas, emocionais e hormonais

7

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Psicológicas, emocionais e hormonais

Alterações psicossociais

Alterações hormonais

Alterações físicas

Novo papel e responsabilidade

Vulnerabilidade

Privação de sono

Fadiga

Ansiedade

Alterações de humor

Baby – blues

Depressão pós-parto

Psicose pós-parto

8

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Psicológicas, emocionais e hormonais



Baby - blues

Nas quatro semanas seguintes ao parto, cerca de 40% a 60% das mulheres experimentam esta perturbação emocional, que pode durar alguns dias.

Preocupação excessiva com o bebé, tristeza, melancolia, choro fácil, tensão, irritabilidade, sentimentos de inadequação, dificuldade de concentração e raciocínio, perturbação de memória.

Habitualmente, desaparece espontaneamente.
Não deve ser desvalorizado.

Apoio, esclarecimento, compreensão, respeitar limites

Autoconfiança e competências para cuidar de si e do bebé

9

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Psicológicas, emocionais e hormonais

Depressão pós-parto

- o Transtorno psiquiátrico com início entre os primeiros dias até 1 ano após o parto;
- o Prevalência de 10% – 15%;
- o Mais frequente entre as 2 semanas e os 3 meses, mas também observável entre os 9º-15º mês pós-parto;
- o Maior incidência em mulheres com antecedentes pessoais e/ou familiares de depressão;
- o Impacta o relacionamento/vinculação com o bebé e o companheiro;
- o Fatores protetores: apoio especializado, psicoterapia, relação de casal satisfatória, rede de apoio familiares/amigos, temperamento otimista, preparação física e psicológica face às mudanças...



10

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Psicológicas, emocionais e hormonais

- o Tristeza persistente
- o Choro fácil
- o Irritabilidade
- o Perda de interesse nas atividades do dia-a-dia
- o Insónia
- o Agitação ou lentificação psicomotora
- o Ansiedade
- o Sensação constante de exaustão
- o Falta de concentração e memória



POSTPARTUM DEPRESION

- o Falta de prazer nos cuidados ao bebé
- o Culpa face aos sentimentos ambivalentes face ao bebé
- o Sensação de incapacidade de cuidar de si e do bebé
- o Preocupação excessiva face ao bebé
- o Pensamentos obsessivos de agressividade face ao bebé
- o Perda de interesse sexual e ressentimento face ao companheiro

11

02

PEDIR AJUDA

AUTOCUIDADO

ESTABELECEER LIMITES



12



13



14

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Psicológicas, emocionais e hormonais

POSTPARTUM MENTAL HEALTH IS A MEN'S ISSUE

DAD'S EXPERIENCE GRIEF OVER THEIR OLD LIFE AND IDENTITY

DAD'S CAN ALSO EXPERIENCE TRAUMA DURING PREGNANCY AND BIRTH

DAD'S HORMONES ALSO SHIFT AND CHANGE IN THE POSTPARTUM PERIOD

1 IN 5 OF THEIR PARTNERS WILL EXPERIENCE PPD/PPA

1 IN 10 DADS EXPERIENCE POSTPARTUM DEPRESSION

DAD'S ARE 50% MORE LIKELY TO EXPERIENCE POSTPARTUM DEPRESSION OR ANXIETY IF THEIR PARTNER HAS PPA/PPD

18% OF DADS DEVELOP A CLINICALLY SIGNIFICANT ANXIETY DISORDER

© PPD/PPA MOTHER

Fatores de risco

- História de depressão
- Relacionamento instável
- Mãe do bebé com DPP
- Falta de conexão com a companheira e bebé
- Experiência de parto
- Privação de sono
- Dificuldade na adaptação à parentalidade
- Falta de apoio
- Dificuldades económicas ...

Sintomas

- Frustração, irritabilidade ou agressividade
- Falta de interesse no trabalho e atividades do quotidiano
- Dificuldade em concentrar-se
- Sentimentos de impotência e de asofoamento
- Cefaleias e epigastralgias

15

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Mamas

16

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Mamas

Autocuidado



- Descida do leite
- Tensão mamária
- Ingurgitamento mamário
- Mamilos macerados e fissuras



- Posicionamento e pega adequada durante a mamada
- Correta higienização das mãos
- Aplicação de colostro/leite após cada mamada
- Correto arejamento dos mamilos entre mamadas
- Soutien adequado à amamentação
- Aplicação local de calor/frio e massagem
- Extração manual

17

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Abdómen



18

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Abdómen: útero



Após o parto → Por ação da ocitocina → Contração uterina

Involução uterina

Hemostase e retorno do útero ao seu tamanho habitual

O útero adquire o seu tamanho habitual entre a 4ª e 6ª semana pós-parto.

19

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Abdómen: ferida cirúrgica abdominal (cesariana)



- Ferida cirúrgica com agrafos ou sutura intradérmica.
- Geralmente o penso é realizado, no hospital, no dia da alta.
- Os agrafos devem ser removidos passados 8 a 10 dias, segundo indicação médica.
- Dor local e limitação de movimentos.

20

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Abdómen: ferida cirúrgica abdominal
(cesariana)

Autocuidado

- Tomar duche de chuveiro, evitando molhar o penso;
- Observar o penso diariamente para perceber se está repassado;
- Evitar levantar pesos ou realizar esforços físicos;
- Fazer contenção da sutura ao tossir ou espirrar;
- Uso de faixa apenas quando e se necessário;
- **Contraindicado** o uso de cinta abdominal;
- Massajar a cicatriz quando cicatrizada;
- **DESCANSAR O MÁXIMO POSSÍVEL**



21

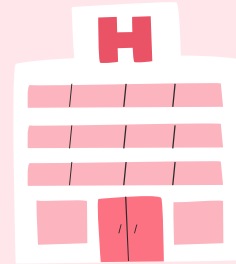
02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Abdómen: ferida cirúrgica abdominal
(cesariana)

SINAIS DE ALERTA

- Sangue ou exsudado amarelado no penso;
- Tumefação;
- Dor muito intensa;
- Febre.



22

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Períneo
e vagina

23

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Períneo e vagina

Períneo



Episiotomia:
Incisão feita no períneo



Episiorrafia:
Sutura dessa incisão



Períneo
íntegro



Laceração de grau I

24

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Períneo e vagina

Autocuidado

- Higienizar a região com água corrente e morna;
- Realizar sempre higiene perineal após evacuar;
- Usar sabão de pH fisiológico/neutro;
- Banhos de assento com camomila e calêndula, por exemplo;
- Secar muito bem com toalha limpa, sem friccionar.



25

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Períneo e vagina

Autocuidado

- Adequar posicionamentos, adotando o mais confortável e evitando sentar sobre a cicatriz;
- Utilizar, de preferência, pensos higiênicos de algodão e sem cheiro;
- Mudar penso higiênico frequentemente;
- Usar roupas largas e de fibras naturais;
- Aplicar gelo se hematoma, edema ou desconforto;
- Vigiar sinais de infecção, edema e hematomas.



26

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Períneo e vagina

Lóquios

- Sangramento vaginal fisiológico que surge após o parto, para eliminar o excesso de tecido e sangue do útero;
- Pode durar várias semanas, mas diminui gradualmente;
- Fluxo aumenta com a deambulação e amamentação;
- Odor semelhante à menstruação.



27

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Períneo e vagina

Lóquios

		
Hemáticos Vermelho vivo ou escuro Até ao 4º/5º dia	Sero - hemáticos Rosado ou acastanhado Até ao 10º dia	Serosos Creme ou esbranquiçados Durante 2 a 6 semanas

28

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Períneo e vagina

Lóquios



SINAIS DE ALERTA

- Coágulos de sangue grandes e volumosos, após as primeiras 24 horas pós-parto;
- Persistência de lóquios após 4 a 6 semanas;
- Aumento do fluxo quando as perdas já eram escassas;
- Odor fétido.

29

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Períneo e vagina

Hemorroidas

- Veias dilatadas do canal anal (internas ou externas), que podem causar dor, hemorragia e tumefação.
- Surgem na sequência de vários fatores tais como a obstipação, aumento da pressão intra-abdominal causada pelo útero grávido, relaxamento do pavimento pélvico, influência hormonal.
- Podem surgir ou agravar-se na gravidez ou no pós-parto.

30

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Períneo e vagina

Autocuidado

Aplicar gelo local;

Aplicar anestésico local em gel ou pomada;

Manter uma higiene adequada;

Banhos de assento;

Adequar posicionamento (almofadas);

Redução das hemorróidas: reintroduzir as hemorroidas no ânus com a ajuda de um dedo, e ficar deitada para um dos lados.

31

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Períneo e vagina

Vagina



A vagina retorna ao seu estado normal entre a 3ª e a 8ª semana pós-parto;

Por ação da diminuição dos estrogénios

↓

- mucosa vaginal fica pouco espessada
- estreitamento e redução da mucosa vaginal
- **Redução da lubrificação**
- **Dispareunia**

⇒ Lubrificantes à base de água ou cremes com estrogénio tópico

32

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Eliminação



33

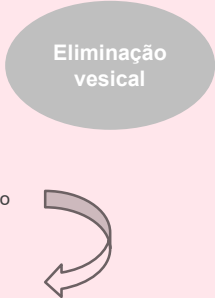
02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Eliminação

Eliminação vesical

- o Aumento da **diurese** no pós-parto
- o Maior probabilidade de ocorrer **infecções urinárias**
- o **Incontinência vesical**: considerada normal nos primeiros 3 meses após o parto

Prática de exercícios que promovam o restabelecimento do tónus do pavimento pélvico



34

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Eliminação

Eliminação intestinal

Obstipação

Frequente no pós-parto, com presença de dor ao evacuar.

Medo de evacuar.



35

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Eliminação

Autocuidado

- Hidratação oral de, pelos menos, 1,5 L de água/dia;
- Alimentos ricos em fibras;
- Deambulação precoce;
- Retoma de atividade física ligeira diária e exercício físico ligeiro, como caminhadas;
- Uso de banco nos pés quando sentada na sanita;
- Se necessário, podem ser usados emolientes.



36

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Musculatura abdominal e pélvica

37

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Musculatura abdominal e pélvica

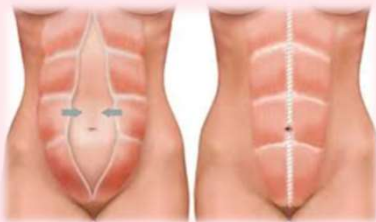
Ao longo da gravidez, o corpo da mulher experiencia uma série de alterações, de forma a acomodar o bebé durante o seu desenvolvimento.

38

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Musculatura abdominal e pélvica



Após o parto, a **parede abdominal** está distendida, podendo levar cerca de 6 semanas para que retorne ao seu estado pré-gravídico.

A recuperação do tônus muscular depende do **tônus anterior**, de **exercício adequado** e da quantidade de **tecido adiposo**.

39

02

Alterações fisiológicas no pós-parto

Musculatura abdominal e pélvica

A distensão abdominal pode originar a rutura das fibras elásticas da pele.

No pós-parto, a pele readquire a maioria da sua elasticidade anterior, mas podem persistir algumas estrias.



40

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Musculatura abdominal e pélvica

Autocuidado

Realizar exercícios suaves nos primeiros dias após o parto

Contração dos músculos abdominais alguns segundos durante a expiração, relaxando de seguida.

Exercício físico para recuperar musculatura abdominal e contorno corporal

- o Parto vaginal: início em 2 semanas, ou assim que se sentir confortável
- o Cesariana: início após 6 semanas



41

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Musculatura abdominal e pélvica



A tonicidade dos músculos do pavimento pélvico recupera, gradualmente, após o nascimento.

A recuperação do tônus pode ir até aos 6 meses.

42

02 Alterações fisiológicas no pós-parto

Musculatura abdominal e pélvica

Autocuidado

Assim que possível, realizar exercícios de recuperação e fortalecimento do pavimento pélvico

- Contração dos músculos em redor da vagina e ânus, aguentar alguns segundos, sem fazer muito esforço e, de seguida, relaxar. Repetir várias vezes durante o dia.
- Ginástica de recuperação pós-parto: pilates, natação, hidroginástica, caminhadas, ...
 - Fortalecem a musculatura abdominal e pélvica;
 - Diminuem a flacidez;
 - Favorecem a sustentação da bexiga e intestinos (prevenindo a incontinência).



