

Escola Superior de Saúde de Santarém

**COMUNICAÇÃO EEESMO-PARTURIENTE: A INFLUÊNCIA NA
PROGRESSÃO DO TRABALHO DE PARTO**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Joana Batista Gonçalves Martinho Teixeira

Orientação:

Professora Mestre Maria Olímpia Laurentino Cruz Carvalho Fonseca

dezembro de 2022

*Ninguém é tão grande que não possa aprender,
Nem tão pequeno que não possa ensinar.*

Esopo

Dedicatória

Aos meus pais, Ana e João, por serem o meu maior exemplo de amor, resiliência e dedicação. Obrigada pela educação, pelos ensinamentos e por serem o meu suporte em todas as etapas da minha vida. As minhas conquistas são também vossas e a minha maior sorte é ter-vos como pais.

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que permitiram que o culminar deste percurso fosse possível.

A todas as mulheres, acompanhantes, famílias e recém-nascidos que contribuíram para o meu processo de aprendizagem.

Aos professores da Escola Superior de Saúde de Santarém, em especial à professora orientadora Olimpia Cruz, pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e acompanhamento ao longo do meu percurso formativo.

Aos enfermeiros cooperantes com quem partilhei muitas horas de Ensino Clínico e com os quais aprendi muito. Agradeço de coração a disponibilidade, compreensão e amizade.

À enfermeira chefe e aos meus colegas de trabalho, pelo apoio, por me facilitarem dias e trocas de turnos constantes e ainda pelo incentivo nos momentos mais difíceis.

Às colegas de curso, Inês e Joana, que se tornaram amigas ao longo desta caminhada e com as quais sei que posso contar para a vida.

Aos meus amigos, pela compreensão das ausências, pela motivação e incentivo nos momentos menos bons.

Por último agradecer aos pilares da minha vida.

À minha família - pais, irmãos, avós, tios e primos - obrigada por compreenderem as faltas e por me apoiarem sempre nas minhas decisões. Para vocês não existem palavras.

Ao João Miguel por ser o meu ombro amigo, por acreditar em mim e por me levantar nos momentos mais difíceis. Obrigada por estares sempre comigo.

Grata por saber que tenho pessoas tão boas na minha vida.

Abreviaturas/Siglas

APA - American Psychological Association

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

BP - Bloco de Partos

CMESMO – Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

HAPD - Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MeSh - Medical Subject Headings

nº - Número

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. - Página

PCC - População, Conceito, Contexto

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

RCCEE - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RN - Recém-Nascido

SR – *Scoping Review*

TP - Trabalho de Parto

RESUMO

A comunicação é a base de qualquer relação interpessoal. A forma como comunicamos ganha uma dimensão ainda maior durante o trabalho de parto, uma vez que é um momento vulnerável da vida da mulher. Com o objetivo de mapear a evidência científica sobre a comunicação EEESMO-parturiente e a sua influência na progressão do trabalho de parto, foi realizada uma *Scoping Review* partindo da questão **“Qual a influência da comunicação do EEESMO/parturiente na progressão do trabalho de parto?”**. Através da pesquisa realizada, na EBSCOhost e na Pubmed, obtiveram-se três artigos, dos quais surgiram temáticas importantes relativamente à informação transmitida, à pertinência do questionar, do ouvir, compreender e tranquilizar a parturiente. É notório que a forma como comunicamos tem influência na progressão do trabalho de parto, no entanto existe ainda pouca evidência científica relativamente à temática pelo que sugere-se aprofundar investigação e formação sobre o tema.

Palavras-chave: Comunicação, Enfermeiro obstetra, Trabalho de Parto

ABSTRACT

Communication is the basis of any interpersonal relationship. The way we communicate takes on an even greater dimension during labor, as it is a vulnerable moment in a woman's life. With the aim of mapping the scientific evidence on EEESMO-parturient communication and its influence on the progression of labor, a *Scoping Review* was carried out based on the question **“What is the influence of EEESMO/parturient communication on the progression of labor?”**. Through the research carried out on EBSCOhost and Pubmed, three articles were obtained, from which important themes emerged: the information transmitted, the pertinence of questioning, listening, understanding and reassuring the parturient. It is clear that the way we communicate has an influence on the progression of labor, however there is still little scientific evidence on the subject, so it is suggested to deepen research and training on the subject.

Keywords: Communication, Obstetric Nursing, Parturition

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	12
1.1 ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO IV	15
2. A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	26
2.1 COMUNICAÇÃO EESMO-PARTURIENTE.....	27
2.2 INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO	29
3. A CONCEPTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	31
4. METODOLOGIA: <i>SCOPING REVIEW</i>	35
4.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	42
4.1.1 Informar.....	42
4.1.2 Questionar	43
4.1.3 Ouvir e compreender.....	45
4.1.4 Tranquilizar	46
5. CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto Individual de Estágio IV

APÊNDICE II – Apresentação de Resultados dos Artigos da “*Scoping Review*”

ANEXOS

ANEXO I – Síntese de Registo de Atividades Práticas

ANEXO II – Protocolo de “*Scoping Review*”

ÍNDICE

Lista de Figuras

Figura 1- Estrutura de Sistemas Abertos de Imogene King - Adaptação de King I. (1981).....	31
Figura 2 - Modelo de Transação de Imogene King - Adaptação de King I. (1981).....	32
Figura 3 – PRISMA 2020 <i>Flow Diagram</i>	38

Lista de quadros

Quadro 1 - Critérios de inclusão para a pesquisa.....	36
Quadro 2 – Bases de dados utilizadas e respetivos limitadores.....	36
Quadro 3 - Dados obtidos nas bases de dados.....	37
Quadro 4 – Instrumento de extração de dados.....	40

INTRODUÇÃO

Atualmente a comunicação entre a equipa de enfermagem e a parturiente é reconhecida, internacionalmente, como essencial para a mulher durante o trabalho de parto (TP). É através da existência de uma comunicação eficaz que a parturiente vai sentir controlo sobre o processo de parturição, permitindo que a mesma possa expor dúvidas, tomar decisões conscientes e informadas, e sentir que estas são respeitadas (OMS, 2016).

Com vista a desenvolver a temática da comunicação, o presente trabalho foi elaborado no âmbito da unidade curricular estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos – integrada no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém.

O Estágio IV foi realizado no serviço de Bloco de Partos (BP), passando também pela urgência de ginecologia e obstetrícia, num Hospital de Apoio Perinatal (HAP), integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

O EC (Ensino Clínico) decorreu sob a orientação de dois enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, um dos quais detentor do grau de mestre. Decorreu entre os dias 3 de março e 22 de julho de 2022, perfazendo um total de 20 semanas e tendo uma carga horária de 560 horas.

Os objetivos definidos para esta Unidade Curricular foram:

- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido (RN) em situação de saúde e doença;
- Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Elaborar o relatório de estágio.

De forma a ir ao encontro dos objetivos supracitados, durante a primeira semana do Estágio IV foi desenvolvido um Projeto Individual de Estágio (Apêndice I), em que se definiram vários objetivos específicos de aprendizagem e atividades a desenvolver ao longo do mesmo, tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), nº 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019 (OE, 2019b) e o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e

Obstétrica (RCEEESMO), nº 391/2019, de 03 de Maio de 2019 (OE, 2019a).

Durante o EC foram alcançados os objetivos inicialmente delineados, através do desenvolvimento das atividades previstas, tendo sempre por alicerce o RCCEE e o RCEEESMO.

O final do Estágio IV e o percurso enquanto estudante do 7º CMESMO culmina com a elaboração do presente relatório, que tem como base os objetivos e as atividades delineadas no Projeto Individual de Estágio (Apêndice I), assim como as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e consulta de documentos pertinentes inerentes à prática de Enfermagem especializada, utilizando a metodologia descritiva-reflexiva.

O presente relatório pretende também aprofundar e enquadrar a temática da comunicação EEESMO-parturiente, compreendendo que influência pode ter na progressão do trabalho de parto.

A temática da comunicação assume-se como relevante, uma vez que é a base de todas as relações humanas. Não só durante o estágio IV, mas também na prática diária enquanto enfermeira generalista, cada vez mais é reconhecido o impacto que a forma de comunicar tem para as pessoas cuidadas e para os seus familiares. Inclusivamente, Rowe R., Garcia J, Macfarlane A. & Davidson L. (2002), afirmam que a qualidade da interação estabelecida afeta vários aspetos do bem-estar dos utentes, como: conhecimento, adesão ao tratamento, satisfação, qualidade de vida, estado de saúde mental, entre outros.

