



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

6º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

## Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos Ganhos em Saúde: a intervenção do EESMO

Patrícia Isabel da Costa Fialho

Nº aluna 015022182

Santarém, dezembro de 2021



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

6º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

ESTÁGIO IV – ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS

## Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos Ganhos em Saúde: a intervenção do EESMO

Relatório de estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de  
Saúde Materna e Obstétrica

Patrícia Isabel da Costa Fialho

N.º 015022182

Professora Orientadora:

Professora Doutora Dora Carteiro

Santarém, dezembro de 2021

## **AGRADECIMENTOS**

À professora orientadora Dora Carteiro, por toda a colaboração, apoio e motivação durante a realização do estágio e elaboração deste relatório.

À enfermeira cooperante Liliana Encarnação, por toda a disponibilidade, compreensão, inspiração e apoio durante este percurso de aprendizagem.

À professora Lurdes Torcato pela força e incentivo na inscrição do curso de mestrado.

A todas as professoras do curso de mestrado, pelos contributos no processo de ensino-aprendizagem.

A todas as parturientes e acompanhantes que permitiram o desenvolvimento deste estágio.

À família pelo suporte, motivação e apoio, que tornaram a realização deste curso de mestrado uma realidade.

Às colegas de curso, por toda a amizade e partilha de experiências neste percurso.

Às colegas do trabalho, pela ajuda e apoio.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS**

APA – *American Psychological Association*

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

CTG - Cardiotocografia

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature*

EBSCOhost - *Elton Bryson Stephens Company Host*

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMOs - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

DGS - Direção-Geral da Saúde

et al. - Entre outros

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH - *Medical Subject Headings*

n.º - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDS - *Plataforma de Dados da Saúde*

RN - recém-nascido

## RESUMO

O papel da parturiente no seu trabalho de parto e parto tem vindo a evoluir, notando-se um maior envolvimento e participação na procura de cuidados humanizados e no poder de decisão informada, de acordo com as suas preferências e necessidades. Um modelo de cuidados centrados na parturiente surge como a opção ideal na assistência ao parto. Com o objetivo de identificar quais as intervenções do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO), baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente que promovam ganhos em saúde, foi realizada uma *scoping review*. Os resultados evidenciam que urge a mudança para um modelo que coloque a parturiente no centro dos cuidados e que o EESMO é o profissional de referência na prestação de cuidados humanizados à parturiente, promotor da sua autonomia e da parceria nos cuidados relacionados com o trabalho de parto e parto. Para isso, precisa de estabelecer uma relação terapêutica com a parturiente, utilizar estratégias de comunicação eficazes, promover a educação e a literacia em saúde e desenvolver ações de formação contínua e sensibilização da equipa multidisciplinar para ultrapassar algumas dificuldades ainda existentes na implementação deste modelo.

**Palavras-Chave:** Modelo de cuidados centrados na pessoa; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto; Parto.

## **ABSTRACT**

The parturient's role in labor and delivery has evolved, with greater involvement and participation in the search for humanized care and the power of informed decision-making, according to their preferences and needs. A model of care centered on the parturient emerges as the ideal option in childbirth assistance. A scoping review was carried out with the aim of identifying which interventions by midwives, based on parturient centered care model, promote gains in health. The results show that there is an urgent need to change to a model that places the parturient at the center of care. The midwife is the professional of reference in providing humanized care to the parturient, promoting her autonomy and partnership in care related to labor and delivery. For this, it needs to establish a therapeutic relationship with the parturient, use effective communication strategies, promote education and health literacy, and develop ongoing training and awareness-raising actions for the multidisciplinary team to overcome some of the difficulties that still exist in implementing this model.

**Keywords:** Patient Centered Care; Obstetric Nursing; Labor

## INDICE

|  |     |
|--|-----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 9   |
| <b>1 - APRENDIZAGENS NO BLOCO DE PARTOS</b> .....  | 11  |
| 1.1 - BREVE CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....   | 11  |
| 1.2 - REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO .....  | 13  |
| <b>2 - MODELO DE CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA</b> .....  | 27  |
| 2.1 – CUIDADOS DO EESMO CENTRADOS NA PARTURIENTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO.....                                  | 30  |
| <b>2.2 – A teoria dos cuidados de <i>Kristen Swanson</i> aplicada ao modelo de cuidados centrados na parturiente</b> ..... | 33  |
| <b>3 - METODOLOGIA</b> .....   | 36  |
| 3.1 - <i>SCOPING REVIEW</i> .....  | 36  |
| <b>3.1.1- Análise e discussão dos resultados</b> .....   | 41  |
| <b>4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 51  |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....  | 54  |
| APÊNDICES  |     |
| APÊNDICE I - Plano Individual de Estágio IV.....   | 60  |
| APÊNDICE II - <i>Scoping Review</i> .....  | 108 |
| APÊNDICE III - Póster: Do modelo de cuidados centrados na parturiente aos ganhos em saúde.....                             | 187 |

## **INDICE DE QUADROS**

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Limitadores de pesquisa.....                     | 37 |
| Quadro 2 – Artigos incluídos na <i>Scoping Review</i> ..... | 39 |

## **INDICE DE FIGURAS**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – <i>Prisma 2009 Flow Diagram</i> ..... | 38 |
|--|----|

## **INTRODUÇÃO**

A realização do presente relatório de estágio encontra-se inserida na Unidade Curricular Estágio IV e Relatório em ESMO na Sala de Partos, do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), na Escola Superior de Saúde de Santarém. Este estágio foi desenvolvido num serviço de bloco de partos de um Hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, teve a duração de 20 semanas, com início a 4 de janeiro e *terminus* a 28 de maio de 2021.

O relatório engloba duas componentes.

Na primeira parte surge a apresentação e análise de modo crítico e reflexivo, do percurso de aprendizagem teórico-prático ao longo do estágio, evidenciando as atividades realizadas, as dificuldades sentidas e as estratégias para as ultrapassar, bem como os fatores facilitadores que permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher grávida, parturiente, puérpera, recém-nascido e família, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. As atividades realizadas foram analisadas de acordo com o projeto de estágio realizado no início do estágio (Apêndice I).

A segunda componente contempla o estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica, cujo tema foi identificado no início do estágio, de acordo com a necessidade e a realidade existente no respetivo contexto de estágio e com as motivações pessoais/profissionais. Neste sentido, após discussão do tema a abordar com a enfermeira cooperante e com a professora orientadora, surgiu o tema: “Do modelo de cuidados centrados na parturiente aos ganhos em saúde: a intervenção do EESMO”.

Desde o início do estágio que a relação com a parturiente se baseou em adequar as minhas intervenções de enfermagem às suas preferências e necessidades, para que a mesma pudesse escolher e vivenciar um trabalho de parto satisfatório e, ao mesmo tempo, seguro.

Os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) têm uma influência direta na forma como a mulher experiencia o seu trabalho de parto e parto (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Estes profissionais entendem a parturiente como uma pessoa real, com sentimentos e características pessoais que devem ser tidas em conta na prestação de cuidados, sendo que a linguagem, o tipo de comunicação e o suporte contínuo por parte do EESMO fazem parte da relação estabelecida com a mulher, influenciando positivamente a confiança, com inúmeras vantagens na evolução do trabalho de parto (OE, 2015).

A prática baseada na evidência científica mostra-nos que a filosofia dos cuidados em saúde materna e obstétrica, aliada à constante mudança do conceito de saúde, procura um modelo de cuidados longe da prática outrora enraizada no modelo biomédico. Assim, a filosofia dos cuidados

prestados pelo EESMO deve assentar num modelo de cuidados centrados na mulher, em que os dois trabalham em parceria, onde se promove a continuidade dos cuidados, tendo como objetivo promover um parto fisiológico e seguro (OE, 2015).

Pela importância do seu papel empoderador nos cuidados à parturiente, o EESMO é o profissional de referência na promoção de um cuidado humanizado, através da transmissão de informação credível e de confiança, promotor de autonomia e potenciador de sentimentos e expectativas positivas, capacitando-a para o parto e para a maternidade (D. Silva et al., 2015).

Assente nesta premissa e com o objetivo de identificar as intervenções do EESMO, baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente que promovem ganhos em saúde foi realizada uma *Scoping Review* (Apêndice II).

A evidência obtida valoriza a necessidade de mudar o modelo de cuidados existente para um modelo de cuidados centrados na parturiente. Este modelo está diretamente ligado ao parto humanizado, defendido pela Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2018a); à parceria dos cuidados, comunicação eficaz e relação entre EESMO/parturiente e à educação e literacia em saúde. A necessidade de formação contínua, bem como a sensibilização de toda a equipa multidisciplinar, surgem como ações a desenvolver para ultrapassar as dificuldades referidas na implementação do modelo de cuidados centrados na parturiente.

Como objetivos para este relatório foram delineados os seguintes:

- Desenvolver competências de reflexão e análise crítica sobre as atividades desenvolvidas no estágio em Sala de Partos;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher grávida, parturiente, puérpera, recém-nascido e família, durante o trabalho de parto e parto;
- Identificar as intervenções do EESMO, baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente, que promovem ganhos em saúde;
- Contribuir para a sensibilização e divulgação da importância da prestação de cuidados de enfermagem, baseados modelo de cuidados centrados na parturiente.

As referências bibliográficas deste relatório basearam-se na 7ª edição da APA (*American Psychological Association*).

## **1 - APRENDIZAGENS NO BLOCO DE PARTOS**

Para evidenciar as aprendizagens e competências adquiridas ao longo do estágio é fulcral realizar uma breve caracterização do contexto de estágio, pois para uma adequada prestação de cuidados é importante conhecer a sua estrutura física, dinâmica organizacional e funcional, a população-alvo, de modo a adaptar as intervenções de enfermagem às suas características, necessidades e especificidades.

Posteriormente, será realizada uma breve descrição e reflexão crítica sobre os cuidados prestados e o meu desempenho enquanto estudante, tendo por base o projeto de estágio (Apêndice I), elaborado no início do estágio, contemplando os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas para os atingir, o respetivo cronograma, os fatores facilitadores/dificultadores e as competências adquiridas.

Sendo assim, este capítulo subdivide-se em dois subcapítulos: Breve caracterização do contexto do estágio; Reflexão sobre as atividades desenvolvidas no estágio.

### **1.1 - BREVE CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO**

O estágio desenvolveu-se num hospital público, onde se prestam cuidados em regime de internamento e ambulatório, integrando a prestação de cuidados urgentes. Tem como área de influência 5 concelhos, abrangendo uma população de cerca de 250.000 pessoas.

O serviço de bloco de partos contém 5 salas individuais de parto, 1 sala para realização de cesarianas e uma sala denominada de recobro, com capacidade para duas utentes.

A admissão da grávida no serviço de bloco de partos pode ser originária do serviço de urgência de obstetria, da consulta externa de obstetria ou do serviço de internamento de obstetria.

Cada sala de parto está equipada com o material de apoio necessário para a prestação de cuidados em segurança, quer à parturiente, quer ao recém-nascido (RN), garantindo a qualidade dos mesmos. Cada sala possui uma cama, transformável em cama de parto no momento do período expulsivo, uma mesa de reanimação neonatal para prestação dos primeiros cuidados ao RN, um cardiocógrafa, um carrinho com material de apoio, uma bancada de apoio com lavatório, uma balança para RN, rádio, clarabóia para iluminação e uma casa de banho com duche. Os cuidados imediatos ao RN são prestados na sala de partos, na presença dos pais, promovendo a relação precoce da tríade e amamentação (se for desejo dos pais).

A sala de cesarianas tem uma antecâmara com lavatório para desinfeção pré-operatória (da equipa de saúde) e uma pequena sala com material e roupa necessários ao cumprimento das medidas de assépsia de uma sala de bloco operatório.

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica e enfermeiros generalistas.

Em cada turno estão de serviço 3 enfermeiros (3 EESMOs ou 2 EESMOs e 1 enfermeiro generalista), 2 assistentes operacionais e 3 médicos obstetras (3 especialistas ou 2 especialistas e 1 interno). No período das 12 horas às 20 horas, nos dias úteis, um enfermeiro generalista está de apoio ao serviço de anestesia (cesarianas e técnicas de apoio farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente, epidural ou sequencial).

De acordo com o regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, é recomendada a permanência de 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, por cada 1000 partos/ano (Regulamento n.º 743/2019, OE, 2019). No ano anterior (2020), neste hospital, o número de partos ocorridos foi de 1908, pelo que o número de EESMOs por turno, se encontra concordante com o regulamento em vigor.

O serviço de bloco de partos dispõe de medidas farmacológicas (analgesia endovenosa, analgesia epidural/sequencial) e não farmacológicas para alívio da dor: possibilidade de utilização da bola de pilates, hidroterapia (duche), musicoterapia, deambulação/movimentação, massagem. Pelos vários benefícios resultantes do recurso a medidas não farmacológicas para alívio da dor, os EESMOs incentivam a utilização destas medidas, indo ao encontro das recomendações emanadas pela OMS (2018a) e pela OE (2019).

Dependendo da fase de trabalho de parto em que a parturiente se encontre e do bem-estar materno-fetal, é permitido que ela se alimente ou ingira líquidos claros (gelatina, chá açucarado, água), de acordo com o recomendado pela OMS (2018a).

Relativamente ao Plano de Parto, este é aceite, devendo existir, se possível, uma discussão prévia com o EESMO ou com o obstetra, que poderá ocorrer nas consultas de vigilância da gravidez (a nível hospitalar) ou enviado por *email* próprio para o efeito, evidenciando a preocupação (por parte dos profissionais) com os desejos da parturiente. Só são aceites planos de parto que não coloquem em risco o bem-estar materno-fetal, alertando sempre para o facto de que os mesmos são flexíveis e que pode haver necessidade de negociação de alguns itens, situação contemplada pela Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro (Assembleia da República, 2019). O plano de parto tem um papel importante, pois traduz as expectativas e as decisões da parturiente relativamente ao momento do parto, que podem e devem ser previamente esclarecidas e discutidas com o EESMO, durante o período pré-natal e durante os programas de preparação para o parto (OE, 2021).

A presença do acompanhante é um direito da parturiente (Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, Assembleia da República, 2019), no entanto, neste tempo de pandemia Covid-19, apenas é permitida na fase ativa do trabalho de parto e parto, limitando as suas entradas e saídas como forma de redução do perigo de transmissão do vírus, tal como preconizado na orientação n.º 018/2020 (30/03/2020 e atualizada em 05/06/2020) da Direção Geral da Saúde ([DGS], 2020).

O puerpério imediato é realizado na sala de parto. Neste período, tenta promover-se a vinculação precoce entre a díade/tríade, o contato pele a pele, o envolvimento do pai ou acompanhante nos cuidados ao RN e a amamentação, assim que possível, conforme preconizado no Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019).

O número de partos tem vindo a diminuir gradualmente ao longo dos anos a nível nacional. Segundo dados extraídos do Pordata, no ano de 1960 registou-se um total de 219164 partos em Portugal, com um decréscimo acentuado até à década de 90, atingindo um valor de 116324 nascimentos no ano de 1990. Entre 2012 a 2018, houve uma estabilização do número de partos, fixando-se entre os 80000 e os 90000 partos anuais. No ano de 2020, os dados são ainda provisórios, contabilizando um total de 83784 partos.

(<https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%bade-152>).

No ano de 2018, dos 85604 partos registados, 40537 corresponderam a partos eutócicos e os restantes 45067 corresponderam a partos distócicos. Os dados referentes ao tipo de parto em 2019 são ainda provisórios (39473 eutócicos e 46896 distócicos) e os dados de 2020 ainda não se encontram disponíveis.

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

Observando estes dados, podemos perceber que o número de partos eutócicos é inferior ao número de partos distócicos, podendo concluir que devem ser investidos mais esforços para promover um parto fisiológico.

Neste contexto de estágio, tem-se verificado um aumento do número de partos. Em 2013, teve um total de 1164 partos, sendo que nos últimos 2 anos, 2019 e 2020, esta unidade hospitalar registou 1952 partos e 1908 partos, respetivamente (<https://transparencia.sns.gov.pt/>). Pode ainda acrescentar-se que a percentagem de cesarianas, no ano de 2019 e 2020, se situou nos 32/33%, aproximadamente, ligeiramente abaixo da média nacional (36% de cesarianas nos hospitais portugueses - dados provisórios de 2019 -

([https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985)).

A melhoria das infraestruturas e a motivação da equipa multidisciplinar em melhorar os cuidados relacionados com o parto, destacando o esforço da equipa de enfermagem na promoção de um parto humanizado, levou a um aumento da procura desta maternidade.

Importa salientar que a prática de cuidados baseada no modelo assistencial prestado por EESMOs é considerado em vários estudos, benéfico para a mãe e RN e tende a promover menores taxas de intervenção, bons resultados clínicos, elevadas taxas de satisfação e maior número de partos naturais (OE, 2015).

## 1.2 - REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

Na elaboração do projeto de estágio (Apêndice I), os objetivos delineados e as atividades propostas, tiveram como base as competências do EESMO no Bloco de Partos, englobadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019, OE, 2019), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), no Plano de Estudos do CMESMO e nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2018).

Relativamente ao primeiro objetivo: **Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Bloco de Partos**, considero-o de extrema importância, porque marca o início do estágio e só

através um conhecimento e integração adequados é possível adquirir competências para uma prática de cuidados assertivos e de excelência, indo ao encontro dos objetivos e dinâmicas da instituição.

No início do estágio, fui recebida pela enfermeira cooperante, que me apresentou o espaço físico do serviço, permitindo-me perceber a sua dinâmica organizacional e funcional, o método de trabalho, o circuito da grávida/parturiente/puérpera/acompanhante/recém-nascido no acesso ao bloco de partos e respetiva articulação com outros serviços intra-hospitalares (obstetrícia, urgência de obstetrícia e ginecologia, consulta de obstetrícia e ginecologia, neonatologia, serviço social, patologia clínica, entre outros).

Ao longo da primeira semana de estágio, fui conhecendo as rotinas, observei e colaborei nos cuidados de enfermagem realizados pela enfermeira cooperante e restante equipa de enfermagem, no sentido de compreender a realização e gestão dos mesmos, bem como desenvolver conhecimento, habilidades e competências para a minha prática profissional enquanto futura EESMO, no âmbito da prestação de cuidados especializados à grávida/parturiente/puérpera/recém-nascido/acompanhante no bloco de partos.

A cooperação com a equipa multidisciplinar, a participação ativa na prestação de cuidados, o interesse na aprendizagem e o estabelecimento de um bom relacionamento interpessoal, quer com a equipa, quer com as parturientes, contribuíram para o desenvolvimento da minha autonomia e foram promotores do desenvolvimento da melhoria contínua dos cuidados.

A integração na equipa multidisciplinar foi um ponto forte deste estágio. Considero importante referir que me senti muito bem aceite por toda a equipa, fator facilitador para o desenrolar do estágio, visto que, na minha opinião, a aprendizagem é facilitada pelo bom ambiente/relação estabelecidos entre a equipa profissional e o estudante. Senti, por parte de toda a equipa multidisciplinar, a vontade de colaborar e contribuir para a minha aprendizagem.

A análise e discussão de práticas de cuidados e a partilha de experiências com a enfermeira cooperante também foi um fator positivo para ambas as partes, enriquecendo a prática e a melhoria contínua de cuidados. O questionamento de determinada prática, requer a procura científica e reflexão, e se for pertinente, pode gerar uma mudança com ganhos em saúde, beneficiando o alvo de cuidados.

Para esta reflexão, recorri à mobilização dos conhecimentos adquiridos no ensino teórico e pesquisa bibliográfica, articulando-os com a prestação de cuidados, fomentando a prática baseada na evidência científica. Foram mobilizados conteúdos inerentes a projetos, normas e protocolos a mobilizar na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica, nomeadamente o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Programa Nacional de Vacinação, competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, competências comuns do enfermeiro especialista, padrões de qualidade da Ordem do Enfermeiros, entre outros.

Esta articulação teórico-prática permitiu a prestação de cuidados especializados de

enfermagem à grávida/parturiente/puérpera/recém-nascido/acompanhante no Bloco de Partos, com progressivo aumento da autonomia na realização dos mesmos.

No que concerne à operacionalização dos registos no sistema e programas informáticos utilizados na instituição (*Glintt*), ao preenchimento dos impressos e boletins de registo de saúde, não senti dificuldades, pelo conhecimento prévio dos mesmos.

Importa referir que ao longo do estágio, a mobilização dos princípios éticos e deontológicos inerentes aos cuidados de enfermagem, foram uma constante, garantindo uma prática de cuidados que respeita os direitos da mulher grávida e a responsabilidade profissional, sendo eles: direito à informação, ao consentimento informado, ou à recusa informada e o respeito pelas suas escolhas e preferências; o direito à confidencialidade e à privacidade; o direito a serem tratadas com dignidade e com respeito; o direito de serem bem tratadas e estarem livres de qualquer forma de violência; o direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas; o direito a receber os melhores cuidados de saúde e que estes sejam seguros e apropriados; o direito à liberdade, autonomia e autodeterminação, incluindo o direito a não serem coagidas (Lei n.º110/2019 de 9 de setembro, Assembleia da República, 2019). Todos estes direitos se coadunam com o modelo de cuidados centrados na puérpera, que será apresentado nos capítulos seguintes.

Atendendo ao segundo objetivo: **Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais no acolhimento da grávida/parturiente/acompanhante no Bloco de Partos, tentando promover o seu bem-estar e conforto, através da gestão de uma relação empática**, considerei um bom acolhimento como um fator fulcral na relação enfermeiro-utente para a promoção de uma prática de qualidade. Para isso, o EESMO deve possuir competências comunicacionais e relacionais que permitam demonstrar empatia, transmitir segurança e promover o conforto à grávida e pessoa significativa (Fonseca, 2016).

Logo nos primeiros dias de estágio, tive a perceção que a atitude do EESMO na abordagem à grávida e acompanhante, eram determinantes no envolvimento dos mesmos na gestão do trabalho de parto. Tal como nos refere a OE (2015), os cuidados de enfermagem, a linguagem, o tipo de comunicação e o suporte contínuo prestados pelo EESMO influenciam diretamente a forma como a parturiente entende e gere o seu trabalho de parto e parto. Por este motivo, e após reflexão com a enfermeira cooperante e com a professora orientadora, senti que no meu estágio devia investir na relação estabelecida com as parturientes, de modo a proporcionar-lhes uma participação ativa, conforto e satisfação no trabalho de parto. Assim, senti necessidade de continuar a investir nesta temática pelo que realizei uma *Scoping Review* (que será apresentada no capítulo 3) para identificar as intervenções do EESMO, baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente, que promovem ganhos em saúde. Ao longo do estágio, fui tentando adaptar os cuidados evidenciados na literatura à prática de cuidados, fomentando a continuidade dos mesmos, nomeadamente na equipa.

Neste sentido, sempre que admiti grávidas/parturientes/acompanhantes no serviço do bloco de partos, tive o cuidado de me apresentar, tentar promover um ambiente o mais acolhedor possível, demonstrar disponibilidade e confiança, estabelecendo uma relação empática e

terapêutica, tal como defendido pela OE (2015) e Pinheiro (2016). De referir que não senti grande dificuldade neste aspeto, uma vez que na minha prática de cuidados já é algo que valorizo e defendo.

No entanto, com algumas parturientes nem sempre esta primeira abordagem foi tão linear, pois cada pessoa é um ser individual, com vontades e receios diferentes, experiências anteriores, crenças e culturas diferentes em que, inicialmente, não foi fácil terem logo abertura e confiança em se relacionar e em exprimir os seus desejos ou receios. Este facto exigiu um maior esforço para conseguir compreendê-las e “chegar até elas”, necessitando de adaptar a minha comunicação e o meu comportamento. A enfermeira cooperante teve um papel preponderante no desenvolvimento das minhas competências comunicacionais e relacionais com as parturientes e acompanhantes.

Ao longo do estágio, foram sempre mobilizados os princípios éticos e deontológicos inerentes aos cuidados de enfermagem, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, respeito pelas crenças e diferenças culturais, religião, entre outras.

A relação estabelecida com a parturiente não é apenas importante no momento do seu acolhimento no bloco de partos, mas sim em todos os turnos, com os profissionais que lhe prestam cuidados, pois em todos os turnos há mudança de profissionais, havendo necessidade de manter ou criar uma relação de confiança com a parturiente. A relação estabelecida entre o profissional e a parturiente, bem como a continuidade de cuidados é condição essencial para a implementação de um modelo de cuidados centrados na parturiente (OE, 2015).

A adaptação a um novo ambiente (bloco de partos), associado ao trabalho de parto, podem ser geradores de ansiedade, pelo que considerei importante a apresentação do espaço físico, da equipa multidisciplinar, fornecer informações sobre normas e rotinas do serviço, utilizar linguagem adequada ao nível sociocultural e estado psicológico da grávida e acompanhante, de modo a estabelecer uma comunicação eficaz e assertiva, contribuindo para a diminuição da ansiedade.

A avaliação inicial e respetiva colheita de dados foi realizada através da informação transmitida pela equipa de enfermagem e médica do serviço de urgência de obstetrícia / consulta de obstetrícia, entrevista à grávida / parturiente / acompanhante, observação física, consulta do processo informático e o suporte de papel. Todos os dados colhidos (antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, idade gestacional, vigilância e intercorrências da gravidez atual, observação e interpretação de resultado de exames, planeamento e desejo da gravidez, existência ou não de plano de parto, expectativas e dúvidas relativamente ao parto, observação física e obstétrica, avaliação do bem-estar materno-fetal) foram interpretados e adequados para a elaboração e negociação de um plano de cuidados à grávida/parturiente/accompanhante numa perspetiva de parceria nos cuidados. Esta parceria é uma premissa para a implementação dos cuidados centrados na parturiente (OE, 2015).

De acordo com o objetivo: **Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à**

**grávida/parturiente/acompanhante no 1º estadio do trabalho de parto, promovendo o seu bem-estar e conforto**, posso referir que cuidei de 139 grávidas neste estadio, das quais 94 eram saudáveis e 45 tinham patologia associada. As principais patologias identificadas foram: diabetes gestacional, hipertensão arterial, pré-clâmpsia, ameaça de parto pré-termo, asma, hipotireoidismo e patologias do foro psicológico/psiquiátrico (depressão, ansiedade).

O 1º estadio de trabalho de parto corresponde ao apagamento/extinção e dilatação do colo uterino. Inicia-se com a instalação das contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino (Fatia & Tinoco, 2016).

O elevado número de experiências com parturientes neste estadio de trabalho de parto, permitiu-me desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais nos cuidados, enquanto estudante e futura EESMO, potenciando a minha autonomia e segurança ao longo estágio.

Considero não ter sentido grande dificuldade na distinção entre verdadeiro e falso trabalho de parto, nem na identificação das fases do 1º estadio do trabalho de parto: fase latente e fase ativa.

Ao longo do estágio fui percebendo que neste estadio, quando o conforto e a tranquilidade não estão assegurados, toda a evolução do trabalho de parto pode ser condicionada. O EESMO deve transmitir segurança e calma (Fatia & Tinoco, 2016), ter uma atitude compreensiva, empática e de aconselhamento que favoreça a evolução positiva de todo o processo (Fonseca, 2016).

Neste sentido, tentei sempre promover um ambiente acolhedor e calmo, promotor do incentivo à autoexpressão da parturiente e acompanhante, respeito pelas suas opções depois de devidamente esclarecidos, direito à privacidade, tratamento com dignidade, apoio contínuo, respeito pelo ritmo do trabalho de parto e prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Como já referido anteriormente, na Lei n.º 110/2019 (Assembleia da república, 2019), a grávida internada tem direito a um acompanhante em qualquer fase do trabalho de parto. As práticas de humanização do parto, também recomendam a presença de um acompanhante à parturiente (OMS, 2018a). Contudo, estamos a vivenciar a pandemia Covid-19, pelo que houve necessidade de alterar as regras do acompanhante no bloco de partos, no sentido de minimizar o risco de contágio. Sendo assim, era permitida a presença do acompanhante (se a grávida desejasse), numa fase mais avançada do trabalho de parto e próxima do parto, sendo que, se se ausentasse do serviço, não poderia voltar a entrar. Durante o estágio foi perceptível o descontentamento, quer por parte das parturientes, quer por parte dos acompanhantes, face à impossibilidade da presença e participação do acompanhante, logo desde o início do trabalho de parto.

Este constrangimento incomodou-me, enquanto prestadora de cuidados e, algumas vezes, expressei a minha opinião com a equipa multidisciplinar no sentido de promover e encontrar soluções para facilitar a entrada do acompanhante numa fase mais inicial, tais como: realização de teste ao acompanhante, permissão ao acompanhante para levar comida ligeira, evitando a saída e entrada várias vezes no serviço. Cada vez mais, tem sido promovida a

participação e envolvimento do pai no trabalho de parto, e agora, devido à pandemia, estamos a condicionar este direito ao pai, pelo que, no momento em que terminei o estágio, a equipa estava a considerar rever procedimentos neste sentido.

Um dos focos do meu estágio foi perceber quais as expectativas da parturiente e ir ao encontro dos seus desejos, promovendo um trabalho de parto humanizado e satisfatório. Para uma participação ativa da parturiente e acompanhante, tentei sempre transmitir informação e proporcionar esclarecimento sobre todos os procedimentos e a evolução do trabalho de parto, bem como os procedimentos para alívio do desconforto e promoção do bem-estar.

Inicialmente, questionei as parturientes sobre a realização de cursos de preparação para o parto/nascimento, o que sabiam sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor e quais os que desejavam usufruir (dentro das possibilidades existentes no bloco de partos). O incentivo a recursos não farmacológicos para alívio da dor, pelos vários benefícios que apresentam são recomendados pela OMS (2018a). Sendo assim, promovi e colaborei na implementação dos seguintes métodos não farmacológicos: banho de chuveiro, deambulação, musicoterapia, bola de pilates, massagem, exercícios respiratórios. De referir que a maioria das parturientes já se sentia informada sobre a aplicabilidade e as vantagens destes métodos, manifestando satisfação com os mesmos numa fase inicial de trabalho de parto. No entanto, com o desenrolar do trabalho de parto e o aumento da intensidade da dor associada às contrações, a grande maioria sentia necessidade de recorrer a métodos farmacológicos, pelo que colaborei na realização da técnica de analgesia, administrei e realizei vigilância dos fármacos administrados para reforço da analgesia em trabalho de parto.

Como medidas de conforto, também incentivei a liberdade de movimentos e promovi a ingestão de líquidos claros e gelatina, durante o trabalho de parto. Estas medidas são recomendadas pela OMS (2018a).

De acordo com as recomendações defendidas pela a OMS (2018a) para uma experiência de parto positiva, evitei prestar cuidados por rotina, sem indicação clínica, tais como: tricotomia perineal (nunca realizei), enemas de limpeza, descolamento de membranas no pólo inferior (nunca realizei), rotura artificial de membranas, toques vaginais repetidos, administração contínua de fluidos, entre outras.

Relativamente à avaliação do bem-estar materno-fetal, realizei monitorização, vigilância e interpretação cardiotocográfica externa e interna (quando houve necessidade de um registo rigoroso do bem-estar fetal e quando a monitorização externa era ineficaz).

Atendendo à vigilância do progresso do trabalho de parto, tive em conta a avaliação do padrão de contratilidade uterina (amplitude, duração, frequência, regularidade), o padrão dos batimentos cardio-fetais, a observação e interpretação das características do colo uterino (dilatação, apagamento, consistência, posição), identificação da apresentação fetal, altura da apresentação, variedade, encravamento, observação da integridade das membranas (se rotura de membranas - caracterização do líquido amniótico: cor, viscosidade, cheiro e quantidade), realização de amniotomia (se necessário).

Após o início da fase ativa do trabalho de parto, procedi ao registo e interpretação da

evolução do mesmo, no partograma.

Efetuei registo dos cuidados de enfermagem realizados, da colheita de dados, da educação para a saúde, da validação dos ensinamentos realizados e dos diagnósticos identificados no programa informático: *Glintt*.

Face ao exposto considero ter cumprido as atividades propostas e atingido este objetivo.

Para **Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante no 2º estadio do trabalho de parto, promovendo um ambiente de segurança no parto, otimizando a saúde da mulher e facilitando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina**, realizei 43 partos eutócicos e colaborei no trabalho de parto de 6 parturientes, cujo parto culminou em parto por ventosa. Durante os meus turnos de estágio, não houve partos com recurso a fórceps.

O 2º estadio de trabalho de parto, também denominado de período expulsivo, tem início após a dilatação completa e termina com a expulsão do feto (Fatia & Tinoco, 2016).

Para a identificação do início deste estadio, o EESMO tem que estar atento a alguns sinais característicos do período expulsivo. Com o evoluir do estágio, fui-me apercebendo que, para além da evidente inexistência do colo uterino (dilatação completa e apagamento total) aquando da avaliação da cervicometria, existiam outros sinais característicos deste período, tais como: aumento do introito vaginal, abaulamento do períneo e coroamento do pólo cefálico, bem como a verbalização frequente da necessidade involuntária de “fazer força”, associado a algum nervosismo e verbalização de exaustão e incapacidade (“não aguento mais”, “não sou capaz”).

Neste momento, a intervenção do EESMO é fundamental. Este deve possuir competências comunicacionais e relacionais (aliadas às competências técnicas e científicas), que lhe permitam ser a “voz de comando” para a parturiente, orientando-a, motivando-a e capacitando-a para colaborar e facilitar o período expulsivo. Este foi um ponto que tentei desenvolver e treinar ao longo do estágio, por o considerar essencial para um parto seguro e o mais tranquilo possível. No início, considero que devido a alguma insegurança, tive alguma dificuldade em assumir logo a “voz de comando”. Após observação da intervenção da enfermeira cooperante com as parturientes e das suas técnicas comunicacionais, o seu apoio, a sua motivação e partilha de experiências, considero que no final do estágio esta dificuldade inicial foi superada.

Para conseguir gerir a ansiedade da parturiente e acompanhante é importante promover um ambiente acolhedor e calmo. Neste sentido, considero ter conseguido adequar o ambiente, mantendo uma postura calma e empática, fornecendo apoio emocional, gerir alguns “stressores”, como a luminosidade e o “barulho”, ter em conta os seus desejos, negociar a prestação de cuidados, solicitando a sua colaboração tal como nos diz Duarte et al. (2020).

Outro facto de que também me apercebi foi: quanto melhor a relação profissional estabelecida com a parturiente e com o acompanhante, não só no momento do parto, mas também previamente a este momento, maior sucesso terá a nossa intervenção no parto. Frequentemente, ouvi: “é a senhora enfermeira que me vai fazer o parto, não é? Espero que sim”; “parece que estávamos a sua espera”; “ainda bem que está cá hoje”; “a vossa disponibilidade e simpatia tornaram este momento ainda mais fantástico”. Foi com estes comentários, com agradecimentos,

quer via oral, quer via escrita no Livro de Elogios, que confirmei a importância da nossa intervenção e que podemos marcar a diferença, proporcionando uma experiência positiva no trabalho de parto e parto, indo ao encontro ao preconizado pela OE (2015).

Para obter a participação e colaboração da parturiente e seu acompanhante nos cuidados e no parto, tentei sempre realizar educação para a saúde, informando e esclarecendo sobre o progresso da descida do feto e orientação dos comportamentos a adotar, sobre todos os procedimentos a realizar, terapêutica administrada, indicação para realização de esforços expulsivos eficazes (através de estimulação verbal, verbalização de ordens claras e concisas), ensino sobre o correto controlo da respiração durante os esforços expulsivos, bem como o encorajamento para relaxar entre as contrações de modo a conservar a energia e o oxigénio.

Tentei sempre promover a adoção da posição mais confortável para parturiente, que facilitasse a descida do feto, e, que possibilitasse a nossa colaboração e segurança no auxílio do nascimento. No entanto, a posição adotada pelas parturientes foi frequentemente a de litotomia no período expulsivo.

Com o evoluir do estágio fui desenvolvendo as minhas competências na identificação da apresentação, variedade, posição, situação, grau de descida da apresentação e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal. Fui também aprimorando a capacidade de observação e interpretação da eficácia da contratilidade uterina (duração, frequência e intensidade).

Relativamente à preparação da mesa de apoio ao parto, fui incentivada pela enfermeira cooperante a organizá-la de forma consciente, de modo a estar operacional em caso de urgência. Parece uma intervenção simples, mas foi de extrema importância esta sensibilização, pois em momentos de “stress” e de urgência todos os segundos contam, e, saber a localização de todo o material, saber que está tudo completo e funcional facilita a nossa intervenção com rapidez.

Apesar de não ser aconselhado pela OMS (2018a), a administração de perfusão ocitócica de forma rotineira, no bloco de partos onde estagiei ainda se administra a mesma. Neste sentido, administrei ocitocina conforme prescrição ou protocolo do serviço, e sempre com o consentimento das parturientes, quando não se verificaram contrações eficazes e quando não existiam sinais de sofrimento fetal.

Na presença de duas situações de cardiotocografia (CTG) não tranquilizadora com desacelerações fetais de difícil recuperação, administrei oxigénio, soroterapia, posicionei a parturiente em decúbito lateral esquerdo ou em posição de gatas com a manobra de *Gasking* e informei o médico obstetra. Estas intervenções contribuíram para a recuperação da frequência cardíaca fetal.

No que respeita à determinação da necessidade de realização de episiotomia, muitas vezes, houve a necessidade de negociar a realização da mesma, uma vez que, que as parturientes preferiam que esta técnica não fosse realizada, como defende a OE (2015) e a OMS (2018a). Sempre que possível, tentei ao máximo não efetuar episiotomia, no entanto, realizei 11 episiotomias, pela necessidade de prevenção de laceração grave no períneo e para abreviar o nascimento do RN, por CTG não tranquilizador.

A realização de episiotomia não deve ser realizada por rotina em parturientes cujo parto evolui para parto vaginal espontâneo, tendo indicação para ser realizada apenas na presença de emergências obstétricas, como por exemplo a asfíxia / sofrimento fetal agudo, com necessidade de recurso a parto vaginal distócico (OMS, 2018a), macrosomia fetal, presença de cicatrizes anteriores na zona genital e que possam provocar lacerações graves no períneo (Fatia & Tinoco, 2016). Sempre que realizei uma episiotomia informei a parturiente e realizei analgesia local do períneo após obter o seu consentimento, conforme preconizado pela OMS (2018a).

Estas intervenções contribuem para a humanização do parto e para os cuidados centrados na parturiente, na medida em que a parturiente pode decidir que não quer episiotomia. No entanto, o EESMO deve transmitir-lhe informação sobre as vantagens da não realização da episiotomia, bem como alertá-la para a necessidade da realização da mesma em situações específicas, como as descritas anteriormente. Assim, ela sente-se informada e capacitada, quer para tomar decisões, quer para compreender a necessidade da sua realização.

Quando optei pela não realização de episiotomia, tentei proteger a integridade do períneo através da execução de manobras de proteção do períneo e execução de manobras de extração fetal, contudo, ocorreram 21 lacerações de grau I, 2 lacerações Grau II e 9 períneos íntegros. A manobra de *Ritgen*, foi uma técnica que tive que trabalhar ao longo do estágio, para conseguir melhorá-la.

Sempre que possível, realizei a laqueação tardia do cordão umbilical, como preconizado pela OMS (2018a), e se os pais desejassem eram eles que efetuavam o corte.

Após o parto, felicitei os pais pelo nascimento, um ato simples, mas muito importante em termos de humanização.

Durante a minha prática de cuidados realizei sempre os registos referentes ao parto no sistema informático *Glintt*, no partograma, no Boletim de Saúde da Grávida, Boletim de saúde Infantil e Juvenil, na PDS e no livro de registos de partos existente no bloco de partos.

Pelo que foi exposto, este objetivo foi alcançado com sucesso.