43

03

Contração no pós-parto

44

03 Contraceção no pós-parto

Na mulher que **não amamenta**, a ovulação pode ocorrer 27 dias após o parto.

↓

Cerca de 70% das mulheres voltam a menstruar cerca de 3 meses após o parto.

Na mulher que **amamenta**, o tempo médio até à ovulação é de 6 meses, mas é variável.

A ovulação dá-se **antes** de ocorrer o primeiro período menstrual pós-parto → **Risco de engravidar**



03 Contraceção no pós-parto

A escolha do método deve ser discutida durante a vigilância na gravidez e é influenciada por diversos fatores, que **devem ser considerados**:

- Processo fisiológico do puerpério;
- Retorno da fertilidade;
- Se a mulher está a amamentar exclusivamente ou não;
- Expetativa do casal quanto ao reinício da atividade sexual;
- Planeamento de um novo filho.



45

46

Método contraceptivo	Informações	Início da contraceção		
		Aleitamento materno exclusivo	Aleitamento materno misto	Aleitamento artificial
Amenorreia lactacional	A mulher deve permanecer em amenorreia. A amamentação terá de ser exclusiva, ou quase exclusiva, até aos 6 meses, com mamadas diurnas e nocturnas, com o intervalo entre as mamadas superior a 6 horas.	Imediatamente após o parto.	Não se aplica.	
Dispositivo intrauterino de cobre - DIU	Contraceptivos mecânicos, não hormonais. Reação inflamatória no endométrio por ação do cobre, que inibe a mobilidade e sobrevivência dos espermatozoides.	Nas primeiras 48 horas ou a partir da 4ª semana pós-parto		
Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	O Levonorgestrel não interfere com a produção de leite nem com o desenvolvimento do bebé.	Aplicado entre a 4ª – 6ª semana		

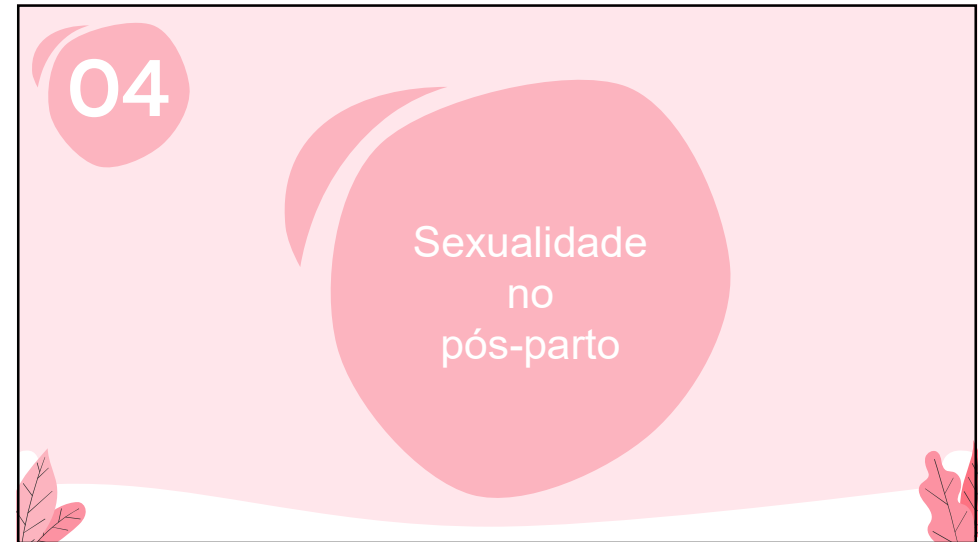
Método contraceptivo	Informações	Início da contraceção		
		Aleitamento materno exclusivo	Aleitamento materno misto	Aleitamento artificial
Contraceptivo oral combinado (COC)	Contêm estrogénio e progestagénio.	6 meses após o parto	6ª semana após o parto	21º dia após o parto
Anel vaginal				
Adesivo				
Pílula Progestativa	Contêm apenas uma hormona – Progesterona. A contraceção hormonal oral é a chamada “pílula de amamentação”, que não tem interrupções (toma contínua).	6 semanas após o parto.		De imediato.
Injetável trimestral				
Implante subcutâneo				
Métodos de barreira	Preservativos feminino e masculino.	Imediatamente após o retorno das relações sexuais.		

47

48

Método contraceetivo		Início da contraceção		
		Aleitamento materno exclusivo	Aleitamento materno misto	Aleitamento artificial
Métodos naturais	Observação do muco cervical		Apenas quando as secreções vaginais tiverem retornado ao normal.	
	Método do calendário		Apenas após 3 ciclos menstruais regulares.	
Vasectomia		Imediatamente		
Laqueação de trompas		Nos primeiros 7 dias ou a partir da 6ª semana pós-parto		

49



50

04 Sexualidade no pós-parto

A sexualidade é uma parte integrante da vida de cada indivíduo que contribui para a sua identidade ao longo de toda a vida e para o seu equilíbrio físico e psicológico.

A **sexualidade** é “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”.

OMS, 1992 in Associação para o Planeamento da Família

51

04 Sexualidade no pós-parto

Confiança Gentileza

Respeito Reestruturação da identidade feminina

Comunicação

Humor Criatividade Honestidade

Flexibilidade Aceitação Redescoberta

Reestruturação da imagem corporal Fé

52

04

Sexualidade no pós-parto

O reinício da atividade sexual varia de casal para casal, devendo ocorrer quando ambos se sentirem preparados e confortáveis.



53

04

Sexualidade no pós-parto

As relações sexuais podem ser reiniciadas em segurança quando:

- os lóquios terminarem;
- a incisão da episiotomia/laceração cicatrizar;
- a mulher se sentir preparada.



54

04

Sexualidade no pós-parto

Fatores que podem interferir na sexualidade no pós-parto:

- Dor e desconforto;
- Privação de sono;
- Falta de tempo;
- Redução da libido;
- Falta de interesse no(a) parceiro(a);
- Mudanças físicas do corpo materno;
- Diminuição da lubrificação;
- Presença do recém-nascido no quarto;
- Medo de uma nova gravidez.



55

04

Sexualidade no pós-parto

- Como está o nosso relacionamento hoje?
- Que estratégias usamos para nos alinharmos, reencontrarmos e superarmos os desafios que surgem?
- Que estratégias usamos nos momentos de menor interesse sexual?
- Falamos sobre esse assunto abertamente?



56

05

Consulta de revisão do pós-parto

57

05

Consulta de revisão do pós-parto

Puerpério sem complicações ou desvios da normalidade



Entre a 4ª e 6ª semana após o parto

58

05

Consulta de revisão do pós-parto

Consulta no puerpério precoce
Até ao 15º dia pós-parto



- Extremos da idade reprodutiva;
- Avaliação da ferida cirúrgica abdominal;
- Remoção de material de sutura;
- Quando sinalizadas pelo hospital.

59

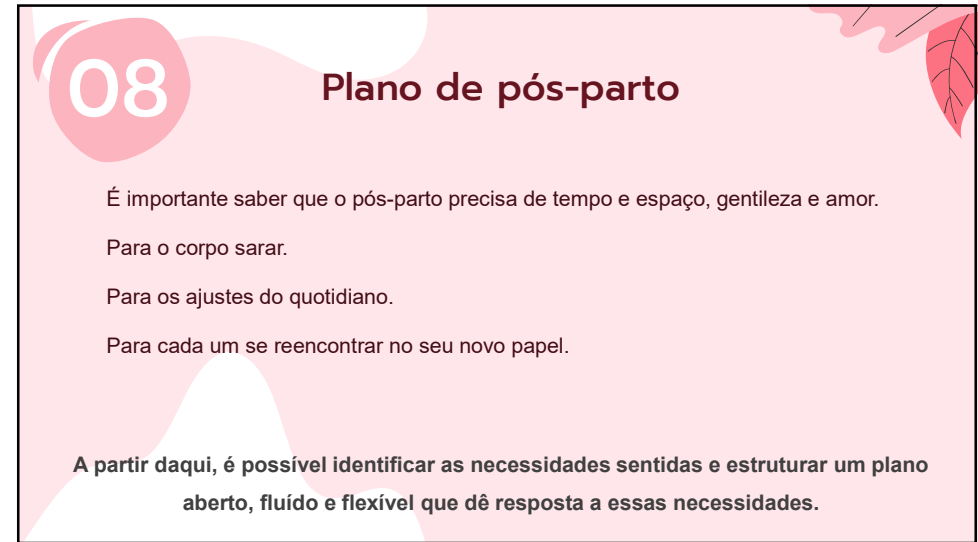
06

Sinais de alerta no pós-parto

60



65



66



67



68

08

Plano de pós-parto

Refeições

- Quem faz o comer?
- Quem arruma a cozinha?
- Quem faz as compras?
- O que gostamos de comer?
- Que comida nos nutre e nos traz equilíbrio?

Sugestões práticas

- Criar um “menu” para as primeiras duas semanas
- Cozinhar e congelar refeições
- Definir onde ir buscar refeições, se necessário, e ter o contacto num sítio acessível
- “Rifas das refeições”

69

08

Plano de pós-parto

Autocuidado

- Tempo para a mãe
- Tempo para o pai
- Tempo para o casal
- Tempo para o 3, para a família

**O que vos faz sentir viva(o), hoje?
O que é importante para vós?
O que vos une como casal/família?
Como vão levar isso para o pós-parto?**



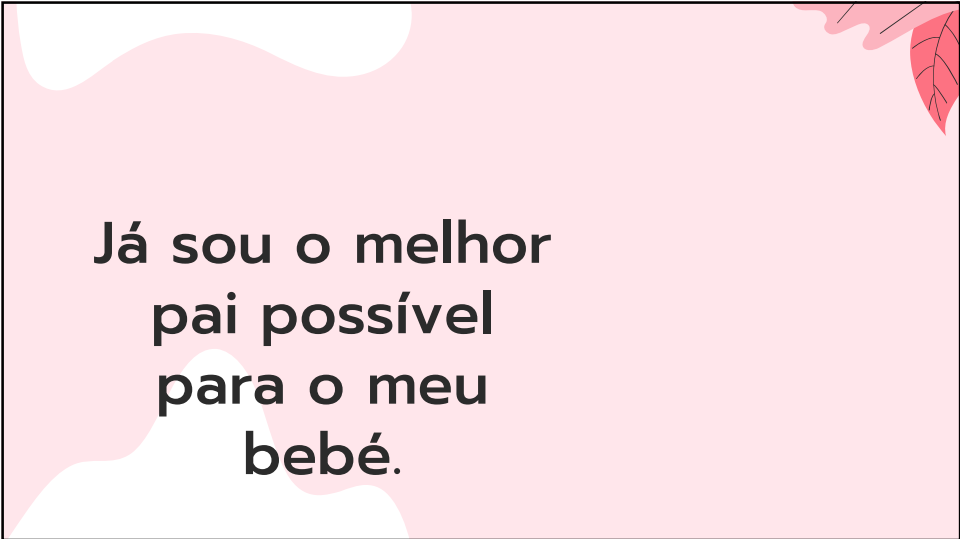
70

Frases
motivacionais
para o pós-parto

71

**Já sou a melhor
mãe possível
para o meu
bebé.**

72



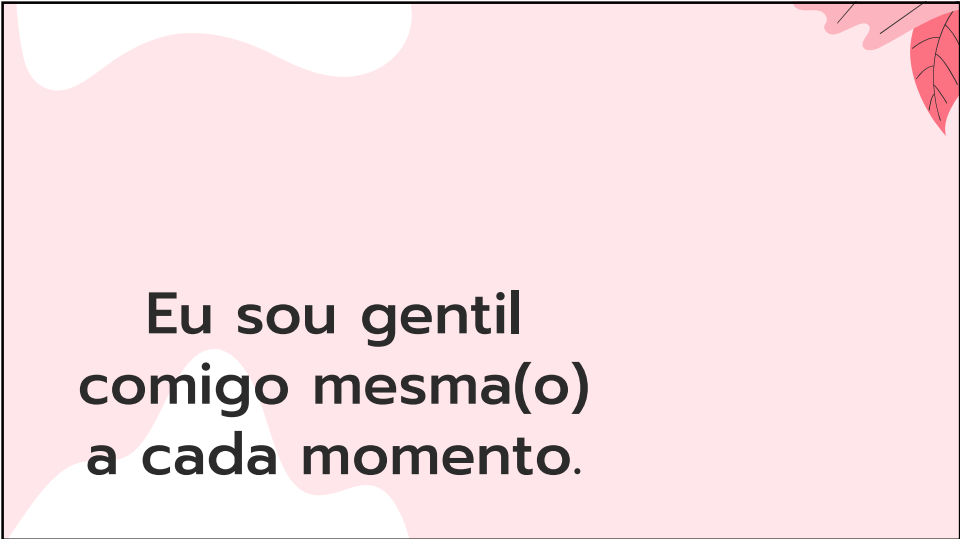
**Já sou o melhor
pai possível
para o meu
bebê.**

73



Eu sou suficiente.