Durante o estágio IV compreendeu-se que num momento de fragilidade como é o trabalho de parto, a comunicação ganhava uma dimensão ainda maior e de facto constituía-se como um fator facilitador na compreensão e no envolvimento da mulher na tomada de decisões, sendo crucial para a autonomia da mesma, e influenciando todo o processo de trabalho de parto (OMS, 2018).

Desta forma, foram aliados dois interesses pessoais, a temática da comunicação e o trabalho de parto, culminando na elaboração de uma *Scoping Review* (SR), partindo da questão de revisão “Qual a influência da comunicação do EEESMO/parturiente na progressão do trabalho de parto?”, de acordo com o protocolo da Joanna Briggs Institute (JBI).

O presente relatório tem então como objetivos:

- Analisar o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do EEESMO durante a prestação de cuidados especializados de enfermagem no Estágio IV;
- Compreender a influência da comunicação EEESMO-parturiente na progressão do trabalho de parto;
- Identificar intervenções de enfermagem adequadas ao nível da comunicação EEESMO-parturiente no trabalho de parto

Relativamente à organização do relatório, de forma a estruturar logicamente o mesmo e facilitar a sua leitura e compreensão, este encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se a contextualização do local de EC e a reflexão das atividades desenvolvidas durante o mesmo, no segundo é abordada toda a temática da comunicação, no terceiro a conceptualização dos cuidados, o quarto é dedicado à metodologia, SR, e análise dos resultados obtidos. Por último é apresentada a conclusão, onde são expostos os contributos da pesquisa para a prática clínica e para a investigação.

De referir que o presente trabalho foi elaborado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da American Psychological Association (APA) e do Manual de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Segundo a Rede de Referenciação Materno-Infantil da Direção Geral da Saúde (DGS, 2001, p.59) o hospital onde decorreu o EC constitui-se como um Hospital de Apoio Perinatal (HAP), pertencente à ARS Lisboa e Vale do Tejo e tem uma área de influência que engloba vários concelhos, servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes.

A principal missão do hospital é a manutenção de uma prestação de cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros serviços de saúde e sociais da comunidade. Aposta também na investigação, no desenvolvimento e inovação, garantindo acessibilidade e uma melhor abordagem clínica assegurada por uma equipa competente e qualificada.

O hospital recebe mulheres pertencentes à sua área de afluência e outras que recorram ao mesmo. No entanto, de referir, que todas as situações de Ameaça de Parto pré-termo (APPT) com idade gestacional inferior a 34 semanas são transferidas para um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD).

O BP encontra-se integrado no Departamento da Área da Mulher e Criança deste hospital e é composto por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos obstetras e ginecologistas, anestesistas, neonatologistas/pediatras, EEESMO, assistentes operacionais, uma assistente social, uma psicóloga e secretárias de unidade. No que toca à equipa de enfermagem, de referir que a este serviço apenas estão afetos EEESMO, não existindo enfermeiros generalistas, nem de outras especialidades. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o EEESMO

assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes nas situações de medio e alto risco, como aquelas que envolvem processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019, p.13561).

Relativamente à estrutura física do serviço, a maioria das mulheres admitidas no bloco de partos vem encaminhada do serviço de urgência, que é constituído por uma sala de

triagem, dois gabinetes médicos e uma sala de tratamentos. Relativamente ao bloco de partos, existem cinco salas de parto disponíveis e todas elas individualizadas, favorecendo a privacidade da mulher e acompanhante, que podem permanecer juntos desde o início do TP até duas horas após o mesmo. O serviço dispõe ainda de um bloco operatório destinado apenas à realização de cesarianas eletivas ou de urgência.

O método de trabalho instituído atualmente no serviço é o método de enfermeiro responsável que consiste na atribuição de responsabilidade individual pelas tomadas de decisão relativamente aos cuidados de enfermagem prestados ao utente, ou seja, é o enfermeiro responsável que decide diariamente como é que o cuidado deverá ser prestado aos seus utentes numa base contínua e, simultaneamente presta cuidados. Este método de trabalho opõe-se ao método de trabalho de equipa onde o processo de tomada de decisão é feito em grupo e é liderado por um membro da equipa, e ao método de trabalho individual, onde normalmente as decisões são tomadas pelo enfermeiro gestor (Manthey M., 2014).

No que diz respeito às mulheres às quais foram prestados cuidados ao longo do EC, estas encontravam-se maioritariamente entre os 25 e os 35 anos de idade, sendo que a mulher mais nova a quem prestei cuidados tinha 16 anos e a mais velha 42. De acordo com os dados encontrados, em 2021 a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é de 30,9 anos (Pordata, 2022). O que vai de encontro ao verificado durante o EC.

Conforme consta nos indicadores de qualidade do serviço relativos ao ano de 2021, ocorreram 721 partos no hospital onde decorreu o EC.

Relativamente aos partos instrumentados, verificou-se uma percentagem de 14,7% no uso de ventosas e 0,7% no uso de “forceps”. Uma investigação recente, concluiu que no nosso país, Portugal, a prevalência de partos vaginais instrumentados é de 31%, sendo três vezes superior à média europeia (11%) (Observador, 2022). Neste seguimento, o hospital onde foi realizado o EC encontra-se 3% acima da média europeia com uma percentagem de partos instrumentados de cerca de 15%, o que se considera um ponto positivo comparativamente à realidade portuguesa atual.

Relativamente à diversidade cultural, a grande maioria das mulheres às quais foram prestados cuidados eram de nacionalidade portuguesa, no entanto houve a possibilidade de contactar também com mulheres africanas, brasileiras, indianas e de etnia cigana. Cada cultura possui as suas crenças e características. Segundo Potter P. & Perry A. (2018),

a cultura influencia pensamentos, sentimentos, comportamentos e a própria comunicação. Por isso, a forma como comunicamos deve também ter em conta a cultura da pessoa de quem cuidamos. Pessoas de diferentes origens étnicas têm diferentes graus de contacto visual, espaço pessoal, gestos, ritmo de fala, toque, silêncio e significados de linguagem. Neste sentido, devemos estar despertos e fazer o exercício de compreender e interpretar as mensagens que o outro nos pretende transmitir através de uma perspetiva cultural (Potter P. & Perry A., 2018, p. 1402).

Constatou-se também a existência de muitas mulheres com antecedentes pessoais psiquiátricos o que se constitui muitas vezes como um desafio em termos comunicacionais. Em 2017, o relatório “Programa Nacional para a Saúde Mental - 2017” publicado pela DGS - indicava que 21% da população portuguesa tinha alguma perturbação da ansiedade e 17% sofria de depressão (DGS, 2017a). Tanto a depressão como a ansiedade são patologias mais prevalentes em mulheres continuando a ter grande impacto negativo na sociedade moderna (DGS, 2017b). O facto de se viver atualmente numa sociedade com grande prevalência de doenças psiquiátricas constitui-se como um fator de dificuldade acrescida para o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre o enfermeiro e a parturiente.

1.1 ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO IV

A prática reflexiva é uma ferramenta fundamental na aprendizagem experiencial, permitindo ao profissional melhorar a sua capacidade de aprender através das experiências que vivencia diariamente. O desenvolvimento da capacidade reflexiva possibilita que o profissional se torne entendedor das suas ações, uma vez que ao realizar uma retrospeção consciente acerca dos seus atos começa a controlar a sua experiência e a compreendê-la (Santos, 2009).

O processo reflexivo permite aos estudantes de enfermagem o desenvolvimento de níveis mais avançados de aprendizagem e desempenho clínico, estimulando-lhes a criatividade através da atribuição de novos significados aos mais diversos conceitos (Santos, 2009). Assim, com vista a consolidar as experiências e a aquisição de novos conhecimentos no que concerne ao estágio IV, seguidamente apresenta-se uma análise crítico-reflexiva das atividades e cuidados prestados, organizada com base nos objetivos propostos no Projeto de Estágio (Apêndice I).