Na concretização do objetivo: **Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante no 3º estágio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar, eficácia e segurança no processo de descolamento e expulsão da placenta**, não foram identificadas dificuldades, nomeadamente na realização das atividades subjacentes à dequitação. Esta consiste na expulsão da placenta e acontece após expulsão fetal (Fatia & Tinoco, 2016).

Foi fácil identificar os sinais de descolamento da placenta, lecionados nas aulas e descritos na literatura (contração firme do útero e mudança na sua forma de discoide para ovoide, súbita saída de sangue pelo introito vaginal, aumento aparente do cordão umbilical à medida que a placenta desce para o introito vaginal, aumento do volume na vagina ou observação no introito vaginal de placenta/membranas fetais), bem como a realização da técnica de dequitação, tal como referem Fatia e Tinoco (2016).

Relativamente ao mecanismo de expulsão da placenta, posso referir que durante o estágio, o mecanismo de Schultz foi o predominantemente observado.

Durante estas atividades houve sempre o cuidado de efetuar uma revisão placentar detalhada, verificando a sua forma e integridade, garantindo que não havia retenção de nenhum fragmento ou membrana na cavidade uterina ou a falta algum lóbulo (cotilédone), observação das duas membranas: o córion e o âmnios, análise do cordão umbilical (presença de 2 artérias e 1 veia, inserção, comprimento). Posso referir que em todos os partos realizados não se verificou nenhuma anormalidade nem retenção placentar.

A colheita de sangue do cordão umbilical para criopreservação de células estaminais só aconteceu num parto.

Após a dequitação confirmei sempre a contratilidade uterina e a formação do globo de segurança de Pinard, administrei ocitocina segundo o protocolo institucional ou prescrição médica.

No que concerne à sutura perineal, senti algumas dificuldades no início do estágio e necessitei da colaboração, do apoio e da tranquilidade da enfermeira cooperante para ultrapassar esta dificuldade, até, sensivelmente, meio do estágio, momento em que passei a realizar a técnica de forma mais autónoma e confiante.

Assim, realizei a reparação perineal por planos, através de técnica assética a episiorrafias e lacerações grau I/II, através de: desinfeção; colocação de campo esterilizado; identificação dos tecidos a suturar; classificação do tipo de laceração; realização de tamponamento do colo com um tampão vaginal próprio; administração de anestesia local (na ausência de analgesia epidural). Após reparação perineal efetuei: revisão final do colo, vagina e períneo; promoção de desinfeção e cuidados de higiene local e conforto; aplicação de gelo; auxílio na transferência para outra cama; incentivo ao posicionamento em decúbito dorsal; promoção da vinculação precoce.

Tive sempre o cuidado de realizar ensinamentos e promover o autocuidado: higiene perineal, características e cuidados a ter com sutura perineal, lóquios, entre outros.

Após finalização das atividades inerentes ao 3º estágio, efetuei os registos referentes à dequitação, no sistema informático *Glintt*, no partograma, no Boletim de Saúde da Grávida e no livro de registos de partos existente no bloco de partos.

Este objetivo foi atingido com sucesso.

No sentido de **desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à puérpera / recém-nascido / acompanhante no 4º estágio do trabalho de parto**, foram realizadas intervenções de enfermagem que promoveram o bem-estar e facilitaram o processo de transição para a parentalidade.

Para que tal acontecesse, tive sempre o cuidado de promover um ambiente calmo e tranquilo, informando a puérpera e o acompanhante sobre todos os procedimentos inerentes a esta fase e esclarecendo todas as dúvidas, envolvendo-os numa participação ativa para a promoção do autocuidado.

Uma das competências fundamentais do EESMO relaciona-se com a promoção da vinculação precoce através da realização do contacto pele a pele, promoção e apoio na amamentação, se a puérpera o desejar e avaliação da interação entre a díade/tríade (Regulamento n.º 391/2019, OE, 2019). Por considerar estas intervenções essenciais para o início da relação

precoce entre os pais e RN, tentei sempre abordar estes temas com a mulher (ainda grávida) e com o acompanhante, previamente ao parto, na medida em que considero que quanto mais preparados e informados estão, e conhecendo, as suas expectativas e desejos, será mais fácil adequar as nossas intervenções e obter sucesso no processo de vinculação, quer com a mãe, quer com o pai (ou outro acompanhante significativo), obter sucesso na amamentação e fortalecer os laços relacionais na tríade. São estas contribuições do EESMO que possibilitam adequar os cuidados centrados na parturiente, capacitando-a para a escolha informada e para a aquisição de autonomia nos cuidados.

Sendo o trabalho de parto e parto, acontecimentos que potenciam algum desgaste físico e psicológico, tive o cuidado de respeitar a necessidade de repouso e de adaptação da díade/tríade. Contudo, estive sempre atenta na vigilância e deteção precoce de sinais e/ou causas de complicações pós-parto. De referir, que não surgiram complicações relevantes no período pós-parto, nos turnos realizados.

Na vigilância do pós-parto imediato às puérperas, cerca de duas horas após o parto, verifiquei o globo de segurança de Pinard, a involução uterina/consistência para despiste da presença de coágulos na cavidade uterina; características dos lóquios; observação do períneo e sutura perineal para despiste de hematomas, lacerações, edema, presença de hemorroida, hemorragias; observação do penso abdominal, no caso de cesarianas; avaliação de sinais vitais; presença de globo vesical e realizei esvaziamento vesical, quando necessário. Após as mesmas, procedi à remoção do cateter epidural, realização de cuidados de higiene e conforto, alimentação, hidratação e satisfação de outras necessidades evidenciadas pela puérpera, acompanhante e RN (alimentação, medidas de higiene e conforto).

Realizei registos no sistema informático *Glintt* e nos vários impressos e boletins.

Após a avaliação da puérpera e RN, e garantida a sua estabilidade hemodinâmica, realizei os procedimentos de transferência para unidade de internamento, através do contacto telefónico com a equipa de enfermagem do serviço de obstetrícia para transmissão da informação clínica sobre a puérpera e RN, parto e pós-parto, promovendo a articulação dos cuidados.

Pelo descrito, este objetivo também concretizado.

O objetivo: **Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem imediatos ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina**, foi identificado para dar resposta aos procedimentos e intervenções do EESMO, na receção do RN de partos distócicos ou eutócicos, realizados por outros enfermeiros especialistas ou médicos obstetras, tendo recebido 23 recém-nascidos.

Para uma adaptação saudável e segura do RN à vida extra-uterina, é imprescindível a promoção de um ambiente acolhedor, seguro e tranquilo para o receber. Nesse sentido, realizava sempre a verificação prévia da funcionalidade da mesa de reanimação neonatal, do respetivo material e terapêutica, aquecia o pano para receber o RN no momento do nascimento, bem como a sua roupa.

Sempre que possível, colocava o RN em contato pele a pele com a mãe e só depois o levava para a mesa de reanimação neonatal, para observação cuidada e prestação de cuidados

imediatos ao RN de acordo com as suas necessidades: aspiração de secreções e manutenção da permeabilidade das vias aéreas; execução da aspiração do conteúdo gástrico e lavagem, se presença de mecónio.

Durante o estágio, realizei a observação física, neurológica e comportamental do RN, no sentido cefalocaudal, despistando malformações, monitorizei o peso corporal, administrei vacina anti-Hepatite B e a injeção de fitomenadiona, identifiquei o RN com pulseira com identificação da mãe (até ao seu internamento e ter número de processo) e coloquei pulseira anti rapto, vesti-o ou colaborei com o pai nesta tarefa, incentivando-o ao contacto e participação nos cuidados ao recém-nascido. Assim que possível, coloquei o recém-nascido junto da mãe ou pai, promovendo a vinculação e a amamentação.

Relativamente à monitorização do Índice de Apgar, não tive grande oportunidade de o fazer, visto que os recém-nascidos que recebi e prestei os cuidados imediatos, nasceram quase todos por partos distócicos, sendo a monitorização deste índice da responsabilidade do pediatra presente no momento do nascimento. No entanto, tentei sempre realizar esta intervenção mentalmente, quer nos recém-nascidos a quem prestei cuidados imediatos, quer aos recém-nascidos nascidos por parto eutócico realizados por mim, de modo a perceber a aplicabilidade e a monitorização deste índice.

Quando necessário, informei o pediatra sobre a necessidade da sua presença na sala: parto distócico, prematuridade, risco infeccioso, CTG não tranquilizador, patologia materna ou fetal, intercorrência na gravidez e parto, entre outros.

Numa situação, houve necessidade de colaboração com o pediatra na reanimação neonatal. Devido à minha falta de prática neste âmbito, colaborei com a enfermeira cooperante na preparação de material e terapêutica; realizei contato telefónico para informar as enfermeiras da neonatologia e solicitar a sua colaboração, assegurando a estabilidade do recém-nascido e a rapidez na transferência para o serviço de neonatologia. Apesar de ter tido aulas sobre reanimação neonatal e já ter realizado estágio no serviço de neonatologia, a segurança e autonomia na prestação de cuidados ao recém-nascido instável, ainda carece de mais investimento pessoal e profissional, por falta de experiências neste âmbito. Enquanto futura EESMO, a reanimação neonatal, é uma área em que ainda preciso de adquirir mais competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais.

Realizei o internamento do recém-nascido e os registos de enfermagem no sistema informático, no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, Boletim de Vacinas, preenchimento da notícia de nascimento.

Para a concretização do objetivo **desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na área da formação em serviço e/ou educação para a saúde**, foi-nos proposto a identificação de uma situação/ problema de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, de acordo com a necessidade e realidade do contexto do estágio, assim como com as motivações pessoais.

Neste sentido, conforme já descrito anteriormente, foi selecionado o tema sobre o modelo de cuidados centrados na parturiente.

Desde o início do estágio que tive a percepção de que, atualmente, a parturiente, cada vez

mais se interessa pela sua participação e decisão sobre os seus cuidados de saúde em trabalho de parto. Nesta linha de pensamento, percebi que o EESMO é um profissional com as competências técnicas, científicas, cognitivas e relacionais que permitem que a parturiente adquira a sua autonomia de forma consciente e devidamente esclarecida, capacitando-a e empoderando-a na gestão ativa do seu trabalho de parto. Para que tal aconteça, é fundamental desenvolver as suas capacidades e habilidades relacionais e comunicacionais na prestação de cuidados.

Após debate com a enfermeira cooperante, com a professora orientadora e com as professoras participantes na orientação das estudantes do 6º CMESMO, foi definido o tema: Do modelo cuidados centrados na parturiente aos ganhos em saúde: as intervenções do EESMO.

Foi realizada uma pesquisa sobre o tema identificado, através do recurso a uma *scoping review*, mobilizando as competências (comuns e específicas) do enfermeiro especialista e interpretação de resultados obtidos, para dar resposta ao seguinte objetivo: Identificar as intervenções do EESMO, baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente, que promovem ganhos em saúde.

Devido ao contexto de pandemia que estamos a viver, não foi possível realizar o planeamento e execução de uma sessão de formação para apresentação de resultados do estudo à equipa do Bloco de Partos do Hospital. Assim, optou-se pela realização de um poster (Apêndice III), subordinado ao tema em estudo, que foi apresentado e discutido em sala de aula com as professoras orientadoras e colegas do 6º CMESMO.

A divulgação junto da equipa do Bloco de Partos, face à situação pandémica resultou do envio por email para a enfermeira cooperante, para reencaminhar para a restante equipa, contribuindo para a partilha de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Para dar resposta ao objetivo **desenvolver competências técnicas na área de gestão de recursos humanos e materiais, promovendo a melhoria contínua da qualidade nos cuidados de enfermagem**, foi realizada observação/acompanhamento do papel do enfermeiro responsável pela gestão de recursos humanos e realização de horários mensais; observação da organização do serviço e informação acerca da metodologia de gestão de recursos humanos e materiais; observação das atividades de coordenação da equipa; identificação da forma de reposição, acondicionamento e manutenção dos recursos existentes, bem como a sua distribuição; colaboração na gestão de recursos materiais - rentabilização, prazos de validade e reposição. Estas intervenções estão contempladas no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019): gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, garantindo a qualidade dos cuidados.

**Demonstrar capacidade de reflexão sobre o desempenho durante o estágio, numa perspetiva de melhoria contínua, e, avaliação do mesmo**, foi possível através da promoção de momentos de discussão com a enfermeira cooperante e restante equipa multidisciplinar acerca das situações experienciadas, permitindo-me tomar consciência da importância e da autonomia do EESMO na gestão de cuidados à parturiente e pessoa significativa no serviço de bloco de partos

e, à promoção de cuidados de qualidade.

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

Os vários momentos informais de reflexão e partilha de conhecimentos entre enfermeira cooperante e estudante, ao longo do estágio, foram uma mais valia para o sucesso alcançado no final.

De referir, que tanto a enfermeira cooperante, como a professora orientadora foram elementos facilitadores da minha aprendizagem, apoiando-me no meu “crescimento”, enquanto estudante e futura EESMO, e, motivando-me a alcançar o sucesso.

As reuniões intermédias de avaliação formal e a reunião de avaliação final com enfermeira cooperante e professora orientadora, permitiram-me perceber em que estadio de desenvolvimento do estágio me encontrava e onde devia investir mais para melhorar o meu desempenho, e por fim, foram abordados aspetos sobre o meu estágio, a nota de avaliação, aspetos positivos/facilitadores e aspetos dificultadores.

A elaboração do presente relatório de estágio possibilitou descrever sucintamente as atividades desenvolvidas, realizar a análise crítica e reflexiva sobre o processo de ensino-aprendizagem (incluindo o tema em estudo), avaliando a minha prestação enquanto estudante e futura EESMO, o papel dos intervenientes neste processo, assim como os objetivos atingidos. Todos os objetivos contemplados no projeto de estágio, foram atingidos.

Pelo que foi descrito anteriormente, considero que este objetivo foi possível de atingir, quer pelas reflexões realizadas ao longo do estágio, que permitiram melhorar o meu desempenho, quer pela presente reflexão neste relatório sobre o meu percurso, que contribuirá para o meu desempenho futuro.

## 2- MODELO DE CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA

Na área da saúde, o papel da pessoa beneficiária dos cuidados tem vindo a evoluir ao longo dos últimos anos. Tem-se verificado a transição de um modelo de prestação de cuidados mais paternalista por parte dos profissionais de saúde, para um modelo em que a pessoa tem um papel mais ativo no seu processo de saúde/doença (OMS, 2013). Pode dizer-se que a pessoa deixou de ter uma atitude passiva, em que era uma mera recetora de cuidados, passando progressivamente a um envolvimento mais ativo e participativo nas decisões inerentes à sua saúde e ao seu bem-estar.

Neste sentido, também os profissionais de saúde, têm que se adaptar a este novo modelo de prestação de cuidados, uma vez que as pessoas estão, cada vez mais, exigentes e empenhadas nos cuidados com a sua saúde, destacando-se o aumento de literacia em saúde, o empoderamento e a procura de informação pelas próprias pessoas (OMS, 2013).

Surge assim, o modelo de cuidados: “*Patient-Centered Care*”. Esta denominação também sofreu algumas mudanças, sendo que inicialmente, o conceito mais comumente usado era: cuidado centrado no paciente/utente. Alguns autores ainda consideravam esta denominação um pouco redutora, pois o utente ainda era entendido como um recetor mais passivo do cuidado, baseado apenas no diagnóstico e respetivo tratamento (Tomaselli et al., 2020). No entanto, verificou-se uma mudança de paradigma, e neste relatório optei por utilizar o termo cuidado centrado na pessoa, pois este é mais abrangente, devido ao facto de o utente ser visto como uma pessoa (não apenas utente), um ser humano, com família, com formação, relacionamentos, capacidades, recursos, pontos fortes e limitações únicos, tal como referem Tomaselli et al.(2020).

Este modelo, como o nome sugere, caracteriza-se por colocar a pessoa no centro dos cuidados. O programa *Health 2020* defende que o sistema de saúde deve promover um cuidado centrado na pessoa, que responda às suas necessidades individuais, com ênfase na sua participação e dignidade (OMS, 2013).

O modelo de cuidados centrados na pessoa baseia-se na capacitação da mesma, foca-se na relação pessoa/profissional, estimulando a parceria entre ambos, por forma a satisfazer as suas necessidades e os seus desejos (Bokhour et al., 2018).

Já Longtin et al. (2010), nos referia que a participação da pessoa nos cuidados de saúde, tem sido reconhecida como um componente-chave no processo de assistência à pessoa, contribuindo de forma significativa para aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados, podendo ser aplicado em qualquer área da saúde.

Em 2010, com o objetivo de testar e implementar o modelo de cuidados centrados na pessoa, um grupo interdisciplinar de estudantes clínicos e não clínicos na Suécia, definiu três condições para a implementação deste modelo na prática clínica diária (Ekman et al., 2021).

A primeira condição assenta na premissa de iniciar uma parceria com a pessoa, ouvindo-a

e incentivando-a a verbalizar a sua perceção da doença e o impacto na sua vida, através de uma entrevista.

A segunda condição serve para implementar o princípio da parceria, recorrendo a um plano de saúde pessoal comumente acordado, para que os profissionais, a pessoa e a família trabalhem em conjunto para atingir os objetivos delineados.

A terceira condição passa por salvaguardar a parceria, documentando o plano de saúde no processo clínico da pessoa, de modo a ficar acessível, tanto aos profissionais, como à pessoa.

Estas 3 condições, contribuem para diferenciar este modelo de cuidados em relação a outros modelos, por incluir os desejos e as capacidades da pessoa, com o apoio dos profissionais de saúde (Ekman et al., 2021).

De acordo com a OMS (2015), o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados nos cuidados centrados na pessoa permite obter ganhos significativos para a saúde, incluindo melhor acesso aos cuidados, melhores resultados clínicos e de saúde, mais literacia e educação em saúde, promoção do autocuidado, maior satisfação com os cuidados prestados, maior satisfação na execução do trabalho, melhor eficiência dos serviços e redução dos custos gerais.

O desenvolvimento desta estratégia resulta da experiência dos vários níveis de prestação de cuidados e sistemas de saúde, partilhados por um conjunto de países, com recurso a especialistas a nível global, regional e nacional, tendo por base as políticas instituídas, iniciativas de cobertura universal de saúde, fortalecimento dos sistemas de saúde e os determinantes de saúde (OMS, 2015).

Importa ainda referir que não existe um modelo único de cuidados centrados na pessoa, uma vez que existem demasiadas especificidades e muitos contextos diferentes, com valores, preferências e necessidades diferentes (OMS, 2015).

Para colmatar estas dificuldades na elaboração de um modelo único, foram definidos 5 objetivos interdependentes a ter em conta na orientação dos cuidados, sendo eles: capacitar e envolver as pessoas; fortalecer o governo e a sua responsabilidade; reorientar o modelo de cuidados; coordenação de serviços; criar um ambiente favorável (OMS, 2015).

Quando se fala em capacitar e envolver as pessoas, pretende-se fornecer oportunidades, habilidades e recursos às mesmas, que lhes permitam tomar decisões esclarecidas e eficazes sobre a sua própria saúde, permitir que as comunidades se envolvam ativamente no desenvolvimento de ambientes saudáveis e contribuam para uma parceria na criação de políticas públicas saudáveis (OMS, 2015). Nesta linha de pensamento, o empoderamento contribui para uma relação igualitária e recíproca na prestação de cuidados entre os profissionais e a pessoa, família e comunidade, melhorando a sua experiência de cuidado, através da escolha dos comportamentos saudáveis a adotar e a sua capacidade de se autocuidar (OMS, 2015). O envolvimento das comunidades ajuda a definir o melhor plano de financiamento, o planeamento e a prestação de cuidados, contribuindo para a mudança e reforço da qualidade dos cuidados, focando-se no acesso universal aos cuidados de saúde, equidade, justiça social, solidariedade, coesão social, interligação e colaboração entre os setores da saúde e os outros setores da sociedade (OMS, 2015).

Para o fortalecimento do governo e da sua responsabilidade, é necessária a melhoria no

diálogo, formulação e avaliação de políticas em conjunto com os cidadãos, no sentido de promover a transparência, coerência e consenso na tomada de decisões relacionadas com a proteção e melhoria do bem-estar das suas comunidades, através da confiança e de uma administração eficaz (OMS, 2015).

Reorientar o modelo de cuidados significa que se deve investir nos cuidados de saúde primários e nos cuidados na comunidade, e, criar estratégias que possibilitem a mudança de cuidados em internamento para cuidados em ambulatório/domicílio. Isto requer o investimento em cuidados de saúde holísticos e abrangentes, incluindo a promoção da saúde e a prevenção da doença, que apoiem a saúde e o bem-estar das pessoas (OMS, 2015).

Com a coordenação dos serviços pretende-se que nos vários setores da saúde, os cuidados e os vários profissionais estejam organizados segundo a mesma filosofia, de modo a que a prestação de cuidados seja articulada nos diferentes serviços, se centre nas necessidades e preferências das pessoas e que permita uma continuidade de cuidados eficaz e satisfatória para as mesmas (OMS, 2015).

Esta coordenação de setores da saúde também inclui a articulação com outros setores, que não sejam de prestação direta de cuidados, mas que contribuem significativamente para a qualidade dos mesmos: serviço social, educação, trabalho, habitação, medicina tradicional e complementar, setor privado, entre outros (OMS, 2015).

Para que isto resulte, urge eliminar algumas barreiras, tais como: barreiras administrativas, de informação e no financiamento (OMS, 2015).

No que concerne ao último objetivo, é imprescindível a criação de um ambiente favorável que estimule a mudança e que permita a operacionalização do modelo de cuidados centrados na pessoa, quer a nível político, quer a nível financeiro, destacando-se a importância de uma liderança/gestão eficazes (OMS, 2015). Esta mudança deve sempre ser orientada no sentido da procura da melhoria e da segurança nos cuidados, em que os profissionais de saúde têm um papel preponderante. A sua abordagem e intervenções junto da pessoa e da comunidade devem ser reorganizadas, melhorar o trabalho em equipa, utilizar os dados de forma mais eficaz e estarem motivados para a mudança e inovação na prestação de cuidados, tendo por base um padrão de qualidade (OMS, 2015).

Para a aplicação do modelo de cuidados centrados na pessoa, é fundamental o contributo da profissão de enfermagem, sendo que esta tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano saudável ou doente, ao longo do seu ciclo vital, promovendo a manutenção, melhoria ou recuperação do seu estado de saúde, tentando alcançar a sua máxima capacidade funcional, no menor tempo possível (Lei n.º 156/2015, OE, 2015).

O enfermeiro é o profissional com competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem, através de intervenções autónomas e interdependentes, ao indivíduo / família / grupos / comunidades, contribuindo para a promoção da saúde (Lei n.º 156/2015, OE, 2015).

As intervenções de enfermagem preveem uma interação entre o enfermeiro e a pessoa/família, sustentada na relação de ajuda e com recurso a uma metodologia científica – o

processo de enfermagem. Este processo baseia-se na identificação de problemas de saúde, colheita e análise de dados, formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento, execução, avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e reformulação das intervenções, se necessário (Lei n.º 156/2015, OE, 2015).

## 2.1 - CUIDADOS DO EESMO CENTRADOS NA PARTURIENTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Como já referido anteriormente, os cuidados de saúde e, por conseguinte, os cuidados de enfermagem, tornaram-se mais exigentes a nível técnico e científico, resultando a necessidade de maior diferenciação e especialização na área de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, OE, 2019).

O enfermeiro especialista é um enfermeiro com a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade. As competências comuns do enfermeiro especialista, englobam várias dimensões: educação dos utentes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança e investigação que contribui para o desenvolvimento contínuo da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, OE, 2019).

O EESMO é o profissional que presta cuidados de enfermagem especializados à mulher, ao longo do seu ciclo reprodutivo, através de intervenções autónomas nas situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco (Regulamento n.º 391/2019, OE, 2019). Assim, na área da saúde materna e obstétrica, adaptando o modelo de cuidados centrados na pessoa, os cuidados são centrados na mulher.

O conceito de mulher é entendido, como a “entidade beneficiária de cuidados de enfermagem dessa especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.” (Regulamento n.º 391/2019, OE, 2019, p.13561). Nesta perspetiva, a mulher, “deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais.” (Regulamento n.º 391/2019, OE, 2019, p.13561).

Do seu ciclo reprodutivo faz parte a gravidez. A OMS emitiu umas recomendações sobre o atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva, evidenciando a necessidade de promover um atendimento respeitoso, individualizado, centrado na pessoa, recorrendo a práticas clínicas eficazes, oferecendo informações relevantes e oportunas, promovendo apoio emocional e psicossocial por parte dos profissionais (OMS, 2018b).

Em muitas maternidades, considera-se existirem alguns entraves à mudança de um modelo biomédico ainda existente, para um modelo de cuidados centrados na mulher (OE, 2015), pelo que urge uma mudança na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher grávida/parturiente/puérpera/casal. Isto só é possível recorrendo à prática baseada na evidência

científica e ao empoderamento da profissão de enfermagem (OE, 2015).

Assim, defende-se que a prestação de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica deve ter por base um modelo de assistência em que o enfermeiro trabalha em parceria com a mulher, colocando-a no centro dos cuidados - modelo de cuidados centrados na mulher. Este modelo exige uma adequação dos cuidados às reais necessidades e desejos da mulher, permitindo uma escolha informada sobre a sua saúde, garantindo a continuidade dos cuidados, o seu envolvimento, a eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade (OE, 2015). Com este modelo pretende-se capacitar a mulher, compreendendo e enfatizando as suas forças e competências que contribuam para a realização de um trabalho de parto e parto fisiológicos, num local escolhido por ela (OE, 2015).

As mulheres têm demonstrado maior satisfação com o seu parto quando este resulta num parto natural e quando a qualidade da assistência prestada é favorável e adequada aos seus ideais (OE, 2015).

Os cuidados prestados pelo EESMO baseiam-se na normalidade, individualidade, continuidade dos cuidados, flexibilidade, criatividade, capacitação e empoderamento, apoio, respeito pelas diferenças culturais e crenças, relação de confiança com a parturiente (OE, 2015).

Para o EESMO ser uma referência na qualidade dos cuidados é imprescindível a atualização constante dos seus conhecimentos tendo por base os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros: Satisfação das utentes; Promoção da Saúde; Prevenção de Complicações; Autocuidado e bem-estar; Readaptação funcional; Organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2018).

Este relatório centra-se numa das fases da gravidez, mais propriamente no trabalho de parto. O EESMO cuida da parturiente inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, realizando o parto num ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação ao meio extrauterino (Regulamento n.391/2019, OE, 2019).

Entende-se por parturiente, a mulher grávida que se encontra em trabalho de parto. Este pode ser definido como um conjunto de fenómenos fisiológicos, que resultam na extinção e dilatação do colo uterino, propiciando a progressão fetal pelo canal de parto e culminado com a sua expulsão para o exterior (Fatia & Tinoco, 2016).

Com o passar dos tempos, os partos deixaram de ser realizados em casa e passaram a ser realizados em unidades de saúde. Um dos maiores desafios atuais é encontrar um ponto de equilíbrio entre a diminuição de intervenções muito rotineiras e “medicalizadas”, e, proporcionar um parto fisiológico e atendimento humanizado para todas as mulheres.

Nesta linha de pensamento, o cuidado centrado na pessoa, foi recentemente destacado como uma abordagem promissora na assistência ao parto, baseada em evidência científica, adaptada às necessidades de cada mulher e proporcionando a equidade nos cuidados (Rubashkin et al., 2018).

Pretende-se que cada mulher tenha uma experiência de parto positiva, uma boa gestão da dor e, concomitantemente, diminuição do medo e da ansiedade relacionados com o parto, sendo que para isso, é necessário que a mulher detenha um conhecimento prévio acerca do processo de

parto (Prata et al., 2015).

Por outro lado, uma mulher com pouco conhecimento acerca do processo de parto, nomeadamente, sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor, contribui para receber cuidados centrados num modelo biomédico, diminuição da sua autonomia e da participação ativa no seu trabalho de parto (Prata et al., 2015).

Sabe-se que as grávidas com um grau de escolaridade mais elevado e as múltiparas são as que possuem um maior conhecimento acerca do trabalho de parto e parto (Prata et al., 2015), pelo que o EESMO deve estar desperto para esta situação, apoiando e promovendo a literacia sobre a gravidez e trabalho de parto nas grávidas com menores conhecimentos.

Assim, o EESMO tem um papel fundamental na educação da mulher e pessoa significativa desde o período preconcecional. O EESMO, nas suas intervenções junto da mulher grávida e pessoa significativa, deve informá-los e orientá-los sobre estilos de vida saudáveis, prepará-los para o parto e parentalidade responsável, orientá-los na elaboração do seu plano de parto, aconselhando-os e apoiando-os na tomada de decisão (OE, 2015; Prata et al. 2015).

Como já foi referido, atualmente, assistimos à transferência progressiva de responsabilidade na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde, do profissional para a pessoa alvo dos cuidados. No âmbito da gravidez, o mesmo acontece: defende-se, cada vez mais, o aumento da responsabilidade e autonomia da grávida para atingir um determinado estado de saúde e adquirir o seu *empowerment* (D. Silva et al., 2015).

Para que a mulher tenha a capacidade para fazer escolhas e tomar decisões, necessita de estar empoderada. Neste sentido, a grávida empoderada tem conhecimento e possui autonomia para gerir a sua gravidez e trabalho de parto, contribuindo para o seu sucesso e satisfação pessoal (Prata et al., 2015).

Sendo que cada grávida é única, com a sua individualidade, experiências anteriores, crenças, necessidades e preferências, o EESMO, deve conhecer e ter acesso a essas informações para poder adequar os seus ensinamentos e prestar cuidados de enfermagem eficazes, que promovam o empoderamento e a autoeficácia da grávida na gestão ativa do seu trabalho de parto (Prata et al., 2015). Pela importância do seu papel empoderador nos cuidados à mulher grávida/parturiente/puérpera, o EESMO é um profissional de referência na promoção de um cuidado humanizado, através da transmissão de informação credível e de confiança, promotor de autonomia e potenciador de sentimentos e expectativas positivas, capacitando-a para o parto e para a maternidade (D. Silva et al., 2015).

Este empoderamento é possível através do estabelecimento de uma relação terapêutica, em que o enfermeiro desenvolve ações educativas individualizadas para cada mulher, promove o aumento do conhecimento sobre si própria e sobre o seu meio envolvente, ensinando-lhe estratégias para a mudança no seu comportamento e que lhe permitam melhorar a sua saúde (D. Silva et al., 2015).

Depreende-se assim que, para que a grávida se sinta empoderada no seu trabalho de parto, é importante todo o conhecimento adquirido desde o período preconcecional, sendo o EESMO um profissional de excelência na abordagem à grávida. De ressaltar ainda, a necessidade de

articulação dos vários setores da saúde, para que as informações e ensinamentos transmitidos à grávida sejam congruentes e exequíveis.

## 2.2 - A TEORIA DOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON APLICADA AO MODELO CUIDADOS CENTRADOS NA PARTURIENTE

A procura de conhecimento impulsionou a formulação de teorias para desenvolver a investigação e a prática profissional, verificando-se o crescimento e o desenvolvimento da educação e da literatura em enfermagem, nos últimos 50 anos (Alligood, 2011). Sendo assim, pode afirmar-se que as teorias são importantes, tanto para a disciplina, como para a profissão de enfermagem, na medida em que permitem apresentar o conhecimento de forma sistematizada, e a partir daí, o enfermeiro poder organizar o pensamento crítico e a tomada de decisão, melhorar a prestação de cuidados (facilita a organização dos dados e o planeamento de intervenções) e aumentar a autonomia profissional (Alligood, 2011).

A teoria dos cuidados (*Caring Theory*) de Kristen Swanson desenvolvida de maneira indutiva, a partir de 1988, resultou da realização de várias investigações (Wojnar, 2011). Durante o seu percurso académico de doutoramento e pós-doutoramento, a teórica realizou três estudos fenomenológicos, em que foram abordados os significados dos cuidados para as mulheres que passaram por um processo de aborto, para profissionais e famílias de crianças internadas em cuidados intensivos neonatais e para mães em acompanhamento por alto risco social (Wojnar, 2011). Estes estudos serviram de base para a construção da teoria dos cuidados, sendo uma teoria de médio alcance (Swanson 1991, 1993). Este tipo de teoria tem um enfoque mais específico e menor nível de abstração do que as teorias de enfermagem (Chin & Kramer, 2008; Fawcett, 2005; citados por Alligood, 2011), sendo por isso considerada mais precisa, procurando responder a questões específicas na prática de enfermagem (Alligood, 2011).

Para conhecer a teoria de cuidados de Swanson, importa descrever cada conceito do metaparadigma de enfermagem (Enfermagem, pessoa, saúde, ambiente), à luz da sua teoria, para depois “transportar” para o modelo de cuidados centrados na parturiente.

Swanson (1993), definiu enfermagem como o cuidar informado para o bem-estar dos outros, onde o significado do informado se refere ao conhecimento empírico próprio da enfermagem, o ético, o pessoal e estético de cada enfermeiro que cuida, oriundo das ciências humanas, da experiência clínica, dos valores sociais e das expectativas dos intervenientes.

A pessoa, na perspetiva de Swanson (1993), é entendida como um ser único, com pensamentos, sentimentos e comportamentos, cujas experiências de vida são influenciadas pela transmissão da carga genética e espiritual, bem como pela capacidade para exercer o livre arbítrio. É um ser em crescimento, dinâmico, em constante interação com o meio ambiente envolvente, sendo moldado por este. Swanson (1993), acrescenta que a pessoa alvo dos cuidados, pode ser um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade.

Relativamente à saúde, Swanson (1993) afirma que se procura restabelecer o bem-estar,

sendo um processo complexo de cuidado e de cura, em que se pretende eliminar a dor interior, encontrar novos significados e renovar a integridade. O foco do enfermeiro centra-se em ajudar a pessoa a atingir o seu ideal de vida ou bem-estar a todos os níveis (incluindo espiritualidade, pensamentos, sentimentos, inteligência, relacionamentos, entre outros), e não só a melhoria da própria doença (1993).

O ambiente, segundo Swanson (1993), é definido de maneira situacional, consistindo num qualquer contexto que influencia ou é influenciado pela pessoa, através de vários fatores: culturais, sociais, biofísicos, políticos, económicos, psicológicos, espirituais, entre outros.

O cuidado de enfermagem é entendido como uma forma educativa de se relacionar com a pessoa, implicando responsabilidade e compromisso (Swanson, 1991).

A teoria dos cuidados de Kristen Swanson, pressupõe que a prestação de cuidados se baseia em 5 processos: conhecimento (*Knowing*); estar com (*being with*); fazer por (*doing for*); possibilitar/capacitar (*enabling*); manter a crença (*maintaining belief*) (Swanson, 1991).

Para Swanson (1991, 1993), manter a crença significa acreditar na capacidade do outro em ultrapassar um evento ou transição, encarando o futuro com sentido. O enfermeiro pretende ajudar e apoiar a pessoa a alcançar, manter ou reencontrar um significado realista nas suas experiências de saúde e doença, capacitando-a na sua escolha, tendo por base as suas vontades, limitações e recursos acessíveis (Swanson, 1991). Esta autora acredita que manter a crença na pessoa é a base do cuidar, fornecendo ao enfermeiro suporte sobre o que realmente é importante para a pessoa e como deve dirigir o seu cuidado (Swanson, 1993).

O conhecimento corresponde ao esforço, por parte do enfermeiro, em compreender os eventos que têm significado na vida da pessoa cuidada, centrando-se na mesma e descobrindo pistas sobre aspetos da sua condição e da sua realidade, sem criar ideias ou suposições preconcebidas (Swanson, 1991, 1993). O enfermeiro compreende a realidade da pessoa cuidada através de uma relação terapêutica e de compromisso, que é influenciada pela personalidade de cada um dos intervenientes e pela disposição do enfermeiro em conhecer o outro como um ser significativo e proporcionar-lhe bem-estar (Swanson, 1991, 1993).

Estar com, implica estar emocionalmente presente (e não apenas fisicamente), mostrar disponibilidade, demonstrando que a pessoa cuidada e as suas experiências são importantes e valorizadas pelo enfermeiro (Swanson, 1993). Esta presença emocional permite à pessoa partilhar significados, sentimentos (alegres ou dolorosos) e experiências vividas, pelo que o enfermeiro deve recorrer à escuta ativa e responder de forma reflexiva e responsável (Swanson, 1993).

Fazer pelos outros supõe fazer o que eles fariam por si próprios, se lhes fosse possível (Swanson, 1993). Neste contexto, o enfermeiro utiliza habilidades de comunicação interpessoal e desenvolve ações que promovem o bem-estar e preservam a integridade da pessoa a quem presta cuidados, proporcionando conforto e antecipando as suas necessidades (Swanson, 1993).

O cuidado prestado pelo enfermeiro deverá capacitar a pessoa para o autocuidado ao passar pelas transições da vida ou eventos desconhecidos, garantindo o seu bem-estar a longo prazo, através de: treino, informação e apoio para que ela viva a sua experiência; encorajar para

que se concentre nas questões importantes; ajudá-la a encontrar alternativas e incentivá-la à reflexão; oferecendo feedback; validação dos sentimentos e da realidade da pessoa (Swanson, 1993).

O EESMO, ao prestar cuidados de enfermagem centrados na parturiente, promove o seu empoderamento, devolvendo-lhe o protagonismo do parto e promovendo um parto fisiológico e humanizado (Oliveira et al., 2018). A enfermagem centrada nos cuidados à parturiente, assenta no estabelecimento de uma relação empática, baseada no respeito e no compromisso, entre o enfermeiro e a parturiente (e família), permitindo-lhes a integração das suas experiências significativas (Oliveira et al., 2018).

A teoria dos cuidados de Kristen Swanson pode ser aplicada aos cuidados centrados na parturiente, na medida em que a pessoa alvo dos cuidados é a parturiente, ser único, munido de pensamentos, sentimentos, comportamentos e crenças relativas ao parto, que o enfermeiro deve ter em conta, para tornar a experiência do parto positiva (segundo os seus desejos, podendo decidir a opção que mais lhe convier), alcançando o conforto e o bem-estar. Isto só é possível se o EESMO estiver disponível para estar com a parturiente e conhecer os seus desejos, crenças, o contexto em que está inserida, redes de apoio, e desse modo, planear as suas intervenções de modo a poder dar-lhe apoio e suporte no momento do parto (Oliveira et al., 2018). Ao fazer por, o EESMO, proporciona à parturiente os cuidados que ela própria faria, se lhe fosse possível e se estivesse capacitada para isso, suprimindo as suas próprias necessidades.

Pelo que foi exposto, pode deduzir-se que esta teoria se aplica ao modelo de cuidados centrados na parturiente, na medida em que o EESMO é o profissional com conhecimento informado para prestar cuidados humanizados e centrados na parturiente, no momento do parto, com vista a proporcionar-lhe o bem-estar em todo esse processo, através do conhecimento integral da parturiente, recorrendo a uma relação disponível e sensível às preferências e possibilidades da mesma. Assim, poderá capacitá-la para a sua autonomia no trabalho de parto e parto e ajudá-la a encontrar as soluções que lhe sejam mais significativas.

### **3- METODOLOGIA**

Com o intuito de identificar as intervenções do EESMO, baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente que promovem ganhos em saúde, foi realizada uma *scoping review*.

Uma *scoping review* representa uma metodologia que permite encontrar as evidências científicas mais atuais, sendo a primeira etapa no desenvolvimento de uma pesquisa (Peterson et al., 2017), fornecendo contributos para o tema de investigação e aumentando a qualidade nos cuidados de enfermagem.

Atualmente, é considerada um instrumento essencial para a enfermagem enquanto ciência, complementando com a experiência profissional, com vista a sustentar uma prática baseada na evidência (Amendoeira, 2018).