74



**Eu sou gentil
comigo mesma(o)
a cada momento.**

75



**Amo e respeito o
meu novo corpo.**

76

**Permito-me sentir
toda e qualquer
emoção.**

77

Tudo é uma fase.

78

**Agradeço por tudo
na minha vida.**

79

Pós-Parto

Curso de Preparação para o Nascimento
e Parentalidade

Obrigada



AEEESMO Sara Maia Miranda

80

Referências bibliográficas:

- Associação para a Planeamento da Família (2023, 6 de novembro). Sexualidade. <https://apf.pt/informacao-tematica/sexualidade/>
- Direcção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar* (Edição revista e actualizada). Lisboa https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Saude_Mental_e_Gravidez_primeira_infancia_Folheto_DGS_2005.pdf
- Ferreira, A. (2016). Fisiologia da gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 438-442). Lidel
- Leitão, M. (2016). Fisiologia da gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª ed., pp. 443-454). Lidel
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Lusodidacta
- Direcção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (2015). Direcção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde (2023, 4 de novembro). Puerpério: alterações emocionais e psicológicas <https://www.chts.min-saude.pt/barrigas-e-rebentos/puerperio-alteracoes-emocionais-e-psicologicas/>
- Sociedade Portuguesa da Contraceção (2020). *Consenso sobre Contraceção*. https://apf.pt/wp-content/uploads/2022/04/spdc_consenso_2020_27nov_final_web_versao_livro_digital.pdf

APÊNDICE XI

Sessão de Educação para a Saúde

Saúde e perspectiva psico-neuro-endócrino-imunológica & Trabalho de parto e Parto

REPUBLICA PORTUGUESA
SNS

Saúde e perspectiva psico- neuro-endócrino-imunológica

Trabalho de parto e parto

Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade
UCC

AEESMO Sara Maia Miranda

1

Conteúdos

- Saúde e perspectiva psico-neuro-endócrino-imunológica
- Papel do acompanhante
- Trabalho de parto e parto
- Plano de parto
- Recomendações da OMS

2

Será que a forma como pensamos, sentimos e nos comportamos influencia a nossa saúde?

3

Pilares biológicos da Saúde

Psique Sistema nervoso Sistema endócrino

Sistema imunológico Sistema feto-placentar

4



5

PSIQUE

O nosso *mindset* é poderoso e impacta, **diretamente**, a nossa saúde

6

A **mulher** está naturalmente preparada para o parto, assim como o **bebé** para o nascimento.

7

Estímulos internos

- Fome/sede
- Medo
- Dor: contrações
- Memória
- Motivação ...

Estímulos externos

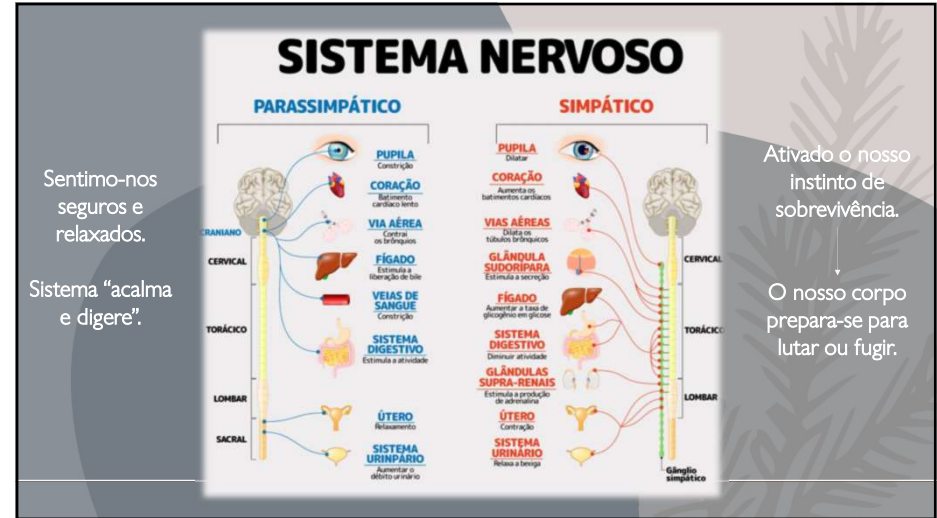
- Fatores ambientais
- Tudo o que é percebido pelos órgãos dos sentidos: cheiro, luz, frio...

A mente recebe os estímulos, processa-os e atribui-lhes um significado.

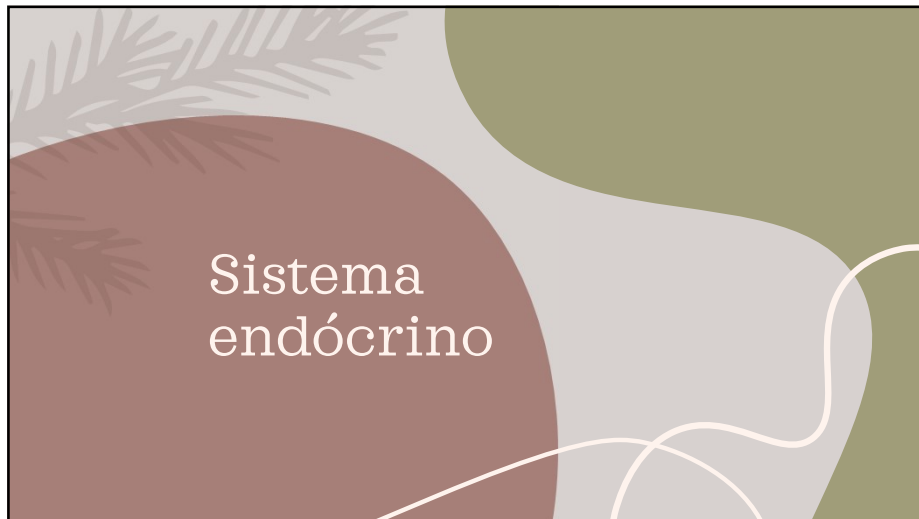
8



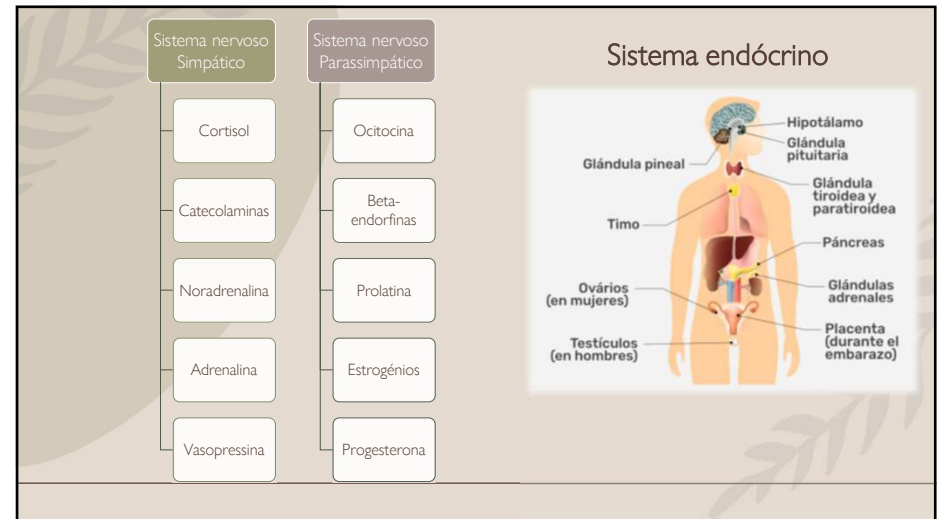
9



10



11



12

O parto é um evento, fisiologicamente, stressante.

O STRESS, DENTRO DE NÍVEIS FISIOLÓGICOS, É BOM E NECESSÁRIO.

- o Para trazer força, presença e movimento ao trabalho de parto.
- o Para despertar os sentidos.
- o Para facilitar a adaptação e transição do bebé para o meio extrauterino.

QUANDO É QUE SE TORNA CONTRAPRODUENTE?

- o Quando é **continuado no tempo** > stress patológico (distress).
- o Quando nos **limita** e nos mantém no mesmo padrão.
- o Quando interfere, de forma negativa, a homeostasia do nosso corpo.

13

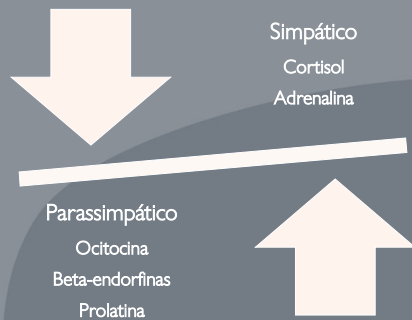
13

Impacto de stress prolongado

- o Níveis de cortisol e adrenalina mais elevados
- o Níveis de ocitocina mais baixos
- o Diabetes gestacional
- o Hipertensão na gravidez
- o Maior risco de pré-eclâmpsia
- o Maior risco de depressão na gravidez e depressão pós-parto
- o Maior probabilidade de haver comportamentos de risco associados a consumos (álcool, tabaco, SPA)
- o Maior risco de parto pré-termo
- o Diminuição de líquido amniótico
- o Maior risco de aborto
- o Restrição de crescimento intra-uterino
- o Risco de alterações do desenvolvimento fetal, especialmente a nível do sistema nervoso central
- o Bebés com maior dificuldade na adaptação ao meio extrauterino
- o Bebés com maior dificuldade na co-regulação: mais choro, diminuição de imunidade.....

14

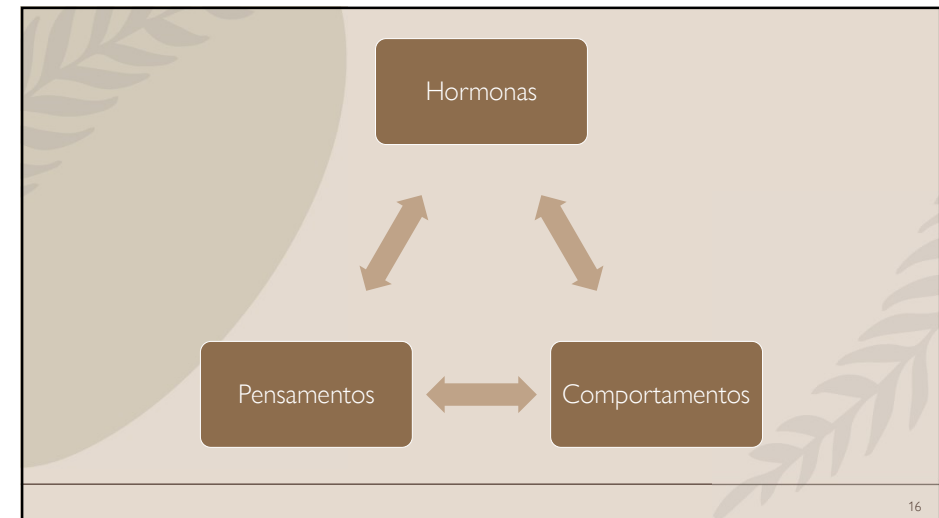
14



Na gravidez e durante o trabalho de parto importa que haja **equilíbrio** entre o sistema simpático e o parassimpático.

15

15



16

16

Mãe e bebê estão intimamente ligados, a todos os níveis.



21

Vinculação precoce

- Falar com o bebê, de forma honesta
- Ouvir música
- Cantar para o bebê
- Tocar na barriga
- Dançar

Promove sentimentos de confiança

Bem-estar

Libertação de ocitocina

Desenvolve e nutre o instinto maternal e a intuição



22

A forma como falamos, cuidamos e reagimos com o nosso bebê, na gravidez, durante o trabalho de parto e nos primeiros 9 meses de vida, influencia, diretamente, a sua personalidade.