Primeiramente, enquanto estudante de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), importa referir que o estágio IV foi extremamente enriquecedor e desafiante, uma vez que possibilitou acompanhar mulheres nos quatro estádios do trabalho de parto, assim como no período pré-natal e pós-natal, tendo contribuído para uma evolução não só ao nível de capacidades técnicas, mas também ao nível de conhecimento e capacidades cognitivas.

Todos os EC têm início com a integração, sendo esta considerada um processo importante para o sucesso da adaptação do aluno ao local de estágio e conseqüentemente para o seu desempenho futuro e eficácia do estágio enquanto percurso formativo de ensino-aprendizagem (Frederico, 2001). Neste sentido e relativamente ao objetivo **“Integrar a equipa multidisciplinar do BP e do Serviço de Urgência Obstétrica”**, foram desenvolvidas todas as atividades delineadas, relativamente ao conhecimento de protocolos existentes, circuito da grávida, normas do serviço e estrutura funcional e orgânica do mesmo.

De referir que toda a equipa foi bastante recetiva e disponível, o que se constituiu como um fator facilitador do processo de adaptação e de aprendizagem. Para além disso, o

facto de se ter realizado o EC anterior no mesmo hospital, também foi um fator facilitador, uma vez que já existia um conhecimento prévio do espaço físico do serviço, assim como de alguns elementos da equipa multidisciplinar. Assim, considera-se que foram adquiridas e desenvolvidas as competências relativas à responsabilidade profissional e segurança do utente, melhoria contínua da qualidade da prática e ambiente terapêutico seguro (OE, 2019b).

Relativamente ao objetivo **“Adquirir competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem prestados à mulher/família, assim como na gestão de recursos humanos e materiais”** considera-se que ao longo do EC foi realizada uma gestão adequada dos cuidados de enfermagem, cooperando e demonstrando sempre disponibilidade para colaborar na gestão de recursos materiais e humanos, tendo sempre por base o RCCEE “C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (...); C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019b).

Inicialmente foi realizada uma observação participativa relativamente às funções e responsabilidades do EEESMO no BP, de forma a absorver o máximo de informação possível. Ao longo do tempo, houve uma participação crescente na reposição de material, verificação de prazos de validade, entre outras rotinas do serviço, até atingir a autonomia. Para além disso, foi discutido com a enfermeira cooperante relativamente à articulação do serviço com outras unidades de saúde, de forma a aprofundar conhecimentos relativos à gestão de cuidados e de recursos. No que diz respeito ao presente objetivo, foram adquiridas competências relativas à otimização de recursos humanos e materiais, assim como de otimização do trabalho de equipa com adequação dos recursos às necessidades dos cuidados (OE, 2019b).

Com vista a cumprir o objetivo **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e comunicacionais ao nível da formação em serviço e educação para a saúde”** houve oportunidade de assistir a duas formações em serviço, que se demonstraram fundamentais para o processo de aprendizagem, sobre as seguintes temáticas:

- Morte fetal – intervenção do EEESMO
- Promoção do contacto pele com pele mãe/recém-nascido

Verificou-se que existe uma preocupação acrescida por parte da equipa em proporcionar momentos de formação, de forma a manter os profissionais atualizados e a proporcionar oportunidades de reflexão e aprendizagem, indo ao encontro do descrito no

RCCEE “D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (OE, 2019b).

Enquanto estudante do 7º CMESMO, houve oportunidade de realizar um momento de formação para o serviço, em que foram apresentados os resultados dos artigos encontrados para a elaboração da SR, cuja apresentação se encontra em apêndice no presente trabalho (Apêndice II). Este foi considerado um momento muito enriquecedor, de partilha de conhecimento e experiências.

A educação para a saúde, é definida pela OMS (1998) como um conjunto de oportunidades de aprendizagem que envolvem comunicar de forma a melhorar a literacia em saúde da população, incluindo a melhoria do conhecimento e desenvolvimento de competências que favoreçam a saúde individual e da comunidade.

Segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists (2016) o conhecimento tem influência direta na saúde do utente, pelo que os profissionais de saúde, neste caso concreto o EEESMO, deve comunicar de forma perceptível com a mulher/família para que obtenham o conhecimento necessário para tomar decisões informadas.

No sentido de ir ao encontro do acima citado, houve uma procura pela compreensão e identificação das necessidades da mulher, ao nível da educação para saúde, utilizando uma estratégia individualizada de forma a dar uma resposta eficaz e poder capacitá-la. A capacitação permite criar oportunidades para que a mulher se sinta mais competente, confiante e seja capaz de encontrar a soluções para as suas necessidades, conhecendo e defendendo os seus direitos (Pereira C., Fernandes L., Tavares M., & Fernandes O., 2011).

Segundo King I. (1981) a meta da enfermagem é ajudar as pessoas a manter a sua saúde, ensinando e aconselhando, para que dessa forma consigam desempenhar bem os seus papéis.

Nesta perspetiva, as ações educativas por parte do EEESMO são relevantes pois proporcionam confiança na relação entre o profissional e a parturiente, e promovem o protagonismo das mulheres nas suas decisões (Jardim M., Silva A., & Fonseca L., 2017). Desde a admissão ao puerpério imediato houve uma procura pelo fornecimento de orientações à mulher sobre todo o processo, incrementando o seu conhecimento relativamente às rotinas e procedimentos que iam sendo implementados, desconstruindo termos técnicos, preparando a mesma para sensações que poderia experienciar e esclarecendo todas as dúvidas que fossem surgindo. Segundo Silva A., Nascimento E. & Coelho E. (2015) o acesso à informação possibilita à mulher ter mais confiança nas decisões

que irá tomar durante todo o TP, tornando-a mais ativa nos cuidados que lhe são prestados, aspetos que considero que se verificaram na prática de cuidados.

À parte do acima citado, com vista a desenvolver capacidades cognitivas, técnicas e comunicacionais ao nível da formação, foram aproveitados vários momentos para discussão e reflexão com as enfermeiras cooperantes, EEESMO's e outros elementos da equipa relativamente a dúvidas que fossem surgindo definindo, sempre que pertinentes, estratégias de melhoria de desempenho.

Constata-se que houve também uma constante partilha de experiências e reflexão com as professoras e colegas em reuniões que se realizaram periodicamente ao longo do EC. De acordo com Waldow V. (2009) esta prática reflexiva foi facilitadora da atualização e da renovação dos conhecimentos e também contribuiu para a melhoria das interações no ambiente de trabalho e para a qualidade do cuidado.

Relativamente ao objetivo **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à Mulher/ Grávida/ Parturiente na Urgência Obstétrica”** foram cumpridas todas as atividades delineadas. Os principais motivos de ida à urgência identificados durante os turnos realizados na urgência obstétrica foram: hemorragias vaginais e contrações dolorosas. Observaram-se também muitas idas não urgentes à urgência de obstetrícia por falta de literacia em saúde relativamente ao início do trabalho de parto, nomeadamente grávidas (com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas) que recorriam por perda de rolhão mucoso (sem outra sintomatologia associada) ou contrações dolorosas irregulares e pouco dolorosas. Isto vem corroborar a importância da comunicação, mais propriamente da educação para a saúde durante a gravidez, e a necessidade de continuar a desmistificar os sinais de trabalho de parto e motivos de ida à urgência, evitando assim a sua sobrelotação por sintomatologia não urgente. Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) indicam que, em Portugal, pelo menos 1 em cada 5 episódios de urgência poderiam ser resolvidos de outra forma (OECD, 2017).

O objetivo **“Prestar cuidados especializados à grávida/parturiente/família tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem”** foi atingido assim que a integração na dinâmica do serviço ficou bem estabelecida.

A comunicação é fundamental desde a admissão ao momento da alta, no entanto na admissão a forma como comunicamos e nos apresentamos vai ter um grande impacto na representação que a mulher/família vai ter de nós enquanto enfermeiros, facilitando, ou não,

o estabelecimento de uma relação de confiança ao longo de todo o trabalho de parto, parto e pós-parto. No sentido de criar esta relação, é essencial a transmissão de segurança e empatia, favorecendo sempre a presença de um acompanhante escolhido pela mulher, se assim o pretender, e envolvendo sempre o mesmo nos cuidados (Balaskas, 2017).

No momento da admissão também é fundamental transmitir confiança à mulher/família e clarificar todas as suas dúvidas para que assim se sinta esclarecida e consequentemente mais segura durante o TP.