Assim desenvolveu-se uma *scoping review* com o tema “Do modelo de cuidados centrados na parturiente aos ganhos em saúde: a intervenção do EESMO”, aplicando o protocolo do *Joanna Brigs Institute*.

#### **3.1 - SCOPING REVIEW**

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

Relativamente à questão de revisão, foi definida a seguinte: Quais as intervenções do EESMO, baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente, que promovem ganhos em saúde?

Como objetivo pretende-se identificar as intervenções do EESMO, baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente, que promovem ganhos em saúde.

Após a definição da questão de revisão e identificação do objetivo, segue-se a definição de critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Os critérios de inclusão devem ser pertinentes, objetivos e inequívocos, de modo a promover uma resposta adequada à questão de revisão (Peters et al., 2017). Estes critérios devem designar a População, Conceitos e Contexto (PCC).

Neste sentido foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- . POPULAÇÃO: parturientes;
- . CONCEITOS: cuidados centrados na parturiente; enfermagem em saúde materna e

obstétrica; trabalho de parto e parto;

. CONTEXTO: hospitalar;

. TIPOS DE ESTUDO: quantitativos e qualitativos.

Quanto aos critérios de exclusão, consideram-se todos os que não estão contemplados nos critérios de inclusão.

A estratégia de pesquisa deve ser o mais abrangente possível, tendo em conta as limitações de tempo e recursos, por forma a identificar fontes primárias de evidências publicadas e não publicadas (literatura cinzenta ou difícil de localizar), bem como revisões (Peters et al.,2017).

A pesquisa foi realizada em 2 plataformas *online*: *EBSCOhost* (*Elton Bryson Stephens Company Host*) e *Pubmed*.

Os limitadores da pesquisa encontram-se definidos no Quadro n.º 1.

Quadro 1 – Limitadores de pesquisa

|   | EBSCOhost  |                   |   |   |                       | Pubmed  |
|---|--|-------------------|---|---|-----------------------|---|
|   | CINAHL Complete  | Medline Complete  | Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive | Cochrane Database of Systematic Review                  | Medic Latina          |   |
| L<br>I<br>M<br>I<br>T<br>A<br>D<br>O<br>R<br>E<br>S | Resumo disponível  | Resumo disponível | Texto Completo em PDF                             | Ano de Publicação - resenhas e protocolos:<br>2016-2021 | Texto Completo em PDF | Abstract<br>Free full text<br>Friso cronológico de 5 anos |
|   | Qualquer autor é enfermeiro  |                   |   |   |                       |   |
|   | Texto Completo em PDF  |                   |   |   |                       |   |
|   | TX (Texto completo)<br>Booleano/Frase<br>Buscar também no texto completo dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes<br>Friso Cronológico de março de 2016 a março de 2021; Texto Completo; |                   |   |   |                       |   |

Inicialmente, foram pesquisados cada um dos descritores *MeSH* (*Medical Subject Headings*) Browser, individualmente, nas bases de dados mencionadas anteriormente, no quadro 1. Seguidamente, cruzaram-se os descritores, relacionando-os através da conjunção AND, definindo-se a expressão de pesquisa: *Patient Centered Care AND Obstetric Nursing AND Labor*.

Após a realização da pesquisa pela aplicação da expressão delineada, nas bases de dados

supracitadas, identificaram-se 13 artigos, conforme se pode verificar na figura 1 – *Prisma Flow Diagram*.

Na etapa 2, *screening*, e após eliminação de 1 artigo por se encontrar duplicado, foram excluídos 2 outros, após leitura do título e resumo.

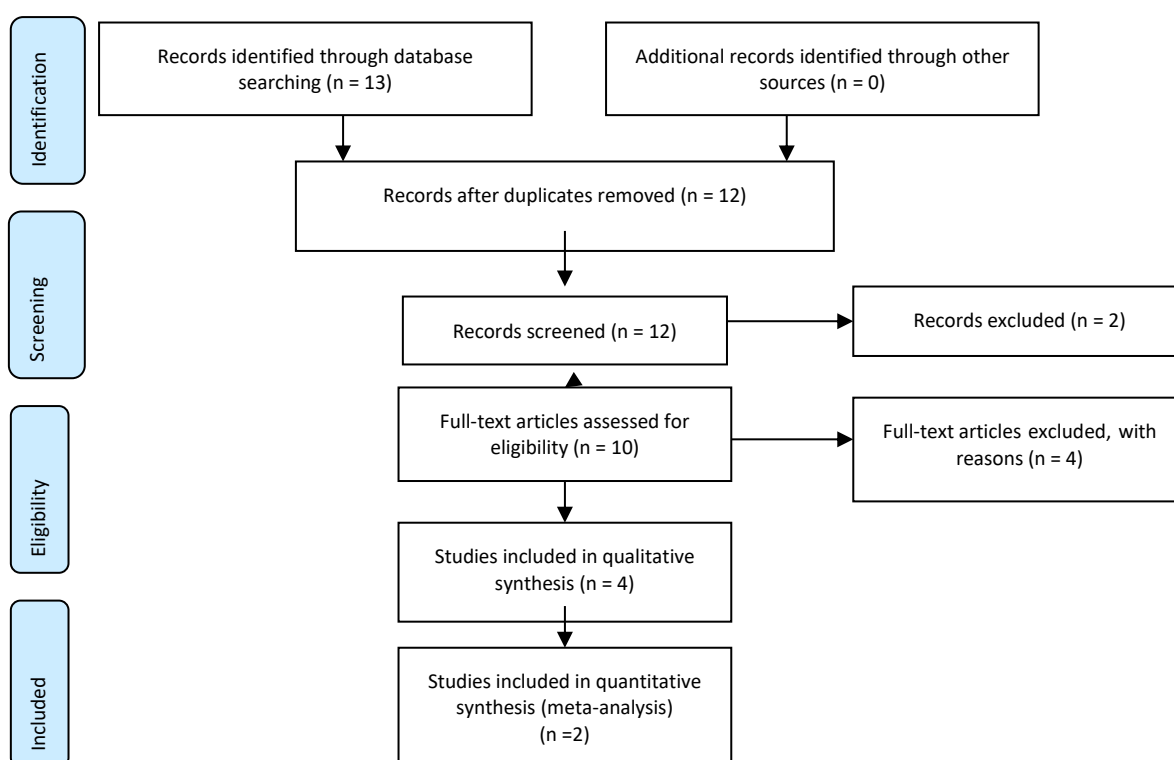
Na etapa de *eligibility*, os 10 artigos foram lidos na sua totalidade.

Destes 10 artigos, 4 foram excluídos, pelos seguintes motivos:

- 2 artigos por nenhum dos autores ser enfermeiro;
- 2 artigos por não dar contributos para a questão de revisão.

Finalmente, o número de artigos incluídos, foi 6, dos quais 4 são qualitativos e 2 mistos, com predominância do paradigma quantitativo.

### PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

Figura 1 - Prisma 2009 Flow Diagram

Os 6 artigos incluídos na pesquisa encontram-se resumidos no Quadro 2, que se encontra na página seguinte.

| Autores   | Revista                          | Ano, Volume da revista | Título do artigo   | Principais resultados   |
|---|----------------------------------|------------------------|--|---|
| Thales Philipe Rodrigues da Silva, Érica Dumont-Pena, Ana Maria Magalhães Sousa, Torcata Amorim, Luísa Castanheira Tavares, Débora Cabral di Pietra Nascimento, Kleyde Ventura de Souza, Fernanda Penido Matozinhos | Revista Brasileira de Enfermagem | 2019<br>72 (3)         | Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care   | . Importância do papel ativo do EESMO no Trabalho de Parto e Parto: promove “práticas claramente úteis e que devem ser implementadas na prática”; promove um parto humanizado e fisiológico, evitando intervenções desnecessárias, permitindo à parturiente adquirir a sua autonomia, ser a protagonista do seu trabalho de parto, receber cuidados seguros e de qualidade, ser informada e ter opção de escolha.   |
| Úrsula Silva, Betânia Maria Fernandes, Maione Silva Louzada Paes, Maria das Dores Souza, Daniela Aparecida Almeida Duque  | Journal of Nursing, UFPE On Line | 2016<br>10 (4)         | NURSING CARE EXPERIENCED BY WOMEN DURING THE CHILD-BIRTH IN THE HUMANIZATION PERSPECTIVE                           | Importância da comunicação verbal e não verbal, nomeadamente o toque, como facilitador na experiência de parto, agir com tranquilidade e paciência. Os enfermeiros sugeriram a utilização de recursos não farmacológicos para alívio da dor, fortalecendo a confiança e a relação profissional/utente e a humanização do parto. É importante respeitar a individualidade e as preferências de cada utente. Para um parto humanizado é necessário estimular e dar o protagonismo à mulher. A necessidade de substituição do modelo de cuidados baseado no modelo biomédico para um modelo mais humanizado baseado no respeito e na qualidade dos cuidados, surge da evidência científica. É necessário promover uma educação continuada dos profissionais.   |
| Andrew Hunter, Declan Devane, Catherine Houghton, Annmarie Grealish, Agnes Tully, Valerie Smith   | BMC Pregnancy and Childbirth     | 2017<br>17             | Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences | Intervenções que contribuem para o modelo de cuidados centrados na parturiente: Encarar a gravidez como um processo fisiológico; Ouvir e respeitar os desejos da mulher, os fatores sociais, as suas crenças, cultura, seguir o seu plano de parto, dar-lhe oportunidade de escolha; Reconhecer as suas experiências anteriores e os seus receios; Evitar intervenções desnecessárias; Promover um ambiente calmo e silencioso na sala de parto; Educar as mulheres quanto às opções de cuidados; Potenciar a autonomia da mulher, o empowerment, trabalhar em parceria e tomar decisões partilhadas, depois de devidamente informada e esclarecida; Educação dos profissionais sobre o modelo de cuidados centrados na mulher, envolvendo toda a equipa multidisciplinar; Garantir a continuidade da qualidade dos cuidados não só durante a gestação, mas também durante o trabalho de parto e no período pós-natal; Evitar cuidados fragmentados; Melhorar comunicação na partilha de informação e no trabalho em parceria, promovendo suporte emocional para a escolha informada; Potenciar a flexibilidade no atendimento às mulheres, nomeadamente em relação aos Planos de Parto e à rotinização dos serviços; Os cuidados centrados na mulher são essencialmente praticados por EESMOS. |

|  |   |                         |  |  |
|--|---|-------------------------|--|--|
| <p>Agegnehu Bante, Kedir Teji, Berhanu Seyoum, Abera Mersha</p>  | <p>BMC<br/>Pregnancy and<br/>Childbirth</p> | <p>2020<br/>20 (86)</p> | <p>Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia: a cross-sectional study</p>              | <p>As mulheres valorizam a cortesia e a cordialidade no atendimento. Intervenções que favorecem cuidados respeitosos na maternidade: cuidados amigáveis, não abusivos, oportunos e não discriminativos. Será necessário o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar para prestar cuidados respeitosos e compassivos às mulheres grávidas. Deverão desenvolver-se medidas que possibilitem transformar o modelo de cuidados centrados na pessoa.</p>   |
| <p>Patience A. Afulani, Laura Buback, Ann Marie Kelly, Leah Kirumbi, Craig R. Cohen, Audrey Lyndon</p> | <p>Reproductive<br/>Health</p>              | <p>2020<br/>17 (85)</p> | <p>Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya</p>  | <p>Procedimentos para facilitar a comunicação: Apresentar-se às mulheres; chamar as mulheres pelo nome; Pedir permissão ou consentimento antes dos procedimentos; Envolver as mulheres e as suas famílias nas decisões sobre seus cuidados. Existem algumas barreiras à comunicação eficaz e ao respeito pela autonomia das mulheres, sendo importante o treino de competências para melhorar a interação entre a mulher e os profissionais, bem como, educar as mulheres sobre seus direitos, capacitando-as e empoderando-as para serem elementos ativos nos seus cuidados, e assim, receberem cuidados de alta qualidade. Ao melhorar as habilidades de comunicação nas situações mais difíceis, pode-se aumentar a cooperação das mulheres, praticando um modelo de cuidados centrados na mulher.</p>  |
| <p>Zoe Bradfield, Yvonne Hauck, Michelle Kelly, Ravani Duggan</p>                                      | <p>BMC<br/>Pregnancy and<br/>Childbirth</p> | <p>2019<br/>19 (29)</p> | <p>"It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife model</p> | <p>A relação profissional e a confiança desenvolvidas entre o profissional e a utente são fulcrais para o apoio à mulher em Trabalho de Parto e Parto; a relação deve ser baseada na compreensão e no conhecimento, promovendo um cuidado culturalmente seguro, através de um atendimento responsivo e respeitoso para com as mulheres e famílias de diversas origens étnicas e culturais. Deve-se envolver também a pessoa significativa e família, colocando-os no centro da experiência do cuidado. Conhecer a mulher, os seus problemas clínicos, as suas esperanças e planos para a experiência do parto aumentam a capacidade dos EESMOs apoiarem as mulheres nas suas escolhas. Com este modelo, as mulheres sentem-se cuidadas com respeito e dignidade durante o seu trabalho de parto e parto, por parte das parteiras. As mulheres sentem que a relação estabelecida com as parteiras contribui de forma significativa para ultrapassar os momentos de maior dificuldade. Ao participar e colaborar nas decisões, as mulheres sentem-se envolvidas e empoderadas no processo de cuidados. Existem barreiras para aplicação do modelo de cuidados centrados na mulher. Relacionamento é a chave.</p> |

Quadro 2- Artigos que cumprem critérios de elegibilidade

### **3.1.1 - Análise e discussão dos resultados**

Os dados para responder à questão de revisão e objetivos foram obtidos através do preenchimento do instrumento de extração de dados que consta do Apêndice II, submetendo cada artigo a nove categorias sendo elas: autores, ano de publicação, país de origem, objetivos do artigo, metodologia/métodos, fontes de pesquisa, interpretação desenvolvida, nível de evidência e contributos para a *scoping review*.

Neste subcapítulo, apresenta-se a análise dos artigos selecionados, inter-relacionando-os e realizando a respetiva discussão, de modo a evidenciar os contributos para a questão de revisão: “Quais as intervenções do EESMO, baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente que promovem ganhos em saúde?”.

Da análise emergiram 4 subtemas relacionados com aplicação do modelo de cuidados centrados na parturiente:

- . Humanização do parto;
- . Parceria nos cuidados; Comunicação; relação terapêutica EESMO/parturiente;
- . Educação para a saúde e literacia em saúde;
- . Dificuldades na aplicação do modelo de cuidados centrados na parturiente.

#### **A humanização do parto**

A análise efetuada evidencia que o modelo de cuidados centrados na parturiente está intimamente ligado às questões do parto humanizado, defendido pela OMS (2018a).

T. Silva et al. (2019), referem que nos últimos anos, tem-se assistido a várias transformações científicas na sociedade, em que se privilegia a tecnologia, o benefício económico e a ciência biomédica, com forte influência no cuidado prestado às mulheres durante o trabalho de parto e parto.

De referir que o ato de parir sofreu algumas alterações, passando a ser um evento hospitalar e cirúrgico, contribuindo para a medicalização do corpo feminino e para a perda da autonomia da parturiente (Leal et al., 2020).

Atualmente, muito se tem falado da humanização do parto e da necessidade de diminuir as intervenções desnecessárias, bem como o excesso de medicação no parto e que colocam em perigo a saúde materna e neonatal, contudo, ainda se verificam essas práticas em algumas unidades de saúde (Leal et al., 2020).

Sabemos que a gravidez e o parto são acontecimentos significativos na vida da mulher/casal/família, mas que também, são momentos de grande vulnerabilidade e geradores de alguma ansiedade (OE, 2019). Para além da segurança pretendida nos cuidados obstétricos, cada vez mais, a mulher e família, têm procurado o respeito pelos direitos humanos, nomeadamente: autonomia, dignidade, ter direito às suas escolhas e preferências, bem como acesso aos melhores

cuidados de saúde (OE, 2019).

Nesta linha de pensamento, podemos afirmar que o papel da mulher se encontra em transformação e que temos experienciado uma mudança de paradigma nos cuidados obstétricos à mulher, na medida em que esta tem maior acesso e maior interesse na procura de informação sobre o trabalho de parto, tornando-a mais proativa neste processo (OE, 2019).

Assim, o EESMO deve acompanhar estas transformações da sociedade, bem como, agir de acordo com as exigências da mulher/casal, contribuindo para a mudança de paradigma nos cuidados de saúde (OE, 2019).

O EESMO é o profissional qualificado para a assistência à parturiente, na medida em que pode implementar práticas de humanização, que respeitam as escolhas e necessidades da parturiente e incentivam a realização de um parto fisiológico, baseando a sua prática na evidência científica (Duarte et al., 2020; Leal et al., 2020; T. Silva et al., 2019; Ú. Silva et al., 2016).

A humanização em saúde salvaguarda a valorização da dignidade humana durante a prestação de cuidados, baseando-se no respeito à individualidade (Leal et al., 2020).

Neste sentido, a humanização dos cuidados à mulher grávida pressupõe reconhecer a sua individualidade, as suas necessidades e desejos, estabelecer com ela uma relação que lhe proporcione segurança, lhe dê protagonismo e empoderamento, sem recorrer a relações desiguais e autoritárias por parte dos profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade nos cuidados com o parto (Leal et al., 2020).

O parto deve estar centrado no protagonismo da parturiente, evidenciando a fisiologia do corpo feminino em detrimento do tecnicismo associado à “obstetrícia moderna” (Duarte et al., 2020; T. Silva et al., 2019; Ú. Silva et al., 2016).

Existem determinadas práticas que podem favorecer ou desfavorecer a humanização do parto. T. Silva et al. (2019) e a OMS (2018a), sugerem que os cuidados obstétricos realizados por profissionais que assistem a grávida em trabalho de parto e parto podem ser divididos em três categorias:

- Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas;
- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- Práticas usadas de modo inapropriado no momento do nascimento.

Segundo T. Silva et al. (2019), nas parturientes cujo trabalho de parto culminou em parto por via vaginal, as práticas obstétricas claramente úteis e que devem ser estimuladas, foram predominantemente utilizadas pelo o EESMO com papel ativo na vigilância do trabalho de parto, destacando: permissão à grávida para ingerir dieta, permissão de movimento e escolha da posição, preenchimento do partograma, recurso a medidas não farmacológicas para alívio da dor (T. Silva et al., 2019). Sousa et al. (2016) e Leal et al. (2020), recomendam estas práticas, baseando-as em evidências científicas, que se coadunam com as práticas recomendadas pela OMS (2018a) e pela OE (2019), em detrimento do modelo biomédico/tecnocrata, nomeadamente na redução de intervenções desnecessárias e na promoção de um parto fisiológico e humanizado.

Ú. Silva et al. (2016), evidenciam, também, que os enfermeiros incentivam o recurso a medidas não farmacológicas para alívio da dor, destacando a massagem e o banho de chuveiro, que contribuem para o conforto e bem-estar da parturiente, fortalecendo a relação entre o

profissional e o utente, bem como o aumento da confiança entre os mesmos.

Preconiza-se que o EESMO, juntamente com a restante equipa multidisciplinar, valorizem a mulher, que a ajudem no processo de parto, respeitem o seu tempo, promovam o recurso a medidas não farmacológicas para relaxamento e alívio da dor, tais como massagem, banho, movimentação e deambulação, exercícios respiratórios, toque reconfortante e bola de Pilates, pois estas são simples, baratas e seguras, fomentam a participação ativa da mulher no trabalho de parto e parto, são utilizadas em várias culturas, sendo valorizadas quer pelos profissionais, quer pelas parturientes (OE, 2019; U. Silva et al., 2016).

No que concerne às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, nomeadamente, a realização de tricotomia, a realização de enema e a realização de manobra de *Kristeller*, só aconteceram nos hospitais em que não existiam EESMOs. Relativamente à “posição deitada de costas com as pernas levantadas” (litotimia), foi maioritariamente usada nos hospitais sem a presença de EESMO (T. Silva et al., 2019).

Os mesmos autores nomearam ainda algumas práticas de cuidados usadas de modo inapropriado no momento de trabalho de parto e parto, concluindo que a administração de ocitocina, de terapêutica analgésica e a realização de episiotomia foram superiores nos hospitais sem a presença de EESMO. A realização de amniotomia foi semelhante nos hospitais, com e sem EESMO com papel ativo na prestação de cuidados à parturiente (T. Silva et al., 2019).

Tanto as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, como as práticas usadas de modo inapropriado no momento do nascimento, se coadunam com as práticas não recomendadas pela OMS (2018a) e pela OE (2019).

Hunter et al. (2017) reforçam que a gravidez e o nascimento são processos normais/fisiológicos, acrescentando a noção de que não são uma doença.

Os mesmos autores, sugerem como estratégias para “normalizar” a gravidez e parto, as seguintes: respeitar os desejos da mulher, seguir o seu plano de parto, dar-lhe oportunidade de escolha, evitar demasiadas intervenções desnecessárias e preparar o meio ambiente (calmo, silencioso, pouco iluminado, música agradável, cheiro a lavanda...) (Hunter et al., 2017), estratégias estas, que vão ao encontro dos resultados obtidos por Ú. Silva et al. (2016) e T. Silva et al. (2019), descritos anteriormente, quando defendem a humanização do parto.

Para complementar estes resultados, Duarte et al. (2020), acrescentam que o EESMO deve promover um ambiente silencioso e confortável, destacando a importância dos métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor associada ao trabalho de parto e parto, promovendo a autonomia da mulher nas escolhas mais seguras e confiáveis.

Neste sentido, destaca-se o respeito no conceito de proteção da normalidade: respeito pela mulher, respeito pelo processo de gravidez e pelos cuidados centrados na mulher, com o menor número de intervenções possível (Hunter et al., 2017). Para as mulheres, o respeito significa sentirem-se ouvidas e serem reconhecidas como uma pessoa com experiências anteriores, preferências e potenciais receios sobre o parto (Hunter et al., 2017).

Outro aspeto importante a referir é a continuidade dos cuidados, não só durante a gravidez, mas também, durante o trabalho de parto e no período pós-natal, garantindo uma consistência nos cuidados e a melhoria da qualidade (Hunter et al., 2017). Algumas mulheres expressaram

insatisfação com os serviços hospitalares, onde foram consultadas por médicos diferentes e não por uma equipa consistente (Hunter et al., 2017).

Assim, o cuidado fragmentado, aumenta a perceção da inconsistência na prestação de cuidados à grávida, uma vez que diferentes profissionais trabalham paralelamente, em vez de comunicarem efetivamente uns com os outros (Hunter et al., 2017). A existência de diferentes prestações de serviços no período perinatal, que funcionam de forma independente ou separadas umas das outras (cuidados pré-natais; parto; pós-parto) contribuem para a fragmentação dos cuidados (Hunter et al., 2017).

Num estudo realizado na Etiópia, para avaliar a situação face aos cuidados respeitosos e os fatores associados, nas maternidades desse país, os autores concluem que as mulheres que planearam a gravidez, que realizaram vigilância pré-natal, que tiveram o seu parto num hospital privado e cujo parto terminou sem complicações, consideraram receber cuidados mais respeitosos em comparação com as grávidas que não planearam a gravidez, que não realizaram vigilância pré-natal, que tiveram o seu parto num hospital público e com as que tiveram alguma complicação pós-parto (Bante et al., 2020).

As intervenções que favorecem cuidados respeitosos na maternidade resumem-se a cuidados amigáveis, não abusivos, oportunos e não discriminativos, sendo necessário o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar para prestar cuidados respeitosos e compassivos às mulheres grávidas (Bante et al., 2020; OE, 2019; OMS, 2018a).

Ú. Silva et al. (2016), indicam algumas atitudes dos enfermeiros que não contribuem para um parto humanizado, e que podem contribuir para violência obstétrica: uso da força física para facilitar a expulsão do feto, proibição de se expressar no momento de dor e falta de orientação sobre os procedimentos realizados, dificultando a participação ativa da mulher.

A análise da evidência científica mostra a necessidade de substituição do modelo de cuidados baseado no modelo biomédico para um modelo mais humanizado, baseado no respeito e na qualidade dos cuidados.

### **Parceria nos cuidados; comunicação; relação terapêutica EESMO/parturiente**

O EESMO deve basear a sua intervenção em modelos de assistência que privilegiem a parceria com a mulher, colocando-a no centro dos cuidados, isto é, modelo de cuidados centrados na mulher (OE, 2015). Segundo este modelo, o EESMO adequa os seus cuidados às reais necessidades mulher grávida/casal, permitindo que estes tomem decisões esclarecidas e informadas acerca da sua gravidez e promoção de um parto fisiológico, com recurso a estratégias de capacitação da mulher, baseadas na sua própria força e competências pessoais (OE, 2019).

O empoderamento é visto como um precursor dos cuidados centrados na mulher, altamente valorizado pelas mulheres ao longo do processo de gravidez e pode ter um impacto na escolha e autonomia das mulheres (Hunter et al., 2017).

A promoção da autonomia da mulher e o *empowerment*, estão relacionados com as experiências de poder, controle, conhecimento dos participantes e a sua influência na tomada de decisão informada, destacando a importância de ouvir, trabalhar em parceria e tomar decisões conjuntas, permitindo uma prestação de cuidados centrados na mulher (Hunter et al., 2017).

Para a existência de cuidados individualizados, seria importante melhorar a comunicação na partilha de informação e no trabalho em parceria, promovendo suporte emocional para uma escolha informada (Hunter et al., 2017).

Embora o relacionamento principal seja com a mulher, também se estende ao parceiro e outros membros da família, alargando o âmbito da prestação de cuidados para: a mulher e sua família no centro da experiência do cuidado (Afulani et al., 2020; Bradfield et al., 2019).

Capacitar as mulheres e as suas famílias para serem participantes ativos, com capacidade de decisão nos cuidados de saúde, fornecendo-lhes informação e obter o seu consentimento, contribui para que se envolvam no processo de cuidados, se preparem psicologicamente para os procedimentos e para suportar as consequências dos mesmos (Afulani et al., 2020).

O envolvimento da família prepara as famílias para quaisquer resultados adversos, dá-lhes tranquilidade porque percebem o que está a acontecer com a mulher, aumenta a responsabilidade da família no cuidado e promove a coesão familiar, facilitando a adesão, encaminhamento e continuidade dos cuidados (Afulani et al., 2020).

No entanto, nem todas as informações podem ser partilhadas com a família, havendo a necessidade de respeitar a preferência da mulher, sobre com quem partilhar suas informações (Afulani et al., 2020).

No que diz respeito aos cuidados prestados pelo EESMO no momento do parto, as parturientes mencionaram que a comunicação verbal e não verbal (destacando o toque) são elementos importantes, enfatizando também que as competências dos enfermeiros não se esgotam no saber técnico, mas que também ajudam a promover a humanização do cuidado (Ú. Silva et al., 2016).

A comunicação e o suporte emocional são de extrema importância para a prestação de cuidados individualizados, assim como a partilha de informação e a promoção do trabalho em parceria (Hunter et al., 2017). Melhorar a comunicação entre o profissional e a pessoa, contribui para a adesão aos cuidados de saúde e para obter as mudanças comportamentais desejadas (DGS, 2019). Sendo assim, pretende-se que o profissional use uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva; se envolva nos cuidados; estabeleça uma relação terapêutica; tenha controlo sobre a mensagem transmitida, utilizando informação simples, confiável e fidedigna (DGS, 2019).

Segundo Afulani et al. (2020), para uma comunicação eficaz na prestação de cuidados, o profissional deve adotar alguns procedimentos:

- Apresentar-se às mulheres (estas podem identificar quem cuidou delas, agradecer, recomendá-lo e recorrer novamente se houver complicações, motivar bons cuidados para evitar queixas, favorece a relação profissional/utente, aumenta o conforto, a confiança e a liberdade para abordar os problemas).

- Chamar as mulheres pelo nome (demonstra reconhecê-las como pessoas, manifesta interesse, respeito e carinho; não deve identificá-las pelo número da cama, nem tratar por “você” ou “mãe”; promove segurança, na medida em que elas têm certeza de que as identificaram com precisão, não trocaram as suas informações clínicas, garantindo que os procedimentos e medicamentos são administrados às mulheres corretas).

- Pedir permissão ou consentimento antes dos procedimentos (aumenta a confiança, diminui

a resistência, promove a cooperação; respeito pelos direitos da mulher, evitando acusações ou ações judiciais; envolver a mulher e família, capacitando-os e empoderando-os nas tomadas de decisão e participação ativa).

- Envolver as mulheres e as suas famílias nas decisões sobre seus cuidados (a família sente-se informada e participativa, promove coesão familiar; facilita a adesão, encaminhamento e continuidade do cuidado). É importante verificar se as mulheres entendem as informações que lhes são fornecidas, através da repetição da informação pelas mulheres, dar tempo para perguntas, demonstrar e avaliar se as mulheres seguiram as instruções.

Para se promover a humanização do parto, associada a um modelo de cuidados centrados na parturiente, a relação estabelecida entre o EESMO e a mulher é o elemento-chave (Bradfield et al., 2019). Apesar destes autores se focarem no modelo de “enfermeira conhecida”, que não é utilizado em Portugal, nas instituições de saúde públicas, algumas considerações podem ser adaptadas ao modelo de cuidados centrados na mulher.

Nesta relação, a base para o sucesso de “estar com a mulher” durante o trabalho de parto e parto suportado no modelo de “parteira conhecida”, é a confiança (Bradfield et al., 2019).

É com base no estabelecimento de uma relação de confiança, que é possível “conhecer” a mulher e a sua família, os seus problemas clínicos, bem como os seus desejos e necessidades para o momento do parto, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e intuitivos, apoiando-os nas suas escolhas e ajudando-os a ultrapassar os momentos mais difíceis (Bradfield et al., 2019).

Isto só é possível através do estabelecimento de uma relação terapêutica, em que o enfermeiro desenvolve ações educativas individualizadas para cada mulher, promove o aumento do conhecimento sobre si própria e sobre o meio envolvente, ensinando-lhe estratégias para a mudança no seu comportamento e que lhe permitam melhorar a sua saúde (D. Silva et al., 2015).

As mulheres sentem-se envolvidas no processo de cuidados, quando lhes é permitido participar e colaborar, juntamente com o EESMO, nas decisões relacionadas com a sua gravidez e parto (Bradfield et al., 2019).

A relação entre o EESMO e a mulher deve ser caracterizada pela compreensão, conhecimento e confiança, promovendo o atendimento responsivo e respeitoso, incluindo as mulheres e famílias de diversas origens étnicas e culturais, promovendo um cuidado culturalmente seguro (Bante et al., 2020; Bradfield et al., 2019; Hunter et al., 2017).

Neste sentido, para garantir a prestação de cuidados centrados na mulher, através da construção de uma relação saudável entre a grávida e os profissionais de saúde, estes devem mostrar disponibilidade (Hunter et al., 2017), cordialidade e cortesia (Bante et al., 2020), tranquilidade e paciência (Ú. Silva et al., 2016), pois são características muito apreciadas pelas mulheres e que lhes proporciona conforto no momento do parto.

A experiência individual, o conhecimento profissional e a confiança do EESMO podem aumentar o potencial para prestar cuidados centrados na mulher (Hunter et al., 2017).

### **Educação e literacia em saúde**

A necessidade de investir na educação das mulheres quanto às opções de cuidados é

evidente, de modo a melhorar a qualidade geral dos cuidados centrados na mulher (Hunter et al., 2017).

Um aspeto fundamental no modelo de cuidados centrados na parturiente, é a parceria na tomada de decisão. Para isso, é necessário promover a educação, a qual só pode ser alcançada quando as partes envolvidas têm conhecimento sobre as opções de cuidados e quando tais opções se encontram realmente disponíveis (Hunter et al., 2017).

Só com uma correta partilha de informação, baseada no conhecimento profissional, se consegue promover a literacia em saúde e gerar impacto educacional (Hunter et al., 2017).

O EESMO, na vigilância da gravidez e nos programas de preparação para o nascimento, destaca-se pela importante promoção da saúde, pelo empoderamento das grávidas/pessoa significativa, pela promoção da autonomia e tomada de decisão em saúde (OE, 2019).

A grávida/parturiente deve ser educada sobre seus direitos, capacitada e empoderada para ser um participante ativo nos seus cuidados, e assim, receber cuidados de alta qualidade (Afulani et al., 2020; Bradfield et al., 2019; Hunter et al., 2017; T. Silva et al., 2019; Ú. Silva et al., 2016;).

Os profissionais precisam desenvolver/atualizar os seus próprios conhecimentos no que se refere ao trabalho de parto e parto (Hunter et al., 2017). Ú. Silva et al. (2016), reforçam esta ideia, referindo que é necessário promover uma educação continuada dos profissionais, em que seja enfatizada a ideia de que a mulher é a protagonista da sua gravidez, trabalho de parto e parto.

Aumentar o conhecimento interprofissional, permite o acesso a outros modelos de cuidados, sendo a confiança entre as profissões o ponto de partida para a mudança e para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados, bem como os resultados em saúde (Hunter et al., 2017).

A comunicação, tanto com as mulheres, como entre os vários profissionais da equipa multidisciplinar, tem impacto sobre os cuidados centrados na mulher, sendo que, quando há falta de compreensão comum entre os profissionais (obstetras e EESMOs), a qualidade no atendimento baseado no modelo de cuidados centrados na parturiente pode ser afetada de modo negativo (Hunter et al., 2017).

### **Dificuldades na aplicação do modelo de cuidados centrados na parturiente**

Apesar de reconhecida a importância dos cuidados centrados na mulher, estes ainda não são praticados regularmente nas unidades de saúde, sendo que as abordagens técnicas e médicas para o atendimento continuam a dominar em muitas unidades de saúde (Hunter et al., 2017).

Importa, por isso, conhecer as dificuldades que impedem uma prestação de cuidados centrados na parturiente.

Os recursos na assistência à maternidade ainda são muito limitados no que diz respeito à opção de escolha nos planos de parto e à flexibilidade em termos de local de atendimento, destacando-se a diferença entre a prestação de cuidados existente e um serviço focado na mulher, que oferece mais opções (Hunter et al., 2017).

A dificuldade em combater a padronização dos cuidados instituída, optando pela prestação de cuidados individualizados, pode condicionar uma abordagem de cuidados centrados na parturiente (Bradfield et al., 2019).

A estrutura organizacional e a ênfase na segurança podem limitar os cuidados centrados

na mulher e, comparando, os cuidados prestados nas unidades de saúde públicas com os cuidados prestados nas unidades de saúde privadas, estas podem oferecer mais continuidade e, portanto, ser mais centrados na mulher (Hunter et al., 2017).

Outra evidência que pode dificultar a implementação dos cuidados centrados na parturiente é a existência da diferença de abordagem e desequilíbrio de poder entre as profissões (Hunter et al., 2017). Por vezes, o entrave colocado pela equipa médica e pela filosofia das instituições, que não valorizam este trabalho realizado com as mulheres, pode condicionar a aplicação deste modelo, que só resulta na sua plenitude, se médicos e enfermeiros trabalharem em equipa (Bradfield et al., 2019). Muitas vezes, a exigência do envolvimento médico nos cuidados à mulher pode impactar a relação entre o EESMO e a mulher (Bradfield et al., 2019).

Algumas mulheres ainda desconhecem as alternativas aos cuidados medicalizados, considerando-os seguros e “normais” (Hunter et al., 2017). Embora os profissionais de saúde estejam cientes destas alternativas, sentem-se tão sobrecarregados com a manutenção de um serviço seguro, inserido num sistema com poucos recursos, sendo para eles um grande desafio melhorar a experiência das mulheres através de um cuidado centrados nas mesmas (Hunter et al., 2017).

Estes autores resumem as barreiras em 3 temas gerais: ambiente de trabalho; conhecimento, intenções e suposições do profissional; capacidade das mulheres em exigir ou comandar uma comunicação eficaz e respeito pela sua autonomia (Hunter et al., 2017).

Relativamente ao ambiente de trabalho, destacam-se como fatores dificultadores: falta de tempo; barreiras linguísticas; *stress* e *burnout*; cultura de trabalho na instituição (Hunter et al., 2017).

No que concerne à perceção de falta de tempo, esta funciona como explicação comum para negligenciar aspetos de comunicação e autonomia: os profissionais sentem que não têm tempo suficiente para se apresentar, conhecer as mulheres, explicar-lhes exames e procedimentos, discutir opções ou responder adequadamente às suas perguntas e das suas famílias (Hunter et al., 2017). A falta de tempo é frequentemente atribuída à falta de profissionais e grande número de utentes (Hunter et al., 2017), pelo que o rácio profissional/utente contribui significativamente para a qualidade dos cuidados prestados (Bante et al., 2020), e conseqüentemente, para aplicação do modelo de cuidados centrados na parturiente.

A existência de barreiras linguísticas serve de motivo para justificar o facto de não darem informações adequadas ou responder a perguntas, na medida em que as mulheres podem não interpretar bem as intenções dos profissionais e / ou sentirem-se desrespeitadas (Hunter et al., 2017).

Muitos dos motivos referidos pelos profissionais para não adotarem comportamentos de comunicação centrados na pessoa, estão relacionados com o *stress* e esgotamento, associados a fadiga, esquecimento, impaciência, irritabilidade e falta de atenção, devido ao elevado volume de trabalho, falta de consumíveis para trabalhar e, também, *stress* não relacionado com trabalho (Hunter et al., 2017).

A cultura dos cuidados praticados nas unidades de saúde influencia a comunicação eficaz com as mulheres. Nas unidades de saúde não é praticada uma cultura que defenda que os profissionais têm que se apresentar às mulheres (embora tivessem sido treinados na escola para

esse procedimento) e não existe responsabilização por quem deve comunicar determinadas coisas às mulheres (como existem vários profissionais envolvidos nos cuidados à mulher, esta pode não receber informação sobre determinado aspeto, porque cada um pode presumir que outro profissional o faça) (Hunter et al., 2017).

No que diz respeito à barreira do conhecimento, intenções e suposições do profissional, emergiram 4 subtemas: conhecimento e habilidade inadequados do profissional; esquecimento e comportamentos inconscientes; autoproteção e conforto; suposições sobre o conhecimento e as expectativas das mulheres (Hunter et al., 2017).

Alguns profissionais reconheceram que às vezes não conseguem comunicar de forma eficaz por falta de conhecimento ou habilidade, referindo incapacidade para compreender e responder a perguntas (nomeadamente, as mais delicadas) por receio de que as suas respostas possam perturbar ou assustar as mulheres, ou simplesmente porque não conseguem entender a mulher. Isso sugere uma falta de habilidades de escuta percetiva entre os profissionais, bem como, uma incapacidade de se comunicar com empatia (Hunter et al., 2017).

Às vezes, os comportamentos dos profissionais são subconscientes: esquecem-se de fazer certas coisas, como apresentar-se ou explicar procedimentos, porque não é algo feito frequentemente (Hunter et al., 2017). Outras vezes, o esquecimento destes procedimentos está associado ao *stress* e ao volume de trabalho ou à presença de casos emergentes (Hunter et al., 2017).

Por outro lado, os profissionais, por vezes, decidem conscientemente comportar-se de certa maneira para se proteger: não se apresentam porque não querem que as mulheres saibam os seus nomes, para não serem identificados no caso das mesmas não se sentirem bem cuidadas por eles; têm receio que as mulheres os chamem pelo nome, dentro e fora da instituição (em vez de pelo título) e que falem deles na comunidade (Hunter et al., 2017).

Os profissionais, às vezes, atribuem os seus comportamentos às suposições sobre o conhecimento e expectativas das mulheres, que podem ou não, estar corretos. Por exemplo, muitos profissionais dizem que geralmente não se apresentam porque presumem que as mulheres já os conhecem, quer pelo fardamento, quer pelos cartões de identificação (Hunter et al., 2017).