↓


Período primário de adaptação

23

Papel do acompanhante

24

Um dos princípios da humanização do parto é a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e pós parto. Esse acompanhante pode ser o pai do bebê, parceiro(a) atual, mãe, amigo, familiar, enfim, alguém que ofereça **apoio, segurança e tranquilidade** à gestante.




25

25

Lei nº 110/2019, de 9 de Novembro

"É reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço;"

"No caso da mulher grávida, é garantido o **acompanhamento até três pessoas por si indicadas**, em sistema de alternância, não podendo permanecer em simultâneo mais do que uma pessoa junto da utente."



26

26

Papel do acompanhante

Apoio, toque, reforço positivo, amor, nutrir o corpo e a alma, confiança, suporte contínuo, segurança, redução de estímulos externos e gestão do ambiente, ponte com os profissionais de saúde



↓

Promoção do trabalho de parto fisiológico
 Promoção do bem-estar e do alívio da dor
 Diminuição do medo, tensão e dor
 Aumento da sensação de prazer e satisfação no parto
 Diminuição da ocorrência de depressão pós-parto
 Promoção do aleitamento materno
 Fortalecimento do vínculo entre o acompanhante, a mulher e o bebê

27

27

Trabalho de parto

28

28

Ao longo da gravidez, e de uma forma mais marcante na sua última fase, a mulher e o bebé experienciam várias adaptações fisiológicas que os preparam para o parto.

29

Sinais que precedem o trabalho de parto

- Insinuação
- Aumento da frequência urinária
- Dores lombares
- Contrações de Braxton-Hicks mais fortes e frequentes
- Sensação de aumento de energia
- Aumento de secreções vaginais
- Perda de rolhão mucoso
- Amadurecimento cervical
- Possível rutura de membranas



30

30

Data provável de parto

31

Qual a minha DPP?

A duração média da gravidez é de 280 dias, contados a partir do primeiro dia da data da última menstruação.



A partir dessa data, faz-se o cálculo da DPP → dia em que a gravidez completa **40 semanas**.

A DPP é corrigida pela ecografia do 1º trimestre (entre 11 e as 13 semanas + 6 dias) **APENAS** se a diferença entre as duas datas for superior a 1 semana.

Gravidez de termo: das **37 às 42 semanas**

32

Indução do trabalho de parto

Métodos mecânicos/farmacológicos

Métodos não farmacológicos

33

Indução do trabalho de parto - Indicações

- Gravidez pós termo (acima das 41 ou 42 semanas)
- Ruptura prematura das membranas com mais de 6 a 12 horas
- Situações de patologia materna (Diabetes, HTA, Pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome de HELLP)
- Corioamnionite
- Gestação gemelar
- Restrição de crescimento intra-uterino
- Feto morto ou com malformações
- Restrição de crescimento fetal

34

Indução do trabalho de parto **Contra-indicações**

- Antecedentes de ruptura uterina
- Infecção por herpes genital ativo
- Placenta prévia ou vasa prévia
- Hemorragia genital
- Prolapso do cordão umbilical
- Apresentação transversa
- Carcinoma invasivo do colo

35

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

36

Descolamento de membranas ou *stripping*



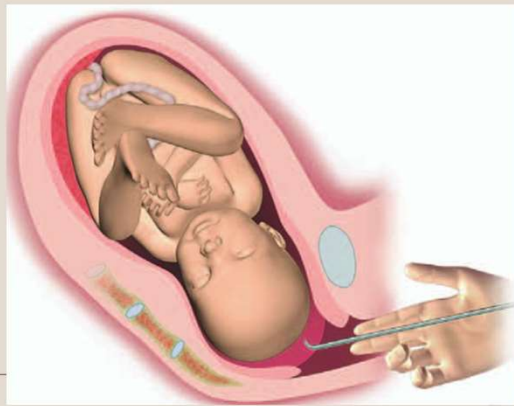
37

Método de Krause



38

Amniotomia ou rutura artificial de membranas



39

Métodos não farmacológicos

- Acupuntura/ acupressão
- Banho quente
- Chá de framboeseiro
- Tâmaras
- Oleo de ricínio
- Sexo e estimulação mamária



40

Métodos farmacológicos

- Prostaglandinas comprimido (misoprostol) Via vaginal ou Oral/ Dinoprostona (gel)
- Dispositivo de libertação continua de prostaglandinas (Propess)

EFEITOS SECUNDÁRIOS:

- Febre
- Vômitos
- Taquissístolia
- Hipertonia





41

Métodos farmacológicos



- Ocitocina, a OMS (2018) recomenda:

Rec.42 A ocitocina (10UI, IM/IV) é o fármaco uterotónico recomendado para a prevenção da hemorragia pós-parto.

Rec.43 Em situações nas quais a ocitocina não está disponível, é recomendado o uso de outros uterotónicos injetáveis (tais como ergometrina/metilergometrina) ou de misoprostol oral (600 µg)

NÃO RECOMENDADO

Rec.9, 27, 28, 29, 30, 31 e 32 Utilizar procedimentos e/ou medicamentos (nomeadamente amniotomia, ocitocina, antiespasmódicos, líquidos endovenosos, entre outros) para prevenir o atraso e/ou acelerar o trabalho de parto, em conjunto ou isoladamente, com ou sem epidural, quer na fase latente, quer na fase ativa de trabalho de parto.

42

Sinais de ida para a maternidade


DIMINUIÇÃO/ AUSÊNCIA DOS MOVIMENTOS DO BEBÉ

CONTRAÇÕES REGULARES (3/4 CONTRAÇÕES EM 10 MIN, DURANTE 30 MIN)

PERDA DE SANGUE OU LÍQUIDO COM COR

INSTINTO

POSTURA CORPORAL



43

Contrações uterinas

<p>Braxton Hicks</p> <p>Irregulares, não se tornam mais próximas</p> <p>Podem parar com alteração de atividade</p> <p>Não promovem alterações no colo do útero</p>	<p>Pródromos</p> <p>Mantém-se irregulares, podendo aparecer horas ou dias antes do início do TP</p> <p>Provocam o amolecimento do colo do útero</p>	<p>Verdadeiro TP</p> <p>Regulares, tornam-se mais próximas com o avançar</p> <p>Cada vez mais fortes</p> <p>Não se alteram com a atividade</p>
---	--	---

44

1ºEstadio

Período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e regulares, até a dilatação completa.

DILATAÇÃO



2ºEstadio

Período de tempo que ocorre entre a dilatação completa e o nascimento do bebê.

EXPULSÃO



3ºEstadio

Período após o nascimento do bebê, que termina com o nascimento da placenta e das membranas fetais.

DEQUITADURA/ NASCIMENTO DA PLACENTA



4ºEstadio

Corresponde ao puerpério imediato-primeira hora após a saída da placenta

PUERPÉRIO IMEDIATO



(Nené, Marques & Batista, 2016,)

45

1º Estadio - DILATAÇÃO

Fase latente (Até aos 6 cm de dilatação)

- Com cerca de 3/4 contrações regulares em 10 minutos
- Duração cerca de 45/60 seg
- Durante 30 minutos



46

1º Estadio - DILATAÇÃO

Fase ativa (até aos 10 cm)



"A percepção de que o nascimento da cabeça do bebê é o momento mais doloroso do parto é comum, mas muitas mulheres que já passaram por essa experiência discordam."

"Para as mulheres que já tiveram parto, a 'fase de transição', entre os 7 e os 10 centímetros de dilatação, é frequentemente considerada a mais desafiadora, também conhecida como a 'hora da covardia.'" E a fase mais intensa

"Durante a fase de transição, a descarga de adrenalina e a libertação intensa de endorfinas desempenham um papel fundamental. Essa fase ocorre antes da fase expulsiva do parto e é caracterizada por uma grande intensidade emocional e física."

47

1º Estadio - DILATAÇÃO

Fase ativa (até aos 10 cm)

É importante nesta fase:

- Ambiente
- Respiração
- Liberdade de movimento
- Posições verticais
- Confiar no próprio corpo

EU SOU CAPAZ



48

2º Estadio – Período Expulsivo

Fase **latente** ou periodo de Descanso » **QUEREM E DEVEM DESCANSAR**



Fase de **descida** ou esforço ativo



Fase de **transição** » **Está quase a nascer!**

49

2º Estadio – Período Expulsivo

Primípara- até 3 horas
Múltiparas- até 2 horas

Com analgesia epidural pode **aumentar** o tempo em cerca de **1 hora**



Podem pedir para parar a perfusão de analgésico

50

3º Estadio – DEQUITADURA

Importante:



- Contacto pele a pele
- Bebê na mama
- Dar tempo ao corpo - a dequitação pode demorar até 60 minutos
- A placenta sai de forma espontânea sem necessidade de intervenções (posição vertical)



Recomendado pela OMS, (2018):

- A administração de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto (ex: ocitocina EV/IM)



51

3º Estadio – DEQUITADURA

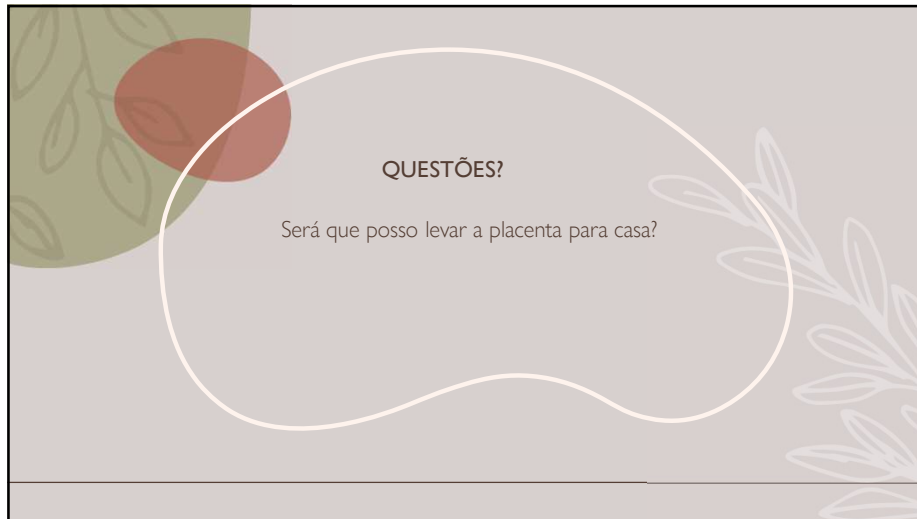


NÃO Recomendado pela OMS, (2018):

Rec. 46: Massagem uterina para prevenir a hemorragia pós-parto, em mulheres a quem foi administrada ocitocina profilática.



52



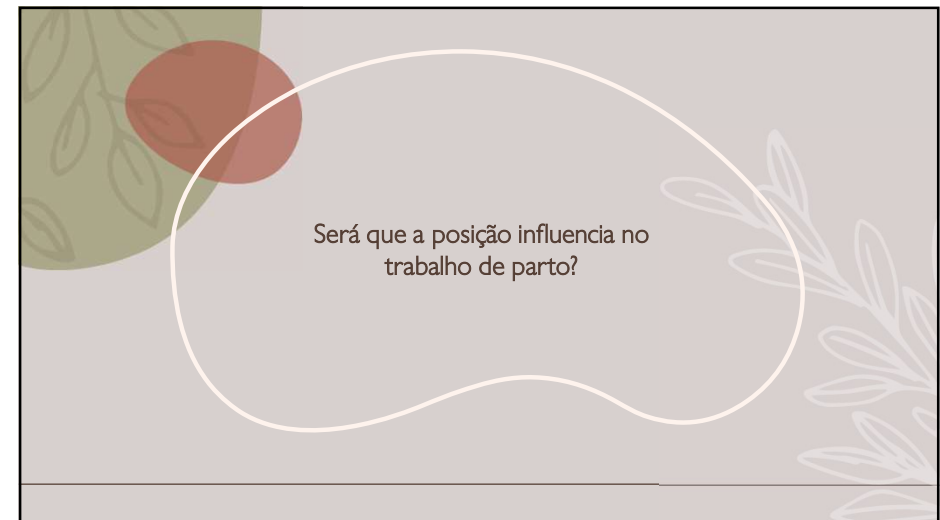
53



54



55



56

Posição Vertical	Posição Horizontal
<ul style="list-style-type: none"> • Facilita a circulação materno-fetal • Maior eficiência das contrações uterinas • Ação da gravidade favorece o encaixe e a descida da apresentação fetal • Aumento dos diâmetros da bacia • Esforços expulsivos mais eficientes • Maior participação materna • Menos partos instrumentados • Menos dor > menor compressão dos nervos pélvicos e sacro • Menor risco de episiotomias ou de lacerações 	<ul style="list-style-type: none"> • Compressão dos grandes vasos maternos (provocando hipotensão/ bradicardia materna) • Alterações do fluxo uteroplacentário • Contrações menos eficazes • A ação da gravidade não ajuda a descida (o feto é obrigado a subir durante a expulsão) • Esforços expulsivos mais difíceis • Sem mobilidade da bacia, sem aumento dos diâmetros

(Nené, Marques & Batista, 2016.)