Devido à pandemia de COVID-19 foram adotadas normas internas da instituição de saúde, como a utilização de equipamentos de proteção individual e testagem às parturientes no momento do internamento no BP. Se COVID-19 positivo, a parturiente era transferida para uma das salas de parto, adaptada como sala de isolamento dado o contexto pandémico. De referir que não foram prestados cuidados a nenhuma mulher infetada durante o EC.

É também na admissão que se realiza a avaliação inicial de enfermagem que pretende identificar: as preferências da mulher relativamente ao trabalho de parto e parto, se realizou aulas de preparação para o parto e parentalidade, se apresenta plano de parto, entre outros aspetos pertinentes para a adequação de cuidados de enfermagem.

Apesar de não ter contactado com nenhum plano de parto ao longo do EC, muitas mulheres/família, oralmente, comunicavam as suas preferências ao longo do trabalho de parto. De uma forma global, todos os pedidos e preferências eram atendidos e respeitados por toda a equipa, cumprindo o presente no Decreto Lei nº 110/2019 de 9 de setembro que refere que a vontade manifestada por parte da mulher grávida/casal deve ser respeitada, salvo em situações clínicas que o contraindiquem, tendo em vista preservar a segurança da mãe e do RN.

O primeiro estágio do trabalho de parto segundo Fatia A. & Tinoco L. (2016), em meados do século XX, Friedman dividiu este estágio em duas fases: latente e ativa. A fase latente compreendida entre o apagamento do colo uterino e o início da dilatação, entre os 0 e os 4 centímetros. A fase ativa, segundo o mesmo autor, desenrola-se desde os 4 centímetros até aos 10 centímetros, denominada de dilatação completa. Mais recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS), lançou um documento, denominado “*Cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva*”, onde refere que a fase latente se alonga até os 5 centímetros de dilatação, iniciando-se a fase ativa logo de seguida, até à dilatação completa (OMS, 2018).

Neste estágio a forma como comunicamos vai ser fundamental para o decorrer do trabalho de parto. Segundo Marshall & Raynor (2014) os enfermeiros, no primeiro estágio de trabalho de parto, devem incentivar a parturiente a adotar procedimentos que facilitem a dilatação e a progressão da apresentação. A comunicação por parte dos profissionais de saúde (verbal e não-verbal) é de extrema importância, facilitando o desenrolar de todo o encadeamento do trabalho de parto, nunca descorando a participação na tomada de decisão da grávida e companheiro/a (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

O primeiro estágio do trabalho de parto foi aquele em foram prestados cuidados a um maior nº de parturientes (80), o que permitiu uma grande diversidade de experiências, tendo sido possível prestar cuidados a parturientes com diferentes patologias, nomeadamente: hipertensão gestacional, gravidez pré-termo, diabetes gestacional e perturbações psiquiátricas.

As maiores dificuldades constituíram-se ao nível da identificação da dilatação do colo do útero, identificação de planos de *Hodge* e da variedade fetal; dificuldades essas que foram sendo ultrapassadas com o decorrer da prática clínica.

A prestação de cuidados às parturientes no primeiro estágio do TP foi realizada considerando as expectativas das mulheres, através da elaboração de um plano de cuidados, no qual fosse possível dar resposta às necessidades das mesmas. Segundo King I. (1981) através da partilha de informação, são definidas metas de forma a alcançar os objetivos pretendidos. Este estabelecimento de metas vai permitir a continuidade dos cuidados, tendo sempre como enfoque a participação e capacitação da díade.

A maior parte das parturientes recorreram à analgesia epidural como método farmacológico para alívio da dor. A colocação de cateter epidural foi realizada pelo anestesista com colaboração de um EEESMO, sempre que solicitado pela mulher, cumprindo assim as recomendações da American College of Obstetrician and Gynecologists (2016) que recomenda a administração de analgesia epidural assim que a mulher o deseje, independentemente da fase de TP.

Ao longo do EC verificou-se que as mulheres primíparas solicitavam analgesia em fases mais precoces do trabalho de parto, o que segundo Lowdermilk e Perry (2008) é compreensível, uma vez que os autores referem que as mulheres nulíparas são mais sensíveis à dor na fase inicial do primeiro estágio do TP porque as estruturas reprodutoras têm menos elasticidade.

Durante este estágio, atendendo sempre às opções da mulher, foi promovido um ambiente tranquilo e seguro e utilizadas estratégias não farmacológicas para alívio da dor tais como: massagem, aplicação de calor local, técnicas de respiração, utilização da bola de pilates, entre outras.

Foram também promovidas as posições verticalizadas e a liberdade de movimentos, como estratégias não farmacológicas para alívio da dor, sendo também consideradas fatores facilitadores da progressão do trabalho de parto. A OMS (2018) recomenda a deambulação e a adoção de posições verticais durante o TP em mulheres de baixo risco, uma vez que pode encurtar a primeira fase do TP, ajudar a mulher a encontrar uma melhor posição para parir assim como reduzir a taxa de cesarianas e partos instrumentados. A deambulação e a utilização da bola de pilates foram estratégias utilizadas pela grande maioria das parturientes, no entanto a presença de soroterapia em curso e prescrição de CTG contínuo, muitas vezes dificultavam a implementação destas estratégias.

A ingestão de alimentos foi também identificada como um desejo da mulher para o TP e parto, sendo fundamental para o conforto da mulher (OE, 2015a), pelo que foram oferecidos líquidos e gelatinas, segundo o protocolado pela instituição.

A presença do acompanhante foi promovida e permitida durante todo o TP e parto, mas devido à pandemia COVID-19 este tinha de permanecer no quarto com os seguintes equipamentos de proteção individual: bata, proteção de sapatos, máscara e touca. Para além disso, na admissão era realizado ao companheiro teste de COVID-19 e este só permanecia durante o TP e parto se resultado negativo. No caso de cesariana eletiva ou urgente, não é autorizada a presença do acompanhante no serviço.

A variedade de experiências vivenciadas permitiram o desenvolvimento de competências de promoção de saúde, diagnóstico precoce, prevenção de complicações durante o TP (OE, 2019a) e de um ambiente seguro, respeitando normas legais, princípios éticos e deontológicos, direitos humanos, responsabilidades profissionais e de gestão de recursos (OE, 2019b).

Relativamente ao **segundo estágio de trabalho de parto**, durante o EC houve oportunidade de prestar cuidados a 50 parturientes, tendo sido realizados 40 partos eutócicos e assistidos a 10 partos distócicos.

O período expulsivo inicia-se aos 10 centímetros, quando já existe dilatação completa, terminando com a expulsão do feto. Nesta fase a parturiente deve concentrar-se nos esforços expulsivos, sendo importante que o enfermeiro que está presente durante o

trabalho de parto auxilie a mesma da forma mais adequada (Fatia A. & Tinoco L., 2016). Neste sentido, é muito importante também neste estágio adequar a forma como se comunica às necessidades da mulher e ao tipo de parto.

A conquista da confiança da parturiente desde a admissão, também vai facilitar a comunicação neste momento tão intenso que é o trabalho de parto. Verificou-se que muitas mulheres têm necessidade de obter indicações relativamente à respiração, posicionamento e até mesmo aos esforços expulsivos, principalmente aquelas que se encontram sob analgesia epidural por perfusão. Por outro lado, outras mulheres sabiam perfeitamente o que o corpo estava a “pedir” no momento e estavam cientes das suas escolhas e formas de agir, e aí apenas precisavam da presença e comunicação essencialmente não verbal.

Durante o EC houve oportunidade de realizar um parto em posição de gatas, não medicalizado, em que a parturiente seguiu os seus instintos e não necessitou de qualquer tipo de orientação, sendo que a comunicação foi apenas não verbal. Para além disso, foram realizados cinco partos lateralizados e os restantes em posição de litotomia. Sempre que as parturientes solicitavam indicações, estas prontamente eram fornecidas. Noutros casos, devido ao posicionamento fetal ou não progressão do trabalho de parto, várias informações eram dadas por parte dos EEESMO e quase sempre atendidas pelas parturientes.

Relativamente à técnica do parto, julga-se que foi adquirida ao longo do EC, tendo sido um processo gradual de ganho de autonomia e confiança.