Alguns profissionais admitem não dar informações às mulheres ou pedir o seu consentimento, pois elas, supostamente, já sabem o que lhes está a acontecer, bem como o facto de que se se dirigem à instituição, pressupõe-se que elas consintam todos os cuidados prestados, não necessitando de pedir permissão ou consentimento para fazer algo (Hunter et al., 2017).

A última barreira identificada por estes autores relaciona-se com a falta de capacidade das mulheres em exigir ou comandar uma comunicação eficaz e respeito pela sua autonomia, subdividindo-se em 2 subtemas: falta de participação das mulheres e o empoderamento das mulheres, que é influenciado pelo preconceito do profissional (Hunter et al., 2017).

Algumas mulheres não fazem perguntas por causa do medo, vergonha e sensação de inferioridade relativamente aos profissionais (Hunter et al., 2017). Estes por sua vez, atribuem a falta de autonomia à passividade das mulheres (Hunter et al., 2017).

As interações entre ambos, podem ser influenciadas pelas características e comportamento dos profissionais (Hunter et al., 2017). As mulheres podem ser menos propensas a comunicarem

abertamente com profissionais do sexo masculino ou mais jovens, por medo, sensação de inferioridade ou timidez (Hunter et al., 2017).

Os profissionais tendem a fornecer mais informações e respeitar a autonomia das mulheres que eles consideram bem informadas, de *status* social mais elevado e/ou mais empoderadas, uma vez que estas conhecem os seus direitos, são mais exigentes e colocam mais questões (Hunter et al., 2017). Isto vai ao encontro do que foi mencionado por Prata et al. (2015), quando referiu que as grávidas com um grau de escolaridade mais elevado possuem um maior conhecimento acerca do trabalho de parto e parto. Por outro lado, uma mulher com pouco conhecimento acerca do processo de parto, geralmente, recebe cuidados centrados num modelo biomédico, tem pouca autonomia e a sua participação no trabalho de parto é diminuída (Prata et al., 2015), evidenciando o pouco investimento dos profissionais na educação e literacia, de pessoas com menos escolaridade. Assim, o EESMO deve estar desperto para esta situação, apoiando e promovendo a literacia sobre a gravidez e trabalho de parto nas grávidas com menores conhecimentos, para que estas possam alcançar uma experiência de parto positiva.

A presença do companheiro da mulher também influencia a comunicação e a autonomia. Quando as mulheres têm alguém para defendê-las, é mais provável que recebam mais informações sobre seus cuidados (Hunter et al., 2017).

Após a exposição das dificuldades que podem condicionar a implementação de um modelo de cuidados centrados na parturiente, importa perceber quais as estratégias para as ultrapassar e para facilitar a comunicação eficaz e o respeito pela autonomia das mulheres.

Neste sentido, é sugerida a educação contínua dos profissionais para colocar a mulher no centro dos cuidados e devolver-lhe o protagonismo do parto (Bradfield et al., 2019; Hunter et al., 2017; T. Silva et al., 2019; Ú. Silva et al., 2016). Para tal preconiza-se o treino de competências para melhorar a interação entre os profissionais e as mulheres: como promover o diálogo e uma relação baseada na confiança e na segurança; como falar com mulheres hostis e não cooperativas; como lidar com o *stress*; como evitar discriminação (Hunter et al., 2017). Estes autores acrescentam que este treino/formação deverá ser acessível a todos os profissionais das unidades de saúde, e não apenas aos profissionais clínicos.

Para além do treino/formação aos profissionais, também é necessária uma mudança no ambiente e na cultura de trabalho, para que seja possível os profissionais colocarem em prática o que sabem e o que aprenderam (Hunter et al., 2017).

O fortalecimento dos sistemas de saúde para lidar com a carga de trabalho, o *stress*, o esgotamento e a implementação de medidas para reduzir as barreiras linguísticas, facilitaria a comunicação eficaz e o respeito pela autonomia das mulheres (Hunter et al., 2017).

Uma outra medida importante, passa por educar as mulheres sobre seus direitos, capacitando-as e empoderando-as para serem elementos ativos nos seus cuidados, e assim, receberem cuidados de alta qualidade (Afulani et al., 2020; Bradfield et al., 2019; Hunter et al., 2017; T. Silva et al., 2019; Ú. Silva et al., 2016).

#### **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Desde que o parto se tornou um evento hospitalar, surgiu um aumento de intervenções associadas ao parto, em que os profissionais são os detentores do poder de decisão. Nos últimos anos, com a evolução e empoderamento da mulher, impõe-se a necessidade de promover um parto humanizado e fisiológico, devolvendo-lhe o protagonismo do parto. O grande enfoque do EESMO é proporcionar o bem-estar e segurança no trabalho de parto e parto, desenvolvendo intervenções que procuram satisfazer as necessidades e preferências da parturiente, consoante as suas escolhas. Neste sentido, a prática baseada na evidência científica sugere que o modelo de cuidados centrados na parturiente surge como a opção ideal na orientação dos cuidados do EESMO.

A construção deste relatório revelou-se uma mais valia no processo de aprendizagem, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstétrica, à grávida, parturiente, puérpera, RN e família, durante o trabalho de parto e parto, permitindo a aquisição de competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais que contribuem para a qualidade e segurança dos cuidados prestados pelo EESMO.

Os objetivos foram alcançados e o sucesso obtido na concretização prática deste estágio deveram-se à integração dos conhecimentos adquiridos em contextos de estágios anteriores, em contexto escolar, pesquisa bibliográfica, apoio da enfermeira cooperante e da professora orientadora, bem como a motivação pessoal para a realização do mesmo.

Ao longo da construção do relatório tentei transmitir de forma reflexiva todo o percurso desenvolvido no estágio, evidenciando também algumas dificuldades e constrangimentos, estratégias utilizadas para os superar, bem como os aspetos facilitadores neste percurso de aprendizagem.

Relativamente ao tema de interesse, foi realizada uma *scoping review*, com o objetivo de identificar quais as intervenções do EESMO, baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente, que promovem ganhos em saúde.

Após a análise e discussão dos resultados dos 6 artigos incluídos na pesquisa, foi visível a necessidade de mudança de um modelo biomédico para um modelo de cuidados centrados na parturiente e que promovam um parto humanizado. Surgiram alguns subtemas sugerindo estratégias que contribuem para a implementação de um modelo de cuidados centrados na parturiente, tais como: humanização do parto; parceria nos cuidados, comunicação e relação EESMO/parturiente; educação e literacia em saúde. Outro subtema evidenciado foi as dificuldades na implementação deste modelo e algumas estratégias para as superar.

A interpretação e interligação dos contributos obtidos com os conceitos definidos no enquadramento teórico, ajudaram a compreender de que forma, as intervenções do EESMO baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente, promovem ganhos em saúde.

A importância do papel ativo do EESMO no trabalho de parto e parto é evidente, pois é um

profissional com competência para prestar cuidados individualizados e adaptados a cada parturiente, promover um parto humanizado e fisiológico, evitando intervenções desnecessárias e permitindo à parturiente adquirir a sua autonomia, ser a protagonista do seu trabalho de parto e parto, receber cuidados seguros e de qualidade, ser informada e ter opção de escolha, baseando a sua prática na evidência científica.

Um dos pressupostos da prestação de cuidados centrados na parturiente refere-se à parceria nos cuidados. O EESMO deve conhecer a parturiente, perceber quais os seus desejos e as suas necessidades, compreender os fatores sociais, as suas crenças, a cultura, experiências anteriores e receios, de modo a poder planear a sua intervenção e trabalhar em parceria com a parturiente. Esta só poderá estar plenamente envolvida no seu processo de cuidados e assumir a sua autonomia nas decisões, depois de devidamente informada e esclarecida. Neste sentido, o EESMO deve investir na educação e literacia da parturiente, quanto às opções disponíveis, seguras e adequadas às suas preferências nos cuidados relativos ao trabalho de parto e parto, para que a parturiente se sinta capacitada na tomada de decisão.

Reconhecendo o contributo e o apoio proporcionado pela família, o EESMO deve incluí-la nos cuidados e nas decisões, se esse for o desejo da parturiente.

Para uma correta transmissão de informação e adesão da parturiente aos cuidados, o EESMO deve ter em conta algumas estratégias de comunicação, demonstrativas do seu empenho e valorização da parturiente, tais como: apresentar-se, chamá-la pelo nome e pedir a sua permissão ou consentimento informado antes dos procedimentos.

O EESMO é um profissional de referência no momento do parto, contribuindo para uma experiência positiva do mesmo. A sua intervenção e colaboração, destacando a comunicação verbal e não verbal, o apoio e o suporte emocional, a disponibilidade, cordialidade, cortesia, tranquilidade e paciência, são características indispensáveis para o estabelecimento de uma relação empática com a parturiente, proporcionando confiança, conforto e diminuição da ansiedade relativa ao parto.

A implementação de um modelo de cuidados centrados na parturiente só é possível se toda a equipa multidisciplinar tiver a mesma filosofia de cuidados. O EESMO deve ser um elemento dinamizador dentro da equipa multidisciplinar, motivando-a para a necessidade de prestar cuidados centrados na parturiente. Para isso, é necessário promover uma educação contínua dos profissionais, em que seja enfatizada a ideia de que a mulher é a protagonista da sua gravidez, do seu trabalho de parto e do seu parto. Deve ser criado um esforço no sentido de promover a flexibilidade dos cuidados, nomeadamente em relação aos planos de parto e às rotinas instituídas nos serviços de saúde.

Relativamente às dificuldades para uma comunicação eficaz e o desrespeito pela autonomia das parturientes deve-se, sobretudo, ao elevado volume de trabalho, presença de barreiras linguísticas, *stress* e *burnout* dos profissionais, cultura de trabalho instituída, conhecimento e habilidades inadequados do profissional, suposições sobre o conhecimento e expectativas das parturientes, falta de participação e autonomia das mulheres nos cuidados com trabalho de parto e parto.

Conhecendo as dificuldades identificadas, devem ser tomadas medidas para facilitar a aplicação do modelo de cuidados centrados na parturiente. Assim, será importante sensibilizar e

treinar as competências comunicacionais e relacionais dos profissionais, como por exemplo: como comunicar com as grávidas/parturientes/família para construir uma relação de confiança e segurança; como falar com parturientes hostis e não cooperantes; como lidar com o *stress*; como evitar discriminação. Este treino/formação deverá ser acessível a todos os profissionais das unidades de saúde, e não apenas aos profissionais clínicos.

Contudo, não basta apenas investir no treino/formação, deve incluir-se, também, melhorias no ambiente e na cultura de trabalho para permitir que os profissionais pratiquem o que sabem. O fortalecimento dos sistemas de saúde para lidar com a carga de trabalho, o *stress*, o esgotamento e a implementação de medidas para reduzir as barreiras linguísticas facilitaria a comunicação eficaz e o respeito pela autonomia das mulheres.

Uma outra medida importante passa por educar as mulheres sobre seus direitos, aumentando a sua literacia em saúde, capacitando-as e empoderando-as para serem elementos ativos nos seus cuidados, e assim, receberem cuidados de alta qualidade.

Em Portugal, para que seja possível o sistema nacional de saúde acompanhar esta mudança, deverá existir por parte das pessoas e das organizações uma motivação e empenho para melhorar o sistema de saúde, evoluindo para uma prestação de cuidados mais centrada na grávida e na parturiente, promovendo uma experiência de parto positiva, satisfatória, segura, humanizada e fisiológica, baseada na evidência científica.

Outro fator importante seria a criação de estratégias de saúde e maior acessibilidade aos cuidados de saúde, que possibilitassem a agregação de cuidados ou uma melhor articulação entre os cuidados na comunidade e os cuidados hospitalares, evitando a fragmentação e disparidade de informações e opções. Quanto mais organizados e articulados os cuidados de saúde estiverem, desde os cuidados preconcepcionais até aos cuidados pós-parto, na minha opinião, maior será o sucesso em todo o processo que envolve a gravidez e o parto.

Com a concretização e divulgação deste relatório, pretendo também, sensibilizar os EESMOs para a mudança na prática de cuidados, valorizando a parturiente como pessoa com vontade própria, receios e que tem direito a ser respeitada, ter um trabalho parto e parto humanizados, podendo decidir sobre as suas opções, através do nosso contributo, enquanto enfermeiros especializados e dedicados aos cuidados centrados na parturiente.

Pelo que foi descrito neste relatório pode dizer-se que um modelo de cuidados centrados na parturiente produz ganhos em saúde, nomeadamente: melhoria no acesso aos cuidados, melhoria nos resultados clínicos e de saúde para a parturiente e recém-nascido, aumento da literacia e educação em saúde relacionada com a gravidez e parto, promoção da autonomia no parto, maior satisfação da parturiente com os cuidados prestados, maior satisfação dos profissionais, melhor eficiência e adequabilidade dos serviços e redução dos custos gerais.

Para que esta prática se torne uma realidade, mais estudos serão necessários no âmbito da implementação de um modelo de cuidados centrados na parturiente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afulani, P., Buback, L., Kelly, A., Kirumbi, L., Cohen, C. & Lyndon, A. (2020). Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods Study in Kenya. *Reproductive Health*, 17 (85), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0909-0>
- Alligood, M. (2011). Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. In M. Alligood & A. Tomey (Eds.), *Modelos y Teorías en enfermería*. (7ªed, pp 3-15). Elsevier España, S.L.
- Amendoeira, J. (2018). Revisão Sistemática de Literatura - A Scoping Review (documento orientador para estudantes).
- Bante, A., Teji, K., Seyoum, B. & Mersha A. (2020). Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia: a cross-sectional Study. *BMC Pregnancy and childbirth*, 20 (86), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2757-x>
- Bokhour, B., Fix, G., Mueller, N., Barker, A., Lavela, S., Hill, J., Solomon, J. & Lukas C. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*, 18, 168 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>
- Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M. & Duggan, R. (2019). "It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (29), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2144-z>
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020). Orientação n.º 018/2020 de 30 de março de 2020. Covid-19 Gravidez e Parto. DGS. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/06/i026356.pdf>

Duarte, M., Alves, V., Rodrigues, D., Marchiori, G., Guerra, J. & Pimentel M. (2020). Percepção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto: resgate da autonomia e empoderamento da mulher. *Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental*, 12, 903-908.

<http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7927>

Ekman, I., Ebrahimi, Z. & Contreras, P. (2021). Person-centred care: looking back, looking forward. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20 (2), 93–95.

<https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa025>

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*, (pp. 308-320). Lidel - Edições Técnicas, Lda

Fonseca, S. (2016). Métodos de indução do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*, (pp. 356-367). Lidel - Edições Técnicas, Lda

Hunter, A., Devan, D., Houghton, C., Grealish, A., Tully, A. & Smith, V. (2017). Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 17 (322), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1521-3>

Leal, M., Moreira, R., Barros, K., Servo, M. & Bispo, T. (2021). Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 1-7 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>

Lei nº 156/2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16. Lisboa: Assembleia da República.

Lei n.º 110/2019. Diário da República, n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09. Lisboa: Assembleia da República.

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and applicability to patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85 (1), 53-62. <http://dx.doi.org/10.4065/mcp.2009.0248>.

Oliveira, T., Silva, A., Oliveira, J., Pereira, E. & Trezza, M. (2018). A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 3-6. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1138>

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

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento dos padrões da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. OE

Ordem dos Enfermeiros (2019). Livro de bolso: Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto. OE.

Ordem dos Enfermeiros (2021). Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica. OE

Organização Mundial de Saúde (2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. OMS

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2015). WHO global strategy on integrated people-centred Health services 2016-2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of Health services.

Organização Mundial da Saúde (2018a). WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience. OMS

Organização Mundial da Saúde (2018b). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo. Maternal and Child Survival Program

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In: E. Aromataris, Z. Munn (Eds.), JBI Manual for Evidence Synthesis (pp.406-449). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

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

- Pinheiro, A. (2016). Promoção do parto normal. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*, (pp. 324-334). Lidel - Edições Técnicas, Lda
- Prata, A., Santos, C. & Santos, M. (2015). O conhecimento das grávidas sobre o processo de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 16, 9-12.
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista. Diário da República, n.º 26, Série II de 2019-02-06. Lisboa: Assembleia da República.
- Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. Lisboa: Assembleia da República.
- Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, n.º 184, Série II de 25 de setembro de 2019. OE
- Rubashkin, N., Warnock, R., & Diamond-Smith, N. (2018). A systematic review of person-centered care interventions to improve quality of facility-based delivery. *Reproductive health*, 15(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0588-2>
- Silva, D., Ferreira, M. & Duarte, J. (2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 16, 13-16.
- Silva, Ú., Fernandes, B., Paes, M., Souza, M. & Duque, M. (2016). Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 10 (4), 1273-1279. <https://doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201614>
- Silva, T., Dumont-Pena, E., Sousa, A., Amorim, T., Tavares, L., Nascimento, D., Souza, K. & Matozinhos, F. (2019). Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (3), 245-253. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>
- Sousa, A., Souza, K., Rezende, E., Martins, E., Campos, D. & Lansky, S. (2016). Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery*, 20(2), 324-331. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>

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>

Tomaselli, G., Buttigieg, S., Rosano, A., Cassar, M. e Grima, G. (2020). Person-Centered Care From a Relational Ethics Perspective for the Delivery of High Quality and Safe Healthcare: A Scoping Review. *Frontiers in Public Health*, 8 (44).  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00044>

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

<https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%c3%bade-152>

<https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509-59201>

[https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985)

<https://transparencia.sns.gov.pt/>

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I - PROJETO DE ESTÁGIO**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
6º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM  
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA



PROJETO DE ESTÁGIO IV  
Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos

Patrícia Isabel da Costa Fialho

Santarém, janeiro de 2021



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
6º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM  
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA



PROJETO DE ESTÁGIO IV

Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos

Projeto de estágio elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Unidade Curricular Estágio IV e Relatório em ESMO na Sala de Partos

Patrícia Isabel da Costa Fialho

Nº aluna 015022182

**Professora Orientadora:**

Dora Carteiro

**Enfermeira Cooperante:**

Liliana Encarnação

Santarém, janeiro de 2021

## ÍNDICE

|                              |      |
|------------------------------|------|
| INTRODUÇÃO.....              | 4    |
| 1 – PLANO DE ATIVIDADES..... | 6    |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....    | 466  |
| REFEÊNCIAS                   |      |
| IBLIOGRÁFICAS.....           | 4747 |

## INTRODUÇÃO

A realização deste projeto de estágio encontra-se inserida na Unidade Curricular Estágio IV e Relatório em ESMO (Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) na Sala de Partos, do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), na Escola Superior de Saúde de Santarém.

Este estágio será desenvolvido no Bloco de Partos do Hospital de Vila Franca de Xira, terá a duração de 20 semanas, com início a 4 de janeiro e *terminus* a 28 de maio de 2021, perfazendo um total de 760 horas, das quais 500 são de contacto presencial no local de estágio, 200 são para a elaboração do respetivo relatório de estágio, 40 horas são de seminário e 20 horas de orientação tutorial.

A orientação tutorial da estudante é da responsabilidade da professora Dora Carteiro.

Relativamente à enfermeira orientadora e cooperante neste processo de ensino-aprendizagem, será a Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Liliana Encarnação.

A elaboração deste projeto surge com o intuito de delinear as atividades a desenvolver durante o ensino clínico, por forma a responder aos objetivos propostos pelas docentes e pela estudante, bem como as unidades de competência a mobilizar/atingir, tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (n.º 391/2019), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (n.º 140/2019), o Plano de Estudos do CMESMO e os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

Importa referir que este projeto individual de estágio poderá ser reajustado consoante as necessidades sentidas ao longo do mesmo.

Como objetivo geral para este estágio foi proposto o seguinte:

- ✓ Prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida, parturiente, puérpera, recém-nascido e família, durante o trabalho de parto e parto, integrando os conhecimentos adquiridos nos contextos de estágios anteriores e adquiridos em contexto escolar e através de pesquisa bibliográfica, garantindo a segurança e qualidade na prestação de cuidados.

Relativamente aos objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- ✓ Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Bloco de Partos do Hospital de Vila Franca de Xira.
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais no acolhimento da grávida / parturiente / acompanhante no Bloco de Partos, tentando promover o seu bem-estar e conforto, através da gestão de uma relação empática.
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida/parturiente/acompanhante no 1º estadio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar e conforto.
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante no 2º estadio do Trabalho de Parto, promovendo um ambiente de segurança no parto, otimizando a saúde da mulher e facilitando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante no 3º estadio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar, eficácia e segurança no processo de descolamento e expulsão da placenta.
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à puérpera / recém-nascido / acompanhante no 4º estadio do Trabalho de Parto, promovendo o bem-estar e facilitando o processo de transição para a parentalidade.
- ✓ Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem imediatos ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina.
- ✓ Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na área da formação em serviço e/ou educação para a saúde, através da identificação de uma situação/problema da área da saúde materna e obstétrica relacionada com a necessidade do contexto de estágio e motivação pessoal.
- ✓ Desenvolver competências técnicas na área de gestão de recursos humanos e materiais, promovendo a melhoria contínua da qualidade nos cuidados de enfermagem.
- ✓ Demonstrar capacidade de reflexão sobre o desempenho durante o estágio, numa perspetiva de melhoria contínua, e, avaliação do mesmo.

## 1 - PLANO DE ATIVIDADES

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

Os objetivos específicos deverão ser delineados faseadamente, de modo a serem atingidos em 3 momentos distintos, nomeadamente na 5ª, 12ª e 20ª semanas de estágio.

A realização deste estágio contempla o estudo de uma situação / problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica, escolhido de acordo com a necessidade e a realidade existente no respetivo contexto de estágio e com as motivações pessoais / profissionais da estudante.

Ao longo do estágio, deverá ser elaborado o respetivo relatório, com base neste projeto de estágio, contemplando todas aprendizagens adquiridas, através de um processo autoformativo, pesquisa sistemática e reflexão sobre a prática, numa perspetiva de enfermagem avançada.

Este relatório será alvo de discussão pública para a obtenção do Grau de Mestre.

Seguidamente, irei apresentar o projeto de estágio englobando os objetivos específicos e as atividades propostas para os atingir, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, os recursos a utilizar e a sua calendarização.



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>minha prática profissional enquanto futura EESMO, no âmbito da prestação de cuidados especializados à grávida/parturiente/recém-nascido/acompanhante no Bloco de Partos.</p> <p>✓ Cooperação com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, tentando promover uma participação ativa, promotora da melhoria contínua dos cuidados e segurança do utente, interesse na aprendizagem e estabelecimento de um bom relacionamento interpessoal, quer com a equipa, quer com as parturientes / puérperas / recém-nascidos / acompanhantes.</p> <p>✓ Mobilização dos princípios éticos e deontológicos inerentes aos</p> | <p><b>C1</b>-Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p><b>C2</b>-Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p> <p><b>D1</b>-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D2</b>-Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p> | <p>equipa multidisciplinar</p> <p>Estudante</p> <p>Estudante, aulas, bibliografia...</p> |  |
|--|--|--|--|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>cuidados de enfermagem, ao longo do estágio, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informação sobre projetos e consulta de normas e protocolos existentes no serviço.</li> <li>✓ Mobilização dos conhecimentos adquiridos no ensino teórico e pesquisa bibliográfica, articulando-os com a prática, fomentando a prática baseada na evidência científica.</li> <li>✓ Identificação do circuito do internamento da grávida / parturiente / recém-nascido / acompanhante no Bloco de Partos do Hospital de Vila Franca de Xira, bem como a respetiva articulação com outros serviços (Obstetrícia,</li> </ul> |  | <p>Estudante,<br/>sistema<br/>informático,<br/>boletins saúde</p> <p>Estudante</p> | <p>Realização com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até à 20ª semana.</p> |
|--|---|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, Consulta de Obstetrícia e Ginecologia, Neonatologia, serviço social, patologia clínica, entre outros) ou outras instituições de saúde ou da comunidade, em caso de necessidade.</p> <p>✓ Conhecimento e operacionalização dos registos no sistema e programas informáticos utilizados na instituição (<i>Glintt</i>), impressos e boletins de registo de saúde: Boletim de Saúde da Grávida, Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, Boletim Individual de Saúde, entre outros.</p> <p>✓ Prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida / parturiente / puérpera / recém-nascido / acompanhante</p> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|   |   |   |           |   |
|---|---|---|-----------|---|
|   | com progressivo aumento da autonomia na realização dos mesmos.  |   |           |   |
| <b>Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais no acolhimento da grávida / parturiente / acompanhante no Bloco de Partos, tentando promover o seu bem-estar e conforto, através da gestão de uma relação empática.</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acolhimento da grávida / parturiente / acompanhante no serviço de Bloco de Partos do Hospital de Vila Franca de Xira, apresentando-me e tentando promover um ambiente acolhedor, disponibilidade, confiança, relação empática e terapêutica.</li> <li>✓ Apresentação do espaço físico, equipa multidisciplinar, informações, normas e rotinas do serviço, que favoreçam a adaptação ao novo ambiente, que poderá ser gerador de ansiedade.</li> <li>✓ Identificação da grávida e motivo de internamento no Bloco de Partos.</li> </ul> | <p><u>Comuns do enfermeiro especialista:</u></p> <p><b>A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</b></p> <p><u>Específicas do EESMO:</u></p> <p><b>3.1</b> - Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</p> <p><b>3.2</b> - Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</p> <p><b>3.3</b> - Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a</p> | Estudante | <p>Ao longo estágio.</p> <p>Realização com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até à 20ª semana.</p> |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação do estado psicoemocional da grávida / parturiente / acompanhante face ao trabalho de parto e parto.</li> <li>✓ Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da grávida / parturiente / acompanhante, de modo a estabelecer uma comunicação eficaz e assertiva.</li> <li>✓ Mobilização dos princípios éticos e deontológicos inerentes aos cuidados de enfermagem, ao longo do estágio, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, respeito pelas crenças e diferenças culturais, religião, entre outras.</li> <li>✓ Utilização de estratégias para comunicar com utentes que não compreendam a língua</li> </ul> | <p>gravidez e/ou com o trabalho de parto.</p> | <p>Estudante,<br/>enfermeira<br/>cooperante,<br/>internet, outros<br/>familiares</p> |  |
|--|---|---|--|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>portuguesa, tais como: tradutor informático, falar em inglês (se eles compreenderem), gestos, desenhos, no sentido de minimizar os constrangimentos e erros de comunicação. Validação da apreensão dos ensinamentos realizados.</p> <p>✓ Realização da avaliação inicial e colheita de dados através da informação transmitida pela equipa de enfermagem e médica do serviço de urgência de obstetrícia / consulta de obstetrícia, entrevista à grávida / parturiente / acompanhante, observação física, consulta do processo informático e em suporte de papel. Informação sobre: antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, idade gestacional, vigilância e</p> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>intercorrências da gravidez atual, observação e interpretação de resultado de exames, planejamento e desejo da gravidez, existência ou não de plano de parto, expectativas e dúvidas relativamente ao parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observação física da grávida / parturiente incluindo o exame vaginal, a avaliação da estrutura pélvica e estática fetal.</li> <li>✓ Avaliação do bem-estar materno-fetal.</li> <li>✓ Monitorização e interpretação do CTG, quanto à frequência cardíaca fetal e contrações uterinas, correlação entre contratilidade/frequência cardio-fetal e alterações na resposta materna e cardio-fetal.</li> <li>✓ Elaboração e negociação de um plano de cuidados à grávida /</li> </ul> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |           |   |
|--|--|--|-----------|---|
|  | parturiente / acompanhante numa perspetiva de parceria nos cuidados.   |  |           |   |
| <b>Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida/parturiente/accompanhante no 1º estadio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar e conforto.</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acolhimento da grávida / parturiente / acompanhante, cumprindo as atividades delineadas no objetivo anterior.</li> <li>✓ Promoção de um ambiente acolhedor e calmo, promotor do incentivo à autoexpressão da grávida / parturiente / acompanhante, respeito pelas suas opções depois de devidamente esclarecidos, direito à privacidade, tratamento com dignidade, apoio contínuo e prestação de cuidados seguros e de qualidade.</li> <li>✓ Permissão da presença do acompanhante se a grávida desejar, numa fase mais avançada do trabalho de parto e próxima do</li> </ul> | <u>Comuns do enfermeiro especialista:</u><br><b>A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</b><br><br><u>Específicas do EESMO:</u><br><b>3.1, 3.2, 3.3</b> | Estudante | <p>Ao longo estágio.</p> <p>Realização com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até à 20ª semana.</p> |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>parto. Devido à pandemia COVID-19, o acompanhante não pode permanecer muito tempo e se sair não poderá voltar a entrar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informação e esclarecimento sobre todos os procedimentos e evolução do trabalho de parto, envolvendo a participação ativa da grávida e acompanhante.</li> <li>✓ Distinção entre verdadeiro e falso Trabalho de Parto.</li> <li>✓ Identificação das fases do 1º estadio do trabalho de Parto: fase latente e fase ativa.</li> <li>✓ Promoção e colaboração na implementação de técnicas não farmacológicas existente no Bloco de Partos para alívio do desconforto, se a grávida / parturiente desejar: banho de chuveiro, deambulação,</li> </ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>musicoterapia, bola de pilates, massagem, exercícios respiratórios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informação e colaboração na execução de técnicas farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: administração sistêmica de fármacos analgésicos, analgesia epidural / sequencial. Compreensão da indicação terapêutica, efeitos secundários, protocolos e normas institucionais, vigilância e validação do efeito.</li> <li>✓ Administração de terapêutica inerente ao trabalho de parto e gravidez (soroterapia, antibioterapia, uterotônicos, analgésicos, entre outros)</li> <li>✓ Incentivo e apoio na liberdade de movimentos que possibilitem a</li> </ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>posição vertical, favorecedora da evolução do trabalho de parto (dilatação e progressão da apresentação) e parto natural.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Respeito pelo ritmo do Trabalho de Parto.</li> <li>✓ Evitar prestar cuidados por rotina, sem indicação clínica: tricotomia perineal, clisteres, descolamento de membranas no pólo inferior, rotura artificial de membranas, toques vaginais repetidos, administração contínua de fluidos, entre outras.</li> <li>✓ Promoção da ingestão de líquidos claros e gelatina, durante o trabalho de parto.</li> <li>✓ Incentivo à micção frequente para evitar a distensão vesical que impede a descida da apresentação. Realização de esvaziamento vesical</li> </ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>apenas quando absolutamente necessário.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação do bem-estar materno-fetal: avaliação de sinais vitais; realização de Manobras de Leopold; monitorização, vigilância e interpretação cardiotocográfica externa e interna (necessidade de um registo rigoroso do bem-estar fetal ou quando a monitorização externa é ineficaz).</li> <li>✓ Vigilância do progresso do Trabalho de parto, promovendo o bem-estar materno-fetal: avaliação do padrão de contratilidade uterina (amplitude, duração, frequência, regularidade); padrão dos batimentos cardio-fetais; observação e interpretação das características do colo uterino (dilatação, apagamento,</li> </ul> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>consistência, posição);<br/> identificação da apresentação fetal, altura da apresentação, variedade, encravamento;<br/> observação da integridade das membranas (se rotura de membranas - caracterização do líquido amniótico: cor, viscosidade, cheiro e quantidade), realização de amniotomia (se necessário), satisfação das necessidades da parturiente/acompanhante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registo e interpretação da evolução do Trabalho de Parto no partograma, após início da fase ativa.</li> <li>✓ Reconhecimento precoce de complicações inerentes a este 1º estágio (adequada interpretação dos três componentes do Trabalho</li> </ul> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |   |   |           |   |
|--|---|---|-----------|---|
|  | <p>de Parto – canal de parto, contrações e feto)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificação dos sinais eminentes de instalação do 2º estágio de Trabalho de Parto.</li> <li>✓ Registo das intervenções realizadas, colheita de dados, educação para a saúde, validação dos ensinamentos realizados, diagnósticos identificados no programa informático: <i>Glantt</i>.</li> </ul> |   |           |   |
| <p><b>Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante no 2º estágio do Trabalho de Parto, promovendo um ambiente de segurança no parto, otimizando a saúde da mulher e facilitando a</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificação dos sinais do período expulsivo, confirmando a progressão da apresentação através dos sinais do período expulsivo (inexistência de colo, totalmente dilatado e apagado no exame vaginal, aumento do introito vaginal, abaulamento do períneo e coroamento do pólo</li> </ul>   | <p><u>Comuns do enfermeiro especialista:</u><br/> <b>A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</b></p> <p><u>Específicas do EESMO:</u><br/> <b>3.1, 3.2, 3.3</b></p> | Estudante | <p>Ao longo estágio.</p> <p>Realização com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até à 20ª semana.</p> |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <p><b>adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</b></p> | <p>cefálico, necessidade involuntária de “fazer força”, nervosismo, ...).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promoção de ambiente acolhedor, tranquilo e calmo.</li> <li>✓ Verificação de que a sala de parto se encontra equipada com os recursos materiais e equipamentos operacionais para dar resposta às necessidades imediatas decorrentes deste estadio, nomeadamente a mesa de reanimação neonatal, medicação de urgência, entre outros.</li> <li>✓ Permissão da presença do acompanhante no momento do parto, se desejado, orientando-o nas normas e rotinas, nos procedimentos em que pode colaborar com a parturiente e com a equipa profissional e apoiando-o</li> </ul> |  |  |  |
|---|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>nas suas necessidades e expectativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promoção de medidas de conforto e bem-estar.</li> <li>✓ Recurso a competências comunicacionais e relacionais para tranquilizar, encorajar e elogiar a colaboração da parturiente e acompanhante.</li> <li>✓ Informação à parturiente e ao acompanhante sobre o progresso da descida do feto e orientação dos comportamentos a adotar por cada interveniente, sobre todos os procedimentos realizados e terapêutica administrada.</li> <li>✓ Promoção da adoção da posição mais confortável para a grávida, que facilite a descida do feto, e, que possibilite a nossa colaboração</li> </ul> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>e segurança no auxílio do nascimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificação da condição para esforços expulsivos.</li> <li>✓ Adoção de medidas que me permitam o controlo do período expulsivo conforme necessário, até que a grávida readquira a confiança para o fazer, através da estimulação verbal, verbalização de ordens claras e concisas, como por exemplo na realização de esforços expulsivos eficazes.</li> <li>✓ Ensino sobre o correto controlo da respiração durante os esforços expulsivos, bem como o encorajamento para relaxar entre as contrações de modo a conservar a energia e o oxigénio.</li> <li>✓ Avaliação constante dos acontecimentos deste período, os</li> </ul> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>mecanismos de nascimento, as reações fisiológicas e emocionais maternas, do companheiro, bem-estar fetal e a sua reação ao <i>stress</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Identificação da apresentação, variedade, posição, situação, grau de descida da apresentação e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal.</li><li>✓ Observação da eficácia da contratilidade uterina (duração, frequência e intensidade).</li><li>✓ Ensino à parturiente sobre o reconhecimento das contrações quando está sob anestesia epidural.</li><li>✓ Administração de perfusão ocitócica conforme prescrição ou protocolo do serviço, caso não se verifiquem contrações eficazes e</li></ul> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>não existam sinais de sofrimento fetal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Preparação da mesa de apoio ao parto: Kit de partos; Kit de vestuário cirúrgico; Kit de ferros cirúrgicos; Clamp do cordão umbilical; Compressas; Linhas de sutura; Seringa de 5 ml e agulha endovenosa (para colher sangue do cordão quando necessário); Seringa de 20 ml, agulha de diluição e agulha intramuscular quando necessário efetuar anestesia local.</li> <li>✓ Avaliação do conteúdo vesical e proceder ao seu esvaziamento, se necessário.</li> <li>✓ Observação de alterações da evolução do Trabalho de Parto, alertando o obstetra e pediatra em caso de necessidade.</li> </ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação contínua da frequência cardíaca fetal (ou a cada 5/15 minutos) e administração de oxigênio, soroterapia, posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo e informar médico, se CTG não tranquilizador.</li> <li>✓ Determinação da necessidade de realização de episiotomia (e informação à parturiente) e realização de respetiva analgesia do períneo.</li> <li>✓ Execução de manobras de proteção do períneo e execução de manobras de extração fetal: aplicação de pressão ligeira na cabeça do feto em direção à vagina, prevenindo o nascimento demasiado rápido; confirmação de que não existem circulares</li> </ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>cervicais; apoio da cabeça do bebê enquanto efetua a rotação externa; na extração dos ombros puxar a cabeça do feto de forma suave, para baixo e para a frente, de forma a soltar o ombro anterior; na extração do ombro posterior, elevar a cabeça fetal para a sínfise púbica, a fim de evitar traumatismo do períneo; após a extração dos ombros, segurar firmemente o recém-nascido evitando que ele escorregue durante o nascimento da restante superfície corporal e colocar o recém-nascido sobre o abdómen da mãe imediatamente a seguir ao nascimento e realização da expressão manual das vias aéreas superiores (no sentido do tórax para a cabeça) para libertação de mucosidades e</p> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>impedimento de aspiração de secreções; laqueação e corte do cordão (poderá ser a mãe ou o acompanhante a cortar o cordão umbilical, se o desejarem).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinação da hora de nascimento.</li> <li>✓ Felicitação aos recentes pais pelo nascimento.:)</li> </ul><br><ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colaboração em partos distócicos.</li> <li>✓ Realização de registos referentes ao parto no sistema informático <i>Glintt</i>, no partograma, no Boletim de Saúde da Grávida, Boletim de saúde Infantil e Juvenil e no livro de registos de partos existente no Bloco de Partos.</li> </ul> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |   |                  |  |
|--|--|---|------------------|--|
| <p><b>Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante no 3º estadio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar, eficácia e segurança no processo de descolamento e expulsão da placenta.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificação dos sinais de descolamento da placenta (contração firme do útero e mudança na sua forma - passa de discoide para ovoide, súbita saída de sangue pelo introito vaginal, aumento aparente do cordão umbilical à medida que a placenta desce para o introito vaginal, aumento do volume na vagina ou observação no introito vaginal de placenta/membranas fetais).</li> <li>✓ Realização da dequitação: pinçar o cordão perto do períneo; realização de tração controlada do cordão; à medida que a placenta vai saindo, segurá-la com as duas mãos e rodando a mesma com cuidado até que as membranas fiquem “enroscadas” / fuso; realização de massagem uterina</li> </ul> | <p><u>Comuns do enfermeiro especialista:</u><br/><b>A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</b></p> <p><u>Específicas do EESMO:</u><br/><b>3.1, 3.2, 3.3</b></p> | <p>Estudante</p> | <p>Ao longo estágio. Realização com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até à 20ª semana.</p> |
|--|--|---|------------------|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>após expulsão da placenta; identificação do mecanismo de expulsão da placenta (Schultz ou Duncan).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisão placentar detalhada: verificação da sua forma e integridade, garantindo que não houve retenção de nenhum fragmento ou membrana na cavidade uterina ou se falta algum lóbulo (cotilédone); observação das duas membranas: o córion e o âmnios; análise do cordão umbilical (presença de 2 artérias e 1 veia, inserção, comprimento).</li> <li>✓ Colheita de sangue do cordão após clampagem do mesmo, em caso de necessidade: mãe com fator sanguíneo Rh-; para criopreservação de células estaminais.</li> </ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Em caso de retenção placentar: informar obstetra, avaliar perdas sanguíneas, avaliação de sinais vitais, explicar todos os procedimentos, transmitindo calma e segurança, soroterapia (Lactato de Ringer ou Soro fisiológico), administração de antibioterapia, analgesia e uterotônicos prescritos, promoção do esvaziamento vesical se necessário, massajar o útero.</li> <li>✓ Confirmação da contratilidade uterina/globo de segurança de <i>Pinard</i>.</li> <li>✓ Administração de ocitócicos, segundo protocolo institucional ou prescrição médica.</li> <li>✓ Revisão da cavidade uterina após a dequitação e antes da realização da perineorrafia (se for necessária),</li> </ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>observação do colo, vagina e períneo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Reparação perineal por planos, através de técnica asséptica: desinfecção; colocação de campo esterilizado; identificação dos tecidos a suturar; classificação do tipo de laceração, se for o caso; realização de tamponamento do colo com uma compressa; administração de anestesia local (na ausência de analgesia epidural).</li><li>✓ Após reparação perineal: revisão final do colo, vagina, períneo e útero; repetição de toque retal, na presença de suturas profundas; promoção de desinfecção e cuidados de higiene local e conforto; aplicação de gelo; auxílio na transferência para outra cama;</li></ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|   |  |   |                  |   |
|---|--|---|------------------|---|
|   | <p>incentivo ao posicionamento em decúbito dorsal; promoção da vinculação precoce.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realização de ensinios sobre autocuidado: higiene perineal, características e cuidados a ter com sutura perineal, lóquios, entre outros.</li> <li>✓ Realização de registos referentes à dequitação no sistema informático <i>Glintt</i>, no partograma, no Boletim de Saúde da Grávida e no livro de registos de partos existente no Bloco de Partos.</li> </ul> |   |                  |   |
| <p><b>Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à puérpera / recém-nascido / acompanhante no 4º estadio do Trabalho de Parto, promovendo o</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promoção de um ambiente calmo e tranquilo;</li> <li>✓ Transferência da sala de partos para o recobro de puérperas, se necessário.</li> <li>✓ Informação sobre todos os procedimentos nesta fase e</li> </ul>  | <p><u>Comuns</u> do <u>enfermeiro especialista:</u><br/><b>A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</b></p> <p><u>Específicas do EESMO:</u></p> | <p>Estudante</p> | <p>Ao longo estágio.</p> <p>Realização com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até à 20ª semana.</p> |