57

Posição vertical vs Posição horizontal

<https://www.facebook.com/soiestudiopilates/videos/este-video-mostra-a-biomec%C3%A2nica-da-pelve-na-postura-de-litotompor%C3%A9m-fazendo-u/706433090495987/>

<https://www.facebook.com/gestavidaoficial/videos/-voc%C3%AA-sabia-que-na-cirurgia-de-cesariana-sete-camadas-sa%CC%83o-acometidasisso-mesmo-/238111428475703/>

58

Episiotomia?

RECOMENDADO

Rec.38 Técnicas para reduzir o traumatismo perineal e facilitar o nascimento espontâneo (incluindo **massagem perineal, compressas mornas e proteção ativa do períneo com a mão**) para mulheres na segunda fase do trabalho de parto, de acordo com a preferência das mulheres e com as opções disponíveis.

59

Episiotomia?

NÃO RECOMENDADO

o **Rec.39** Utilização rotineira ou generalizada da episiotomia em mulheres, durante um parto vaginal espontâneo.

60

Manobra de Kristeller

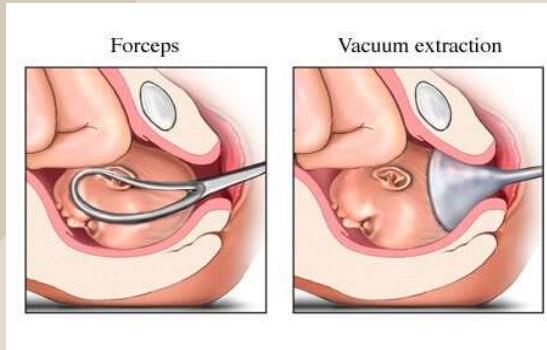
NÃO RECOMENDADO

Rec.40 Aplicação de pressão no fundo uterino com o objetivo de facilitar ou acelerar a segunda fase do trabalho de parto.



61

Fórceps/Ventosa



62

Cesariana

<https://www.facebook.com/gestavidaoficial/videos/-voc%C3%AA-sabia-que-na-cirurgia-de-cesariana-sete-camadas-sa%CC%83o-acometidasisso-mesmo-/238111428475703/>

63

Parto distócico - Cesariana

Quando é necessária?

- Placenta prévia central total
- Cirurgia uterina prévia (Cesariana a menos de 2 anos)
- Prolapso do cordão umbilical
- Situação ou apresentação fetal anômala-bebé em transverso em que a versão cefálica não resultou
- Tentativa frustrada de indução do trabalho de parto
- Trabalho de parto estacionário
- Estado fetal não tranquilizador intraparto
- Macrossomia??
- Incompatibilidade feto-pélvica??

Fatores que influenciam:

- Ambiente externo
- Stress materno
- Antes da idade gestacional
- Imobilidade materna

64

Riscos maternos

- Hemorragia
- Histerectomia
- Tromboembolismo venoso puerperal
- Infecção
- Septicemia
- Lesões em órgãos adjacentes (ex: perfurações da bexiga)
- Complicações em futuras gravidezes (rotura uterina, abortos, placenta prévia/ acreta, parto prematuro, descolamento prematura da placenta)

65

Riscos para o bebê

- Índices de APGAR mais baixos
- Má adaptação extra uterina
- Complicações na amamentação (medicação analgésica realizada a mãe)
- Menor exposição a bactérias maternas vaginais benéficas para o sistema imunológico e do sistema digestivo do bebê



66

Plano de parto

67

Experiência de parto positiva

*“As mulheres desejam ter uma experiência de parto positiva que **preencha ou exceda** as suas crenças e expectativas pessoais e socioculturais. Isto inclui dar à luz um bebê saudável num ambiente clínico e psicologicamente seguro, com suporte prático e emocional contínuo por quem a acompanha no nascimento e dispor de cuidados por parte de pessoal clínico tecnicamente competente e gentil. A maioria das mulheres pretende ter um parto fisiológico e ter uma **sensação de realização pessoal e envolvimento na tomada de decisão**, mesmo quando são precisas e desejadas intervenções médicas.”*

(OMS, 2018, p. 1)

68

Plano de parto

"(...) consiste num texto personalizado, elaborado voluntariamente pela grávida ou, sempre que possível, pelo casal, em que são expressas vontades e preferências relativamente ao tipo de envolvimento pessoal e à assistência clínica durante o trabalho de parto e o nascimento." (DGS, 2020, p.12)

- o Recomendado pela OMS, desde 1996.
- o Documento que está contemplado em Diário da República (Lei nº110/2019).
- o Visa a humanização dos cuidados.
- o Respeita o princípio bioético da autonomia uma vez que promove o envolvimento e controlo da mulher no seu trabalho de parto.
- o É flexível e revogável a qualquer momento, o que significa que o que está previsto nele poderá ser alterado.

PLANO DE PARTO

TRABALHO DE PARTO

CUIDADOS COM O BEBÊ

CASO CESARIANA SEJA NECESSÁRIA

PARTO

APÓS O PARTO

Plano de Parto

Após Nascer

Cuidados do Recém Nascido

Documento pessoal e que reflete a individualidade de cada mulher/casal.

Um papel assinado NÃO É um consentimento informado

O consentimento informado é um processo contínuo em que os profissionais de saúde oferecem informação à grávida, nomeadamente: diagnóstico, descrição da intervenção proposta, riscos e possíveis complicações, benefícios, possibilidade de sucesso, alternativas e riscos de não realizar a intervenção.

Mia Negrão

Recomendações da OMS: Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva

- Rec. 01** Cuidados respeitadores, com dignidade, privacidade e confidencialidade, assegurando a ausência de danos e maus tratos e possibilitando a escolha informada e o apoio contínuo durante o trabalho de parto e o parto.
- Rec. 03** Presença de um acompanhante à escolha da mulher ao longo do trabalho de parto e parto.
- Rec. 13** Avaliação do bem-estar fetal com aparelho portátil de ultrassonografia doppler ou com o estetoscópio fetal Pinard em mulheres grávidas saudáveis com início espontâneo do trabalho de parto, durante a admissão no bloco de partos.
- Rec. 16** Toque vaginal de 4/4h, a partir da fase ativa do primeiro estadió de trabalho de parto, em mulheres de baixo risco.

73

73

Recomendações da OMS: Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva

- Rec. 18** Auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto, em mulheres grávidas saudáveis
- Rec. 19** Analgesia epidural para alívio da dor, dependendo das suas preferências, em mulheres saudáveis em trabalho de parto.
- Rec. 20** Analgesia opióide para alívio da dor, dependendo das suas preferências, em mulheres saudáveis em trabalho de parto.
- Rec. 21** Técnicas de relaxamento para alívio da dor, dependendo das suas preferências, em mulheres saudáveis em trabalho de parto.

74

74

Recomendações da OMS: Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva

- Rec. 22** Técnicas manuais para alívio da dor, dependendo das suas preferências, em mulheres saudáveis em trabalho de parto.
- Rec. 24** Ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto, para mulheres de baixo risco.
- Rec. 25** Encorajar o movimento e a verticalidade durante o trabalho de parto, em mulheres de baixo risco.

75

75

Recomendações da OMS: Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva

- Rec. 34 e 35** Encorajar as mulheres, com ou sem analgesia epidural, a escolherem a posição de parto, incluindo posições verticalizadas.
- Rec. 36** Encorajar e apoiar as mulheres em período expulsivo a seguirem o seu próprio impulso para a realização de esforços expulsivos.
- Rec. 38** Técnicas para reduzir o traumatismo perineal e facilitar o nascimento espontâneo para mulheres na segunda fase do trabalho de parto, de acordo com a preferência das mulheres e com as opções disponíveis.

76

76

Recomendações da OMS: Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva

- Rec. 44** Clampagem tardia do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após nascimento).
- Rec. 48** Manter os recém-nascidos (na ausência de complicações) em contacto pele-a-pele com a suas mães na primeira hora após o nascimento, para prevenir a hipotermia e promover a amamentação.
- Rec. 50** Todos os recém-nascidos devem receber 1mg de vitamina K intramuscular após o nascimento, apenas após a primeira hora de contacto pele a pele com a mãe e após a amamentação ter iniciado.
- Rec. 51** Adiar o banho até 24 horas após o nascimento. Se isso não for possível devido a razões culturais, atrasá-lo pelo menos 6 horas. Após o parto, mãe e bebé não devem ficar separados e devem ficar no mesmo quarto 24 horas/dia.

77

77

Recomendações da OMS: Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva

NÃO RECOMENDADO

- Rec. 07** Determinar risco pela presença de uma velocidade de dilatação cervical inferior a 1cm/hora na fase ativa de trabalho de parto para mulheres grávidas com início espontâneo do trabalho de parto.
- Rec. 08** Determinar falha na progressão do trabalho de parto pela presença de uma velocidade de dilatação cervical inferior a 1cm/hora durante a fase ativa de trabalho de parto.
- Rec. 9, 27, 28, 29, 30, 31 E 32** Utilizar procedimentos e/ou medicamentos (nomeadamente amniotomia, ocitocina, antiespasmódicos, líquidos endovenosos, entre outros) para prevenir o atraso e/ou acelerar o trabalho de parto, em conjunto ou isoladamente, com ou sem epidural, quer na fase latente, quer na fase ativa de trabalho de parto.

78

78

Recomendações da OMS: Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva

NÃO RECOMENDADO

- Rec. 17** Cardiotocografia contínua em grávidas saudáveis, com início espontâneo do trabalho de parto.
- Rec. 39** Utilização rotineira ou generalizada da episiotomia em mulheres, durante um parto vaginal espontâneo.
- Rec. 40** Aplicação de pressão no fundo uterino com o objetivo de facilitar ou acelerar a segunda fase do trabalho de parto.

79

79

Obrigada pela atenção

Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

UCC

AEESMO Sara Maia Miranda

80

80

Referências Bibliográficas

- Buckley, S. (2015). Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care. Washington, DC: Childbirth Connections Programs, National Partnership for Women & Families
- Direção Geral de Saúde (2015). Registo de Indicações de Cesariana. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2015). Indução do trabalho de parto. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- Ferreira, I., & Reynolds, A. (2021). O Papel da Ocitocina na Profilaxia da Hemorragia Pós-Parto em Locais com Recursos Limitados. Acta Médica Portuguesa, 34(13). <https://doi.org/10.20344/amp.14258>
- Garbelini, M. C., Lopes, K., Stival, V., Rozin, L., Sanches, L. (2022). Impacto do estresse gestacional no desenvolvimento fetal: uma revisão integrativa. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, 5(2): 7027-7043. DOI:10.34119/bjhrv5n2-267
- Lei nr.º 110/2019 de 9 de setembro (2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Assembleia da República. Diário da República, 1.ª série (N.º 172 de 9-09-2019), 94-101. <https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre/pt/html>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). Enfermagem na Maternidade. 7ª edição. Lusodidacta
- Mendes, L. (2017). Medicina Materno-Fetal. LIDEL.
- Néné, M., Batista, M., & Marques, R. (2018). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Lidel, Ed.)
- Negro, M. (2021). "O consentimento informado não é um papel informado". Disponível em <https://nascercomidreitos.pt/consentimento-informado/>
- World Health Organization (2018). WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO ISBN: 978-92-4-155021-5

APÊNDICE XII

Planeamento da Formação em Serviço – A Comunicação no Puerpério

Plano da sessão de formação

Enfermagem | Formação em Serviço

Auditório do [REDACTED]
14h00

A Comunicação no Puerpério *Serviço de Obstetrícia – Unidade de Puerpério* 23-10-2023

Objetivos

- Consciencializar sobre a importância da comunicação como ferramenta essencial na vivência do puerpério e transição para a parentalidade

Destinatários

Equipa de Enfermagem

Formadora

AEESMO Sara Maia Miranda
Enfermeira EESMO [REDACTED]
Enfermeira EESMO [REDACTED]

Conteúdos programáticos

- Caracterização de puerpério;
- Impacto dos cuidados de Enfermagem na vivência do puerpério, adaptação e transição para a parentalidade;
- Comunicação como ferramenta essencial nos cuidados;
- Conceito de Comunicação e estratégias comunicacionais.