Considera-se que uma das maiores dificuldades identificadas foi ao nível da realização da episiotomia, mas com a experiência rapidamente se compreendeu a necessidade ou não de realização da mesma, assim como o momento certo para a sua realização. Na prática clínica foram realizadas 8 episiotomias, o que corresponde a 20% dos partos realizados. Considera-se que houve sempre uma tentativa de ir ao encontro das recomendações da OMS (2018) que dizem que a episiotomia não é um ato rotineiro, no entanto a não realização da mesma em determinadas situações pode contribuir para o surgimento de lacerações graves, devendo, por isso, ser ponderada adequadamente em cada situação, sendo o fator experiência fundamental na sua decisão. No entanto, denota-se que é um aspeto a melhorar, uma vez que a OMS (1996) recomenda que a taxa de episiotomia ronde os 10%. Relativamente às lacerações, foram presenciadas lacerações de grau I e II, sendo que a taxa de lacerações grau III e IV é apenas 0,6% no serviço onde foi realizado EC, de acordo com os indicadores de qualidade do mesmo.

De referir que as complicações mais frequentes no decorrer do EC foram: a hipertensão, a diabetes gestacional e a Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT). Verificaram-se também durante o trabalho de parto algumas situações de desvio do decorrer normal do mesmo, nomeadamente: alterações do bem-estar fetal, presença de mecónio no líquido amniótico, dinâmica uterina alterada, paragens na progressão do TP, demora na descida da apresentação e um período expulsivo prolongado, situações que permitiram o aprofundamento de conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades técnicas e cognitivas.

O **terceiro estágio do trabalho de parto** decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta. A expulsão da placenta ocorre em dois tempos. Inicialmente dá-se a separação da placenta da parte uterina e descida para o segmento uterino inferior e/ou vagina e posteriormente verifica-se a saída da mesma através do canal de parto. A contração uterina; a mudança da forma discoide do útero para ovoide à medida que a placenta se desloca para o segmento inferior; a saída repentina de sangue pela vulva; a descida ou aumento aparente do cordão à medida que a placenta desce para o introito vaginal e o aumento de volume vaginal observável são sinais da dequitação (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

Geralmente o tempo de descolamento da placenta varia entre cinco a sete minutos após a expulsão do feto. O profissional de saúde deve adotar uma atitude expectante, respeitando o tempo fisiológico de cada parturiente. Segundo Graça L. (2017), pode aguardar-se 45 minutos a uma hora se as perdas sanguíneas não forem excessivas.

Neste estágio a única dificuldade identificada foi ao nível da episiorrafia e reparação perineal por lacerações. Foi possível apreender e pôr em prática a técnica ao longo do EC, no entanto é algo que necessita de ser aperfeiçoado com o treino e experiência enquanto futura EEESMO.

O **quarto estágio** corresponde às duas horas após o parto (Fatia A. & Tinoco L., 2016). Não se verificou nenhum tipo de dificuldade acrescida relativamente à prática clínica durante este estágio.

De um modo global, são cumpridas as recomendações da OMS (2018) no que diz respeito à realização de contato pele com pele durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover o aleitamento materno, assim como a adaptação do RN à mama o mais precocemente possível.

A amamentação na primeira hora de vida é recomendada pela OMS, correspondendo à quarta medida da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés e, juntamente com o contacto pele

com pele, representam um critério que integra o projeto Maternidade com Qualidade, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Colocar o bebé em contacto pele com pele logo após o nascimento e iniciar a amamentação na primeira hora de vida são fatores preponderantes para o sucesso da amamentação, favorecendo o vínculo afetivo mãe/filho (Galvão D., 2009).

Em relação ao objetivo **“Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem ao RN durante as primeiras duas horas de vida, segundo a metodologia científica”**, foram cumpridas todas as atividades estabelecidas, sendo que a maior dificuldade encontrada foi durante uma emergência de um RN que nasceu em paragem cardiorrespiratória. Como foi uma situação única, que felizmente não é muito comum, foi difícil não só agir, como gerir emoções. No entanto, foi uma situação bastante enriquecedora para o processo de aprendizagem e prática profissional enquanto enfermeira.

Durante as duas primeiras horas de vida do RN, que correspondem ao quarto estágio do trabalho de parto, foram prestados cuidados no sentido de promover a vinculação da tríade, tendo por base o descrito no RCEEESMO “3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido” (OE, 2019a).

Não só neste estágio como em todos os mencionados anteriormente, é fundamental promover esta vinculação e integrar o acompanhante em todos os momentos, para que se sinta parte integrante dos cuidados.

No que diz respeito ao objetivo **“Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação”**, diariamente foi desenvolvida uma introspeção, refletindo sobretudo na forma de agir perante os desafios quotidianos, e identificando métodos de melhoria contínua da prestação de cuidados, analisando o que poderia ter sido feito de maneira diferente, indo ao encontro do RCCEE “D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar.” (OE, 2019b). Pessoalmente, considera-se que esta é uma prática que, ao longo do tempo, tem contribuído positivamente para a melhoria do comportamento e desempenho enquanto profissional. Reforça-se assim, que durante o EC houve uma constante preocupação pela melhoria dos cuidados prestados, retificando as falhas e reforçando os aspetos positivos, de forma a aperfeiçoar gradualmente competências profissionais.

Ocorreram também, por diversas vezes, momentos de reflexão e discussão com as enfermeiras cooperantes sobre as situações diariamente vivenciadas, o que contribuiu significativamente para o desenvolvimento de autonomia e papel enquanto futura EEESMO. As reuniões de avaliação (intermédia e final) também se constituíram como momentos pertinentes de reflexão acerca do desempenho, uma vez que permitiram, em conjunto com a enfermeira cooperante e a professora, realizar uma retrospectiva do caminho percorrido. Estes momentos foram facilitadores do desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade, da melhoria contínua, da tomada de decisão, da prática clínica baseada em evidência científica (OE, 2019b), e do cumprimento das normas deontológicas relativas à excelência do exercício e aos deveres para com a profissão (OE, 2015b).

Por fim, a elaboração do presente relatório, que é o último objetivo contemplado no projeto de aprendizagem, tem como propósito permitir a reflexão sobre as vivências deste EC, intercetando com dados presentes na evidência científica, aspeto que se constitui como fulcral para o crescimento a nível pessoal e profissional, uma vez que “a tomada de consciência das necessidades, potencialidades e recursos, bem como a integração de esquemas de ação, da adaptação ou a aquisição de outros pela construção de saberes contextualizados, são mediados por processos de reflexão.” (Serrano, 2008, p. 302).

Todas as atividades desenvolvidas durante os ensinios clínicos no âmbito do presente mestrado, encontram-se no Anexo I.

2. A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação é um instrumento essencial e intrínseco aos seres humanos nas suas relações sociais, culturais, políticas e económicas, constituindo-se como a base do relacionamento humano (Oliveira, Y., Celino, S. & Costa, G., 2015).

Segundo King I. (1981) a função prioritária da linguagem numa sociedade é facilitar a cooperação e interação entre pessoas, sendo a comunicação considerada uma permuta de pensamentos e opiniões entre indivíduos.

Segundo Rezende, R., Oliveira, R., Araújo, S., Guimarães, T., Santo, F. & Porto, I. (2015) na perspectiva da saúde, a comunicação é compreendida como uma ferramenta facilitadora para especializar e qualificar o cuidado, sendo uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação para a saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde e das políticas de saúde, constituindo-se igualmente num bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde (Thomas, 2006; Ramos, 2012).

Fournival, N., Groff, M. & Marquet-Wittig, A. (2012) reforçam a importância da comunicação para uma prestação de cuidados individualizados, e fazem referência a um estudo de investigação canadiano (publicado em 2011) onde é reforçada a importância da comunicação em saúde, atribuindo-lhe duas funções essenciais: a troca de informações e o desenvolvimento de uma relação. Para estas duas funções podem ser utilizados meios de comunicação verbal e não verbal.

Segundo Rosário E. (2009) é “através da comunicação que os seres humanos emitem e recebem mensagens verbais e não-verbais continuamente, a fim de compreenderem e serem compreendidos pelos outros” (p. 34).

A **comunicação verbal** utiliza palavras faladas ou escritas, e é definida como um código que transmite um significado específico através da combinação de palavras (Potter P. & Perry A., 2018). Segundo Phaneuf (2005) “a comunicação verbal é a forma que tomam as nossas trocas quando fizer intervir as palavras. É um arranjo de palavras-símbolos que dá um sentido àquilo que queremos exprimir” (p. 82).