|   |  |                             |  |  |
|---|--|-----------------------------|--|--|
| <p><b>bem-estar e facilitando o processo de transição para a parentalidade.</b></p> | <p>esclarecimento de dúvidas, envolvendo a participação ativa da puérpera e acompanhante, promovendo o autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promoção da vinculação através da realização do contacto pele a pele; promoção e apoio na amamentação, se a puérpera o desejar; avaliação da interação entre a díade/tríade.</li> <li>✓ Respeito pela necessidade de repouso e de adaptação da díade/tríade.</li> <li>✓ Vigilância e deteção precoce de sinais e causas de complicações, atuando de imediato: pedir ajuda, chamar o médico, realizar massagem uterina, avaliação de sinais vitais, administração de terapêutica prescrita...</li> </ul> | <p><b>3.1, 3.2, 3.3</b></p> |  |  |
|---|--|-----------------------------|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>✓ Realização de expressão uterina cerca de duas horas após o parto: pedir à puérpera que se posicione em decúbito dorsal; verificar se existe globo vesical e incentivar a urinar ou se necessário proceder ao esvaziamento vesical; exercer alguma pressão sobre o útero para vigiar a altura de fundo do útero/involução uterina/consistência e a presença de coágulos na cavidade uterina; vigiar as características dos lóquios; observação do períneo e sutura perineal para despiste de hematomas, lacerações, edema, presença de hemorroida, hemorragias; realização de cuidados de higiene e conforto.</p> <p>✓ Avaliação de sinais vitais.</p> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Satisfação das necessidades da mulher, tais como alimentação, hidratação, entre outras;</li> <li>✓ Remoção do cateter epidural; Vigilância e manutenção do cateter venoso periférico.</li> <li>✓ Prestação de cuidados ao recém-nascido: alimentação, mudança da fralda, medidas de conforto.</li> <li>✓ Realização de registos no sistema informático Glintt.</li> <li>✓ Realização dos procedimentos de transferência para unidade de internamento, se puérpera e recém-nascido hemodinamicamente estáveis: contacto telefónico com a equipa de enfermagem do serviço de Obstetrícia para transmissão informação sobre a puérpera e recém-nascido, parto e pós-parto;</li> </ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|   |  |  |           |  |
|---|--|--|-----------|--|
|   | providenciar transferência com as assistentes operacionais do Bloco de partos.   |  |           |  |
| <b>Desenvolver competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem imediatos ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina.</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promoção de um ambiente acolhedor, seguro e tranquilo para receber o recém-nascido.</li> <li>✓ Verificação prévia da funcionalidade da mesa de reanimação neonatal, respetivo material e terapêutica.</li> <li>✓ Aquecimento do pano para receber o recém-nascido no momento do nascimento, bem como a sua roupa.</li> <li>✓ Verificação da hora de nascimento.</li> <li>✓ Prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido de acordo com as suas necessidades: aspiração de</li> </ul> | <u>Comuns do enfermeiro especialista:</u><br><b>A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</b><br><br><u>Específicas do EESMO:</u><br><b>3.1, 3.2, 3.3</b> | Estudante | Ao longo estágio.<br><br>Realização com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até à 20ª semana. |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>secreções e manutenção da permeabilidade das vias aéreas; execução da aspiração do conteúdo gástrico e lavagem, se presença de mecónio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estimulação tátil; contacto visual e contacto pele a pele com a mãe, se possível.</li> <li>✓ Observação física, neurológica e comportamental do recém-nascido, no sentido cefalocaudal, despistando malformações.</li> <li>✓ Monitorização do Índice de Apgar.</li> <li>✓ Pesagem do recém-nascido.</li> <li>✓ Administração de fitomenadiona e vacina VHB.</li> <li>✓ Identificação do recém-nascido com pulseira com identificação da mãe (até ao seu internamento e ter número de processo) e colocação de pulseira anti rapto.</li> </ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vestir recém-nascido e providenciar aquecimento na fonte de calor, se necessário.</li> <li>✓ Colocação do recém-nascido junto da mãe ou pai, promoção da vinculação e da amamentação.</li> <li>✓ Informação ao pediatra sobre a necessidade da sua presença na sala: parto distócico, prematuridade, risco infeccioso, CTG não tranquilizador, patologia materna ou fetal, intercorrência na gravidez e parto, entre outros.</li> <li>✓ Colaboração com o pediatra na reanimação neonatal, se necessário.</li> <li>✓ Transferência para o serviço de Neonatologia, se necessário, assegurando a estabilidade do mesmo.</li> </ul> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realização do internamento do recém-nascido, no sistema informático.</li> <li>✓ Realização de registos no sistema informático, no Boletim de Saúde Infantil e juvenil, Boletim de Vacinas, preenchimento da notícia de nascimento.</li> </ul>   |  |   |   |
| <p><b>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na área da formação em serviço e/ou educação para a saúde.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificação de uma situação / problema de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, de acordo com a necessidade e realidade do contexto do estágio, assim como com as motivações pessoais.</li> <li>✓ Realização de pesquisa individual sobre o tema identificado, através do recurso a uma revisão da literatura, mobilização de competências (comuns e específicas) do enfermeiro</li> </ul> | <p><u>Comuns do enfermeiro especialista:</u><br/><b>B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</b></p> <p><u>Específicas do EESMO:</u><br/><b>7.1</b> - Promove a saúde do grupo alvo.<br/><b>7.2</b> - Diagnostica precocemente e intervêm no grupo alvo</p> | <p>Estudante,<br/>Enfermeira cooperante,<br/><br/>Estudante</p> | <p>1ª e 2ª semanas de estágio.</p> <p>Ao longo do estágio</p> <p>Final do estágio</p> |

|  |   |  |  |                            |
|--|---|--|--|----------------------------|
|  | <p>especialista e interpretação de resultados obtidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planeamento e execução de uma sessão de formação para apresentação de resultados do estudo à equipa do Bloco de Partos de Vila Franca de Xira, contribuindo para a partilha de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.</li> <li>✓ Participação em projetos de formação em desenvolvimento no Bloco de Partos de Vila Franca de Xira, incluindo a participação na elaboração de protocolos ou instruções de trabalho.</li> </ul> <p>Pesquisa bibliográfica</p> | <p>no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.</p> <p><b>7.3</b> - Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.</p> |  | <p>Ao longo do estágio</p> |
|--|---|--|--|----------------------------|

|  |   |  |                  |                            |
|--|---|--|------------------|----------------------------|
|  | <p>Debate com enf e prof</p> <p>Elaboração do relatório</p>   |  |                  |                            |
| <p><b>Desenvolver competências técnicas na área de gestão de recursos humanos e materiais, promovendo a melhoria contínua da qualidade nos cuidados de enfermagem.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observação/acompanhamento do papel do enfermeiro responsável pela gestão de recursos humanos e realização de horários mensais;</li> <li>✓ Observação da organização do serviço e informação acerca da metodologia de gestão de recursos humanos e materiais;</li> <li>✓ Observação das atividades de coordenação da equipa.</li> <li>✓ Identificação da forma de reposição, acondicionamento e manutenção dos recursos existentes, bem como a sua distribuição.</li> </ul> | <p><u>Comuns</u> <u>do</u><br/><u>enfermeiro</u><br/><u>especialista:</u><br/><b>B1, B3, C1, C2.</b></p> | <p>Estudante</p> | <p>Ao longo do estágio</p> |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colaboração na gestão de recursos materiais - rentabilização, prazos de validade; reposição.</li> </ul>   |   |  |   |
| <p><b>Demonstrar capacidade de reflexão sobre o desempenho durante o estágio, numa perspetiva de melhoria contínua, e, avaliação do mesmo.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promoção de momentos de discussão com a enfermeira cooperante e restante equipa multidisciplinar acerca das situações experienciadas;</li> <li>✓ Validação e discussão dos cuidados prestados com a enfermeira cooperante e/ou professora orientadora e identificação de aspetos a melhorar.</li> <li>✓ Revisão dos conhecimentos adquiridos em contexto de ensino teórico.</li> <li>✓ Realização de auto e heteroavaliação contínua, no decorrer do estágio, tendo por base os critérios de avaliação individual.</li> </ul> | <p><u>Comuns do enfermeiro especialista:</u><br/><b>B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</b></p> | <p>Estudante,<br/>enfermeira cooperante,<br/>equipa multidisciplinar,<br/>professora orientadora<br/>Estudante</p> | <p>Ao longo do estágio</p> <p>Final do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p> |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realização de reuniões intermédias de avaliação formal com enfermeira cooperante e professora orientadora.</li> <li>✓ Realização de avaliação final com enfermeira cooperante e professora orientadora.</li> <li>✓ Realização de relatório de estágio, com abordagem às atividades desenvolvidas e respetiva análise crítica e reflexiva sobre o processo de ensino-aprendizagem, incluindo o tema em estudo.</li> </ul> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração deste projeto foi uma mais-valia para orientar o percurso a desenvolver ao longo do estágio IV.

A partir dos objetivos definidos para o estágio foram planeadas as atividades que pretendo desenvolver para os atingir.

Neste sentido, considero que o presente projeto tem um caráter orientador, permitindo perceber quais as atividades que já foram desenvolvidas, quais faltam desenvolver, e, de um modo reflexivo, avaliar quais as competências que terão que ser melhoradas por forma a atingir os objetivos propostos.

A elaboração baseou-se na consulta do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (n.º 391/2019), do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (n.º 140/2019) e do Plano de Estudos do CMESMO, sendo fundamental para sistematizar as respetivas atividades.

Sendo este projeto elaborado nas primeiras duas semanas de estágio, considero que poderá sofrer alterações ao longo do estágio, sendo que este deve ser encarado como contínuo, evolutivo e flexível.

## REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documento orientador da programação da Ficha da Unidade Curricular Estágio IV - Anexo B – Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Ordem do Enfermeiros (2015). *EESMO. Livro de Bolso*. Enfermeiros Especialistas em saúde Materna e Obstétrica/Parteiras.

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf)

Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03*. Lisboa.

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. Lisboa

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

(Edição: Ordem dos Enfermeiros Setembro 2002 Revisão e reimpressão: agosto de 2012), consultado em janeiro de 2021.

APÊNDICE II - *SCOPING REVIEW*



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em saúde:

a intervenção do EESMO

**Mestrandas:**

Patrícia Fialho

Santarém, maio de 2021



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Unidade Curricular – Estágio IV: Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos

Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em saúde:

a intervenção do EESMO

*Uma Scoping Review*

**Mestranda:**

Patrícia Fialho, n.015022182

**Professores Orientadore:**

Professora Doutora Dora Carteiro

Santarém, maio de 2021

## ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature

DGS - Direção-Geral da Saúde

EBSCOhost - Elton Bryson Stephens Company Host

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMOs - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

et al. – entre outros

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH – *Medical Subject Headings*

n.º – número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PCC – População, Conceito, Contexto

## ÍNDICE

|  | p.       |
|--|----------|
| INTRODUÇÃO.....  | 6        |
| <b>1 – PROTOCOLO <i>JOANNA BRIGS INSTITUTE</i> PARA <i>SCOPING REVIEW</i>.....</b> | <b>8</b> |
| Review title.....  | 9        |
| Reviewers.....   | 9        |
| Centre conducting the review.....  | 9        |
| Review question/objective.....   | 9        |
| Key words.....   | 10       |
| Background.....  | 10       |
| Inclusion criteria.....  | 14       |
| Types of participants.....   | 14       |
| Concept.....   | 14       |
| Context.....   | 14       |
| Types of studies.....  | 14       |
| Search strategy.....   | 14       |
| Study selection.....   | 16       |
| Data collection.....   | 17       |
| Data synthesis.....  | 18       |
| Considerações finais.....  | 30       |
| Conflicts of interest.....   | 31       |
| Acknowledgments.....   | 31       |
| References.....  | 32       |
| Appendixes.....  | 35       |
| Appendix I – Initial Search Strategy.....  | 36       |
| Appendix II – Appraisal instruments.....   | 38       |
| Appendix III – Prima Flow Chart.....   | 40       |
| Appendix IV – Data extraction instrument.....                                      | 42       |

## ÍNDICE DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
|  | p. |
| <b>Quadro 1</b> – Limitadores de pesquisa..... | 15 |
| <b>Quadro 2</b> – Numeração dos artigos.....   | 16 |

## INTRODUÇÃO

A realização desta *Scoping Review*, surgiu no âmbito da unidade curricular de Estágio IV: Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos, integrada no plano curricular do 2º semestre do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Saúde de Santarém. Consiste num tipo de revisão de literatura, em que se pretende mapear conceitos, esclarecer definições e limites de um tópico (Arksey & O'Malley, 2005 citados por Peters et al., 2017). Pode ser bastante útil quando um tópico ainda não foi extensivamente revisado ou é de natureza complexa ou heterogénea (Mays et al., 2001 citados por Pham et al., 2014).

A investigação em saúde deve ser contínua, procurando sempre alcançar o conhecimento mais atual e novas evidências. Assim, as revisões da literatura tornaram-se processos importantes, tanto ao nível da investigação, possibilitando aos investigadores conhecer a evidência já existente, como ao nível da prática clínica, sustentando a mesma, na melhor evidência científica disponível (Peters et al., 2017).

A escolha do tema “Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em saúde: a intervenção do EESMO”, surgiu no início da realização do Estágio IV: Estágio e relatório em ESMO na Sala de Partos, pois é considerado um tema atual e pretende-se, cada vez mais, dar enfoque à autonomia da parturiente, capacitando-a e promovendo o seu papel ativo na gestão do seu trabalho de parto e parto.

Desde o início do estágio que a relação com a parturiente se baseou em adequar as minhas intervenções de enfermagem às suas preferências e necessidades, para que a mesma pudesse escolher e vivenciar um trabalho de parto satisfatório e, ao mesmo tempo, seguro.

A saúde também se encontra em constante mudança, pelo que há necessidade de mudar a prestação de cuidados baseado no modelo Biomédico para o Modelo de cuidados centrados na mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste sentido, e para dar consistência na prática a este pressuposto, foi decidido abordar as intervenções do EESMO, baseadas no Modelo de cuidados centrados na mulher, que promovem ganhos em saúde.

Para o desenvolvimento deste tema, foram seguidas as etapas propostas por Peters et al. (2017) para a elaboração de uma *scoping review*:

- Definir objetivos e a questão;
- Desenvolver os critérios de inclusão;
- Descrever estratégias de pesquisa, seleção, colheita e documentação planejadas;
- Pesquisar a evidência;
- Selecionar a evidência;
- Extrair a evidência;
- Documentar a evidência;
- Resumir a evidência relacionando-a aos objetivos e questão.

Para a elaboração de uma revisão da literatura, é fundamental o desenvolvimento inicial de um protocolo, onde são definidos objetivos e métodos, permitindo o aumento da transparência da revisão e a diminuição de viés (Peters et al., 2017).

Este trabalho tem como objetivo geral: desenvolver uma *scoping review* com o tema “Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em saúde: a intervenção do EESMO”, recorrendo ao protocolo do *Joanna Brigs Institute*.

Como objetivos específicos desta *scoping review*, definiram-se:

- Mapear os conceitos chave do tema;
- Desenvolver sentido crítico quanto à qualidade metodológica da literatura existente;
- Analisar resultados encontrados com relevância para o tema .

**1 – PROTOCOLO JOANNA BRIGS INSTITUTE PARA SCOPING REVIEW**

## Review Title

Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em saúde: a intervenção do EESMO

## Reviewers

Patrícia Fialho <sup>1,2,3</sup>

Dora Carteiro <sup>1</sup>

1 Escola Superior de Saúde de Santarém

2 Hospital de Vila Franca de Xira, PPP

3 Autor Correspondente: patricia.i.fialho@hotmail.com

## Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém

UMIS – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde

## Review question/objective

Nas revisões sistemáticas, onde está incluída a *scoping review*, como referido anteriormente, o primeiro passo é definir a questão de revisão e o objetivo (Peters et al., 2017).

Review question - Quais as intervenções do EESMO, baseadas no Modelo de Cuidados

Centrados na Parturiente, que promovem ganhos em saúde?

Objective - Identificar as intervenções do EESMO, baseadas no Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente, que promovem ganhos em saúde.

**Key words (MeSH Descriptors):**

Patient Centered Care, Obstetric Nursing, Labor

Patient Centered Care - Design of patient care wherein institutional resources and personnel are organized around patients rather than around specialized departments.

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

Labor, Obstetric - The repetitive uterine contraction during childbirth which is associated with the progressive dilation of the uterine cervix. Successful labor results in the expulsion of the FETUS and PLACENTA. Obstetric labor can be spontaneous or induced (LABOR, INDUCED).

## **Background**

Na área da saúde, o papel do utente tem vindo a evoluir ao longo dos últimos anos. Tem-se verificado a transição de um modelo de prestação de cuidados mais paternalista por parte dos profissionais de saúde, para um modelo em que o utente tem um papel mais ativo no seu processo de saúde/doença (OMS, 2013a). Pode dizer-se que o utente deixou de ter uma atitude passiva, em que era um mero recetor de cuidados, passando progressivamente a um envolvimento mais ativo e participativo nas decisões inerentes à sua saúde e ao seu bem-estar.

Neste sentido, também os profissionais, têm que se adaptar a este novo modelo de prestação de cuidados, uma vez que os utentes estão, cada vez mais, exigentes e empenhados nos cuidados com a sua saúde, destacando-se o seu aumento de literacia em saúde, o seu

empoderamento e a procura de informação pelos próprios utentes (OMS, 2013a).

Este modelo caracteriza-se por colocar o utente no centro dos cuidados (*Patient-Centered Care*). O programa *Health 2020* defende que o sistema de saúde deve promover um cuidado centrado no utente, que responda às suas necessidades individuais, com ênfase na participação e dignidade (OMS, 2013a).

O modelo de cuidados centrado no utente baseia-se na capacitação do mesmo, foca-se na relação utente/profissional, estimulando a parceria entre ambos, por forma a satisfazer as suas necessidades e os seus desejos (Bokhour et al., 2018).

A participação do utente tem sido reconhecida como um componente-chave no processo de assistência ao utente, contribuindo de forma significativa para aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados ao utente, podendo ser aplicado em qualquer área da saúde (Longtin et al., 2010).

Para a aplicação do modelo de cuidados centrados no utente, é fundamental o contributo da profissão de Enfermagem, sendo que esta tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano saudável ou doente, ao longo do seu ciclo vital, promovendo a manutenção, melhoria ou recuperação do seu estado de saúde, tentando alcançar a sua máxima capacidade funcional, no menor tempo possível (Lei n.º 156/2015).

O enfermeiro é o profissional com competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem, através de intervenções autónomas e interdependentes, ao indivíduo / família / grupos / comunidades, contribuindo para a promoção da saúde (Lei n.º. 156/2015).

As intervenções de enfermagem preveem uma interação entre o enfermeiro e o utente/família, sustentada na relação de ajuda e com recurso a uma metodologia científica – o Processo de Enfermagem. Este processo baseia-se na identificação de problemas de saúde, colheita e análise de dados, formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento, execução, avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e reformulação das intervenções, se necessário (Lei n.º. 156/2015).

Como já referido anteriormente, os cuidados de saúde e, por conseguinte, os cuidados de Enfermagem, tornaram-se mais exigentes a nível técnico e científico, resultando a necessidade de maior diferenciação e especialização na área de enfermagem.

O enfermeiro especialista é um enfermeiro com a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, englobam várias dimensões: educação dos utentes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança, investigação que contribui para o desenvolvimento contínuo da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

Foram desenvolvidas 6 especialidades, sendo uma delas a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) é um profissional que presta cuidados de enfermagem especializados à Mulher, ao longo do seu ciclo reprodutivo, através de intervenções autónomas nas situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco (Regulamento 391/2019). Assim, na área da Saúde Materna e Obstétrica, adaptando o Modelo de cuidados centrados no utente, os cuidados são centrados na Mulher (e/ou na pessoa significativa/família).

O conceito de Mulher é entendido, como a “entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.” (Regulamento nº 391/2019, p.13561). Nesta linha de pensamento, a Mulher, “deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais.” (Regulamento nº 391/2019, p.13561).

Do seu ciclo reprodutivo faz parte a gravidez. Este estudo centra-se numa das fases da gravidez, mais propriamente no trabalho de parto. O EESMO cuida da mulher inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, realizando o parto num ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação ao meio extrauterino (Regulamento nº 391/2019).

A OMS emitiu umas recomendações sobre o atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva, evidenciando a necessidade de promover um atendimento respeitoso, individualizado, centrado na pessoa, recorrendo a práticas clínicas eficazes,

oferecendo informações relevantes e oportunas, promovendo apoio emocional e psicossocial por parte dos profissionais (OMS, 2018).

Em muitas maternidades, considera-se a presença de alguns entraves à mudança de um modelo (Bio) médico ainda existente, para um Modelo de Cuidados Centrado na Mulher/Parturiente (Ordem dos Enfermeiros, 2015), pelo que urge uma mudança na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher grávida/parturiente/puérpera/casal. Isto só é possível recorrendo à prática baseada na evidência científica e ao empoderamento da profissão de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, defende-se que a prestação de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica deve ter por base um modelo de assistência em que o enfermeiro trabalha em parceria com a Mulher, colocando-a no centro dos cuidados - Modelo de cuidados centrados na Mulher. Este modelo exige uma adequação dos cuidados às reais necessidades e desejos da Mulher, permitindo-lhe uma escolha informada sobre a sua saúde, garantindo a continuidade dos cuidados, o seu envolvimento, a eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade (New Zealand College of Midwives, 2008; The Royal College of Midwives, 2011, citados por Ordem dos Enfermeiros, 2015). Com este modelo pretende-se capacitar a Mulher, compreendendo e enfatizando as suas forças e competências que contribuam para a realização de um trabalho de parto e parto fisiológicos, num local escolhido por ela (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

As mulheres têm demonstrado maior satisfação com o seu parto quando este resulta num parto natural e quando a qualidade da assistência prestada é favorável e adequada aos seus ideais (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os cuidados prestados pelo EESMO baseiam-se na normalidade, individualidade, continuidade dos cuidados, flexibilidade, criatividade, capacitação e empoderamento, apoio, respeito pelas diferenças culturais e crenças, relação de confiança com a parturiente (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Para o EESMO ser uma referência na qualidade dos cuidados é imprescindível a atualização constante dos seus conhecimentos tendo por base os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros: Satisfação das utentes; Promoção da Saúde;

Prevenção de Complicações; Autocuidado e bem-estar; Readaptação funcional; Organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

### **Inclusion criteria**

Os critérios de inclusão devem ser pertinentes, objetivos e inequívocos, por forma a oferecer uma resposta adequada à questão de revisão (Peters et al., 2017). Estes critérios devem designar a **População, Conceitos e Contexto (PCC)** a que os estudos se devem relacionar que permitam ser incluídos na revisão.

#### **Types of participants**

Parturientes

#### **Concept**

Cuidados Centrados na Parturiente; Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica; Trabalho de Parto e Parto.

#### **Context**

Hospitalar

#### **Types of studies**

Qualitativos e quantitativos

### **Search strategy**

Numa *scoping review*, a estratégia de pesquisa deve ser o mais abrangente possível dentro das limitações de tempo e recursos, de forma a identificar fontes primárias de evidências publicadas e não publicadas (literatura cinza ou difícil de localizar), bem como revisões (Peters et al., 2017).

A pesquisa foi realizada em 2 bases de dados *online*: *EBSCOhost* e *Pubmed*.

Inicialmente, foram pesquisados cada um dos descritores *MeSH* individualmente, nas bases de dados mencionadas anteriormente, recorrendo aos limitadores de pesquisa apresentados no quadro 1.

Seguidamente, cruzaram-se os descritores, relacionando-os através da conjunção *AND*, definindo-se a seguinte expressão de pesquisa: *Patient Centered Care AND Obstetric Nursing AND Labor*, obtendo os resultados evidenciados no Appendix II.

| Bases de Dados   |                   |   |   |                       |   |
|--|-------------------|---|---|-----------------------|---|
| Científicas  |                   |   |   |                       |   |
| EBSCOhost  |                   |   |   |                       | Pubmed  |
| CINAHL Complete  | Medline Complete  | Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive | Cochrane Database of Systematic Review                  | Medic Latina          |   |
| Resumo disponível  | Resumo disponível | Texto Completo em PDF                             | Ano de Publicação - resenhas e protocolos:<br>2016-2021 | Texto Completo em PDF | Abstract<br>Free full text<br>Friso cronológico de 5 anos |
| Qualquer autor é enfermeiro  |                   |   |   |                       |   |
| Texto Completo em PDF  |                   |   |   |                       |   |
| TX (Texto completo)  |                   |   |   |                       |   |
| Booleano/Frase   |                   |   |   |                       |   |
| Buscar também no texto completo dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes |                   |   |   |                       |   |
| Friso Cronológico de março de 2016 a março de 2021; Texto Completo;        |                   |   |   |                       |   |

Quadro 1 – Limitadores de pesquisa

## Study Selection

Após a realização da pesquisa pela aplicação da expressão delineada, nas bases de dados supracitadas, identificaram-se 13 artigos, conforme se pode verificar no esquema do Appendix III – *Prisma 2009 Flow Diagram*.

Na etapa 2, *screening*, e após eliminação de 1 artigo por se encontrar duplicado, foram excluídos 2 outros, após leitura do título e resumo. Na etapa de *eligibility*, os 10 artigos foram numerados, conforme quadro seguinte, e lidos na sua totalidade:

| Nº. do estudo | Autores   | Revista                             | Ano, Volume da revista | Título do artigo  |
|---------------|---|-------------------------------------|------------------------|---|
| 1             | Thales Philipe Rodrigues da Silva, Érica Dumont-Pena, Ana Maria Magalhães Sousa, Torcata Amorim, Luísa Castanheira Tavares, Débora Cabral di Pietra Nascimento, Kleyde Ventura de Souza, Fernanda Penido Matozinhos | Revista Brasileira de Enfermagem    | 2019<br>72 (3)         | Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care  |
| 2             | Helen Murphy and Joanna Strong  | HEALTH CARE FOR WOMEN INTERNATIONAL | 2018<br>39 (6)         | Just another ordinary bad birth? A narrative analysis of first time mothers' traumatic birth experiences                                |
| 3             | Vanessa Haines, Judith Anderson, Brian Burke  | FOCUS: Women's Health               | 2017<br>25 (4)         | WOMEN'S HEALTH IN INDIA   |
| 4             | Úrsula Silva, Betânia Maria Fernandes, Maione Silva Louzada Paes, Maria das Dores Souza, Daniela Aparecida Almeida Duque  | Journal of Nursing, UFPE On Line    | 10 (4)                 | NURSING CARE EXPERIENCED BY WOMEN DURING THE CHILD-BIRTH IN THE HUMANIZATION PERSPECTIVE  |
| 5             | Andrew Hunter, Declan Devane, Catherine Houghton, Annmarie Grealish, Agnes Tully, Valerie Smith   | BMC Pregnancy and Childbirth        | 2017<br>17             | Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences                      |
| 6             | Agegnehu Bante, Kedir Teji, Berhanu Seyoum, Abera Mersha  | BMC Pregnancy and Childbirth        | 2020<br>20 (86)        | Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia: a crosssectional study |

|    |  |                              |                  |   |
|----|--|------------------------------|------------------|---|
| 7  | Patience A. Afulani, Laura Buback, Ann Marie Kelly, Leah Kirumbi, Craig R. Cohen, Audrey Lyndon                          | Reproductive Health          | 2020<br>17 (85)  | Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya  |
| 8  | Margareth Crisóstomo Portela, Sheyla Maria Lemos Lima, Lenice Gnocchi da Costa Reis, Mônica Martins, Emma-Louise Aveling | BMC Pregnancy and Childbirth | 2018<br>18 (459) | Challenges to the improvement of obstetric care in maternity hospitals of a large Brazilian city: an exploratory qualitative approach on contextual issues          |
| 9  | Zoe Bradfield, Yvonne Hauck, Michelle Kelly, Ravani Duggan   | BMC Pregnancy and Childbirth | 2019<br>19 (29)  | "It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife model               |
| 10 | Jimena Fritz, Dilys M. Walker, Susanna Cohen, Gustavo Angeles, Hector Lamadrid- Figueroa                                 | PLOS ONE                     | 2017             | Can a simulation-based training program impact the use of evidence based routine practices at birth? Results of a hospital-based cluster randomized trial in Mexico |

**Quadro 2** – Numeração dos artigos que cumprem critérios de elegibilidade

Destes 10 artigos, 4 foram excluídos, pelos seguintes motivos:

- Nos artigos nº 2 e nº 8, nenhum dos autores é enfermeiro;
- Os artigos nº 3 e nº 10, não dão contributos para a questão de revisão.

Finalmente, os artigos incluídos, foram 6 estudos, dos quais 4 são qualitativos e 2 quantitativos.

## Data collection

A colheita de dados dos artigos selecionados, deve obter os dados importantes para responder à questão e objetivos da revisão, podendo ser utilizados instrumentos para o efeito (Peters et al., 2017).

Os dados foram colhidos, através do preenchimento do instrumento de extração de dados, que consta do Appendix IV, submetendo cada artigo a todas as 9 categorias que constituem esse mesmo apêndice, sendo elas: autores, ano de publicação, país de origem, objetivos do artigo, metodologia/métodos, fontes de pesquisa, interpretação desenvolvida, nível de evidência e contributos para a *scoping review*.

## Data synthesis

Neste subcapítulo, apresenta-se a análise dos artigos selecionados, inter-relacionando-os e realizando a respetiva discussão, de modo a evidenciar os contributos para a questão de revisão: “Quais as intervenções do EESMO, baseadas no modelo de cuidados centrados na parturiente que promovem ganhos em saúde?”.

Da análise emergiram 4 subtemas relacionados com aplicação do modelo de cuidados centrados na parturiente:

- . Humanização do parto;
- . Parceria nos cuidados; Comunicação; relação terapêutica EESMO/parturiente;
- . Educação para a saúde e literacia em saúde;
- . Dificuldades na aplicação do modelo de cuidados centrados na parturiente.

- **A humanização do parto**

A análise efetuada evidencia que o modelo de cuidados centrados na parturiente está intimamente ligado às questões do parto humanizado, defendido pela OMS (2018).

T. Silva et al. (2019), referem que nos últimos anos, se tem assistido a várias transformações científicas na sociedade, em que se privilegia a tecnologia, o benefício económico e a ciência biomédica, com forte influência no cuidado prestado às mulheres durante o trabalho de parto e parto.

De referir que o ato de parir sofreu algumas alterações, passando a ser um evento hospitalar e cirúrgico, contribuindo para a medicalização do corpo feminino e para a perda da autonomia da parturiente (Leal et al., 2020).

Atualmente, muito se tem falado da humanização do parto e da necessidade de diminuir as intervenções desnecessárias, bem como o excesso de medicação no parto e que colocam em perigo a saúde materna e neonatal, contudo, ainda se verificam essas práticas em algumas unidades de saúde (Leal et al., 2020).

Sabemos que a gravidez e o parto são acontecimentos significativos na vida da mulher/casal/família, mas que também, são momentos de grande vulnerabilidade e geradores de alguma ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Para além da segurança pretendida nos cuidados obstétricos, cada vez mais, a mulher e família, têm procurado o respeito pelos direitos humanos,

nomeadamente: autonomia, dignidade, ter direito às suas escolhas e preferências, bem como acesso aos melhores cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Nesta linha de pensamento, podemos afirmar que o papel da mulher se encontra em transformação e que temos experienciado uma mudança de paradigma nos cuidados obstétricos à mulher, na medida em que esta tem maior acesso e maior interesse na procura de informação sobre o trabalho de parto, tornando-a mais proativa neste processo (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, o EESMO deve acompanhar estas transformações da sociedade, bem como, agir de acordo com as exigências da mulher/casal, contribuindo para a mudança de paradigma nos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O EESMO é um profissional qualificado para a assistência à parturiente, na medida em que pode implementar práticas de humanização, que respeitam as escolhas e necessidades da parturiente e incentivem a **realização de um parto fisiológico**, baseando a sua prática na evidência científica (Duarte et al., 2020; Leal et al., 2020; T. Silva et al., 2019; Ú. Silva et al., 2016).

A humanização em saúde salvaguarda a valorização da dignidade humana durante a prestação de cuidados, baseando-se no respeito à individualidade (Leal et al., 2020).

Neste sentido, a humanização dos cuidados à mulher grávida pressupõe reconhecer a sua individualidade, as suas necessidades e desejos, estabelecer com ela uma relação que lhe proporcione segurança, lhe dê protagonismo e empoderamento, sem recorrer a relações desiguais e autoritárias por parte dos profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade nos cuidados com o parto (Leal et al., 2020).

O parto deve estar centrado no protagonismo da parturiente, evidenciando a fisiologia do corpo feminino em detrimento do tecnicismo associado à “obstetrícia moderna” (Duarte et al., 2020; T. Silva et al., 2019; Ú. Silva et al., 2016).

Existem determinadas práticas que podem favorecer ou desfavorecer a humanização do parto. T. Silva et al. (2019), sugerem que os cuidados obstétricos realizados por profissionais que assistem a grávida em trabalho de parto e parto podem ser divididos em três categorias:

- Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas;
- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- Práticas usadas de modo inapropriado no momento do nascimento. (T. Silva et al., 2019).

Segundo os mesmos autores, nas parturientes cujo trabalho de parto culminou em parto por via vaginal, as **práticas obstétricas claramente úteis e que devem ser estimuladas**, foram predominantemente utilizadas pelo EESMO com papel ativo na vigilância do trabalho de parto, destacando: permissão à grávida para ingerir dieta, permissão de movimento e escolha da posição,

preenchimento do partograma, recurso a medidas não farmacológicas para alívio da dor (T. Silva et al., 2019). Já em 2016, Sousa et al., recomendavam estas práticas, que se coadunam com as práticas recomendadas pela OMS (2018) e pela mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica (2019).

Ú. Silva et al. (2016), evidenciam, também, que os enfermeiros incentivam o recurso a **medidas não farmacológicas para alívio da dor**, destacando a massagem e o banho de chuveiro, que contribuem para o conforto e bem-estar da parturiente, fortalecendo a relação entre o profissional e o utente, bem como o aumento da confiança entre os mesmos.

Preconiza-se que o EESMO, juntamente com a restante equipa multidisciplinar, valorizem a mulher, que a ajudem no processo de parto, respeitem o seu tempo, promovam o recurso a medidas não farmacológicas para relaxamento e alívio da dor, tais como massagem, banho, movimentação e deambulação, exercícios respiratórios, toque reconfortante e bola de Pilates, pois estas são simples, baratas e seguras, fomentam a participação ativa da mulher no trabalho de parto e parto, são utilizadas em várias culturas, sendo valorizadas quer pelos profissionais, quer pelas parturientes (Ú. Silva et al., 2016).

Seguindo esta linha de pensamento, em Portugal, no ano de 2019, a mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica, publicou um documento referente à programação do parto, parentalidade e pós-parto, onde evidencia o papel do EESMO na promoção de estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como estratégias facilitadoras da evolução do trabalho de parto, gerando ganhos no autocontrolo da dor e favorecendo um trabalho de parto fisiológico.

No que concerne às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, nomeadamente, a realização de tricotomia, a realização de enema e a realização de Manobra de *Kristeller*, só aconteceram nos hospitais em que não existiam EESMOs. Relativamente à “posição deitada de costas com as pernas levantadas”, foi maioritariamente usada nos hospitais sem a presença de EESMO (T. Silva et al., 2019).

Os mesmos autores nomearam ainda algumas práticas de cuidados usadas de modo inapropriado no momento de trabalho de parto e parto, concluindo que a administração de ocitocina, de terapêutica analgésica e a realização de episiotomia foram superiores nos hospitais sem a presença de EESMO. A realização de amniotomia foi semelhante nos hospitais, com e sem EESMO com papel ativo na prestação de cuidados à parturiente (T. Silva et al., 2019).

Tanto as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, como as práticas usadas de modo inapropriado no momento do nascimento, se coadunam com as práticas não

recomendadas pela OMS (2018) e pela mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica (2019).

O EESMO tem demonstrado o seu empenho na utilização de práticas obstétricas úteis, baseando-as em evidências científicas recomendadas pela OMS em detrimento do modelo biomédico/tecnocrata, nomeadamente na redução de intervenções desnecessárias e na promoção de um parto fisiológico e humanizado (Leal et al., 2020).

Hunter et al. (2017) reforçam que a **gravidez e o nascimento são processos normais/fisiológicos**, acrescentando a noção de que **não são uma doença**.

Os mesmos autores, sugerem como estratégias para “normalizar” a gravidez e parto, as seguintes: respeitar os desejos da mulher, seguir o seu plano de parto, dar-lhe oportunidade de escolha, evitar demasiadas intervenções desnecessárias e preparar o meio ambiente (calmo, silencioso, pouco iluminado, música agradável, cheiro a lavanda...) (Hunter et al., 2017), estratégias estas, que vão ao encontro dos resultados obtidos por Ú. Silva et al. (2016) e T. Silva et al. (2019), descritos anteriormente, quando defendem a humanização do parto.

Para complementar estes resultados, Duarte et al. (2020), acrescentam que o EESMO deve promover um ambiente silencioso e confortável, destacando a importância dos métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor associada ao trabalho de parto e parto, promovendo a autonomia da mulher nas escolhas mais seguras e confiáveis.

Neste sentido, destaca-se o **respeito** no conceito de proteção da normalidade: respeito pela mulher, respeito pelo processo de gravidez e pelos cuidados centrados na mulher, com o menor número de intervenções possível (Hunter et al., 2017). Para as mulheres, o respeito significa sentirem-se ouvidas e serem reconhecidas como uma pessoa com experiências anteriores, preferências e potenciais receios sobre o parto (Hunter et al., 2017).

Outro aspeto importante a referir é a **continuidade dos cuidados**, não só durante a gestação, mas também, durante o trabalho de parto e no período pós-natal, garantindo uma consistência nos cuidados e a melhoria da qualidade (Hunter et al., 2017). Algumas mulheres expressaram insatisfação com os serviços hospitalares, onde foram consultadas por médicos diferentes e não por uma equipa consistente (Hunter et al., 2017).