Resultados esperados

- Sensibilizar para o período de transformação e vulnerabilidade que é o puerpério;
- Consciencializar acerca do papel que o enfermeiro assume neste processo;
- Consciencializar que todo o comportamento comunica;
- Partilha de estratégias comunicacionais.

Métodos pedagógicos e outros recursos

- Método expositivo.
- Partilha de experiências e perspetivas.

APÊNDICE XIII

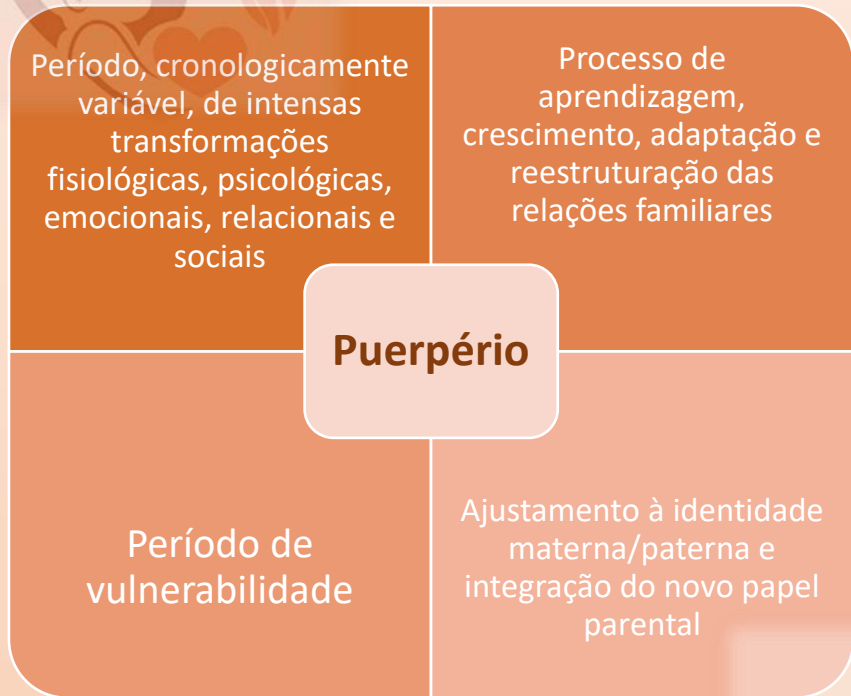
Formação em Serviço - A Comunicação no Puerpério

A COMUNICAÇÃO NO PUERPÉRIO



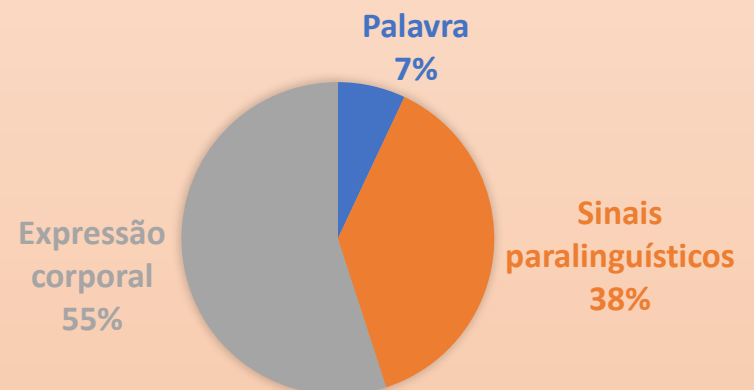
AE MESMO Sara Maia Miranda
Enfª EESMO
Enfª EESMO

O nascimento de um bebé representa um processo de enorme complexidade biopsicossocial, pressupondo adaptações, não só ao nível físico e individual, como também emocional, psicológico, conjugal e familiar. A prestação de cuidados especializados pelo EEESMO, no puerpério, assume especial importância, pois potencia a saúde da puérpera, recém-nascido e família, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, tendo em conta a individualidade e especificidade de cada mulher/casal.



“A **comunicação** é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. (...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (Phaneuf, 2005, p. 23).

PROCESSO COMUNICACIONAL



Todo o comportamento comunica e toda a comunicação influencia o comportamento



O **Enfermeiro** assume uma relação privilegiada com a mulher/casal, ao longo de todo o ciclo gravídico- puerperal

Mobiliza competências cognitivas, técnicas, relacionais e **COMUNICACIONAIS**

A forma como a **comunicação** se estabelece é essencial na construção de uma relação terapêutica, sendo esta efetivada quando se compreende a pessoa na sua individualidade e totalidade

Intencionalidade terapêutica, individualização dos cuidados, identificação precoce das necessidades sentidas

Promoção de sentimentos de confiança, capacitação da família e promoção da adaptação e transição para a parentalidade

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Coutinho, E., Parreira, V., Martins, I., Cabral, L., Duarte, J., Amaral, O., Pereira, C. (2016). O primado da comunicação em obstetrícia. As relações de poder estabelecidas entre enfermeiros e puérperas. *Atas Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa em Saúde*. Vol. 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/909/893>

Matos, A., Mendes, M., Bispo, S.M., Amendoeira, J. (2020). A Influência da Comunicação Terapêutica em Enfermagem na Transição para o Estatuto Familiar-Cuidador: Uma Scoping Review. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, Vol. 8, N.º1, pp.31-41. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>

Montenegro, C.A., Rezende Filho, J. (2014). *Obstetrícia Fundamental*. 13ª Edição. Guanabara Koogan

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019- 05-03. Lisboa. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência

APÊNDICE XIV

Planeamento da Formação em Serviço – A influência da Comunicação do EEESMO no Trabalho de Parto e Parto

Plano da sessão de formação

Enfermagem | Formação em Serviço

Núcleo de Formação
14h30

A influência da Comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto

*Serviço de Obstetrícia – Serviço de
Urgência de Obstetrícia e Ginecologia
11-06-2024*

Objetivos

- Consciencializar e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância e influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto

Destinatários

Equipa de Enfermagem

Formadora

AEESMO Sara Maia Miranda

Conteúdos programáticos

- Apresentação da temática em estudo;
- Enquadramento teórico e concetual;
- Apresentação da *Scoping Review* e discussão dos resultados obtidos;
- Comunicação como ferramenta essencial nos cuidados e a sua influência no trabalho de parto e parto.

Resultados esperados

- Sensibilizar para o evento de transformação e vulnerabilidade que é o trabalho de parto;
- Consciencializar acerca do papel que o enfermeiro assume neste processo;
- Consciencializar que todo o comportamento comunica;
- Partilha de experiências e estratégias comunicacionais.

Métodos pedagógicos e outros recursos

- Método expositivo.
- Partilha de experiências e perspetivas.

APÊNDICE XV

Formação em Serviço – A influência da Comunicação do EEESMO no Trabalho de Parto e Parto


POLITÉCNICO DE SANTARÉM
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

A influência da Comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 Unidade Curricular Estágio com Relatório – Sala de Partos
 AEESMO Sara Maia Miranda
 Orientadora: Professora Teresa Margarida Carreira
 Enfermeiras EESMO Cooperantes: ██████████

11 de junho de 2024

1

Sumário

1. Objetivos
2. Enquadramento teórico e concetual
3. *Scoping Review*
4. A influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto

2

Objetivos

1

3

1. Objetivos

- Apresentar a temática em estudo
- Apresentar a *Scoping Review* e discutir os resultados obtidos
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância e influência da comunicação no TP e parto
- Promover a partilha de experiências

4

Enquadramento teórico e concetual



5

Comunicação

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira **consciente** ou **inconsciente** pelo comportamento **verbal** e **não-verbal**, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”. (Phaneuf, 2005, p. 23)

Segundo Coelho (2015, p.33), comunicamo-nos, essencialmente, para “expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa essência e ampliar a nossa consciência”.

Todo o comportamento comunica

↔

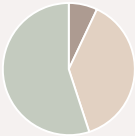
Toda a comunicação influencia o comportamento

6

Dimensão cognitiva	Dimensão relacional
↓	↓
Informação	Emoções e sensações
↓	↓
“Quê” da mensagem	“Como” da mensagem
↓	↓
Linguagem Palavra	Sinais corporais
↓	↓
Comunicação verbal	Comunicação não-verbal

É impossível não comunicar

Processo comunicacional



■ Palavras ■ Sinais paralinguísticos ■ Expressão corporal

(Stuart & Laraia, 2006, citados por Coelho & Sequeira, 2014; Phaneuf, 2005)

7

Trabalho de parto e parto

Conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à contratilidade uterina regular, ao apagamento e dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior, juntamente com os restantes produtos da concepção.

1º estadio

Apagamento e dilatação cervical: desde o início das contrações uterinas regulares até à extinção do colo uterino

2º estadio

Período expulsivo: desde a dilatação cervical completa até à expulsão do feto

3º estadio

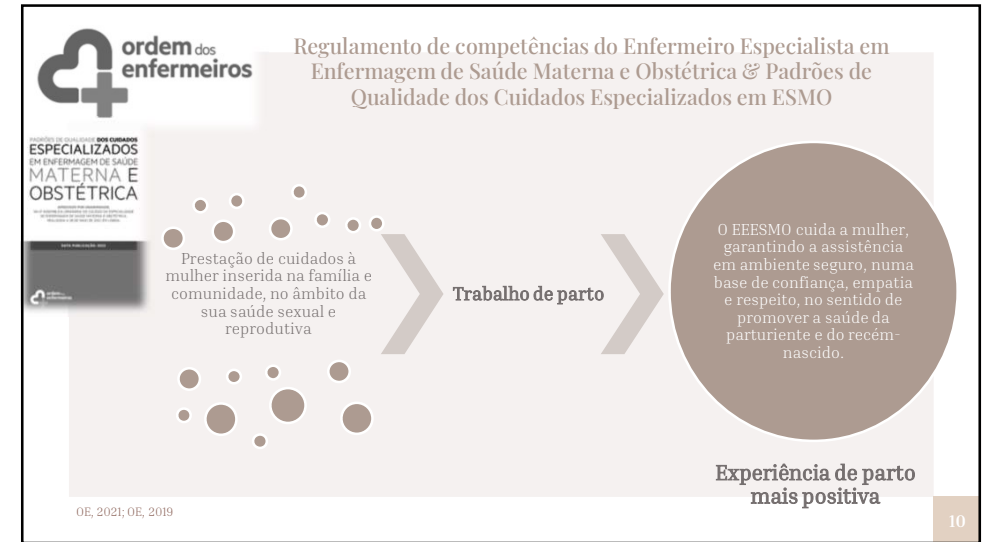
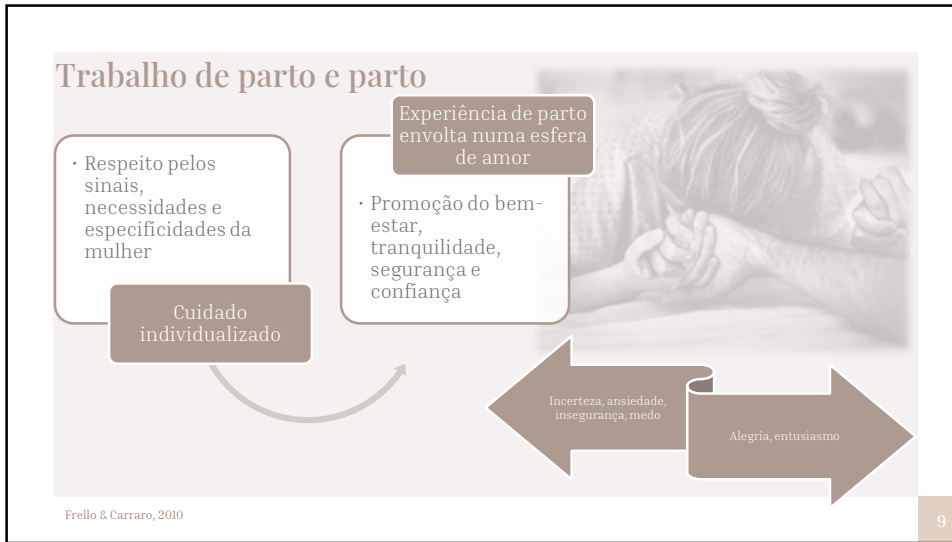
Dequitação: desde o nascimento do feto até à expulsão da placenta e membranas fetais

4º estadio

Puerpério imediato: período de recuperação e restabelecimento da homeostasia logo após a expulsão da placenta, com duração de cerca de 2 horas

Maehado & Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2006

8



9

10

Segundo a Organização Mundial de Saúde, uma **experiência de parto positiva** é “aquela que **satisfaz ou excede** as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num **ambiente clínica e psicologicamente seguro**, com **continuidade de apoio prático e emocional** de um(s) acompanhante(s) de parto e equipa de saúde amável e tecnicamente competente.

Baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres deseja um trabalho de parto e um parto fisiológicos, e deseja ter uma sensação de realização pessoal e de controlo através do seu envolvimento na tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias ou desejadas”. (OMS, 2018, p.1)

11

Recomendações da OMS

Apresentar-se à mulher/família dirigindo-se à mesma pelo seu nome;
Oferecer à mulher/família as informações de que necessitam, de forma clara e concisa, evitando termos médicos;
Respeitar e responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher, com uma atitude positiva
Apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, por meio de encorajamento, elogio, reafirmação e escuta ativa
Apoiar a mulher a entender que ela tem uma escolha e garantir que suas escolhas sejam apoiadas
Garantir que os procedimentos sejam explicados à mulher e que seja obtido da mulher o consentimento informado verbal e, quando apropriado, por escrito para exames pélvicos e outros procedimentos
Encorajar a mulher a expressar as suas necessidades e preferências, informá-la, regularmente, bem como à sua família, sobre o que está a acontecer e perguntar se têm alguma dúvida

OMS, 2018


12

11

12

Scoping Review

3



13

A influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente, no trabalho de parto e parto: uma *scoping review*

Questão de revisão: "Qual a influência da comunicação entre o EEESMO e parturiente, no trabalho de parto e parto?"

Pesquisa realizada em janeiro e fevereiro de 2024

Metodologia do *Johanna Briggs Institute*

PCC

- P: Parturientes; EEESMOs
- C: Comunicação; Trabalho de parto e parto
- C: Todos os contextos onde decorra um trabalho de parto

Bases de dados

- Pubmed;
- EBSCOHOST;
- MedicLatina, CINAHL Complete, MEDLINE Complete;
- Google Scholar

133 artigos

14

A influência da comunicação entre o EEESMO e a parturiente, no trabalho de parto e parto: uma *scoping review*

Artigos incluídos

1. Support Provided by Midwives to Women during Labour in a Public Hospital, Limpopo Province, South Africa: A Participant Observation Study (Maputle, 2018)
2. Comunicação verbal da diáde enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto (Bessera et al., 2019a)
3. Comunicação não verbal enfermeiro-parturiente no trabalho de parto em países lusófonos. (Bessera et al., 2019b)
4. Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum. (Baranowska et al., 2021)

15

1. Support Provided by Midwives to Women during Labour in a Public Hospital, Limpopo Province, South Africa: A Participant Observation Study

Maputle et al.
2018
África do Sul

Objetivo:

Determinar qual o apoio prestado pelas parteiras às mulheres durante o trabalho de parto num hospital público na província de Limpopo.

Resultados:

- Surgiram 5 temas relativos aos cuidados prestado pelas parteiras durante o trabalho de parto: comunicação entre as mulheres e as parteiras; apoio informativo; atividades de apoio emocional; interpretação da dor vivenciada no parto; atividades de cuidados de apoio durante o parto;
- **Receber informação** foi considerado o aspeto mais útil da comunicação verbal;
- Manter **contato visual** foi percebido como o aspeto mais útil da comunicação não-verbal;
- As mulheres que percebiam o parto como um evento fisiológico consideram a comunicação verbal e não-verbal, durante e após o parto, como menos útil, aparentando ser menos dependentes da comunicação entre a equipa;
- As mulheres que percebiam o parto como um evento mais arriscado, medicalizado e que requer intervenções médicas, consideram a comunicação verbal e não-verbal, durante e após o parto, como mais útil, dependendo mais da mesma.

16

2. Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto

Bessera et al.
2019
Brasil

Objetivo:

Analisar a comunicação verbal entre o enfermeiro e a parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto em dois países lusófonos, Brasil e Cabo Verde.

Resultados:

- Em Cabo Verde, todas as interações ocorreram com a ausência do acompanhante, o que pode gerar insegurança, impactando, negativamente, o TP;
- No Brasil os enfermeiros ofereciam mais atenção, segurança e métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- Os enfermeiros procuraram solicitar informações à parturientes para melhor responder às suas necessidades, assim como procuraram envolver estas e os parceiros no processo de tomada de decisão;
- A audição foi a variável mais usada e valorizada pelas parturientes;
- Em ambos os países, foi usada linguagem comum evitando termos técnicos;
- No Brasil, as parturientes aceitavam sugestões, como deambular, ao contrário do sucedido em Cabo Verde;
- Em ambos os países, os enfermeiros interagem com as parturientes de forma tranquila.

17

17

3. Comunicação não verbal enfermeiro-parturiente no trabalho de parto em países lusófonos

Bessera et al.
2019
Brasil

Objetivo:

Analisar a comunicação não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto em dois países lusófonos, Brasil e Cabo Verde.

Resultados:

- As variáveis analisadas foram: distância; postura; eixo; contato; gestos emblemáticos; gestos ilustradores e gestos reguladores;
- Prevaleceu a ausência de interações entre o enfermeiro e a parturiente e vice-versa na maioria das variáveis;
- A distância íntima entre o enfermeiro e a parturiente prevaleceu nos dois países;
- O toque foi a forma de contato mais usada, no Brasil, o que não aconteceu em Cabo Verde;
- Os enfermeiros adotaram a postura em pé durante a comunicação não verbal, enquanto que as parturientes permaneceram deitadas;
- As interações estabeleceram-se mais frequentemente face a face;
- O uso de gestos emblemáticos, ilustradores ou reguladores reforçam e validam a comunicação verbal.

18

18

4. Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum

Baranowska et al.
2021
Polónia

Objetivo:

Identificar as diferenças nas necessidades de comunicação verbal e não verbal, das mulheres em trabalho de parto e pós parto precoce, com a equipa médica.

Resultados:

- As mulheres que percecionam o TP como um processo fisiológico, a comunicação intensa durante o mesmo foi vista como perturbadora;
- As mulheres que consideram o TP como um evento que precisa de ser medicalizado ou instrumentado, sentiram a comunicação como útil e menos perturbadora;
- Fornecer informações foi mais frequentemente percibido como útil do que fazer perguntas;
- Receber informações de forma clara e simples aumenta a capacidade de tomada de decisão e potencia o envolvimento da mulher no seu próprio TP;
- Manter o contacto visual foi considerado mais útil do que ser tocado;
- O toque foi considerado como uma estratégia para gerir a dor intensa, no entanto nem todas as mulheres o consideraram confortável;
- Os resultados do estudo enfatizam a importância da comunicação durante o TP mas também às diferentes necessidades que vão surgindo ao longo do processo.

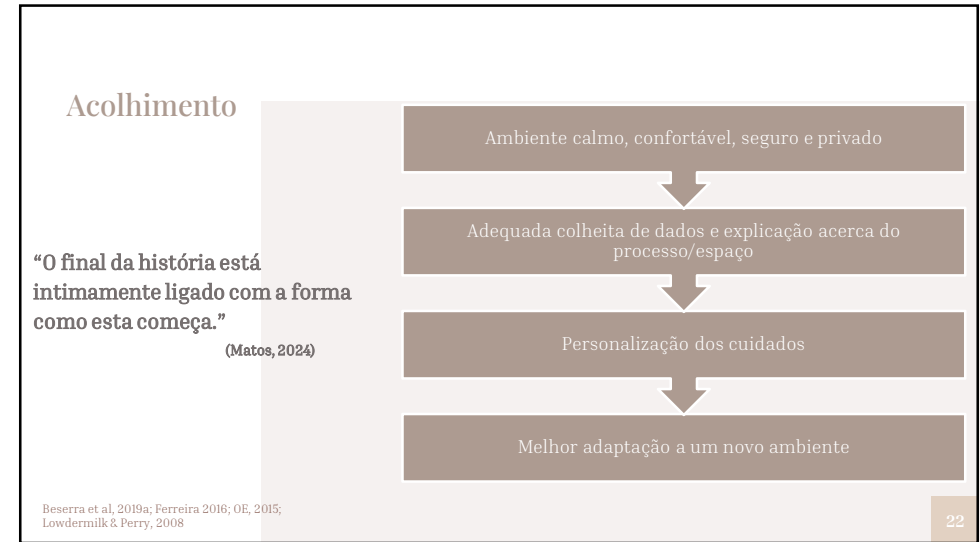
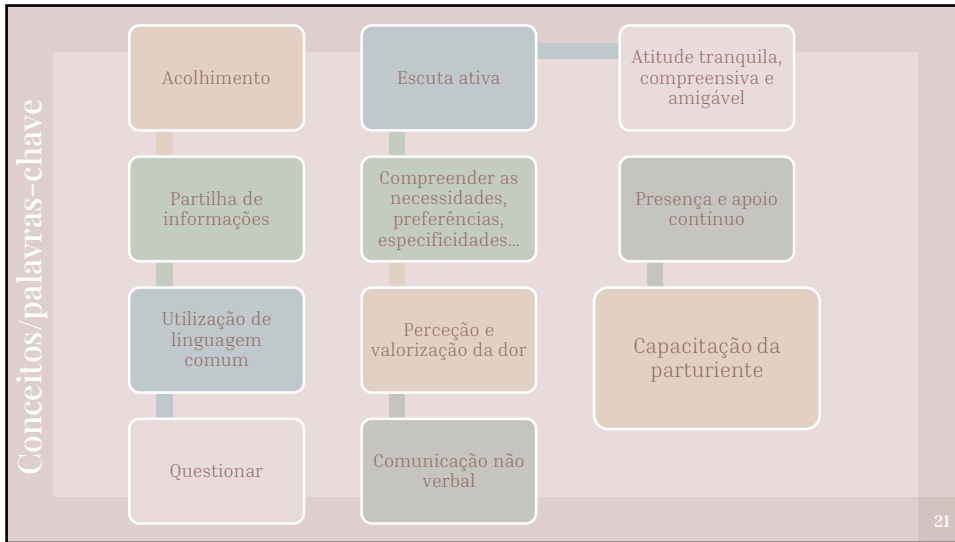
19