Por outro lado, a **comunicação não verbal** inclui os cinco sentidos e tudo o que não envolve palavras faladas ou escritas. Aspetos não verbais da comunicação, como o tom de

voz, contato visual e posicionamento corporal, são normalmente tão importantes quanto as mensagens verbais (Potter P. & Perry A., 2018).

Todos os tipos de comunicação não verbal são relevantes, mas interpretá-los é normalmente complexo. A origem sociocultural é uma grande influência para o significado do comportamento não verbal e quando há incongruência entre a comunicação verbal e não verbal, o destinatário geralmente “ouve” a mensagem não verbal como sendo a verdadeira mensagem (Potter P. & Perry A., 2018).

A importância da comunicação nos cuidados de saúde é reconhecida a nível mundial. Inclusivamente, o Institute for Healthcare Communication (2011), faz referência a dados de investigação que indicam que há fortes relações positivas entre a capacidade de comunicação de um membro da equipa de saúde e a capacidade do utente seguir as recomendações médicas e adotar comportamentos preventivos em saúde.

2.1 COMUNICAÇÃO EEESMO-PARTURIENTE

Segundo Potter P. & Perry A. (2018) a comunicação é essencial para todas as funções e atividades de enfermagem. O contacto com o utente envolve sempre comunicação e sem a mesma é impossível defender, confortar, apoiar e cuidar do mesmo. Segundo o mesmo autor, a forma como comunicamos influencia significativamente a relação com o utente.

Como afirmam Bertone, T., Ribeiro, A. & Guimarães, J. (2007), a comunicação deve fazer parte do exercício profissional dos enfermeiros, para que estes possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem.

Segundo Imogene King (1971), citado por Potter P. & Perry A. (2018), a relação enfermeiro-utente consiste em experiências de aprendizagem em que duas pessoas interagem para encararem um problema de saúde iminente, compartilharem a sua resolução, se viável, e encontrarem formas de adaptação à situação. O enfermeiro deve auxiliar o utente a clarificar necessidades e objetivos, a resolver problemas, a reduzir o *stress* e ansiedade; sendo que só consegue criar um ambiente terapêutico de tiver capacidade para comunicar e conseqüentemente criar uma relação de ajuda com o utente, indo ao encontro das suas necessidades.

Na ausência de uma definição uniformizada de “comunicação efetiva”, segundo a OMS (2018), o grupo de desenvolvimento de diretrizes concordou que a comunicação efetiva entre a equipa obstétrica e as mulheres durante o trabalho de parto e parto deve incluir:

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

Stefanelli M. (1993) refere-se à comunicação terapêutica, ou efetiva, como tendo um propósito curativo ou benéfico, no sentido de ajudar a pessoa a lidar com os acontecimentos da vida. Neste seguimento, é possível compreender que a comunicação efetiva entre o enfermeiro e a parturiente ocorre quando se comunica de forma a proporcionar conforto e segurança, orientando a mulher no decorrer do TP, admitindo e incentivando a sua participação, de forma a tornar o TP e parto uma experiência positiva e gratificante.

Por outro lado, a comunicação não efetiva pressupõe não saber ouvir, usar linguagem com termos técnicos, ou frases que possam denotar falta de empatia e desencadear sentimentos depressivos, bloqueando a comunicação. Envolve, também, o julgamento do comportamento da mulher, não lhe permitindo fazer perguntas, expor dúvidas e preferências, tirando-lhe o direito de tomar decisões (Stefanelli M., 1993).

Segundo Balaskas (2017), muitas mulheres sentem maior segurança na presença do acompanhante, pelo que a comunicação na presença do mesmo deve ser priorizada. No

entanto, para outras mulheres é benéfico estarem sozinhas no quarto, sabendo que podem recorrer ao apoio do EEESMO ou do acompanhante a qualquer momento. É, portanto, essencial, conhecer a vontade da parturiente e respeitá-la, agindo em conformidade.

A OMS (2018) vem reforçar a importância da comunicação durante o trabalho de parto, recomendando uma comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados de maternidade e as mulheres, utilizando métodos simples e culturalmente aceitáveis, para uma experiência de parto positiva.

2.2 INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO

Geralmente o ambiente hospitalar e a equipa de saúde são desconhecidos da parturiente. Além disso, o trabalho de parto pode provocar alguns sentimentos – como o medo, a ansiedade e a insegurança – na mulher. Dessa maneira, a preocupação do EEESMO em explicar, tranquilizar e elogiar é essencial para que a mulher se sinta encorajada e participante em todo o processo. (Ministério da Saúde, 2001; Morse J. et al, 2006).

A utilização consciente por parte do EEESMO da comunicação verbal e não-verbal proporciona maior qualidade à relação terapêutica, favorecendo um ambiente acolhedor, com menos medos e inseguranças, e permitindo que a parturiente vivencie de forma positiva o TP (Araújo M, Silva M. & Puggina A., 2007).

O primeiro estágio do trabalho de parto compreende duas fases: latente e ativa. Durante a fase ativa do trabalho de parto, as contrações tornam-se mais intensas, prolongadas e frequentes. É um período para o qual a mulher precisa de estar convenientemente preparada para evitar a desorganização e descontrolo provocados pela dor. A dor provocada pelas contrações gera uma tensão psíquica e corporal que perturba a parturiente fazendo com que sinta medo, o que conseqüentemente leva a uma respiração superficial diminuindo o oxigénio no útero, aumentando assim o cansaço e a própria dor (Frias A. & Franco V., 2008).

O Ciclo Medo-Tensão-Dor, estudado e descrito, já em 1933, por Dick Read, contribui para o aumento do tempo de trabalho de parto, partos distócicos, e índices de apgar mais baixos (Frias A. & Franco V., 2008). O medo e ansiedade geram hormonas do tipo da adrenalina que são inibidoras do trabalho de parto. É então essencial a intervenção do EEESMO no sentido de desfazer este ciclo, comunicando de forma tranquila com a mulher e reduzindo o medo através de informações corretas sobre as transformações físicas da

gravidez e do parto, e diminuindo a tensão muscular por meio de ensino de exercícios de relaxamento.

As mulheres precisam de ter apoio, seja emocional ou físico, e de um contacto próximo durante o trabalho de parto. Nestes casos a presença do EESMO é essencial e a forma como comunica também (Frias A. & Franco V., 2008; Balaskas, 2017).

Lowdermilk D. & Perry S. (2009) vêm corroborar o acima descrito referindo que a ansiedade e medo excessivos causam uma maior secreção de catecolaminas, que aumentam a tensão muscular, potenciando a dor, e inibindo a secreção de ocitocina, hormona responsável pelas contrações uterinas. Assim, aumenta a experiência da dor e desconforto, iniciando-se um ciclo de ansiedade e medo crescente que vai atrasar a progressão do TP.

Segundo Rowe R., Garcia J. Macfarlane A. & Davidson L. (2002) a qualidade da interação estabelecida e as habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde afetam vários aspetos do bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto, tais como: o conhecimento, o controlo da dor, a tranquilidade, a adesão ao tratamento, a satisfação e o estado de saúde mental.

De acordo com Couto G. (2003), é possível a mulher estar segura e tranquila, se lhe oferecermos uma educação racional, através da eliminação das emoções negativas, salientando as positivas, evidenciando todo o seu valor.

3. A CONCEPTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Relativamente à conceptualização dos cuidados de enfermagem, foi utilizada a Teoria das Estruturas de Sistemas de Interação e do Alcance de Metas de Imogene King como sustento ao trabalho desenvolvido ao longo do EC. Esta baseia-se num processo transaccional onde enfermeiro e pessoa estão em constante interação entre si e com o ambiente, através da qual comunicam e desenvolvem perceções. Neste processo, dinâmico e complexo, estabelecem objetivos/metapas comuns, definindo e explorando os meios para os atingir. Quando esses são alcançados diz-se que ocorreu uma transação (King, 1984).

Segundo King (1981) a pessoa é definida como o elemento básico, considerando-se o comportamento humano em diversos ambientes sociais. O ambiente é visto como um sistema aberto que permite as trocas de informação, influenciando as interações dos objetivos pessoais, necessidades e expectativas. A saúde é vista como uma experiência dinâmica, sujeita a *stressores* dos ambientes interno e externo, que pode necessitar de adaptações.