Assim, o cuidado fragmentado, aumenta a perceção da inconsistência na prestação de cuidados à grávida, uma vez que diferentes profissionais trabalham paralelamente, em vez de comunicarem efetivamente uns com os outros (Hunter et al., 2017). A existência de diferentes prestações de serviços no período perinatal, que funcionam de forma independente ou separadas

umas das outras (cuidados pré-natais; parto; pós-parto) contribuem para a fragmentação dos cuidados (Hunter et al., 2017).

Num estudo realizado na Etiópia, para avaliar a situação face aos cuidados respeitosos e os fatores associados, nas maternidades desse país, os autores concluem que as mulheres que planearam a gravidez, que realizaram vigilância pré-natal, que tiveram o seu parto num hospital privado e cujo parto terminou sem complicações, consideraram receber cuidados mais respeitosos em comparação com as parturientes num hospital público, com as grávidas que não realizaram vigilância pré-natal, com as grávidas que não planearam a gravidez e com as que tiveram alguma complicação pós-parto (Bante et al., 2020).

As intervenções que favorecem cuidados respeitosos na maternidade resumem-se a cuidados amigáveis, não abusivos, oportunos e não discriminativos, sendo necessário o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar para prestar cuidados respeitosos e compassivos às mulheres grávidas (Bante et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Ú. Silva et al. (2016), indicam algumas atitudes dos enfermeiros que não contribuem para um parto humanizado, e que podem contribuir para violência obstétrica: uso da força física para facilitar a expulsão do feto, proibição de se expressar no momento de dor e falta de orientação sobre os procedimentos realizados, dificultando a participação ativa da mulher.

A prestação de cuidados respeitosos na maternidade foi defendida no documento de recomendações para uma experiência de parto positiva, emitido pela OMS (OMS, 2018).

A análise da evidência científica mostra a necessidade de substituição do modelo de cuidados baseado no modelo biomédico para um modelo mais humanizado baseado no respeito e na qualidade dos cuidados.

- **Parceria nos cuidados; comunicação; relação terapêutica EESMO/parturiente**

O EESMO deve basear a sua intervenção em modelos de assistência que privilegiem a parceria com a mulher, colocando-a no centro dos cuidados, isto é, modelo de cuidados centrados na mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Segundo este modelo, o EESMO adequa os seus cuidados às reais necessidades mulher grávida/casal, permitindo que estes tomem decisões esclarecidas e informadas acerca da sua gravidez e promoção de um parto fisiológico, com recurso a estratégias de capacitação da mulher, baseadas na sua própria força e competências pessoais (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

O empoderamento é visto como um precursor dos cuidados centrados na mulher, altamente valorizado pelas mulheres ao longo do processo de gravidez e pode ter um impacto na escolha e autonomia das mulheres (Hunter et al., 2017).

Destaca-se a diferença entre a prestação de cuidados existente e um serviço focado na mulher, que oferece mais opções. Fornecer opções de escolha é um princípio fundamental nos cuidados centrados na mulher (Hunter et al., 2017).

A promoção da autonomia da mulher e o *empowerment*, estão relacionados com as experiências de poder, controle, conhecimento dos participantes e a sua influência na tomada de decisão informada, destacando a importância de ouvir, trabalhar em parceria e tomar decisões conjuntas, permitindo uma prestação de cuidados centrados na mulher (Hunter et al., 2017).

Para a existência de cuidados individualizados, seria importante melhorar a comunicação na partilha de informação e no trabalho em parceria, promovendo suporte emocional para a escolha informada (Hunter et al., 2017).

Embora o relacionamento principal seja com a mulher, também se estende ao parceiro e outros membros da família, alargando o âmbito da prestação de cuidados para: a mulher e sua família no centro da experiência do cuidado (Afulani et al., 2020; Bradfield et al., 2019).

Capacitar as mulheres e as suas famílias para serem participantes ativos, com capacidade de decisão nos cuidados de saúde, fornecendo-lhes informação e obter o seu consentimento, contribuir para que se envolvam no processo de cuidados, se preparem psicologicamente para os procedimentos e para suportar as consequências dos mesmos (Afulani et al., 2020).

O envolvimento da família prepara as famílias para quaisquer resultados adversos, dá-lhes tranquilidade porque percebem o que está a acontecer com a mulher, aumenta a responsabilidade da família no cuidado e promove a coesão familiar, facilitando a adesão, encaminhamento e continuidade dos cuidados (Afulani et al., 2020).

No entanto, nem todas as informações podem ser partilhadas com a família, havendo a necessidade de respeitar a preferência da mulher, sobre com quem partilhar suas informações (Afulani et al., 2020).

No que diz respeito aos cuidados prestados pelo EESMO no momento do parto, as puérperas mencionaram que a **comunicação verbal e não verbal** (destacando o toque) são elementos importantes, enfatizando também que as competências dos enfermeiros não se esgotam no saber técnico mas que também ajudam a promover a humanização do cuidado (Ú. Silva et al., 2016).

A **comunicação e o suporte emocional** são de extrema importância para a prestação de cuidados individualizados, assim como a partilha de informação e a promoção do trabalho em parceria (Hunter et al., 2017). Melhorar a comunicação entre o profissional e a pessoa, contribui para a adesão aos cuidados de saúde e para obter as mudanças comportamentais desejadas (DGS, 2019). Sendo assim, pretende-se que o profissional use uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva; se

envolva nos cuidados; estabeleça uma relação terapêutica; tenha controlo sobre a mensagem transmitida, utilizando informação simples, confiável e fidedigna (DGS, 2019).

Segundo Afulani et al. (2020), para uma **comunicação eficaz** na prestação de cuidados, o profissional deve adotar alguns procedimentos:

- Apresentar-se às mulheres (estas podem identificar quem cuidou delas, agradecer, recomendá-lo e recorrer novamente se houver complicações, motivar bons cuidados para evitar queixas, favorece a relação profissional/utente, aumenta o conforto, a confiança e a liberdade para abordar os problemas).

- Chamar as mulheres pelo nome (demonstra reconhecê-las como pessoas, manifesta interesse, respeito e carinho; não deve identifica-las pelo número da cama, nem tratar por “você” ou “mãe”; promove segurança, na medida em que elas têm certeza de que as identificaram com precisão, não trocaram as suas informações clínicas, garantindo que os procedimentos e medicamentos são administrados às mulheres corretas).

- Pedir permissão ou consentimento antes dos procedimentos (aumenta a confiança, diminui a resistência, promove a cooperação; respeito pelos direitos da mulher, evitando acusações ou ações judiciais; envolver a mulher e família, capacitando-os e empoderando-os nas tomadas de decisão e participação ativa).

- Envolver as mulheres e as suas famílias nas decisões sobre seus cuidados (a família sente-se informada e participativa, promove coesão familiar; facilita a adesão, encaminhamento e continuidade do cuidado). É importante verificar se as mulheres entendem as informações que lhes são fornecidas, através da repetição da informação pelas mulheres, dar tempo para perguntas, demonstrar e avaliar se as mulheres seguiram as instruções;

Para se promover a humanização do parto, associada a um modelo de cuidados centrados na parturiente, a **relação** estabelecida entre o EESMO e a mulher é o elemento-chave (Bradfield et al., 2019). Apesar destes autores se focarem no modelo de “enfermeira conhecida”, que não é utilizado em Portugal, nas instituições de saúde públicas, algumas considerações podem ser adaptadas ao modelo de cuidados centrados na mulher.

Nesta relação, a base para o sucesso de “estar com a mulher” durante o trabalho de parto e parto suportado no modelo de “parteira conhecida”, é a **confiança** (Bradfield et al., 2019).

É com base no estabelecimento de uma relação de confiança, que é possível “conhecer” a mulher e a sua família, os seus problemas clínicos, bem como os seus desejos e necessidades para o momento do parto, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e

intuitivos, apoiando-os nas suas escolhas e ajudando-os a ultrapassar os momentos mais difíceis (Bradfield et al., 2019).

Isto só é possível através do estabelecimento de uma relação terapêutica, em que o enfermeiro desenvolve ações educativas individualizadas para cada mulher, promove o aumento do conhecimento sobre si própria e sobre o seu meio envolvente, ensinando-lhe estratégias para a mudança no seu comportamento e que lhe permitam melhorar a sua saúde (D. Silva et al., 2015).

As mulheres sentem-se envolvidas no processo de cuidados, quando lhes é permitido participar e colaborar, juntamente com o EESMO, nas decisões relacionadas com a sua gravidez e parto (Bradfield et al., 2019).

A relação entre o EESMO e a mulher deve ser caracterizada pela compreensão, conhecimento e confiança, promovendo o atendimento responsivo e respeitoso, incluindo as mulheres e famílias de diversas origens étnicas e culturais, promovendo um cuidado culturalmente seguro (Bante et al., 2020; Bradfield et al., 2019; Hunter et al., 2017).

Neste sentido, para garantir a prestação de cuidados centrados na mulher, através da construção de uma relação saudável entre a grávida e os profissionais de saúde, estes devem mostrar **disponibilidade** (Hunter et al., 2017), **cordialidade** e **cortesia** (Bante et al., 2020), **tranquilidade** e **paciência** (Ú. Silva et al., 2016), pois são características muito apreciadas pelas mulheres e que lhes proporciona conforto no momento do parto.

A **experiência individual, o conhecimento profissional e a confiança** do EESMO podem aumentar o potencial para prestar cuidados centrados na mulher (Hunter et al., 2017).

- **Educação e literacia em saúde**

A necessidade de investir na educação das mulheres quanto às opções de cuidados é evidente, de modo a melhorar a qualidade geral dos cuidados centrados na mulher (Hunter et al., 2017).

Um aspeto fundamental no modelo de cuidados centrados na parturiente, é a parceria na tomada de decisão. Para isso, é necessário **promover a educação**, a qual só pode ser alcançada quando as partes envolvidas têm conhecimento sobre as opções de cuidados e quando tais opções se encontram realmente disponíveis (Hunter et al., 2017).

Só com uma correta **partilha de informação**, baseada no conhecimento profissional, se consegue promover a literacia em saúde e gerar impacto educacional (Hunter et al., 2017).

O EESMO, na vigilância da gravidez e nos programas de preparação para o nascimento, destaca-se pela importante promoção da saúde, pelo empoderamento das grávidas/pessoa

significativa, pela promoção da autonomia e tomada de decisão em saúde (Ordem do Enfermeiros, 2019).

Os profissionais precisam desenvolver/atualizar os seus próprios conhecimentos no que se refere ao trabalho de parto e parto (Hunter et al., 2017). Ú. Silva et al. (2016), reforçam esta ideia, referindo que é necessário promover uma **educação continuada dos profissionais**, em que seja enfatizada a ideia de que a mulher é a protagonista da sua gravidez, trabalho de parto e parto.

Aumentar o conhecimento interprofissional, permite o acesso a outros modelos de cuidados, sendo a confiança entre as profissões o ponto de partida para a mudança e para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados, bem como os resultados em saúde (Hunter et al., 2017).

A comunicação, tanto com as mulheres, como entre os vários profissionais da equipa multidisciplinar, tem impacto sobre os cuidados centrados na mulher, sendo que, quando há falta de compreensão comum entre os profissionais (obstetras e EESMOs), a qualidade no atendimento baseado no modelo de cuidados centrados na parturiente pode ser afetada de modo negativo (Hunter et al., 2017).

- **Dificuldades na aplicação do modelo de cuidados centrados na parturiente**

Apesar de reconhecida a importância dos cuidados centrados na mulher, estes ainda não são praticados regularmente nas unidades de saúde, sendo que as abordagens técnicas e médicas para o atendimento continuam a dominar em muitas unidades de saúde (Hunter et al., 2017).

Importa, por isso, conhecer as dificuldades que impedem uma prestação de cuidados centrados na parturiente.

Os recursos na assistência à maternidade ainda são muito limitados no que diz respeito à **opção de escolha nos planos de parto** e à **flexibilidade** em termos de local de atendimento, destacando-se a diferença entre a prestação de cuidados existente e um serviço focado na mulher, que oferece mais opções (Hunter et al., 2017).

A dificuldade em combater a padronização dos cuidados instituída, optando pela prestação de cuidados individualizados, pode condicionar uma abordagem de cuidados centrados na parturiente (Bradfield et al., 2019).

A **estrutura organizacional** e a **ênfase na segurança** podem limitar os cuidados centrados na mulher e, comparando, os cuidados prestados nas unidades de saúde públicas com os cuidados prestados nas unidades de saúde privadas, estas podem oferecer mais continuidade e, portanto, ser mais centrados na mulher (Hunter et al., 2017).

Outra evidência que pode dificultar a implementação dos cuidados centrados na parturiente é a existência da **diferença de abordagem e desequilíbrio de poder entre as profissões** (Hunter et al., 2017). Por vezes, o entrave colocado pela equipa médica e pela filosofia das instituições, que não valorizam este trabalho realizado com as mulheres, pode condicionar a aplicação deste modelo, que só resulta na sua plenitude, se médicos e enfermeiros trabalharem em conjunto (Bradfield et al., 2019). Muitas vezes, a exigência do envolvimento médico nos cuidados à mulher pode impactar a relação entre o EESMO e a mulher (Bradfield et al., 2019).

Algumas **mulheres ainda desconhecem as alternativas** aos cuidados medicalizados, considerando-os seguros e “normais” (Hunter et al., 2017). Embora os profissionais de saúde estejam cientes destas alternativas, sentem-se tão sobrecarregados com a manutenção de um serviço seguro, inserido num sistema com poucos recursos, sendo para eles um grande desafio melhorar a experiência das mulheres através de um cuidado centrados nas mesmas (Hunter et al., 2017).

Estes autores resumem as barreiras em 3 temas gerais: ambiente de trabalho; conhecimento, intenções e suposições do profissional; capacidade das mulheres em exigir ou comandar uma comunicação eficaz e respeito pela sua autonomia (Hunter et al., 2017).

Relativamente ao **ambiente de trabalho**, destacam-se como fatores dificultadores: falta de tempo; barreiras linguísticas; *stress* e *burnout*; cultura de trabalho na instituição (Hunter et al., 2017).

No que concerne à percepção de falta de tempo, esta funciona como explicação comum para negligenciar aspetos de comunicação e autonomia: os profissionais sentem que não têm tempo suficiente para se apresentar, conhecer as mulheres, explicar-lhes exames e procedimentos, discutir opções ou responder adequadamente às suas perguntas e das suas famílias (Hunter et al., 2017). A falta de tempo é frequentemente atribuída à falta de profissionais e grande número de utentes (Hunter et al., 2017), pelo que o rácio profissional/utente contribui significativamente para a qualidade dos cuidados prestados (Bante et al., 2020), e conseqüentemente, para aplicação do modelo de cuidados de centrados na parturiente.

A existência de barreiras linguísticas serve de motivo para justificar o facto de não darem informações adequadas ou responder a perguntas, na medida em que as mulheres podem não interpretar bem as intenções dos profissionais e / ou sentirem-se desrespeitadas (Hunter et al., 2017).

Muitos dos motivos referidos pelos profissionais para não adotarem comportamentos de comunicação centrados na pessoa, estão relacionados com o *stress* e esgotamento, associados a fadiga, esquecimento, impaciência, irritabilidade e falta de atenção, devido ao elevado volume de trabalho, falta de consumíveis para trabalhar e, também, *stress* não relacionado com trabalho (Hunter et al., 2017).

A cultura dos cuidados praticados nas unidades de saúde influencia a comunicação eficaz com as mulheres. Nas unidades de saúde não é praticada uma cultura que defenda que os profissionais têm que se apresentar às mulheres (embora tivessem sido treinados na escola para esse procedimento) e não existe responsabilização por quem deve comunicar certas coisas às mulheres (como existem vários profissionais envolvidos nos cuidados à mulher, esta pode não receber informação sobre determinado aspeto, porque cada um pode presumir que outro profissional o faça) (Hunter et al., 2017).

No que diz respeito à barreira do **conhecimento, intenções e suposições do profissional**, emergiram 4 subtemas: conhecimento e habilidade inadequados do profissional; esquecimento e comportamentos inconscientes; autoproteção e conforto; suposições sobre o conhecimento e as expectativas das mulheres (Hunter et al., 2017).

Alguns profissionais reconheceram que às vezes não conseguem comunicar de forma eficaz por falta de conhecimento ou habilidade, referindo incapacidade para compreender e responder a perguntas (nomeadamente, as mais delicadas) por receio de que as suas respostas possam perturbar ou assustar as mulheres, ou simplesmente porque não conseguem entender a mulher. Isso sugere uma falta de habilidades de escuta percetiva entre os profissionais, bem como, uma incapacidade de se comunicar com empatia (Hunter et al., 2017).

Às vezes, os comportamentos dos profissionais são subconscientes: esquecem-se de fazer certas coisas, como apresentar-se ou explicar procedimentos, porque não é algo feito frequentemente (Hunter et al., 2017). Outras vezes, o esquecimento destes procedimentos está associado ao *stress* e ao volume de trabalho ou à presença de casos emergentes (Hunter et al., 2017).

Por outro lado, os profissionais, por vezes, decidem conscientemente comportar-se de certa maneira para se proteger: não se apresentam porque não querem que as mulheres saibam os seus nomes, para não serem identificados no caso das mesmas não se sentirem bem cuidadas por eles; têm receio que as mulheres os chamem pelo nome, dentro e fora da instituição (em vez de pelo título) e que falem deles na comunidade (Hunter et al., 2017).

Os profissionais, às vezes, atribuem os seus comportamentos às suposições sobre o conhecimento e expectativas das mulheres, que podem ou não, estar corretos. Por exemplo, muitos profissionais dizem que geralmente não se apresentam porque presumem que as mulheres já os conhecem, quer pelo fardamento, quer pelos cartões de identificação (Hunter et al., 2017).

Alguns profissionais admitem não dar informações às mulheres ou pedir o seu consentimento, pois elas, supostamente, já sabem o que lhes está a acontecer, bem como o facto de que se se dirigem

à instituição, pressupõe-se que elas consentem todos os cuidados prestados, não necessitando de pedir permissão ou consentimento para fazer algo (Hunter et al., 2017).

A última barreira identificada por estes autores relaciona-se com a **falta de capacidade das mulheres em exigir ou comandar uma comunicação eficaz e respeito pela sua autonomia**, subdividindo-se em 2 subtemas: falta de participação das mulheres e o empoderamento das mulheres, que é influenciado pelo preconceito do profissional (Hunter et al., 2017).

Algumas mulheres não fazem perguntas por causa do medo, vergonha e sensação de inferioridade relativamente aos profissionais (Hunter et al., 2017). Estes por sua vez, atribuem a falta de autonomia à passividade das mulheres (Hunter et al., 2017).

As interações entre ambos, podem ser influenciadas pelas características e comportamento dos profissionais (Hunter et al., 2017). As mulheres podem ser menos propensas a comunicarem abertamente com profissionais do sexo masculino ou mais jovens, por medo, sensação de inferioridade ou timidez (Hunter et al., 2017).

Os profissionais tendem a fornecer mais informações e respeitar a autonomia das mulheres que eles consideram bem informadas, de *status* mais elevado e/ou mais empoderadas, uma vez que estas conhecem os seus direitos, são mais exigentes e colocam mais questões (Hunter et al., 2017).

A presença do companheiro da mulher também influencia a comunicação e a autonomia. Quando as mulheres têm alguém para defendê-las, é mais provável que recebam mais informações sobre seus cuidados (Hunter et al., 2017).

Após a exposição das dificuldades que podem condicionar a implementação de um modelo de cuidados centrados na parturiente, importa perceber quais as estratégias para as ultrapassar e para facilitar a comunicação eficaz e o respeito pela autonomia das mulheres.

Neste sentido, é sugerida a educação contínua dos profissionais para colocar a mulher no centro dos cuidados e devolver-lhe o protagonismo do parto (Bradfield et al., 2019; Hunter et al., 2017; T. Silva et al., 2019; Ú. Silva et al., 2016). Para tal preconiza-se o treino de competências para melhorar a interação entre os profissionais e as mulheres: como promover o diálogo e uma relação baseada na confiança e na segurança; como falar com mulheres hostis e não cooperativas; como lidar com o *stress*; como evitar discriminação (Hunter et al., 2017). Estes autores acrescentam que este treino/formação deverá ser acessível a todos os profissionais das unidades de saúde, e não apenas aos profissionais clínicos.

Para além do treino/formação aos profissionais, também é necessária uma mudança no ambiente e na cultura de trabalho, para que seja possível os profissionais colocarem em prática o que sabem e o que aprenderam (Hunter et al., 2017).

O fortalecimento dos sistemas de saúde para lidar com a carga de trabalho, o *stress*, o esgotamento e a implementação de medidas para reduzir as barreiras linguísticas, facilitaria a comunicação eficaz e o respeito pela autonomia das mulheres (Hunter et al., 2017).

Uma outra medida importante, passa por educar as mulheres sobre seus direitos, capacitando-as e empoderando-as para serem elementos ativos nos seus cuidados, e assim, receberem cuidados de alta qualidade (Afulani et al., 2020; Bradfield et al., 2019; Hunter et al., 2017; T. Silva et al., 2019; Ú. Silva et al., 2016;).

Os profissionais consideram que há uma ligação entre a comunicação eficaz e as situações difíceis, sendo que ao melhorar as habilidades de comunicação nestas situações, pode-se aumentar a cooperação das mulheres, praticando um modelo de cuidados centrados na mulher (Hunter et al., 2017).

## **Considerações finais**

Após a realização desta *scoping review*, foi notória a importância da utilização desta metodologia para conhecer a evidência científica existente e para manter a prática de cuidados o mais atual possível. Uma *scoping review*, sendo uma mais-valia para a enfermagem, é um recurso que permite desenvolver a prática baseada na evidência, bem como a investigação e gestão dos cuidados a prestar à comunidade.

O papel da parturiente está em mudança na sociedade, passando de uma atitude mais passiva para uma atitude mais ativa e preocupada com o seu bem-estar, bem como uma procura crescente de qualidade e segurança nos cuidados referentes ao trabalho de parto e parto. É necessária a criação de estratégias que potenciem o envolvimento da parturiente, e que a entendam como participante e não como apenas recetora de cuidados, para que se sinta motivada e confiante na gestão da sua saúde. Neste sentido, é indispensável que as instituições (políticas, de saúde, de educação, comunidade) e os profissionais de saúde se adaptem a esta mudança e desenvolvam cuidados centrados na parturiente.

Como futura enfermeira mestre e especialista na área de saúde materna e obstetrícia,

os contributos deste estudo serão uma mais-valia na prestação de cuidados à parturiente, uma vez que o conhecimento prévio da importância de prestar cuidados centrados na parturiente, se assume como um cuidado indispensável, na atualidade. Corresponder às suas necessidades e preferências, na promoção de um parto fisiológico e humanizado, promovendo a sua colaboração e autonomia na capacidade de decisão, através da educação e literacia em saúde, é um papel fulcral do EESMO. Assim, este deve criar uma relação terapêutica com a parturiente e utilizar estratégias de comunicação eficazes que a apoiem e lhe deem conforto no trabalho de parto e parto. No entanto, ainda existem algumas barreiras na aplicação deste modelo, pelo que será importante o EESMO conhecê-las e ser agente de mudança para a melhoria e segurança dos cuidados, baseados na evidência mais atual.

Face ao exposto ao longo deste trabalho considera ter atingido os objetivos propostos inicialmente.

## **Conflicts of interest**

A autora declara não existir quaisquer conflitos de interesse.

## **Acknowledgements**

À professora orientadora deste trabalho, por todas as aprendizagens proporcionadas, momentos de partilha, motivação, disponibilidade e envolvimento na formação da estudante.

## **References**

Afulani, P., Buback, L., Kelly, A., Kirumbi, L., Cohen, C. & Lyndon, A. (2020). Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods Study in Kenya. *Reproductive Health*, 17 (85), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0909-0>

- Bante, A., Teji, K., Seyoum, B. & Mersha A. (2020). Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia: a cross-sectional Study. *BMC Pregnancy and childbirth*, 20 (86), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2757-x>
- Bokhour, B., Fix, G., Mueller, N., Barker, A., Lavela, S., Hill, J., Solomon, J. & Lukas C. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*, 18, 168. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>
- Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M. & Duggan, R. (2019). It's what midwifery is all about: Western Australian midwives' experiences of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (29), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2144-z>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Duarte, M., Alves, V., Rodrigues, D., Marchiori, G., Guerra, J. & Pimentel M. (2020). Percepção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto: resgate da autonomia e empoderamento da mulher. *Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental*, 12, 903-908. <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7927>
- Hunter, A., Devan, D., Houghton, C., Grealish, A., Tully, A. & Smith, V. (2017). Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 17 (322), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1521-3>

Leal, M., Moreira, R., Barros, K., Servo, M. e Bispo, T. (2020). Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas. *Revista Brasileira Enfermagem*, 74 (4) <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>

Lei nº 156/2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 181/2015*, Série I de 2015-09-16. Lisboa: Assembleia da República.

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and applicability to patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85 (1), 53-62. <http://dx.doi.org/10.4065/mcp.2009.0248>

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

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento dos padrões da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. OE

Ordem dos Enfermeiros (2019). Livro de bolso: Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto. OE. Organização Mundial de Saúde (2013). *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. ISBN: 978-92-890-0294-3.

Organização Mundial de Saúde (2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. OMS.

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf)

Organização Mundial da Saúde (2018). *Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo*. Maternal and Child Survival Program.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Khalil, H. & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: E. Aromataris & Z. Munn (Eds.). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.

Pham, M., Rajić, A., Greig, J., Sargeant, J., Papadopoulos, A. & McEwen, S. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, 2014 (5), 371-385. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jrsm.1123>.

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

Regulamento 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: Assembleia da República.

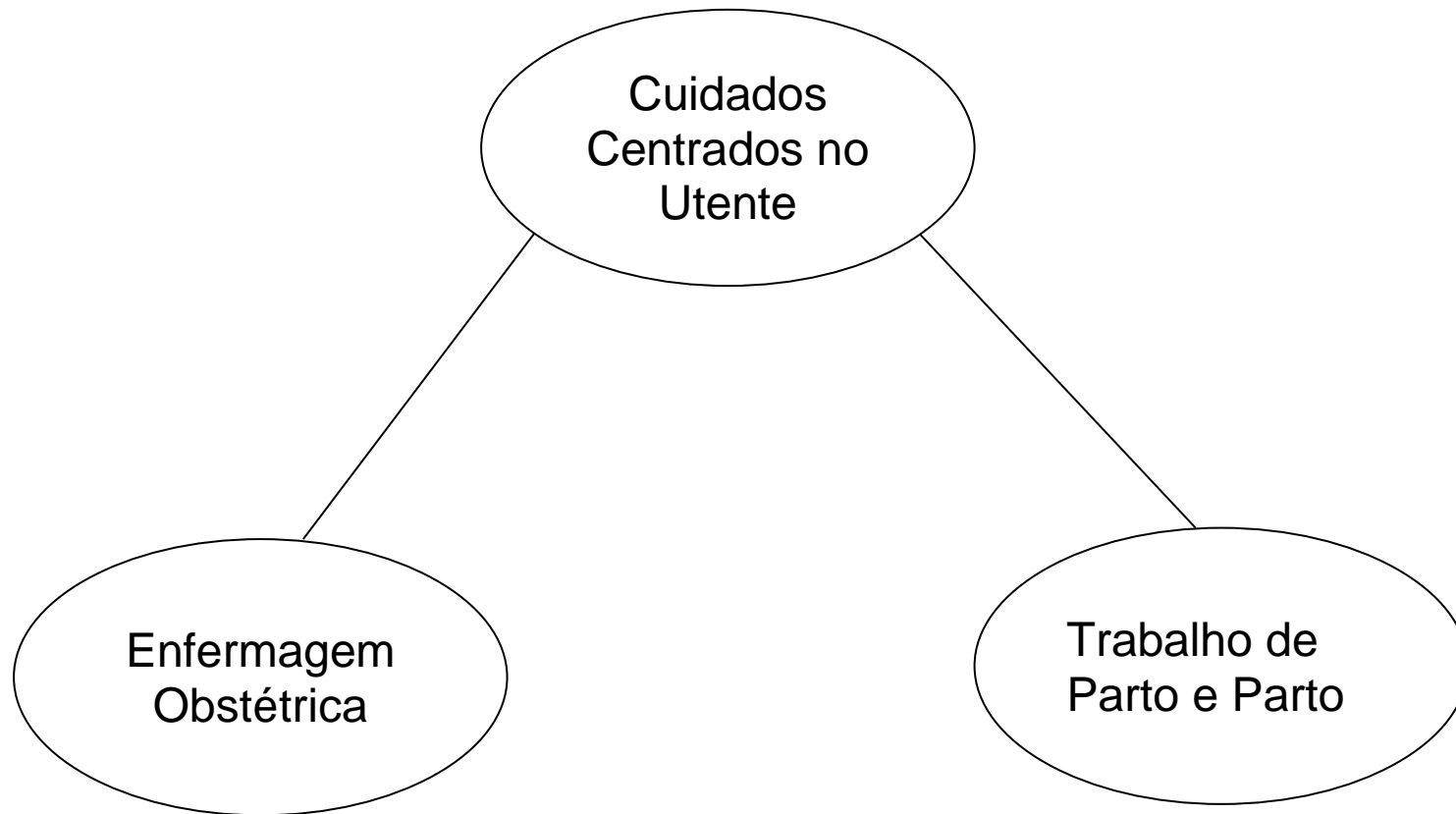
Silva, D., Ferreira, M. & Duarte, J. (2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 16, 13-16.

Silva, Ú., Fernandes, B., Paes, M., Souza, M. & Duque, M. (2016). Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 10 (4), 1273-1279. <https://doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201614>

Silva, T., Dumont-Pena, E., Sousa, A., Amorim, T., Tavares, L., Nascimento, D., Souza, K. & Matozinhos, F. (2019). Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (3), 245-253. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>

## Appendixes

## **Appendix I: Initial Search Strategy**



**Appendix II: Appraisal instruments**

| <i>Patient-centered<br/>Care and Obstetric<br/>Nursing and Labor</i> | <b>Databases</b>           |                             |  |  |                    |               | <b>Totais</b> |
|--|----------------------------|-----------------------------|--|--|--------------------|---------------|---------------|
|  | <b>EBSCOhost</b>           |                             |  |  |                    | <b>Pubmed</b> |               |
|  | <u>CINAHL<br/>Complete</u> | <u>MEDLINE<br/>Complete</u> | <u>Nursing &amp;<br/>Allied Health<br/>Collection:<br/>Comprehensive</u> | <u>Cochrane<br/>Database<br/>of<br/>Systematic<br/>Reviews</u> | <u>MedicLatina</u> |               |               |
| Patient-Centered<br>Care   | 203                        | 5449                        | 1395   | 0  | 53                 | 6980          |               |
| Obstetric Nursing  | 94                         | 86                          | 14   | 0  | 25                 | 865           |               |
| Labor  | 648                        | 39984                       | 7185   | 28   | 3357               | 274168        |               |
| Patient-Centered<br>Care AND Obstetric<br>Nursing                    | 1                          | 2                           | 2  | 0  | 0                  | 11            |               |
| Patient-Centered<br>Care AND Labor                                   | 16                         | 360                         | 174  | 0  | 8                  | 1343          |               |
| Obstetric Nursing<br>AND Labor                                       | 55                         | 36                          | 10   | 0  | 19                 | 397           |               |
| Patient Centered<br>Care AND Obstetric<br>Nursing AND Labor          | 1                          | 2                           | 2  | 0  | 0                  | 8             | 13            |

**Quadro n.º 2** – Número de artigos obtidos por conjugação dos descritores, com aplicação dos limitadores descritos.

## Appendix IV: Data extraction instrument

**Título da Revisão:** Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em Saúde: as intervenções do EESMO

**Questão:** Quais as intervenções do EESMO, baseadas no Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente, que promovem ganhos em saúde?

**Critérios de Inclusão (PCC):**

**População:** Parturientes

**Conceito:** Cuidados centrados na mulher; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto e Parto

**Contexto:** Hospitalar

➤ **Autor/es:**

Thales Philipe Rodrigues da Silva<sup>1</sup>; Érica Dumont-Pena<sup>1</sup>; Ana Maria Magalhães Sousa<sup>1</sup>; Torcata Amorim<sup>1</sup>; Luísa Castanheira Tavares<sup>1</sup>; Débora Cabral di Pietra Nascimento<sup>1</sup>; Kleyde Ventura de Souza<sup>1</sup>; Fernanda Penido Matozinhos<sup>1</sup>.

“Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care” (*Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 2019, 72 (Suppl 3), 245-53)

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

➤ **Ano da Publicação:**

2019

➤ **País de origem:**

Brasil

➤ **Objetivos:**

Avaliar a associação da Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento em maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte.

➤ **Metodologia/métodos e fontes de pesquisa utilizadas:**

Estudo observacional com delineamento transversal.

Amostra com 666 puérperas selecionadas por ocasião da realização de parto e que entraram em trabalho de parto (induzido ou não), independentemente da via de nascimento.

Caracterização da amostra de puérperas: a mediana de idades foi de 26 anos, 68.17% eram de cor parda, 53.3% não exerciam trabalho remunerado, 59.05% possuíam ensino médio e 66.97% tinham uma união estável.

A colheita de dados ocorreu entre novembro de 2011 e março de 2013, através da realização de entrevistas às puérperas e consulta dos processos clínicos, utilizando um questionário padronizado com variáveis de identificação sociodemográficas, antecedentes clínicos e outras variáveis.

Relativamente às considerações éticas, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pelos Comitês de Ética das maternidades envolvidas.

A colheita de dados foi iniciada após assinatura das parturientes, com base num Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Os cuidados obstétricos realizados por profissionais que assistem a grávida em Trabalho de Parto e Parto foram divididas em três categorias:

- práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas,
- práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas,
- práticas usadas de modo inapropriado no momento do nascimento.

Relativamente ao tipo de parto e ao modelo obstétrico presente nas instituições hospitalares, verificou-se que apenas 9.91% dos partos terminaram em cesariana (3.33% em hospitais onde a Enfermagem Obstétrica era atuante, 3.03% em hospitais em que existia enfermagem obstétrica, mas sem atuar diretamente no trabalho de parto e parto e 3.64% em hospitais onde não existia Enfermagem Obstétrica).

Nas grávidas em Trabalho de Parto, em que o Parto culminou em parto por via vaginal, as práticas obstétricas claramente úteis e que devem ser estimuladas, foram predominantemente utilizadas pelas enfermeiras obstetras com papel ativo na vigilância do Trabalho de Parto, destacando: permissão à grávida para ingerir dieta, permissão de movimento e escolha da posição, preenchimento do partograma, recurso a medidas não farmacológicas para alívio da dor. Apenas a presença de acompanhante predominou nos hospitais em que não existia enfermeira obstetra, com uma diferença mínima de 2.41%.

No que concerne às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, a realização de tricotomia, a realização de enema e a realização de Manobra de Kristeller só aconteceram nos hospitais em que não existiam enfermeiros obstetras, e somente, em menos de 1% das mulheres

grávidas. Relativamente à “posição deitada de costas com as pernas levantadas”, foi maioritariamente usada nos hospitais sem enfermeiro obstetra.

Como práticas de cuidados usadas de modo inapropriado no momento de trabalho de parto e Parto concluiu-se que a administração de ocitocina, administração de terapêutica analgésica e realização de episiotomia foram superiores nos hospitais sem a presença do enfermeiro obstetra. A realização de amniotomia foi semelhante nos hospitais, com e sem, enfermeiro obstetra com papel ativo na prestação de cuidados à parturiente.

Após a observação dos resultados e discussão dos mesmos, os autores mencionaram que a presença de enfermagem obstétrica diminuiu consideravelmente o número de intervenções realizadas, contribuindo para a promoção de um parto vaginal. Como justificação desta afirmação, os autores citaram um estudo publicado em 2015, realizado por Reis, Zamberlan, Quadros e Grasel, em que estes referiam que os cuidados de enfermagem oferecidos pelos enfermeiros obstetras no trabalho de parto e parto, se centram na promoção de práticas baseadas na evidência científica, devolvendo à mulher grávida o seu protagonismo no ato de parir.

As “práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas” foram utilizadas em maiores proporções nos hospitais onde existia a presença de Enfermagem Obstétrica com papel ativo no Trabalho de Parto e Parto (quer nos partos que culminaram por via vaginal, quer nos partos que culminaram em cesariana). Na mesma linha de pensamento, observou-se que as “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” e as “práticas usadas de modo inapropriado” foram menos utilizadas nos hospitais com a presença de Enfermagem Obstétrica com papel ativo.

Principais conclusões dos autores do artigo:

- A presença de enfermeiros obstetras com papel ativo nos cuidados de enfermagem à mulher grávida durante o Trabalho de Parto e Parto, é um aspeto que contribuiu significativamente para a promoção de “práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas” e para a redução, quer das “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas”, quer das “práticas usadas de modo inapropriado”.
- Os enfermeiros obstetras que prestam cuidados de enfermagem às grávidas em Trabalho de Parto e Parto, promovem um parto mais humanizado e fisiológico, potenciando a autonomia da mulher, baseando as suas intervenções na evidência científica mais atual.
- A crescente participação dos enfermeiros obstetras na assistência ao parto e nascimento, evidencia a confiança dos gestores no trabalho em equipa (ou trabalho colaborativo), contribuindo para a segurança e qualidade na promoção de cuidados humanizados. No Brasil, verifica-se o aumento da inserção dos enfermeiros obstetras nas instituições de saúde, demonstrando o interesse na mudança do modelo assistencial, tendo por base a evidência científica.

- Os enfermeiros obstetras têm um papel fulcral na evolução dos cuidados prestados à grávida, funcionando como um agente de mudança, favorecendo e incentivando o protagonismo das mulheres no Trabalho de Parto e Parto, na tomada de decisão livre e esclarecida baseada nas recomendações da Organização Mundial de Saúde.

- Importa destacar a necessidade da conduta ética e da comunicação efetiva entre a equipa multidisciplinar que cuida da mulher grávida e sua família, durante o Trabalho de Parto e Parto, de modo a proporcionar uma experiência positiva em todo o processo de nascimento.

➤ ***Nível de Evidência alcançado (se aplicável):***

Level 4–Observational–DescriptiveStudies (Level 4.b – Cross-sectional Study)

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

Neste artigo, foi clara a importância do papel ativo do enfermeiro obstetra (EESMO), no Trabalho de Parto e Parto, pois este ajuda a promover “práticas claramente úteis e que devem ser implementadas na prática”, e ainda, contribui para a redução, quer das “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas”, quer das “práticas usadas de modo inapropriado.”

O EESMO tem um papel ativo na evolução dos cuidados à grávida, sendo considerado um elemento dinamizador dentro da equipa multidisciplinar, para a mudança, baseando as suas intervenções numa prática baseada na evidência científica.

É um profissional que tenta promover um parto humanizado e fisiológico, evitando intervenções desnecessária e permitindo à parturiente adquirir a sua autonomia, ser a protagonista do seu Trabalho de Parto, receber cuidados seguros e de qualidade, ser informada e ter opção de escolha.

Para o sucesso neste processo de nascimento e proporcionar uma experiência positiva à parturiente/casal, é necessário uma conduta ética e comunicação efetiva na equipa multidisciplinar.

## Appendix IV: Data extraction instrument

**Título da Revisão:** Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em Saúde: as intervenções do EESMO

**Questão:** Quais as intervenções do EESMO, baseadas no Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente, que promovem ganhos em saúde?