19

A influência da comunicação
do EEESMO no trabalho de
parto e parto

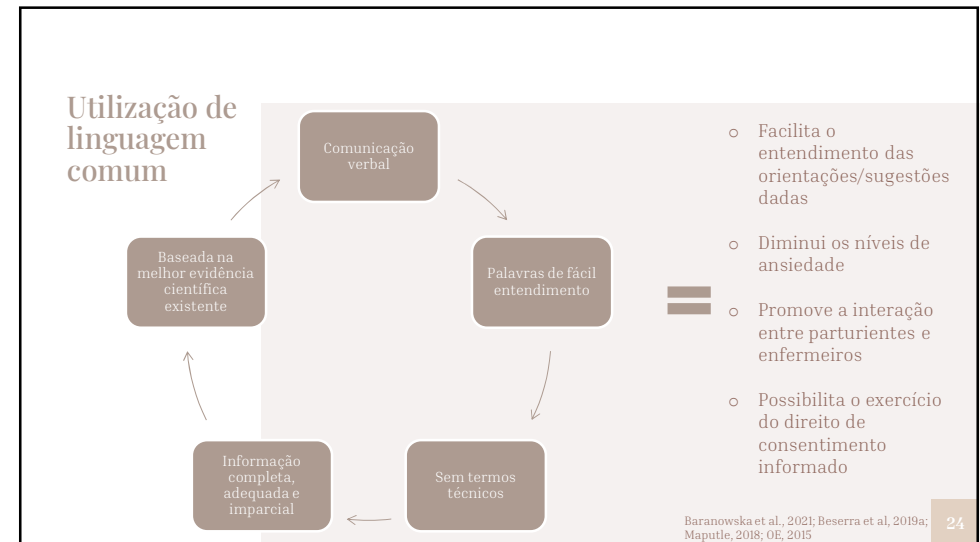
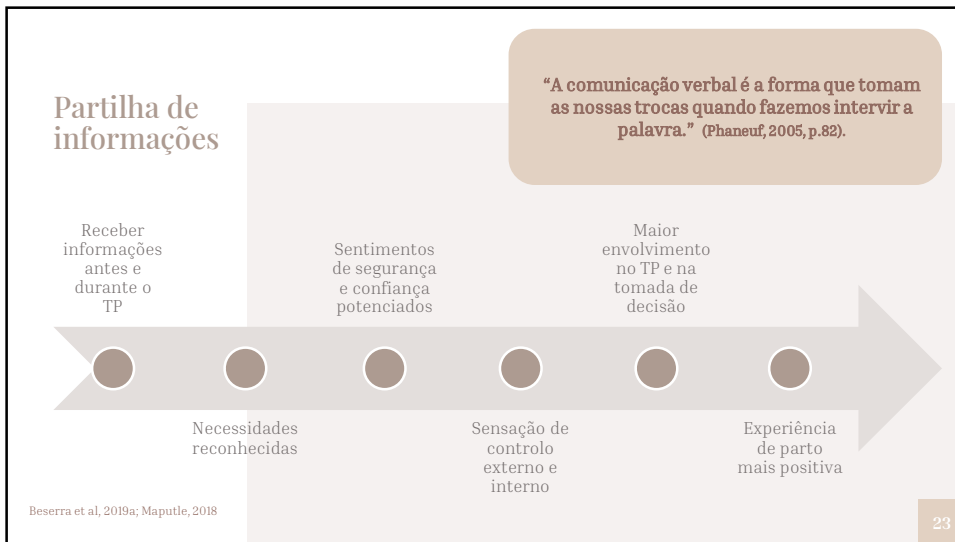
4

20



21

22



23

24

Questionar?

Reunir informações acerca das preferências da mulher, no que diz respeito à forma e intensidade da comunicação durante o TP, de acordo com a situação vivida, é fundamental.

Redução de estímulos externos

Ativação sistema límbico

Parassimpático

Ocitocina, beta-endorfinas

Excesso de estímulos externos

Ativação do neocórtex

Ativação do SNS

↑ Adrenalina e cortisol

No estudo de Baranowska et al. (2021), a quantidade de informação transmitida e o questionamento foram percebidos como perturbadores, num determinado grupo de parturientes.

25

25

Ouvir Escuta ativa

No estudo de Beserra et al. (2019a), a audição foi a variável mais usada e valorizada pelas parturientes.

Ouvir

↓

Compreensão das necessidades e vivência da parturiente

↓

Dissipação de medos e inseguranças

↓

Relação de ajuda


Verbalização e expressão de emoções e sensações

+

Escuta ativa

=


Maior satisfação materna



26

26

Percepção e valorização da dor



- Caráter subjetivo da dor

- Percepção e avaliação imprecisa por parte das parceiras

- Necessidades atendidas de forma ineficaz

- Alívio da dor insuficiente

- Ansiedade, medo

- Repercussões negativas na progressão e vivência do trabalho de parto

27

27

Comunicação não verbal

Comunicar consiste, também, em partilhar um olhar com a pessoa com a qual estamos em relação. De certa forma, “olhar a pessoa equivale (...) a fazê-la existir (...)”, valida emoções, reforça mensagens verbais, encoraja e incentiva (Phaneuf, 2005, p.36).

Gestos

Contacto visual

Validação e reforço

Distância

Face a face

Postura

Toque

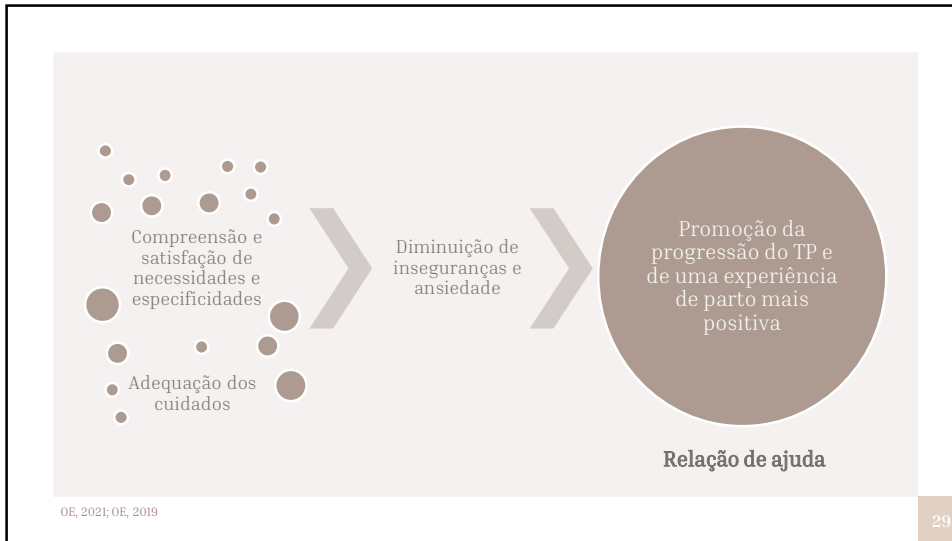
Efetiva a comunicação

Interesse e cuidado

Estar atento e perceber as sutilezas do comportamento humano e da comunicação não verbal, que, tantas vezes, nos diz mais do que “mil palavras”.

28

28



29

No cuidado centrado na mulher, o EEESMO assume um papel privilegiado, o de seu defensor, **adequando os cuidados às reais necessidades da mulher, apoiando-a nas suas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia e capacitação, transmitindo informação imparcial que respeite as suas crenças e valores, compreendendo-a no seu todo (dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica, física/biológica), procurando incluir sempre os seus sentimentos e expectativas e promovendo, ativamente, o seu bem-estar (OE, 2015).**

30

POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Muito obrigada pela vossa presença e atenção

A influência da Comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Unidade Curricular Estágio com Relatório – Sala de Partos
AEESMO Sara Maia Miranda
Orientadora: Professora Teresa Margarida Carreira
Enfermeiras EESMO Cooperantes: [Redacted]

11 de junho de 2024

31

Referências Bibliográficas

- Baranowska, B.; Pawlicka, P.; Kiersnowska, I.; Misztal, A.; Kajdy, A.; Sys, D.; Doroszewska, A. (2021). Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum. *Healthcare*, 9(4), 382. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040382>
- Bessera, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Barbosa, A. (2019a). Comunicação verbal da diade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 73(5), <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>
- Bessera, G. L.; Oliveira, P. M.; Pagliuca, L. M.; Almeida, P. C.; Anjos, S.; Pinheiro, A. K. (2019b). Comunicação não verbal enfermeiro-parturiente no trabalho de parto em países lusófonos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 73:e3193. DOI: 10.1590/1518-8345.3032.3193
- Coelho, M. T. & Sequeira, C. A. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (31), 31-38. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Coelho, M. T. (2015). COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS. [Tese de doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/82004?mode=full>
- Frello, A. T., Carraro, T. E. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 12(4):660-8. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056>
- Joanna Briggs Institute (2020). JBI manual for evidence synthesis: 2021 Edition. Austrália: jbi.global. JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI Global Wiki (refined.site)

32

Referências Bibliográficas

- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). Enfermagem na Maternidade. 7ª edição. Lusodidacta
- Machado, M. H. & Graça, L. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. Graça. Medicina Materno-Fetal. (5ª Edição, pp. 220-228) Lisboa: Lidel.
- Maputle, M. (2018). Support Provided by Midwives to Women during Labour in a Public Hospital, Limpopo Province, South Africa: A Participant Observation Study. BMC Pregnancy and Childbirth. 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1860-8>
- OMS (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 13560 – 13565. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-doscuidados-eesmo.pdf
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da Instituição de Saúde



Sara Maia <saramaiamiranda@gmail.com>

Estudo: "Experiência de parto positiva: a influência da comunicação do EEESMO no trabalho de parto e parto" (UAIF 199/2023) - Autorização

Unidade Apoio Investigacao - Unidade de Saúde [redacted] <unidade.investigacao@[redacted]>
Para: "saramaiamiranda@gmail.com" <saramaiamiranda@gmail.com>
Cc: Ana Paula Cabrita Silva <apcabrita@alameda.univisa.pt>, Cécilia Sofia Rocha Alvim <calvim@alameda.univisa.pt>, Maria Gabriel Filipe Melo Fernandes <mfmed@alameda.univisa.pt>

Bom dia Enfermeira Sara Maia

Na sequência do pedido de autorização para o estudo mencionado em epígrafe, informamos que o mesmo mereceu o parecer favorável da nossa Comissão de Ética, tendo sido "A custos para a ULS" pelo Senhora Enfermeira Diretora - Enfermeira [redacted] a 15/02/2024 nos termos propostos obrigatoriamente, a salvaguardar por esta Unidade de Apoio

Solicitamos que a Unidade Local de Saúde do [redacted] seja referida em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc... decorrentes do estudo.

Deve ainda dar o conhecimento a este serviço de todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc decorrentes do estudo, bem como a data de encerramento do mesmo investigação até 90 dias após a sua conclusão.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]
Técnica Superior
Centro Investigação e Documentação (CID)
Departamento Ensino, Inovação e Investigação (DEII)



De: Sara Maia <saramaiamiranda@gmail.com>
Enviado: 8 de fevereiro de 2024 16:20
Para: Unidade Apoio Investigacao -Unidade [redacted]
Assunto: Re: Pedido de apreciação e parecer_Documentos (UAIF 199/2023)

[Remetente de origem externa ao sistema de email corporativo do SNS/MS] Não abra links ou anexos de pessoas ou contas desconhecidas.Nunca forneça o seu utilizador e password.

Boa tarde cara [redacted]

Que bom!
Muito grata pela rapidez e atenção na sua resposta.

Um resto de boa semana.

Atenciosamente,
Sara Maia Miranda

Unidade Apoio Investigacao -Unidade [redacted] > escreveu (quinta-feira, 8 de fevereiro de 2024):
Boa tarde Enf.ª Sara Maia

Informamos que o seu estudo mereceu parecer favorável na reunião da Comissão de Ética para a Saúde (CES), no dia 01-02-2024. Atualmente o seu estudo está a aguardar auto Administração.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]
Técnica Superior
Centro Investigação e Documentação (CID)
Departamento Ensino, Inovação e Investigação (DEII)



De: Sara Maia <saramaiamiranda@gmail.com>
Enviado: 8 de fevereiro de 2024 16:01

ANEXO II

Pedido de Autorização Institucional para implementação do estudo - Comissão de Ética

Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar [REDACTED]

Assunto: Estudo de Investigação Experiência de parto positiva: a influência (título)
da comunicação do EEESHU no trabalho de parto e parto

Sara Maria Miranda (nome completo), na qualidade de Investigador Principal
/ Investigador Responsável / Aluno (sublinhar o que interessa), vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para
realizar no Centro Hospitalar [REDACTED] E.P.E. o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo
com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 9/1/2024

Assinatura Sara Maria Miranda

ANEXO III

Pedido de Autorização Institucional para implementação do estudo – Conselho de Administração

Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar [REDACTED]

Assunto: Estudo de Investigação Experiência de parto positiva: a influência (título)
da comunicação do EESSTO no trabalho de parto e parto

Sara Hava Miranda (nome completo), na qualidade de Investigador Principal
/ Investigador Responsável / Aluno (sublinhar o que interessa), vem, por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para
realizar no Centro Hospitalar [REDACTED] o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo
com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 9/1/2024

Assinatura Sara Hava Miranda

ANEXO IV

Síntese de Registo de Atividades Práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	68
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	248
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	49
• 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	21
• Episiotomia/Episiotomy	1
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	35
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	
• Gravidez/Pregnancy (40)	73
• Trabalho de parto/Labor	7
• Puerpério/Puerperium	23
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	133
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	127
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	20
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	19
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	✓
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	✓
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	✓
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	✓
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	✓

 Santarém, 12 de julho de 2024

 Estudante/Student Sara Maia Miranda

 Professor/Teacher Teresa Margarida Ferreira

Coordenador do curso/The course coordinator _____

 Assinado por: **Maria da Conceição Fernandes
Santiago**

Num. de Identificação: 08560601