Este processo implica a existência de três sistemas interativos: sistemas pessoais (indivíduos), interpessoais (grupos) e sociais (sociedade) – Figura 1. A dupla enfermeiro-utente, constitui-se como um sistema interpessoal em interação intencional, que procura estabelecer metas comuns e tomar decisões (King, 1981, citado por George, 2000).

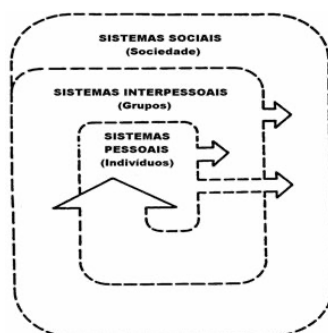


Figura 1 – Estrutura de Sistemas Abertos de Imogene King - Adaptação de King I. (1981)

Fonte: Moreira TMM, Araújo TL. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. Rev Latino- am Enfermagem 2002 janeiro-fevereiro; 10(1):97-103. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000100015>

A teoria baseia-se na definição de alguns conceitos chave para cada um dos sistemas, destacando-se como pilares: percepção, comunicação, interação e transação. Estes conceitos são representados através de um modelo elaborado pela autora – Modelo de Transação de Imogene King, apresentado seguidamente na Figura 2. (King, 1984)



Figura 2 – Modelo de Transação de Imogene King - Adaptação de King I. (1981)

Fonte: Moreira TMM, Araújo TL. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. Rev Latino- am Enfermagem 2002 janeiro-fevereiro; 10(1):97-103. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000100015>

A percepção diz respeito à representação individual que cada um tem da realidade, o que vai levar a diferentes modos de processar informação (King, 1984). Segundo a OE (2001) a pessoa é percebida como um agente propositado com comportamentos baseados em valores, crenças e desejos da natureza individual, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Depreende-se assim que a compreensão da informação transmitida está diretamente relacionada com a individualidade de cada mulher, aspeto a que o EEESMO deve estar desperto.

A comunicação, segundo King (1984), é um processo através do qual a informação é transmitida entre as pessoas. Na prática de cuidados, denota-se que é essencial o EEESMO manter a parturiente informada, para que esta possa tomar decisões conscientes, indo também ao encontro de um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que ressalva a importância da promoção da saúde através do

“fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.” (OE, 2001, p. 15).

No que toca à interação, segundo King (1984), esta define-se como um processo de perceção e comunicação manifestado por condutas verbais e não-verbais. É através desta interação que é exequível uma troca de informações com vista a ir ao encontro das necessidades da parturiente, possibilitando que esta consiga sentir-se capacitada e respeitada.

Por último, para que ocorra uma transação é necessário que, neste caso, o EEESMO-parturiente, comuniquem de forma a definirem metas comuns através da partilha de pontos de vista. Quando isto é coordenado, as metas são atingidas (King, 1984).

Segundo a mesma autora, a enfermagem é entendida como “percepção, pensamento, relacionamento e ação, frente ao comportamento dos indivíduos” (p.98) e atua num processo de ação, reação, interação e transação onde enfermeiro e pessoa partilham informação e definem papéis a atingir.

Esta teórica vem ressaltar a importância da interação entre o enfermeiro-utente, adaptando para a população em estudo - EEESMO-parturiente - assim como a importância da participação do utente na tomada de decisões para o alcance dos objetivos.

Na prática clínica, os cuidados foram operacionalizados de acordo com os pressupostos da presente teórica, uma vez que o foco foi a interação EEESMO-parturiente, mais propriamente a influencia que essa interação, ao nível da comunicação verbal e não-verbal, poderia ter na progressão do trabalho de parto.

Desde a admissão procurou-se compreender as necessidades da mulher, adequando a informação transmitida e esclarecendo dúvidas que pudessem existir de forma a permitir à mesma fazer escolhas informadas e conscientes, de acordo com as suas crenças e valores.

Atenta-se que ao longo de todo o período de internamento, até ao momento da transferência para o puerpério ou alta, houve uma procura pela interação com a mulher, num processo de partilha de informação contínuo (sempre que oportuno ou solicitado), respeitando sempre as suas escolhas informadas, e indo ao encontro das suas necessidades.

King (1984) pressupõe que o resultado da interação enfermeiro-utente será a existência de uma transação. Na prática de cuidados, a meta a atingir foi definida sempre em conjunto com a díade, adequando as expectativas que tinham do trabalho de parto. Acima de tudo, o objetivo principal, enquanto estudante de ESMO, foi aperfeiçoar formas de comunicar e interagir com a mulher/acompanhante ao longo do trabalho de parto, de forma a tentar alcançar melhores resultados para a tríade, de acordo com os seus valores, e ao

mesmo tempo compreender de que forma a habilidade de comunicar pode impactar positiva ou negativamente o decorrer do trabalho de parto, permitindo ou não o alcance das metas a atingir.

Denota-se que na maioria dos casos, a comunicação estabelecida teve um impacto positivo, de acordo com o *feedback* dado pelas parturientes, na transmissão de segurança e tranquilidade à mulher durante o trabalho de parto - fatores essenciais para permitir a libertação hormonal necessária ao decorrer do trabalho de parto, facilitando o mesmo.

4. METODOLOGIA: *SCOPING REVIEW*

A prática baseada na evidência encontra-se em constante evolução, notando-se cada vez mais um crescimento de pesquisas e realização de revisões sistemáticas.

Os diferentes tipos de revisão e as diferentes formas de evidência exigem o desenvolvimento de novas abordagens que são notoriamente cada vez mais eficazes e rigorosas. Em 2009, Grant e Booth, segundo Ehrich et al. (2002) e Anderson et al. (2008) citado por (Peters, et al., 2020) identificaram 14 tipos de avaliações. Sendo a SR uma delas.

A elaboração da presente *Scoping Review* teve por base os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura baseada nas duas etapas incluídas na estratégia de pesquisa da *Joanna Briggs Institute (2020)*, utilizando o protocolo de pesquisa que se encontra presente no Anexo II.

Tendo em conta a temática em estudo, partiu-se de uma questão do tipo PCC, “**Qual a influência da comunicação do EEESMO/parturiente na progressão do trabalho de parto?**”, em que (P) representa a população, (C) os conceitos e (C) o contexto, tendo como objetivo mapear a evidência científica sobre a comunicação EEESMO-parturiente e a sua influência na progressão do trabalho de parto.

Posteriormente foram definidos os descritores - *communication, parturition e obstetric nursing* - e todos foram previamente validados como sendo aceites pela comunidade científica enquanto palavras MeSh (Medical Subject Headings).

Após a definição e validação de descritores, foram considerados os critérios de inclusão e exclusão (Quadro 1) para a elaboração da pesquisa nas bases de dados. Neste sentido, foram incluídos artigos em que os participantes da investigação fossem mulheres em trabalho de parto e/ou parteiras (P), que se relacionassem com a comunicação durante o trabalho de parto (C) e em que fosse considerado o hospital como contexto da prestação dos cuidados (C). Como critérios de exclusão consideraram-se os artigos sem a mesma população de interesse/ participantes e/ou o mesmo contexto.

Quadro 1 – Critérios de inclusão para a pesquisa

População (P)	Mulheres em trabalho de parto e/ou parteiras
Conceito (C)	Comunicação Intervenções de enfermagem Trabalho de parto
Contexto (C)	Hospital
Tipos de Estudo	Paradigma qualitativo, quantitativo ou misto

Seguidamente procedeu-se à pesquisa nas plataformas: *PubMed* e *EBSCOhost*. Na plataforma *online EBSCOhost* selecionaram-se as bases de dados: *CINAHL*, *MEDLINE*, *MedicLactine*, *Nursing & Allied*. De referir que foi também realizada uma pesquisa de literatura cinzenta, sem resultados relevantes para a temática em estudo.

Para as bases de dados supracitadas acima foram definidos limitadores universais e específicos, que se apresentam no quadro 2.