### **Critérios de Inclusão (PCC):**

**População:** Parturientes

**Conceito:** Cuidados centrados na mulher; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto e Parto

**Contexto:** Hospitalar

#### ➤ **Autor/es:**

Úrsula Silva<sup>1</sup>, Betânia Maria Fernandes<sup>2</sup>, Maione Silva Louzada Paes<sup>3</sup>, Maria das Dores Souza<sup>4</sup>, Daniela Aparecida Almeida Duque<sup>5</sup>

“NURSING CARE EXPERIENCED BY WOMEN DURING THE CHILD-BIRTH IN THE HUMANIZATION PERSPECTIVE” (*Journal of Nursing, UFPE On Line*, Abril 2016, 10 (4), 1273-9)

DOI: 10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201614

<sup>1</sup>Nurse; Resident in Pediatrics; Nursing Graduation Program; Rio de Janeiro State University; Rio de Janeiro (RJ), Brazil. E mail: [ursula\\_silva715@yahoo.com.br](mailto:ursula_silva715@yahoo.com.br); <sup>2</sup>Nurse; PhD Professor; Nursing Graduation Program; Juiz de Fora Federal University; Juiz de Fora (MG), Brazil. E-mail: [betaniafernandes@uol.com.br](mailto:betaniafernandes@uol.com.br); <sup>3</sup>Nurse; Master Professor; Nursing undergraduation; Minas Gerais East University Center; Ipatinga (MG), Brazil. E mail: [maionelouzadas@yahoo.com.br](mailto:maionelouzadas@yahoo.com.br); <sup>4</sup>Nurse; PhD Professor; Nursing undergraduation; Juiz de Fora Federal University; Juiz de Fora (MG), Brazil. E-mail: [mdores.souza@gmail.com](mailto:mdores.souza@gmail.com); <sup>5</sup>Nurse; Master's degree; Nursing Graduation Program; Juiz de Fora Federal University; Juiz de Fora (MG), Brazil. E mail: [danielaalmeidaduque@gmail.com](mailto:danielaalmeidaduque@gmail.com)

#### ➤ **Ano da Publicação:**

2016

#### ➤ **País de origem:**

Brasil

#### ➤ **Objetivos:**

Conhecer as vivências das puérperas sobre o cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto no que tange a humanização

#### ➤ **Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:**

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa.

A colheita de dados foi realizada através de entrevista a 12 puérperas (com idade igual ou superior a 18 anos, saudáveis e que não se demonstrassem ansiosas face aos procedimentos a realizar aos filhos) que estavam a aguardar atendimento num serviço especializado de Minas Gerais, através de um guião semi-estruturado, sendo as respostas, posteriormente, analisadas pela Técnica de Análise de Conteúdo na modalidade temática.

Esta pesquisa ocorreu entre outubro e novembro de 2014, apos a realização de um pre-teste com 4 puérperas.

Relativamente às considerações éticas, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Após análise das respostas dadas pelas puérperas, surgiram 4 categorias: a experiência do parto; a enfermagem no cenário do parto; expectativa da parturiente em relação à postura de enfermagem; falta de estímulo do protagonismo da mulher.

Quanto ao tipo de parto, 8 mulheres tiveram um parto normal, numa foi utilizada fórceps e 4 foram submetidas a cesariana. Quanto ao local os partos, ocorreram em 4 instituições públicas do município.

Relativamente à **experiência de parto**, as puérperas referiram sentimentos e expectativas relacionadas com o nascimento.

Apesar de sentirem dor durante o trabalho de parto, esta foi “superada” pela alegria e emoção que sentiram com o nascimento dos seus filhos.

No que diz respeito aos cuidados prestados pelos enfermeiros no momento do parto, as puérperas mencionaram que a comunicação verbal e não verbal (destacando o toque) são elementos importantes, enfatizando também que as habilidades dos enfermeiros não se esgotam no saber técnico e ajudam a promover a humanização do cuidado.

Como medidas não farmacológicas para alívio da dor, as puérperas referiram que os enfermeiros incentivaram o uso da massagem e o banho de chuveiro, que contribuíram para o conforto e bem-estar da parturiente, fortalecendo a relação entre o profissional e o utente, bem como o aumento da confiança entre os mesmos.

No entanto, houve relatos de que os enfermeiros desenvolveram atitudes não favorecedoras de cuidados humanizados, tais como: verbalização para uso de força física para ajudar na expulsão do feto e escassez de orientações e informações sobre os procedimentos realizados, dificultando a participação ativa da parturiente no seu trabalho de parto.

Na categoria **expectativa da parturiente em relação à postura de enfermagem**, pretende-se que os profissionais saibam agir com tranquilidade e paciência, por forma a proporcionar conforto à parturiente, uma vez que o parto é um acontecimento gerador de ansiedade.

Algumas mulheres referiram que foram vítimas de cuidados desrespeitosos e de violência obstétrica. Relativamente à categoria **falta de estímulo ao protagonismo da mulher**, considera-se que o protagonismo da mulher é um dos princípios da assistência humanizada no parto e não foi referenciado na vivência das participantes.

Conclusões do estudo:

- É importante conhecer a vivência do parto e como foram entendidos os cuidados de enfermagem de modo a permitir a reflexão sobre os mesmos, contribuindo para a sua avaliação, reafirmação ou aprimoração.
- O parto é um momento repleto de muita emoção, que se sobrepõe à dor experienciada.
- Algumas participantes mencionaram que a comunicação verbal e não verbal entre a equipa de enfermagem e a mulher, bem como o recurso a medidas não farmacológicas para alívio da dor contribuíram para uma assistência humanizada no parto, respeitando a individualidade e valorizando as vontades de cada parturiente.
- Algumas atitudes praticadas pelos enfermeiros que desvalorizavam a participação da parturiente, o uso da força física para facilitar a expulsão do feto, o impedimento de se expressar no momento de dor e a falta de orientação sobre os procedimentos realizados, caracterizam um modelo de cuidados baseados no modelo biomédico, sendo algumas atitudes consideradas como desrespeito, falta de humanização e presença de violência obstétrica.
- Preconiza-se que o EESMO juntamente com a restante equipa multidisciplinar valorizem a mulher, que a ajudem no processo de parto, respeitem o seu tempo, promovam o recurso a medidas não farmacológicas para relaxamento e alívio da dor (massagem, banho, movimentação e deambulação, exercícios respiratórios, toque reconfortante, bola de Pilates).
- As medidas não farmacológicas são simples, baratas e seguras, fomentam a participação ativa da mulher no trabalho de parto e partos, são utilizadas em várias culturas, sendo valorizadas quer pelos profissionais, quer pelas parturientes.
- Urge lutar por um atendimento baseado no respeito e na qualidade dos cuidados. Para esta mudança, é necessário uma educação continuada dos profissionais, em que seja enfatizada a ideia de que a mulher é a protagonista da sua gravidez, do seu trabalho de parto e do seu parto, fornecendo-lhe informações que lhe permitam planear os seus cuidados de saúde ao longo de todo o processo de gravidez.
- A necessidade de substituição do modelo de cuidados baseado no modelo biomédico para um modelo mais humanizado, surge da evidência científica.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

LEVELS OF EVIDENCE FOR MEANINGFULNESS 3. Single qualitative study

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

As puérperas referiram que os cuidados de enfermagem são bastante importantes no momento do parto, destacando a comunicação verbal e não verbal, nomeadamente o toque, como facilitador na experiência de parto. Referiram que para além da competência técnica, possuíam habilidades relacionais que promoviam a humanização do parto.

Para alívio da dor e do desconforto provocado pelas contrações, os enfermeiros sugeriram a utilização de recursos não farmacológicos para alívio da dor, tais como: massagem e banho de chuveiro, fortalecendo a confiança e a relação profissional/utente e a humanização do parto. É importante respeitar a individualidade e as preferências de cada utente.

Relativamente às expectativas da parturiente no que concerne à postura de enfermagem, é esperado que os profissionais saibam agir com tranquilidade e paciência, proporcionando conforto à parturiente, na medida em que o parto gera ansiedade.

Para um parto humanizado é necessário estimular e dar o protagonismo à mulher.

A necessidade de substituição do modelo de cuidados baseado no modelo biomédico para um modelo mais humanizado baseado no respeito e na qualidade dos cuidados, surge da evidência científica.

Para isso, é necessário promover uma educação continuada dos profissionais, em que seja enfatizada a ideia de que a mulher é a protagonista da sua gravidez, do seu trabalho de parto e do seu parto. Os profissionais devem fornecer-lhe informações que lhe permitam planear os seus cuidados de saúde ao longo de todo o processo de gravidez.

Atitudes dos enfermeiros que não contribuem para um parto humanizado, e que podem contribuir para violência obstétrica: uso da força física para facilitar a expulsão do feto, proibição de se expressar no momento de dor e falta de orientação sobre os procedimentos realizados, dificultando a participação ativa da mulher.

## Appendix IV: Data extraction instrument

**Título da Revisão:** Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em Saúde: as intervenções do EESMO

**Questão:** Quais as intervenções do EESMO, baseadas no Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente, que promovem ganhos em saúde?

### **Critérios de Inclusão (PCC):**

**População:** Parturientes

**Conceito:** Cuidados centrados na mulher; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto e Parto

**Contexto:** Hospitalar

#### ➤ **Autor/es:**

Andrew Hunter<sup>1</sup>, Declan Devan<sup>1</sup>, Chatherine Houghton<sup>1</sup>, Annmarie Grealish<sup>2</sup>, Agnes Tully<sup>1</sup>, Valerie Smith<sup>1</sup>

“Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women’s and clinicians’ experiences” (BMC Pregnancy and Childbirth, 2017, 17:322)

DOI: 10.1186/s12884-017-1521-3

<sup>1</sup>School of Nursing and Midwifery, National University of Ireland, Galway, Galway, Ireland; <sup>2</sup>Florence Nightingale Faculty of Nursing & Midwifery, King’s College London, London, United Kingdom.

#### ➤ **Ano da Publicação:**

2017

#### ➤ **País de origem:**

Online Access

#### ➤ **Objetivos:**

Explorar o conceito Woman-Centred Care durante a gravidez e o parto no contexto irlandês, e, identificar os elementos-chave desse conceito através das opiniões, experiências e perspectivas das mulheres e dos profissionais, para que seja melhor compreendido.

#### ➤ **Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:**

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, por ser considerado o mais adequado para responder ao objetivo da pesquisa.

A amostra foi escolhida de forma intencional, sendo constituída por 31 participantes: (11 puérperas, 10 enfermeiros, 5 médicos obstetras e 5 médicos de clínica geral), a partir de duas maternidades geograficamente distintas (uma urbana, com cerca de 8000 nascimentos por ano; uma regional, com cerca de 4000 nascimentos por ano), mas ambas com abordagens filosóficas e organizacionais semelhantes, de modo a explorar manifestações comuns e únicas do conceito Woman-centred care. As entrevistas foram realizadas presencialmente “cara a cara” ou por telefone, um a um, ou, grupos de foco. Os dados foram interpretados de forma rigorosa e clara, através de uma análise temática dos dados da entrevista.

Para garantir consistência nas entrevistas, as perguntas realizadas foram baseadas em 4 grandes questões: O que entende por cuidados centrados na mulher durante o seu processo de maternidade?; Na sua opinião, quais são os componentes importantes para assegurar os cuidados centrados na mulher durante o seu processo de maternidade?; O que os serviços de maternidade podem/fazem para promover cuidados centrados na mulher?; O que é que os serviços de maternidade devem evitar ou minimizar para promover o cuidado centrado na mulher?.

Relativamente às considerações éticas, o estudo foi aprovado pelos Comites de Ética dos dois hospitais participantes.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Este estudo baseou-se nos pontos de vista e experiências das mulheres e dos profissionais de saúde acerca dos cuidados centrados na mulher, durante gravidez e parto, destacando os elementos-chave para melhor compreender o conceito de cuidados centrados na mulher.

Após análise das entrevistas, surgiram 5 temas principais, com subtemas associados, que contribuem para o modelo de cuidados centrados na mulher: Proteger a Normalidade; Educação e tomada de decisão; Continuidade; *Empowerment* para cuidados centrados na mulher; Capacitação para cuidados centrados na mulher.

Tema Proteger a Normalidade (Protecting Normality):

- Subtemas: normalizar a gravidez e o parto; respeito.
- A gravidez e o parto devem ser encarados como um “processo normal” e não como doença.
- A “normalização” da gravidez foi mais evidente nas unidades conduzidas por parteiras, na medida em que as grávidas atendidas nessas unidades, geralmente, são grávidas saudáveis, sem risco associado.
- Estratégias para “normalizar” a gravidez: respeitar os desejos da mulher, seguir o seu plano de parto, dar-lhe oportunidade de escolha e evitar demasiadas intervenções desnecessárias.

- O meio ambiente é importante para “normalizar” o parto: deve-se promover um ambiente calmo e silencioso nas salas de parto movimentadas e potencialmente distrativas, como por exemplo: pouca luz, música agradável, pouco barulho, cheiro a lavanda...
- Descentralizar os serviços, garantindo acessibilidade a todas as grávidas.
- Um subtema que emergiu dos resultados e apoiou o conceito de proteção da normalidade foi o respeito: respeito pela mulher, respeito pelo processo de gravidez e pelos cuidados centrados na mulher.
- Para as mulheres entrevistadas, o respeito significa sentirem-se ouvidas e serem reconhecidas como uma pessoa com experiências anteriores, preferências e potenciais receios sobre o parto.
- As parteiras reconheceram a importância da ética do respeito, em todas as fases da gravidez e da fertilidade, devendo implementar uma filosofia de cuidados centrados na mulher.
- O respeito pelos cuidados centrados na mulher é influenciado por fatores sociais, influência dos média e crenças culturais da gravidez.

Tema Educação e tomada de decisão (*Education and decision making*):

- Subtemas: parceria na tomada de decisão; partilha de informação; impacto educacional.
- Há necessidade de melhorar a educação das mulheres quanto às opções de cuidados, de modo a melhorar a qualidade geral dos cuidados centrados na mulher.
- A parceria na tomada de decisão implica que os cuidados centrados na mulher permitam a escolha baseada na educação, que só pode ser alcançada quando as partes envolvidas têm conhecimento sobre as opções de cuidados e quando tais opções de cuidados estão realmente disponíveis.
- Os profissionais precisam desenvolver seus próprios conhecimentos, ao mesmo tempo em que desenvolvem um ethos compartilhado da gravidez e do parto.
- Aumentar o conhecimento interprofissional permite o acesso a outros modelos de cuidado; a confiança entre as profissões é o ponto de partida para a mudança.

Tema Continuidade (*Continuity*):

- Subtemas: continuidade do serviço; cuidado fragmentado; continuidade e disponibilidade da equipa.
- Importância de haver continuidade dos cuidados não só durante a gestação, mas também durante o trabalho de parto e no período pós-natal, garantindo cuidados de boa qualidade. As mulheres expressam insatisfação com os serviços hospitalares, onde são consultadas por médicos diferentes e não por uma equipa consistente.
- As maternidades conduzidas por parteiras promovem maior continuidade de cuidados.
- O subtema, cuidado fragmentado, amplia a compreensão das implicações da inconsistência na prestação de cuidados a grávida, uma vez que diferentes profissionais trabalham paralelamente, em

vez de comunicarem efetivamente uns com os outros. A falha na comunicação contribui para a fragmentação de cuidados.

- A existência de diferentes prestações de serviços no período perinatal, que funcionam de forma independente ou separadas umas das outras: cuidados pré-natais; parto; pós-parto, contribuem para a fragmentação dos cuidados.

- O subtema continuidade e disponibilidade da equipa enfatiza a importância da construção de uma relação entre a mulher e os profissionais, garantindo os cuidados centrados na mulher.

Tema Empowerment para cuidados centrados na mulher (Empowerment for WCC):

- Subtemas: escolha genuína nos cuidados centrados na mulher, falta de escolha, promoção da autonomia das mulheres, cuidados individualizados.

- O empoderamento é visto como um precursor dos cuidados centrados na mulher, altamente valorizado pelas mulheres ao longo do processo de gravidez e pode ter um impacto na escolha e autonomia das mulheres.

- O subtema escolha genuína nos cuidados centrados na mulher, descreve como os recursos na assistência à maternidade estão ligados à falta de escolha nos planos de parto e flexibilidade em termos de local de atendimento. Destaca-se a diferença entre a prestação de serviço existente e um serviço focado na mulher, que oferece mais opções. Fornecer opções de escolha é um princípio fundamental nos cuidados centrados na mulher.

- O subtema falta de escolha, descreve como os serviços são limitados quando se trata de flexibilidade e como os participantes identificam que as mudanças forçadas na rotina diária também estão relacionadas com a falta de escolha.

- O subtema promoção da autonomia da mulher e *empowerment*, descreve as experiências de poder, controle, conhecimento dos participantes e sua influência na tomada de decisão informada, destacando a importância de ouvir, trabalhar em parceria e tomar decisões compartilhadas, permitindo uma prestação de cuidados centrados na mulher.

- O subtema cuidados individualizados, destaca a importância de melhorar comunicação na partilha de informação e no trabalho em parceria, promovendo suporte emocional para a escolha informada.

Tema Capacitação para cuidados centrados na mulher (Building capacity for WCC):

- Subtemas: não fornecimento de cuidados centrados na mulher; competência dos profissionais; organização da prática.

- Este tema descreve como os cuidados centrados na mulher podem ser desenvolvidos e mantidos.

- O subtema não fornecimento de cuidados centrados na mulher, evidencia que os recursos limitados em cuidados relacionados com a maternidade devido às formas existentes de trabalho, influenciam negativamente os cuidados centrados na mulher.

- A estrutura organizacional e a ênfase na segurança limitam os cuidados centrados na mulher.
- O subtema competência dos profissionais, refere-se à capacidade dos profissionais para trabalhar com mulheres de maneira a proporcionar uma gama de escolhas. A comunicação, tanto com as mulheres, como interprofissionalmente, tem impacto sobre os cuidados centrados na mulher, contribuindo negativamente a qualidade do atendimento.
- A experiência individual, o conhecimento profissional e a confiança podem aumentar o potencial para prestar cuidados centrados na mulher.
- O subtema organização da prática, descreve como as estruturas organizacionais atuais podem diminuir ou melhorar os cuidados centrados na mulher. Comparando os cuidados públicos com os privados, estes podem oferecer mais continuidade e, portanto, ser mais centrados na mulher.

#### IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os cuidados centrados na mulher ainda não são praticados rotineiramente e as abordagens técnicas e médicas para o atendimento continuam a dominar em muitos ambientes.

Os cuidados centrados na mulher são preferencialmente praticados por parteiras.

Em termos de continuidade dos cuidados, educação das mulheres, abordagens comuns para os cuidados entre as profissões e o direito à escolha das mulheres, é necessário mudar a prática. Para conseguir isso, pesquisas futuras devem descrever e compreender melhor o papel do cuidado conduzido por parteiras dentro das configurações existentes da ala de parto.

Ainda há uma clara diferença de abordagem e desequilíbrio de poder entre as profissões. Mais pesquisas são necessárias para considerar como essas diferenças afetam a prestação de cuidados e como podem ser superadas.

Compreender as experiências e preferências das mulheres também requer mais pesquisas. Como destinatárias dos cuidados, as mulheres não têm consciência das alternativas aos cuidados medicalizados e sua visão consistente de que os cuidados medicalizados equivalem a segurança e "normalidade" foi uma descoberta importante.

É necessária uma maior compreensão do impacto dos sistemas atuais de prestação de cuidados, incluindo o desequilíbrio público-privado, sobre a compreensão nacional da gravidez e do parto para informar quaisquer mudanças em relação aos cuidados centrados na mulher.

Mais estudos são necessários para fornecer uma compreensão do grau em que as mulheres gostariam de ser incluídas no processo de tomada de decisão e o impacto que tal inclusão teria sobre sua gravidez, parto e experiência pós-parto. Isso exigirá o desenvolvimento de abordagens de pesquisa que avaliem a experiência das mulheres.

## CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo indicam que, independentemente da política renovada, prática e ênfase de pesquisa na provisão dos cuidados centrados na mulher como um objetivo importante para os prestadores de serviços, a realidade atual é que, conforme percebido pelos participantes incluídos, não é vivenciado pela maioria das mulheres.

Na verdade, as mulheres praticamente desconhecem a possibilidade de abordagens alternativas. Os profissionais, embora cientes das alternativas, estão tão sobrecarregados com a manutenção de um serviço seguro dentro de um sistema com poucos recursos que melhorar a experiência das mulheres por meio do fornecimento dos cuidados centrados na mulher será um desafio.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

3. Single qualitative study

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

Intervenções que contribuem para o modelo de cuidados centrados na mulher grávida:

- . Encarar a gravidez como um processo fisiológico (gravidez não é igual a doença), evidenciar respeito pela mulher, pelo processo de gravidez e pelos cuidados centrados na mulher;
- . Ouvir e respeitar os desejos da mulher, os fatores sociais, as suas crenças, cultura, seguir o seu plano de parto, dar-lhe oportunidade de escolha;
- . Reconhecer as suas experiências anteriores e os seus receios;
- . Evitar demasiadas intervenções desnecessárias;
- . Promover um ambiente calmo e silencioso na sala de parto, como por exemplo: pouca luz, música agradável, pouco barulho, cheiro a lavanda...;
- . Investir na educação das mulheres quanto às opções de cuidados, de modo a melhorar a qualidade geral dos cuidados centrados na mulher;
- . Potenciar a autonomia da mulher, o empowerment, trabalhar em parceria e tomar decisões partilhadas, depois de devidamente informada e esclarecida;
- . Educação dos profissionais sobre o modelo de cuidados centrados na mulher, envolvendo toda a equipa multidisciplinar;
- . Garantir a continuidade da qualidade dos cuidados não só durante a gestação, mas também durante o trabalho de parto e no período pós-natal;
- . Evitar cuidados fragmentados (inconsistência na prestação de cuidados à grávida, uma vez que diferentes profissionais trabalham paralelamente, em vez de comunicarem efetivamente uns com os outros; A falha na comunicação contribui para a fragmentação de cuidados);

- . Melhorar comunicação na partilha de informação e no trabalho em parceria, promovendo suporte emocional para a escolha informada;
- . Estimular a continuidade e disponibilidade da equipa para a importância da construção de uma relação entre a mulher e os profissionais, garantindo os cuidados centrados na mulher.
- . Potenciar a flexibilidade no atendimento às mulheres, nomeadamente em relação aos Planos de Parto e à rotinização dos serviços;

Os cuidados centrados na mulher são essencialmente praticados por parteiras.

## Appendix IV: Data extraction instrument

**Título da Revisão:** Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em Saúde: as intervenções do EESMO

**Questão:** Quais as intervenções do EESMO, baseadas no Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente, que promovem ganhos em saúde?

### **CrITÉRIOS de Inclusão (PCC):**

**População:** Parturientes

**Conceito:** Cuidados centrados na mulher; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto e Parto

**Contexto:** Hospitalar

### ➤ **Autor/es:**

Agegnehu Bante<sup>1</sup>, Kedir Teji<sup>2</sup>, Berhanu Seyoum<sup>3</sup>, Abera Mersha<sup>1</sup>

“Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia: a cross-sectional study” (BMC Pregnancy and Childbirth, 2020, 20:86)

<https://doi.org/10.1186/s12884-020-2757-x>

<sup>1</sup> Department of Nursing, College of Medicine and Health Sciences, Arba Minch University, Arba Minch, Ethiopia. <sup>2</sup>School of Nursing and Midwifery, College of Health and Medical Sciences, Haramaya University, Harar, Ethiopia. <sup>3</sup>Department of Medical Laboratory Sciences, College of Health and Medical Sciences, Haramaya University, Harar, Ethiopia.

### ➤ **Ano da Publicação:**

2020

### ➤ **País de origem:**

Online Access

### ➤ **Objetivos:**

Avaliar a situação face aos cuidados de maternidade respeitosos (*respectful maternity care*) e os fatores associados nos hospitais da cidade de Harar, no leste da Etiópia.

### ➤ **Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:**

Estudo transversal (*facility-based cross-sectional study*) realizado no período de 1 de abril a 1 de julho de 2017, nos hospitais da cidade de Harar, no leste da Etiópia.

Foi realizado um questionário de pré-teste a 20 mulheres no puerpério, com variáveis independentes, incluindo características demográficas e obstétricas, acompanhante durante o trabalho de parto,

tempo de internamento hospitalar, e, 15 itens validados de avaliação de cuidados de maternidade respeitosos, na Etiópia.

O questionário incluiu 4 categorias de verificação (variáveis dependentes): cuidado amigável (*friendly care*), cuidados livres de abuso (*abusive free care*), cuidado oportuno (*timely care*), cuidados livres de discriminação (*discrimination-free care*).

Os dados para o estudo foram obtidos através de entrevista a 425 mulheres que foram parturientes, em 4 hospitais da cidade de Harar (escolhidos de acordo com o tipo de administração, cuidados obstétricos e neonatais), baseada num questionário de pesquisa regulamentada, realizada num ambiente privado após a alta da enfermaria no período pós-parto. Foi utilizada a Escala de Likert de 5 pontos (discordo totalmente a concordo totalmente) para avaliação do nível de cuidado respeitoso na maternidade.

Foram excluídas mulheres doentes e incapazes de fornecer informações.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Características sociodemográficas:

- A média de idades das 425 mulheres participantes no estudo foi 27 anos;
- A etnia prevalente foi a Oromo (63%);
- A religião muçulmana foi predominante (80,9%);
- 98,6% eram casadas;
- 79,3% tinham como ocupação serem donas de casa;
- 39,5% das mulheres não sabiam ler nem escrever;
- 51,3% residiam em zonas urbanas.

Características obstétricas:

- 68% das mulheres eram múltiparas;
- 71,3% receberam cuidados de saúde pre-natais, dos quais 73,6% foram no Centro de Saúde e 26,4% no hospital; mas 76,9% tiveram menos de 4 consultas;
- 89% das mulheres planearam a gravidez;
- Apenas 20,9% das mulheres tiveram acompanhante durante o trabalho de parto;
- Episiotomia foi realizada a 31,5% das mulheres;
- 50% das mulheres foram atendidas por profissionais do sexo masculino;
- 52,7% tiveram partos eutócicos, 24,9% partos distócicos via vaginal e 22,4% fizeram cesariana;
- 87,1% tiveram um parto sem complicações, com tempo de internamento inferior a 24 horas;
- 82,4% recomendariam o hospital onde realizaram o parto.

Status de cuidados respeitosos na maternidade:

- Apenas 38,4% das mulheres receberam cuidados respeitosos na maternidade;

- Cerca de 45% das mulheres receberam cuidados livres de discriminação;
- Cerca de 58% das mulheres receberam cuidados livres de abuso;
- Cerca de 60% das mulheres receberam cuidados amigáveis;
- Cerca de 76% das mulheres receberam cuidados oportunos;
- 17,6% das mulheres não receberam informação sobre medidas para alívio da dor;
- 16,5% das mulheres referiram que os profissionais de saúde não mostraram preocupação nem empatia; 33,2% referiram que os profissionais de saúde não responderam às suas necessidades; 14,8% referiram que os profissionais de saúde gritaram com elas durante o parto;
- 18,6% das mulheres mencionaram que foram insultadas pela presença de um acompanhante e pelos seus atributos pessoais.

Fatores associados aos cuidados respeitosos na maternidade:

- Surgiram cinco variáveis associadas aos cuidados respeitosos na maternidade: parto num hospital privado, consultas pré-natais, gravidez planeada, trabalho de parto assistido por profissionais do sexo masculino e condição materna normal após o parto.
- Os cuidados respeitosos na maternidade foram:
  - . duas vezes superiores nas mulheres que tiveram o seu parto num hospital privado em relação as mulheres que tiveram o parto num hospital público;
  - . duas vezes superiores nas mulheres que fizeram vigilância durante a gravidez;
  - . três vezes superiores nas mulheres que planearam a gravidez;
  - . duas vezes superiores nas mulheres atendidas por profissionais do sexo masculino em comparação com as mulheres cujo trabalho de parto foi atendido por profissionais do sexo feminino;
  - . duas vezes superiores nas mulheres cujo processo de parto terminou sem complicações.
- As mulheres que tiveram um parto num hospital privado referiram cortesia e cordialidade, devido ao facto, provavelmente, de nestes hospitais serem prestados cuidados de luxo e acessíveis às pessoas com maior índice de riqueza e o número de utentes por cada profissional de saúde, ser menor.
- As mulheres que fizeram consultas de vigilância durante a gravidez, provavelmente, tiveram oportunidade de adaptação aos serviços e ao relacionamento próximo com os profissionais de saúde, o que é crucial para a construção da confiança nos cuidados prestados.
- A razão apontada pelos investigadores que contribuem para o facto da gravidez planeada favorecer os cuidados respeitosos na maternidade poderá estar relacionada com o desejo e a intenção de desenvolver uma gravidez, estando garantido também, o apoio emocional contínuo do marido e da família.

- O facto de as mulheres preferirem ser cuidados por profissionais do sexo masculino, os investigadores consideraram que pode ser devido à inclinação natural para o sexo oposto, e não à qualidade do atendimento prestado.

- As mulheres que sofreram dificuldades durante o trabalho de parto apresentam alto risco de desenvolver melancolia e depressão pós-parto, permanecem mais tempo internadas, sem o apoio total das famílias e podem sentir que desenvolvem tais complicações devido à má qualidade do serviço e percebê-lo como ofensivo.

#### CONCLUSÕES

- Aproximadamente, apenas quatro em cada dez mulheres receberam cuidados respeitosos na maternidade.

- Fatores associados a cuidados respeitosos na maternidade: partos em hospitais privados, com acompanhamento pré-natal, gravidez planeada, trabalho de parto assistido por profissionais do sexo masculino e inexistência de complicações pós-parto.

- Intervenções que favorecem cuidados respeitosos na maternidade: cuidados amigáveis, não abusivos, oportunos e não discriminativos. Estes são os pilares para melhorar a baixa aceitação de partos institucionais na Etiópia.

- Será necessário o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar para prestar cuidados respeitosos e compassivos às mulheres grávidas.

- Deverão desenvolver-se medidas que possibilitem transformar o modelo de cuidados centrado no cliente.

#### LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como os dados foram colhidos em ambiente hospitalar, pode haver viés de desejabilidade social e medo de relatar cuidados abusivos. Para minimizar esse viés, os dados foram colhidos numa sala privativa no hospital.

A outra limitação está relacionada com a colheita de dados ter sido realizada no período pós-parto inicial, algumas mulheres estavam cansadas para responder algumas perguntas.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level4–Observational–DescriptiveStudies (Level 4.b –Cross-sectional study)

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

As mulheres valorizam a cortesia e a cordialidade no atendimento.

Ao vigiarem a gravidez têm maior oportunidade de adaptação aos serviços e ao relacionamento próximo com os profissionais de saúde, o que é crucial para a construção da confiança nos cuidados prestados.

O facto da gravidez ser planeada, pode favorecer os cuidados respeitosos na maternidade. Isto poderá estar relacionado com o desejo e a intenção de desenvolver uma gravidez, estando garantido também, o apoio emocional contínuo do marido e da família.

As mulheres que sofrem complicações durante o trabalho de parto apresentam alto risco de desenvolver melancolia e depressão pós-parto, permanecem mais tempo internadas, sem o apoio total das famílias e podem sentir que desenvolvem tais complicações devido à má qualidade do serviço e percebê-lo como ofensivo.

Intervenções que favorecem cuidados respeitosos na maternidade: cuidados amigáveis, não abusivos, oportunos e não discriminativos.

Será necessário o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar para prestar cuidados respeitosos e compassivos às mulheres grávidas.

Deverão desenvolver-se medidas que possibilitem transformar o modelo de cuidados centrado no cliente.

## Appendix IV: Data extraction instrument

**Título da Revisão:** Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em Saúde: as intervenções do EESMO

**Questão:** Quais as intervenções do EESMO, baseadas no Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente, que promovem ganhos em saúde?

### **Critérios de Inclusão (PCC):**

**População:** Parturientes

**Conceito:** Cuidados centrados na mulher; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto e Parto

**Contexto:** Hospitalar

#### ➤ **Autor/es:**

Patience A. Afulani<sup>1,2</sup>, Laura Buback<sup>2</sup>, Ann Marie Kelly<sup>3</sup>, Leah Kirumbi<sup>4</sup>, Craig R. Cohen<sup>1,2</sup>, Audrey Lyndon<sup>5</sup>

“Providers’ perceptions of communication and women’s autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya” (Reproductive Health, 2020, 17:85)

<https://doi.org/10.1186/s12978-020-0909-0>

<sup>1</sup>School of Medicine, University of California, San Francisco (UCSF), 550 16th St, 3rd Floor, San Francisco, CA 94158, USA. <sup>2</sup>UCSF Institute for Global Health Sciences, San Francisco, USA. <sup>3</sup>Sidney Kimmel Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA. <sup>4</sup>Kenya Medical Research Institute, Nairobi, Kenya. <sup>5</sup>Rory Meyers College of Nursing, New York University, New York, USA.

#### ➤ **Ano da Publicação:**

2020

#### ➤ **País de origem:**

Online Access

#### ➤ **Objetivos:**

Conhecer a percepção dos profissionais sobre a importância da comunicação e autonomia da mulher durante o parto.

Avaliar as potenciais barreiras para uma comunicação eficaz e manutenção da autonomia da mulher durante o parto.

#### ➤ **Metodologia/métodos:**

Os dados colhidos resultaram de um estudo de métodos mistos no condado de Migori, no oeste do Quênia, com 49 profissionais na área da maternidade (32 clínicos: médicos, enfermeiros e *midwives*; e 17 não clínicos), que trabalhavam em todos os sub-condados de Migori.

Em outubro e novembro foram realizadas entrevistas aos profissionais de saúde selecionados, através de um questionário com perguntas estruturadas sobre vários aspetos da comunicação e autonomia, seguidas de perguntas abertas sobre a realização ou não realização de certas práticas.

Realizou-se análise descritiva dos dados quantitativos e análise temática dos dados qualitativos.

O estudo foi aprovado pelas unidades de revisão ética da Universidade da Califórnia, San Francisco e Instituto de Pesquisa Médica do Quênia.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Questões de pesquisa:

- (1) Quais são as perceções dos profissionais de saúde sobre a importância da comunicação e da autonomia da mulher durante o parto?
- (2) Quais são as perceções dos profissionais de saúde sobre a dimensão da comunicação e a autonomia da mulher durante o parto, fornecida por eles e por outros profissionais na maternidade?
- (3) Quais são as barreiras para uma comunicação eficaz e manutenção da autonomia da mulher durante o parto?

Perceções sobre a importância da comunicação e autonomia:

- Mais de 80% dos profissionais reconheceram a importância de vários aspetos da comunicação e autonomia.
- 86% relataram que **é muito importante se apresentarem às mulheres.**

Vantagens:

. *as mulheres poderão identificar quem cuidou delas (se forem bem cuidadas podem agradecer ou recomendar o profissional de saúde; se tiverem problemas sabem a quem devem recorrer; pode motivar os bons cuidados, uma vez que poderão ser identificados se maltratarem as mulheres);*

. *permite estabelecer um relacionamento e criar uma conexão interpessoal com as mulheres (favorece relação profissional/utente, ajuda as mulheres a sentirem-se confortáveis, aumentam a confiança das mulheres nos profissionais, favorece um ambiente que permite as mulheres discutir livremente os seus problemas).*

- 79% disseram que **é muito importante chamar as mulheres pelo nome.**

Vantagens:

. *Reconhecer a mulher como indivíduo e manifestar interesse, respeito e carinho (ao chamarmos uma mulher pelo nome, estamos a reconhecê-la como pessoa, ser humano ou indivíduo, contribuindo para que se sinta bem e respeitada; demonstra que o profissional a conhece, se interessa e se preocupa*

com ela; não se devem identificar as mulheres pelo número da cama ou tratá-las como “mãe” ou “você”).

. *Permite estabelecer um relacionamento e criar uma conexão interpessoal com as mulheres* (chamar as mulheres pelo nome também ajuda a criar conexões interpessoais, o que faz com que as mulheres se sintam confortáveis e livres para discutir livremente os seus problemas).

. *Promove segurança* (é importante referir-se às mulheres pelo nome para ter certeza de que as identificaram com precisão, evitando confundir suas informações médicas e garantindo que os procedimentos e medicamentos são administrados às mulheres corretas).

- 84% sentiram que era  **muito importante pedir permissão ou consentimento antes dos procedimentos.**

Vantagens:

. *Permite estabelecer um relacionamento e criar uma conexão interpessoal com as mulheres* (quando as mulheres recebiam informações e consentiam, isso aumentava a confiança das mulheres no profissional, fazia com que se sentissem livres para discutir os seus problemas, diminuía a resistência ao atendimento e promovia a cooperação).

. *Respeitar os direitos das mulheres e evitar acusações ou ações judiciais* (a maioria dos entrevistados mencionou os direitos da pessoa e as implicações legais de não obter consentimento como razões para obter sempre o seu consentimento; fornecer informações às mulheres e suas famílias, obter consentimento para exames e procedimentos e envolvê-los nos cuidados foram vistos como mecanismos de proteção para garantir que os profissionais não sejam culpados se algo der errado; este aspeto foi considerado também importante porque as mulheres estão se a tornar mais empoderadas).

. *Capacitar as mulheres e suas famílias para serem participantes ativos nos seus cuidados de saúde* (é importante verificar se as mulheres entendem as informações que lhes são fornecidas, através da repetição da informação pelas mulheres, dar tempo para perguntas, demonstrar e avaliar se as mulheres seguiram as instruções; fornecer informação às mulheres e obter o seu consentimento, capacita-as para se envolverem nos seus cuidados; ajuda as mulheres a se prepararem psicologicamente para os procedimentos, ajuda-as a se sentirem como parte do processo, ajuda-as a entender que têm opção de escolha e prepara-as para suportar as consequências dos procedimentos).

- 85% disseram que era  **muito importante envolver as mulheres ou suas famílias nas decisões sobre seus cuidados.**

Vantagens:

. *Capacitar as mulheres e suas famílias para serem participantes ativos nos seus cuidados de saúde* (é importante as mulheres se sentirem parte integrante do seu processo de saúde, com capacidade de decisão; o envolvimento da família prepara as famílias para quaisquer resultados adversos, dá-lhes

tranquilidade porque percebem o que está a acontecer com a mulher, aumenta a responsabilidade da família no cuidado á mulher e promove a coesão familiar).

. *Facilitar a adesão, encaminhamento e continuidade do cuidado* (o envolvimento da família ajudou a facilitar a adesão, ajudando a lembrar a mãe do que precisa ser feito durante e após a admissão; o envolvimento da família ajudou a facilitar a obtenção de serviços, referências, pagamentos e continuidade dos cuidados; nem todas as informações podem ser compartilhadas com a família, havendo a necessidade de respeitar a preferência da mulher sobre com quem compartilhar suas informações).

#### Dimensão da comunicação e autonomia das mulheres:

- Apesar de considerarem importante a comunicação e a autonomia das mulheres, alguns profissionais relataram nunca se envolver em certas práticas ou apenas algumas vezes.
- Mais facilmente relatavam práticas negativas de outros do que deles próprios (Por exemplo, cerca de um terço (33%) relatou que nunca se apresentou a mulheres, embora mais da metade (57%) relatou que outros provedores nunca se apresentam)
- Mais de 90% dos profissionais de saúde relataram que as mulheres eram informadas sobre a finalidade dos exames, procedimentos e medicamentos, porém, cerca de 1/3 relatou que nem sempre explicava por que fazia exames ou procedimentos e nem sempre explicava a finalidade dos medicamentos.
- Mais de 2/3 relataram que as mulheres nem sempre foram solicitadas a obter permissão ou consentimento antes dos procedimentos.
- Cerca de 2/3 relataram que os profissionais nem sempre envolvem as mulheres e as famílias na tomada de decisões.
- Cerca de 1/3 (38%) relatou que as mulheres nunca são capazes de estar em posições alternativas de sua escolha (por exemplo, agachar) ao dar à luz.
- Os participantes não clínicos eram mais propensos a relatar que os profissionais clínicos não realizavam determinadas práticas do que os próprios profissionais clínicos.
- As respostas sugerem uma comunicação e apoio mais eficazes para a maioria dos aspetos relacionados com a autonomia das mulheres nas unidades de cuidados de saúde primários do que nos hospitais.

#### Barreiras à comunicação eficaz e ao respeito pela autonomia das mulheres:

Surgiram 3 temas inter-relacionados, para justificar os vários motivos pelos quais nem sempre fazem o que entendem ser importante: (1) o ambiente de trabalho, (2) conhecimento do profissional,

intenções e suposições; (3) a capacidade das mulheres de exigir ou comandar uma comunicação eficaz e respeito por sua autonomia.

### 1) AMBIENTE DE TRABALHO

- Este tema foi agrupado em 4 subtemas, inter-relacionados entre si: Falta de tempo; barreiras linguísticas; *stress* e *burnout*; cultura de trabalho na instituição.

#### . *Perceção de falta de tempo*

- Funciona como explicação comum para negligenciar aspetos de comunicação e autonomia: os profissionais sentiram que não tiveram tempo suficiente para se apresentar, conhecer as mulheres e se referir a elas pessoalmente, explicar exames e procedimentos, discutir descobertas ou responder adequadamente às perguntas das mulheres e de suas famílias.

- A falta de tempo foi frequentemente atribuída à falta de profissionais e grande número de utentes.

#### . *Barreiras de linguagem*

- Motivo para justificar o facto de não ser capaz de fornecer informações adequadas ou responder a perguntas; podem contribuir as mulheres não interpretarem bem as intenções dos provedores e / ou sentirem-se desrespeitadas; deve-se ao facto de os profissionais e as mulheres não serem da comunidade onde a unidade de saúde está localizada.

#### . *Stress e burnout*

- Muitos dos motivos referidos pelos profissionais para não adotarem comportamentos de comunicação centrados na pessoa, estavam relacionados com o *stress* e o esgotamento.

- O *stress* foi associado a fadiga, esquecimento, impaciência, irritabilidade e falta de atenção, devido ao elevado volume de trabalho, falta de consumíveis para trabalhar e *stress* não relacionado com trabalho.

#### . *Cultura de trabalho na instituição*

- Nas unidades de saúde não é praticada uma cultura que defenda que os profissionais têm que se apresentar às mulheres, embora tivessem sido treinados na escola para esse procedimento.

- Falta de responsabilização por quem deve comunicar certas coisas às mulheres. (Por exemplo, uma mulher pode não ser informada do motivo pelo qual lhe foi administrado um medicamento, porque há vários profissionais envolvidos no seu tratamento e cada um pode presumir que outro profissional o faria).

- O espaço físico, nomeadamente a falta de limpeza, também foi mencionado como um problema, visto que não permitia a adoção da posição de “cócoras” ou “parir no chão”, dificultando autonomia e a vontade das mulheres no seu parto.

### 2) CONHECIMENTO, INTENÇÕES E SUPOSIÇÕES DO PROFISSIONAL

Este tema foi agrupado em quatro subtemas: Conhecimento e habilidade inadequados do profissional; esquecimento e comportamentos inconscientes; autoproteção e conforto; suposições sobre o conhecimento e as expectativas das mulheres.

*. Conhecimento e habilidade inadequados do profissional*

- Alguns participantes reconheceram que às vezes não conseguem se comunicar de forma eficaz por falta de conhecimento ou habilidade, revelando incapacidade para compreender e responder a perguntas, nomeadamente, responder a perguntas delicadas, por receio de que as suas respostas pudessem perturbar ou instilar medo nas mulheres, ou simplesmente porque não conseguiam entender a mulher. Isso sugere uma falta de habilidades de escuta percetiva entre os profissionais, bem como, uma incapacidade de se comunicar com empatia.

*. Esquecimento e comportamentos inconscientes versus autoproteção e conforto*

- Às vezes, os comportamentos dos profissionais eram subconscientes: por vezes esqueciam-se de fazer certas coisas, como se apresentar ou explicar procedimentos, porque não era algo feito com frequência.

- O esquecimento também foi atribuído ao *stress* pela elevada carga de trabalho ou em caso de emergências.

- Outras vezes, os profissionais decidiam conscientemente comportar-se de certas maneiras para se proteger: às vezes não se apresentavam porque não queriam que as mulheres soubessem os seus nomes para não serem identificados e responsabilizados se as maltratassem.

- No entanto, os profissionais clínicos podem ser menos propensos a maltratar as mulheres se estas os conhecerem pelo nome, pelo receio de virem a ser identificados e responsabilizados.

- Alguns estavam preocupados que as mulheres os chamassem pelo nome dentro e fora do estabelecimento (em vez de pelo título: "Doutor") e que falassem deles na comunidade.

- A proteção e o conforto do profissional afetaram tanto a comunicação como a autonomia de maneira negativa e positiva. Por exemplo, o consentimento era considerado um meio de proteger os profissionais de litígios, o que motivou alguns a recorrer ao consentimento para os procedimentos. Por outro lado, parecia que às vezes as mulheres eram impedidas de adotar uma posição escolhida por si no parto, porque essa posição não era confortável para o profissional.

*. Suposições sobre o conhecimento e as expectativas das mulheres*

- Os profissionais, às vezes, atribuíam seus comportamentos às suposições sobre o conhecimento e expectativas das mulheres, que podiam ou não, estar corretas. Por exemplo, muitos profissionais disseram que geralmente não se apresentavam porque presumiam que as mulheres já os conheciam.

- Alguns também mencionaram que as mulheres sabiam quem eles eram pelos seus uniformes ou cartão de identificação. Outros, no entanto, admitiram que embora as mulheres pudessem saber que eram profissionais de saúde pelos seus uniformes, elas não sabiam, necessariamente, os seus nomes.
- Alguns também sentiram que algumas mulheres não esperavam que eles se apresentassem ou podiam não estar interessadas em que eles se apresentassem por causa da sua condição.
- Alguns profissionais admitiram não fornecer às mulheres informações suficientes sobre seus cuidados ou obter adequadamente seu consentimento devido a suposições de que: as mulheres já sabiam o que lhes estava a acontecer (embora os profissionais muitas vezes reconhecessem que isso nem sempre era verdade), podiam não entender o que lhes era dito, ou podiam ficar assustadas com a informação.
- Alguns profissionais de saúde disseram que presumiram que o facto da mulher vir ao estabelecimento, significava que ela havia dado seu consentimento para todos os cuidados prestados, não necessitando de pedir permissão ou consentimento para fazer algo.

### **3) CAPACIDADE DAS MULHERES DE EXIGIR OU COMANDAR UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ E RESPEITO PELA SUA AUTONOMIA.**

- Existem dois subtemas relacionados a este tema principal: A falta de participação das mulheres e o empoderamento das mulheres, que é influenciado pelo preconceito do profissional.

#### *. Falta de participação das mulheres*

- Algumas mulheres não fazem perguntas por causa do medo, vergonha e de se sentirem inferiores aos profissionais.
- Alguns profissionais atribuíram a falta de autonomia à passividade das mulheres.
- As interações das mulheres com os profissionais são influenciadas pelas características dos profissionais. As mulheres podem ser menos propensas a se comunicarem efetivamente com profissionais do sexo masculino ou mais jovens, por medo, sensação de inferioridade ou timidez.
- O comportamento de uma mulher pode ser uma resposta ao comportamento do profissional, na medida em que algumas mulheres podiam temer fazer perguntas quando o profissional não era amigável ou não as recebia bem.

#### *. Empoderamento das mulheres e o preconceito do profissional*

- Os profissionais tendem a fornecer mais informações e respeitar a autonomia das mulheres que eles consideram bem informadas, de status mais elevado e / ou mais empoderadas, uma vez que estas conhecem os seus direitos, são mais exigentes e colocam mais questões.
- Os companheiros das mulheres também influenciaram a comunicação e a autonomia. Quando as mulheres tinham alguém para defendê-las, era mais provável que recebessem mais informações sobre seus cuidados.

Para ULTRAPASSAR AS BARREIRAS e facilitar a comunicação eficaz e o respeito pela autonomia das mulheres, os participantes consideraram importante o treino de competências para melhorar a interação entre ambos: como falar com as utentes para construir uma relação de confiança e segurança; como falar com utentes hostis e não cooperativos; como lidar com o *stress*; como evitar discriminação.

Este treino/formação deverá ser acessível a todos os profissionais das unidades de saúde, e não apenas aos profissionais clínicos.

Contudo, não basta apenas investir no treino/formação, deve incluir também, melhorias no ambiente e na cultura de trabalho para permitir que os profissionais pratiquem o que sabem. O fortalecimento dos sistemas de saúde para lidar com a carga de trabalho, o *stress*, o esgotamento e a implementação de medidas para reduzir as barreiras linguísticas facilitaria a comunicação eficaz e o respeito pela autonomia das mulheres.

Uma outra medida importante, passa por educar as mulheres sobre seus direitos, capacitando-as e empoderando-as para serem elementos ativos nos seus cuidados, e assim, receberem cuidados de alta qualidade.

Os participantes consideraram que há uma ligação entre a comunicação eficaz e as situações difíceis, sendo que ao melhorar as habilidades de comunicação nestas situações, pode-se aumentar a cooperação das mulheres, praticando um modelo de cuidados centrados na mulher.

## CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo apoiam as evidências de comunicação e autonomia deficientes encontradas em estudos anteriores de entrevistas com mulheres no pós-parto.

Estudos anteriores, incluindo estudos no mesmo município, mostraram que mulheres de baixo *status* social (pobres, analfabetas e desempregadas) têm experiências pré-natais e maternidade mais precárias em unidades de saúde.

Apesar de uma consciência relativamente forte da importância e dos benefícios da comunicação eficaz e do respeito pela autonomia das mulheres, os comportamentos recomendados não são praticados de forma consistente pelos profissionais. Esta situação deve-se a existência de várias barreiras para a prática de comunicação e autonomia eficazes, o que leva a uma lacuna de “saber fazer”.

Há necessidade de uma mudança na prática de cuidados que promova uma cultura mais centrada na pessoa. Isso ajudará a garantir esforços sustentáveis para melhorar a assistência à maternidade centrada na pessoa / respeitosa dentro de uma estrutura mais ampla de fornecimento de assistência de saúde universal de alta qualidade.

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

Os profissionais reconhecem a importância e as vantagens de estabelecer uma boa comunicação com as mulheres.

Procedimentos para facilitar a comunicação:

- Os profissionais devem apresentar-se às mulheres (as mulheres podem identificar quem cuidou delas, agradecer, recomendá-los e recorrer novamente se houver complicações, motivar bons cuidados para evitar queixas, favorece a relação profissional/utente, aumenta o conforto, a confiança e a liberdade para abordar os problemas).
- Chamar as mulheres pelo nome (manifesta interesse, respeito e carinho; não identificar pelo número da cama, nem tratar por “você” ou “mãe”; promove segurança).
- Pedir permissão ou consentimento antes dos procedimentos (aumenta a confiança, diminui a resistência, promove a cooperação; respeito pelos direitos da mulher, evitando acusações ou ações judiciais; envolve a mulher e família, capacitando-os e empoderando-os nas tomadas de decisão e participação ativa).
- Envolver as mulheres e as suas famílias nas decisões sobre seus cuidados (a família sente-se informada e participativa, promove coesão familiar; facilita a adesão, encaminhamento e continuidade do cuidado).

Existem algumas barreiras à comunicação eficaz e ao respeito pela autonomia das mulheres:

- (1) o ambiente de trabalho: falta de tempo, barreiras linguísticas, *stress* e *burnout*, cultura de trabalho instituída.
- (2) conhecimento do profissional, intenções e suposições: conhecimento e habilidade inadequados do profissional; esquecimento e comportamentos inconscientes; autoproteção e conforto; suposições sobre o conhecimento e as expectativas das mulheres.
- (3) a capacidade das mulheres de exigir ou comandar uma comunicação eficaz e respeito por sua autonomia: a falta de participação das mulheres e o empoderamento das mulheres, que é influenciado pelo preconceito do profissional.

Para ULTRAPASSAR AS BARREIRAS e facilitar a comunicação eficaz e o respeito pela autonomia das mulheres, os participantes consideraram importante o treino de competências para melhorar a interação entre ambos: como falar com as utentes para construir uma relação de confiança e segurança; como falar com utentes hostis e não cooperativos; como lidar com o stress; como evitar discriminação.

Este treino/formação deverá ser acessível a todos os profissionais das unidades de saúde, e não apenas aos profissionais clínicos.

Contudo, não basta apenas investir no treino/formação, deve incluir também, melhorias no ambiente e na cultura de trabalho para permitir que os profissionais pratiquem o que sabem. O fortalecimento dos sistemas de saúde para lidar com a carga de trabalho, o stress, o esgotamento e a implementação de medidas para reduzir as barreiras linguísticas facilitaria a comunicação eficaz e o respeito pela autonomia das mulheres.

Uma outra medida importante, passa por educar as mulheres sobre seus direitos, capacitando-as e empoderando-as para serem elementos ativos nos seus cuidados, e assim, receberem cuidados de alta qualidade.

Há uma ligação entre a comunicação eficaz e as situações difíceis, sendo que ao melhorar as habilidades de comunicação nestas situações, pode-se aumentar a cooperação das mulheres, praticando um modelo de cuidados centrados na mulher.

As mulheres com *status* social mais baixo (pobres, analfabetas e desempregadas) têm experiências mais precárias na gravidez e no parto.

Há necessidade de uma mudança na prática de cuidados que promova uma cultura mais centrada na pessoa. Isso ajudará a garantir esforços sustentáveis para melhorar a assistência à maternidade centrada na pessoa / respeitosa dentro de uma estrutura mais ampla de fornecimento de assistência de saúde universal de alta qualidade.

## Appendix IV: Data extraction instrument

**Título da Revisão:** Do Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente aos ganhos em Saúde: as intervenções do EESMO

**Questão:** Quais as intervenções do EESMO, baseadas no Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente, que promovem ganhos em saúde?

### **Critérios de Inclusão (PCC):**

**População:** Parturientes

**Conceito:** Cuidados centrados na mulher; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto e Parto

**Contexto:** Hospitalar

### ➤ **Autor/es:**

Zoe Bradfield<sup>1</sup>, Yvonne Hauck<sup>1,2</sup>, Michelle Kelly<sup>1</sup>, Ravani Duggan<sup>1</sup>

«“It’s what midwifery is all about”’: Western Australian midwives’ experiences of being ‘with woman’ during labour and birth in the known midwife model» (BMC Pregnancy and Childbirth, 2019, 19:29)

<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2144-z>

1School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Curtin University, GPO Box U1987, Bentley, WA 6845, Australia.

2School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Curtin University King Edward Memorial Hospital, Subiaco, Australia.

### ➤ **Ano da Publicação:**

2019

### ➤ **País de origem:**

Online Access

### ➤ **Objetivos:**

Explorar as experiências das parteiras da Austrália Ocidental de estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e parto, no contexto de um modelo que promove o cuidado por uma parteira conhecida.

### ➤ **Metodologia/métodos, Fontes de pesquisa utilizadas:**

Estudo fenomenológico descritivo.

Realizadas 10 entrevistas a parteiras que trabalhavam no modelo de "parteira conhecida", que descreveram as suas experiências de estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e nascimento.

Foi utilizada a filosofia husserliana para explorar o mesmo fenômeno por meio de ricas descrições por indivíduos revelando semelhanças da experiência.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

A partir da análise das experiências das parteiras de estar "com uma mulher" no contexto de um modelo de "parteira conhecida" surgiram cinco temas principais:

- 1) Construindo relacionamentos;
- 2) Cuidado centrado na mulher é mais seguro;
- 3) Impacto na parteira;
- 4) Impacto na Mulher;
- 5) Desafios no modelo de "parteira conhecida".

Para cada tema principal surgiram vários subtemas.

**1) Construindo relacionamentos**

*1.1) Relação de confiança entre mulher e parteira*

As parteiras que baseiam a sua prática no modelo de "parteira conhecida" referiram o desenvolvimento de um relacionamento profissional com as mulheres, como consequência de trabalharem juntas durante alguns meses, possibilitando o processo de estar "com a mulher", num processo *continuum* de trabalho de parto e parto.

Nesta relação, a base para o sucesso de "estar com a mulher" durante o trabalho de parto e parto suportado no modelo de "parteira conhecida", é a confiança.

Ser capaz de prestar cuidados centrados na mulher, é fundamental para a construção de uma relação profissional durante a gravidez, permitindo conectar-se com a mulher grávida e com o seu processo de gravidez, contribuindo para o compromisso e "conhecimento" necessários para oferecer apoio durante o trabalho de parto e nascimento.

*1.2) Relacionamento incluindo parceiro e família*

Embora o relacionamento principal seja com a mulher, também se estende ao parceiro e outros membros da família, alargando o âmbito da prestação de cuidados para: a mulher e sua família no centro da experiência do cuidado.

**2) Cuidado centrado na mulher é mais seguro**

*2.1) Cuidado intuitivo e individualizado baseado em "conhecer"*

Através do estabelecimento de uma relação de confiança, é possível "conhecer" a mulher e sua família, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e intuitivos. É com base nesta

relação e neste conhecimento que a parteira tem acesso aos desejos da mulher para o seu parto, e assim, poder satisfazer as suas necessidades.

Esta relação também foi designada como “estar em sintonia” com a mulher, permitindo satisfazer as suas necessidades de forma adequada.

Por outro lado, esta relação também permite a parteira orientar a mulher a escolher outra opção, quando a escolhida inicialmente, não estiver a resultar.

As parteiras mencionaram como o estar "com uma mulher" as ajudou a prestar cuidados reforçados por uma sensação de segurança. As histórias revelaram como a relação fundada na confiança e o conhecimento da saúde e preferências da mulher e família, permitiram que elas se sentissem mais confiantes nos seus cuidados.

#### **2.2) Aborda a complexidade das necessidades**

As parteiras descreveram como a criação de um relacionamento íntimo as ajudou a se sentirem mais capacitadas para cuidar de uma parturiente, cuja gravidez foi complexa desde o início ou mudou durante a gravidez.

Conhecer a mulher, os seus problemas clínicos, as suas esperanças e planos para a experiência do parto aumentaram a capacidade das parteiras de estar "com a mulher" e as apoiar nas suas escolhas.

#### **2.3) Segurança cultural**

A relação entre a parteira e a mulher caracterizada pela compreensão, conhecimento e confiança facilitou o atendimento, que foi responsivo e respeitoso, para com as mulheres e famílias de diversas origens étnicas e culturais, promovendo um cuidado culturalmente seguro.

### **3) Impacto na parteira**

As experiências das parteiras de estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e parto no modelo de "parteira conhecida" revelaram o impacto do fenómeno nas parteiras e na profissão de parteira.

#### **3.1) Investimento pessoal na prática profissional**

As parteiras falaram do impacto emocional de estar 'com a mulher' tem sobre elas.

Para além da identidade profissional das parteiras, o processo de estar 'com a mulher' requer também uma autoconsciência de si próprio, a nível pessoal e a nível individual.

O investimento pessoal na prática profissional foi considerado um ato de integridade pessoal e profissional que permitiu às parteiras serem verdadeiras consigo mesmas e não apenas com as mulheres.

As parteiras confirmaram seu compromisso de trabalhar num modelo que respeita tanto as parteiras quanto as mulheres.

As parteiras reconheceram que estar "com uma mulher" no modelo de "parteira conhecida" tinha um "custo": em termos de sono, cansaço, tempo para a família e de "plantão".

### *3.2) Aumenta a confiança*

As parteiras relataram uma sensação de confiança e segurança resultante do estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e parto, num modelo de "parteira conhecida".

A confiança e a segurança desenvolvem-se a partir da relação de confiança mútua e facilitam um ambiente onde as parteiras têm liberdade e espaço para observar e responder às necessidades da mulher.

### *3.3) Reconhecimento de importância para a obstetrícia*

Houve um consenso inequívoco de que estar "com a mulher" é uma parte importante da prática da obstetrícia, apesar de que a habilidade de estar "com a mulher" corre o risco de ser perdida, como nos referiu uma participante deste estudo.

A recompensa e a satisfação de estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e parto foram reconhecidas como uma força de sustentação que manteve as parteiras motivadas e comprometidas apesar dos custos e desafios.

A relação que se desenvolve neste modelo aumentou a capacidade das parteiras de praticarem de acordo com sua filosofia profissional, contribuindo para a satisfação no trabalho.

As parteiras reconheceram o privilégio de trabalhar com as mulheres e suas famílias e que isso sustenta um compromisso com a profissão.

## **4) Impacto na mulher**

As parteiras referiram os benefícios para as mulheres, com base no feedback dados pelas mulheres de quem cuidaram.

### *4.1) Benefícios relatados para mulheres*

As parteiras relataram que os cuidados "com a mulher" durante o trabalho de parto e parto melhoraram as suas experiências de parto. As mulheres sentiram que foram tratadas com respeito e dignidade e valorizaram a orientação que lhes foi dada.

As mulheres também refletiram sobre a relação estabelecida com as parteiras e como ela contribuía de forma significativa para ultrapassar os momentos de maior dificuldade.

As mulheres sentiram que também se sentiam envolvidas no processo de cuidados, participando e colaborando nas decisões com as parteiras. Notava-se o empoderamento das mulheres ao longo de todo o processo de acompanhamento na gravidez.

As parteiras também compartilharam como as mulheres compararam as suas experiências com base na exposição a modelos de atendimento em que a parteira não é conhecida por elas, referindo que a

diferença é bastante significativa, e que, o relacionamento estabelecido com a parteira foi fundamental ultrapassar os traumas sofridos nos partos anteriores.

## **5) Desafios modelo de “parteira conhecida”**

### *5.1) Abordagem de “sistemas” para a gravidez*

A abordagem de “sistemas” para serviços de maternidade que favorecem a padronização em vez de cuidados individualizados, pode representar uma barreira para estar “com a mulher” durante o trabalho de parto e nascimento.

Uma outra barreira para este modelo é o entrave colocado pela equipa médica e pela filosofia das instituições, que não valorizam este trabalho realizado com as mulheres. Este modelo só resulta na sua plenitude, se médicos e enfermeiros trabalharem em conjunto (como por exemplo no Reino Unido). Muitas vezes, a exigência do envolvimento médico nos cuidados à mulher impacta a relação entre a parteira e a mulher.

Outra parteira expressou frustração em comunicar a importância de estar "com uma mulher".

As parteiras referiram que existe uma indefinição na responsabilidade de cada elemento da equipa multidisciplinar, quando o parto ocorre num hospital público. Quando profissionais “desconhecidos” (coordenador, clínicos gerais, obstetras) entram na sala de partos de uma mulher e quebram o modelo de “enfermeira conhecida”, utilizando um modelo medicamente conduzido (biomédico), afetam a implementação do mesmo.

Isso contrasta com as descrições de quando o trabalho de parto ocorre num centro de parto ou na casa da mulher: o papel da parteira é diferente quando está na casa da mulher, pois esta encontra-se na sua zona de conforto, com as suas coisas: a parteira é o seu apoio e um elemento facilitador do seu trabalho de parto e parto, garantindo que tudo corra como planeado e de forma tranquila.

As parteiras também refletiram sobre as limitações da disponibilidade de serviços. Quando havia mais mulheres que queriam cuidados de maternidade num modelo de "parteira conhecida", do que o número de parteiras com disponibilidade para o praticar, não era possível proporcionar essa assistência individualizada.

### *5.2) Parteiras como o “veículo” para “estar com a mulher”*

As parteiras revelaram que a personalidade pode ser um obstáculo na capacidade de estar "com a mulher" e compartilharam abertamente como isso acontece e quais as estratégias para superar esses desafios. Um *insight* relacionado às pressões pessoais que afetam o humor.

As parteiras falaram sobre como seus próprios medos de experiências pessoais ou profissionais anteriores influenciaram a sua capacidade de estar com a mulher e como aprenderam a superar isso.

### *5.3) Mulheres que não são conhecidas ou não querem ser “conhecidas”*

Apesar da continuidade dos cuidados ser uma característica chave do modelo de "parteira conhecida", uma parteira pode ser chamada para cuidar de uma parturiente noutra equipa ou para cuidar de uma mulher registada para uma parteira particular que não está disponível. As parteiras refletiram sobre o impacto de estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e nascimento de uma mulher para a qual não prestaram cuidados pré-natais: "... é diferente, mas ... mesmo que não tenhamos conhecido a mulher especificamente, todos nós sabemos algo sobre as mulheres uns dos outros ... estamos todos falando continuamente, então na maioria das vezes, mesmo que eu não tenha conhecido a mulher, conheço algo dela e um pouco dos desejos dela", como referiu uma parteira.

Algumas parteiras descreveram como uma mulher pode dispensar e não reconhecer a oportunidade de relacionamento num modelo de "parteira conhecida". Assim, as parteiras reconheceram como estar "com a mulher" nessas situações significa respeitar os desejos de uma mulher, prestando cuidados menos focados nos aspetos relacionais do cuidado.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo confirmam a importância de uma relação profissional de respeito para a prática de estar "com a mulher", o que aumenta a capacidade das parteiras para prestar cuidados centrados na mulher.

### **Relacionamento é a chave**

As experiências das parteiras da Austrália Ocidental de estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e parto no contexto do modelo de "parteira conhecida" são permeadas pela relação de confiança entre a parteira e a mulher, que é central para este modelo de assistência à maternidade. A capacidade das parteiras de estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e nascimento é reforçada pelo conhecimento e pela confiança que surge do relacionamento desenvolvido no período pré-natal.

Estar "com a mulher" no modelo de "parteira conhecida" não é isolado para a experiência do trabalho de parto e nascimento, começa com o acompanhamento da grávida durante o período pré-natal.

O parceiro e a família também devem ser incluídos neste modelo.

### **Cuidado centrado na mulher**

Estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e nascimento no contexto da relação que é formada nos modelos de "parteira conhecida" facilita o cuidado intuitivo e individualizado, colocando a mulher e sua família no centro da experiência de cuidado.

A relação que se desenvolve no modelo de "parteira conhecida" aumenta a capacidade das parteiras de estar "com a mulher", fornecendo cuidados culturalmente seguros, especialmente para mulheres indígenas ou aquelas de origem cultural e linguisticamente diversa.

### **Impacto de estar "com uma mulher" no contexto do modelo de "parteira conhecida"**

Estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e parto no modelo de "parteira conhecida" tem impacto sobre as parteiras, a profissão de parteira, as mulheres, os seus parceiros e família.

As parteiras descreveram seu investimento pessoal na prática profissional, uma vez que deram de si mesmas para estar "com a mulher".

As novas descobertas nesta pesquisa confirmam que a relação formada no modelo de "parteira conhecida" fornece um ambiente que aprimora a capacidade das parteiras de serem reflexivas na prática. Além disso, o espaço que foi criado através da relação de confiança incentivou as parteiras a experimentarem novas formas de estar "com a mulher" que apoiem o desenvolvimento profissional e o cuidado futuro da mulher, dos seus parceiros e da família.

Os resultados deste estudo enfatizam a importância de estar "com a mulher" para a profissão de parteira e confirmam que estar "com a mulher" contribui para identificar o que significa ser parteira. É importante ressaltar que as parteiras confirmaram que estar "com a mulher" durante o trabalho de parto e parto no modelo de "parteira conhecida" foi recompensador e sustentador.

As descrições das parteiras acerca dos benefícios, relatadas por mulheres que receberam cuidados obstétricos "com a mulher" durante o trabalho de parto e parto no modelo de "parteira conhecida" incluíram características como orientação, respeito, dignidade e empoderamento.

As parteiras também destacaram que as mulheres que já haviam passado por cuidados de parto e parto por parte de uma parteira desconhecida comentaram sobre a diferença entre os dois modelos e apreciaram a relação com a parteira no modelo de "parteira conhecida".

As parteiras reconhecem o aspecto humano de trabalhar "com a mulher" e suas famílias, o que destaca como a personalidade ou os sentimentos da parteira e da mulher podem representar um desafio para estar "com a mulher".

A riqueza dos dados apresentados permite ao leitor determinar qualquer potencial transferibilidade dos achados para outros modelos de cuidados.

### **Conclusão**

Nossas descobertas fornecem uma visão sobre a experiência das parteiras de estar "com a mulher" enquanto prestam cuidados durante o trabalho de parto e parto dentro do contexto de um modelo de "parteira conhecida". Estar "com a mulher" neste modelo é sustentado por uma relação de confiança que influencia não apenas a parteira e a mulher, mas seu parceiro, família e a profissão de parteira. Os resultados confirmam alguns conceitos previamente compreendidos sobre o fenômeno de estar "com a mulher", mas também destacam um novo insight que nunca foi reconhecido pela voz anteriormente

esquecida, mas única, das parteiras que trabalham neste modelo de atendimento. Compreender as experiências das parteiras de estar "com a mulher", bem como os desafios que elas enfrentam, oferece a oportunidade para os prestadores de serviços explorarem formas inovadoras de facilitar o cuidado "com a mulher" neste modelo. O insight sobre as práticas aplicadas de estar "com a mulher" em um modelo de "parteira conhecida" acrescenta conhecimento valioso em torno de um fenômeno que é central para a filosofia e prática da profissão.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

LEVELS OF EVIDENCE FOR MEANINGFULNESS (3. Single qualitative Study)

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

Apesar deste artigo se focar no modelo de "enfermeira conhecida", que não é ainda utilizado em Portugal, nas instituições de saúde públicas, algumas considerações podem ser adaptadas ao Modelo de Cuidados Centrado na Mulher.

A relação profissional e a confiança desenvolvidas entre o profissional e a utente são fulcrais para o apoio à mulher em Trabalho de Parto e Parto. Esta relação profissional não deve ser apenas estabelecida com a mulher, mas envolver também a pessoa significativa e família, colocando-os no centro da experiência do cuidado.

É através do estabelecimento desta relação de confiança que é possível "conhecer" a mulher e sua família, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e intuitivos, pois só assim a parteira terá acesso aos desejos da mulher para o seu parto para poder satisfazer as suas necessidades.

Por outro lado, esta relação também permite a parteira orientar a mulher a escolher outra opção, quando a escolhida inicialmente, não estiver a resultar.

A relação fundada na confiança e no conhecimento da saúde e preferências da mulher e família, permite que as parteiras se sintam mais confiantes nos seus cuidados e mais capacitadas para cuidar de uma parturiente, cuja gravidez foi complexa desde o início ou mudou durante a gravidez.

Conhecer a mulher, os seus problemas clínicos, as suas esperanças e planos para a experiência do parto aumentam a capacidade das parteiras apoiarem as mulheres nas suas escolhas.

A relação entre a parteira e a mulher deve ser baseada na compreensão, conhecimento e confiança, promovendo um cuidado culturalmente seguro, através de um atendimento responsivo e respeitoso para com as mulheres e famílias de diversas origens étnicas e culturais.

A relação que se desenvolve neste modelo contribui para a satisfação no trabalho.

Com este modelo, as mulheres sentem-se cuidadas com respeito e dignidade durante o seu trabalho de parto e parto, por parte das parteiras.

As mulheres sentem que a relação estabelecida com as parteiras contribui de forma significativa para ultrapassar os momentos de maior dificuldade.

Ao participar e colaborar nas decisões, as mulheres sentem-se envolvidas e empoderadas no processo de cuidados.

Barreiras para aplicação do modelo de cuidados centrados na mulher:

- A abordagem de “sistemas” para serviços de maternidade que favorecem a padronização em vez de cuidados individualizados, pode representar uma barreira durante o trabalho de parto e nascimento.

- Entrave colocado pela equipa médica e pela filosofia das instituições, que não valorizam este trabalho realizado com as mulheres. Este modelo só resulta na sua plenitude, se médicos e enfermeiros trabalharem em conjunto. Muitas vezes, a exigência do envolvimento médico nos cuidados à mulher impacta a relação entre a parteira e a mulher.

Indefinição na responsabilidade de cada elemento da equipa multidisciplinar. Quando outros profissionais “desconhecidos” (clínicos gerais, obstetras) entram na sala de partos de uma mulher e quebram o modelo de cuidados centrado na mulher desenvolvido com a parteira, utilizando um modelo medicamente conduzido (biomédico), afetam a implementação do mesmo.

- Limitações na disponibilidade de serviços. Quando há muitas mulheres em Trabalho de Parto, não é possível proporcionar essa assistência tão individualizada.

**Relacionamento é a chave.**

**APÊNDICE III – Póster: Do modelo de cuidados centrados na parturiente aos ganhos em saúde**

# DO MODELO DE CUIDADOS CENTRADOS NA PARTURIENTE AOS GANHOS EM SAÚDE

Patricia Fialho, estudante do 6ºCMESMO da Escola Superior de Saúde de Santarém, sob orientação da Professora Doutora Dora Carteiro e EESMO Liliana Encarnação

## INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica deve ter por base um modelo de assistência em que o enfermeiro trabalha em parceria com a Mulher, colocando-a no centro dos cuidados - **Modelo de cuidados centrado na Mulher**.

Este modelo exige uma adequação dos cuidados às **reais necessidades e desejos da Mulher**, permitindo-lhe uma escolha informada sobre a sua saúde, garantindo a continuidade dos cuidados, o seu envolvimento, a eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade (New Zealand College of Midwives, 2008; The Royal College of Midwives, 2011, citados em Livro de Bolso, 2015, p.8).

Com este modelo pretende-se **capacitar a Mulher**, compreendendo e enfatizando as suas forças e competências que contribuam para a realização de um trabalho de parto e parto fisiológicos. (Livro de Bolso, 2015, p.8).

## MÉTODOS

**Scoping Review.** Pesquisa nas bases de dados da EBSCO e Pubmed com a seguinte conjugação de descritores: "patient-centered Care (TX texto completo) and Obstetric Nursing (TX texto completo)" and Labor (TX texto completo), limitando ao período temporal entre março de 2016 e março de 2021 na EBSCO, com resumo disponível e acesso a texto completo. Foram identificados 13 artigos, dos quais 1 foi eliminado por se encontrar duplicado, 2 após leitura do título e resumo. Após leitura integral foram excluídos 2 artigos por os autores não serem enfermeiros e 2 por não terem contribuído para a questão de revisão.

## OBJETIVO

Identificar as intervenções do EESMO, baseadas no Modelo de Cuidados Centrados na Parturiente que promovem ganhos em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** *Cuidados centrados na mulher; cuidados de enfermagem obstétrica; Trabalho de Parto e Parto.*

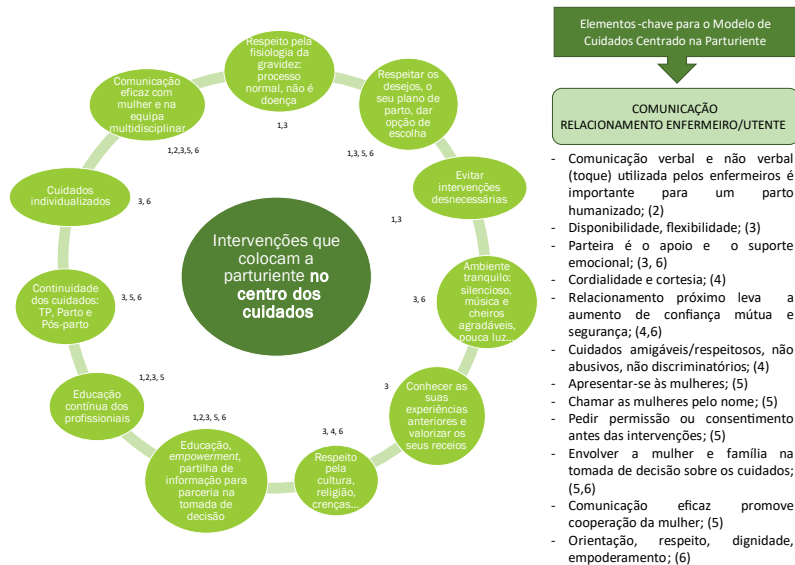
## RESULTADOS

### Práticas Obstétricas a promover

- Permitir à grávida: ingerir dieta; (1)
- Liberdade de movimentos e escolha da posição; presença de acompanhante; (1)
- Preenchimento de partograma; (1)
- Incentivo a medidas não farmacológicas para alívio da dor. (1,2)

### Práticas Obstétricas a evitar

- Realização de tricotomia; (1)
  - Realização de enema; (1)
  - Manobra de Kristeller; (1)
  - Posição de litotomia no período expulsivo; (1)
  - Administração de ocitocina; (1);
  - Administração de analgesia; (1)
  - Realização de episiotomia; (1)
  - Realização de amniotomia. (1)
- Verbalização para uso de força física para ajudar na expulsão do feto; (2)
  - Falta de orientações e informações sobre os procedimentos realizados, dificultando a participação ativa da parturiente no seu trabalho de parto. (2)



### Barreiras que dificultam a promoção de Cuidados Centrados na Parturiente:

- **Ambiente de trabalho** - falta de tempo (rácio profissional/utente); barreira linguística; *Stress e burnout*; cultura de trabalho na instituição (5); cuidados padronizados e não individualizados; entrave da equipa médica (6).
- **Conhecimento, intenções e suposições do profissional** - Conhecimento e habilidade inadequados do profissional; esquecimento e comportamentos inconscientes; autoproteção e conforto; suposições sobre o conhecimento e as expectativas das mulheres (5).
- **Capacidade das mulheres de exigir ou comandar uma comunicação eficaz e o respeito pela sua autonomia** - A falta de participação das mulheres e o empoderamento das mulheres, que é influenciado pelo preconceito do profissional (5).

## CONCLUSÃO

- ✓ O EESMO é um profissional de saúde que ajuda a promover "práticas claramente úteis e que devem ser implementadas na prática", durante o Trabalho de Parto e Parto, baseando as suas intervenções numa prática baseada na evidência científica e tentando promover um parto humanizado e fisiológico.
- ✓ O EESMO tem um papel ativo e dinamizador na evolução dos cuidados à grávida, potenciando a mudança para um Modelo de Cuidados Centrado na Mulher/Parturiente.
- ✓ Este modelo permite à parturiente adquirir a sua autonomia, ser a protagonista do seu Trabalho de Parto e Parto, receber cuidados seguros e de qualidade, ser informada e ter opção de escolha.
- ✓ A comunicação verbal e não verbal e a relação desenvolvida entre a equipa de enfermagem e a mulher, bem como o recurso a medidas não farmacológicas para alívio da dor, contribuem para uma assistência humanizada no parto, respeitando a individualidade e valorizando as vontades de cada parturiente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Silva, T., DumontPena, E., Sousa, A., Amorim, T., Tavares, L., Nascimento, D., Souza, K. & Matosinhos, F. (2019) *Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care* *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 72 (3), 245-53. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0501>
2. Silva, U., Fernandes, B., Pais, M., Souza, M. & Duque, D. (2016) *NURSING CARE EXPERIENCED BY WOMEN DURING THE CHILD BIRTH IN THE HUMANIZATION PERSPECTIVE* *Journal of Nursing, UFPE On Line* 10 (4), 12739. DOI: 10.5205/revol.8464740113. SM.1004201614
3. Hunter, A., Sevan, D., Houghton, C., Greulich, A., Tully, A. & Smith, V. (2017). *Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women and clinicians' experiences*. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17:322. DOI: 10.1186/s12884-017-1521-9
4. Bante, A., Teji, K., Seyoum, B. & Mersha, A. (2020). *Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia: cross-sectional study* *BMC Pregnancy and Childbirth* 20:86. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2757-x>
5. Alulani, P., Biback, L., Kelly, A., Kirumbi, L., Cohen, C. & Lyndon, A. (2020). *Provider perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya* *Productive Health*, 17:85. <https://doi.org/10.1186/s12928-020-0290-9>
6. Bradley, Z., Hauck, Y., Kelly, M. & Duggan, R. (2019). *"It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being "with woman" during labour and birth in the known midwife model* *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:29. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2144-2>

Livro de Bolso, 2015