Quadro 2 – Bases de dados utilizadas e respetivos limitadores

Base de dados		Limitadores específicos	Limitadores genéricos
EBSCOHost	CINAHL Completa	“língua inglesa”, “faixas etárias (19-44 anos), “mulheres”	Período compreendido entre maio de 2017 e maio de 2022, humanos.
	MEDLINE Complete	“relacionado à idade (19-44 anos) ”	
	Nursing & Allied	-	
PUBMED			“English”, “Portuguese” e “adulto (19-44 anos)”.

De seguida, procedeu-se à realização da pesquisa nas bases de dados selecionadas contidas na *EBSCOhost* e na *PubMed*, no dia 20 de maio de 2022, intercetando os descritores (*communication*, *parturition* e *obstetric nursing*) com recurso ao operador booleano AND.

No seguinte quadro são apresentados os dados obtidos nas bases de dados anteriormente mencionadas, por descritor e por todas as conjugações possíveis entre os mesmos (quadro 3).

Importa referir que a expressão de pesquisa final para elaboração da SR foi a seguinte: “*communication AND Parturition AND obstetric nursing*”.

Quadro 3 – Dados obtidos nas bases de dados

Descritores	EBSCO Host			Pubmed
	Medline	Nursing & Allied Health	CINAHL	
Communication	9158	5487	2650	1491
Parturition	1114	45	83	551
Obstetric Nursing	88	18	48	54
Communication and Parturition	219	14	17	19
Communication AND Obstetric nursing	15	7	28	5
Obstetric Nursing AND Parturition	14	0	26	39
Communication AND parturition AND obstetric nursing	8	0	9	33

Após o processo descrito anteriormente, resultaram 50 artigos, que foram analisados através da utilização do “Prisma 2020 Flow Diagram” – Figura 3.

Na primeira etapa do PRISMA, *identification*, foram removidos 10 artigos por se encontrarem em duplicado, sendo que ficaram apenas 40.

Na segunda etapa do PRISMA, o *screening*, num primeiro momento procedeu-se à leitura do título e *abstract* de cada um dos artigos da etapa anterior, considerando os critérios

de inclusão. Através desta leitura foram removidos 29 artigos, dado que não abordavam os conceitos definidos. De seguida, foi realizada a leitura em *full text* dos 11 artigos selecionados através da leitura do título e *abstract*. Dos 11 artigos lidos em *full text*, 8 foram rejeitados por não apresentarem contributos para a questão de revisão, e consequentemente 3 passaram à última fase, *included*, tendo em conta a sua qualidade metodológica e contributos para a questão de revisão.

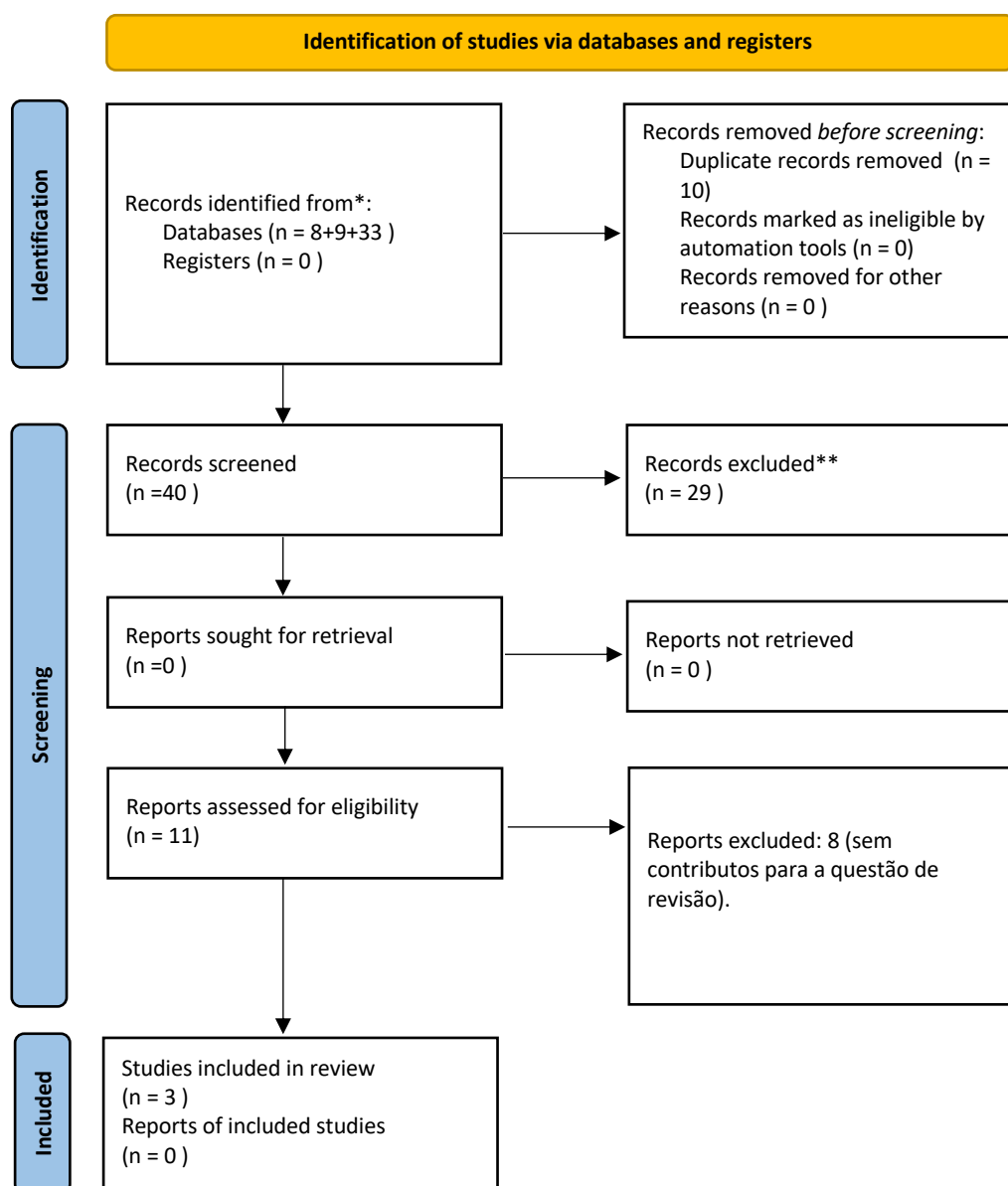


Figura 3. PRISMA 2020 Flow Diagram

Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Os dados retirados através dos artigos incluídos, deverão contribuir para a questão da revisão sistemática da literatura bem como respetivos objetivos (Peters, et al., 2020).

Neste seguimento, abaixo encontra-se o instrumento de extração de dados (Quadro 4) preenchido após leitura integral de cada artigo, em que consta: título do artigo, autores, ano de publicação, país de origem, objetivo, metodologia e resumo do contributo para a questão de revisão.

Quadro 4 –Instrumento de extração de dados

Títulos	Artigo 9: Comunicação verbal da diáde enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto	Artigo 10: Woman’s needs and satisfaction regarding the communication with doctors and midwives during labour, delivery and ealy postpartum	Artigo 11: Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study
Autores/Ano	Bessera G., Oliveira P., Pagliuca L., Almeida P., Anjos S. e Barbosa A. (2019)	Baranowska B., Pawlicka P., Kiersnowska I., Misztal A., Kajdy A., Sys D. e Doroszevska A. (2021)	Maputle M. (2018)
Pais de Origem	Brasil	Polónia	Limpopo, Sul de África
Objetivo	“Analisar a comunicação verbal enfermeiro-parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto em dois países lusófonos.”	“Identificar as diferenças das necessidades de comunicação das parturientes e das mulheres no pós-parto imediato.”	“Determinar qual o apoio prestado pelas parteiras durante a assistência ao parto num hospital público da Província do Limpopo.”
Metodologia	Estudo analítico quantitativo. Amostra com 709 interações. População do estudo: enfermeiros obstetras e parturientes. Incluíram-se parturientes maiores de 18 anos, na fase ativa do parto e sem intercorrências obstétricas; bem como enfermeiros atuantes na assistência obstétrica. Foram respeitados os preceitos éticos segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com aprovação do comitê de ética sob o parecer 1.939.715. Cada participante assinou Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).	Estudo qualitativo, transversal e descritivo. Pesquisa foi aplicada a 521 mulheres de dois hospitais, A e B, em Varsóvia, através de questionários. A população em estudo foi composta por mulheres no pós-parto imediato. Os dados obtidos no estudo foram analisados no pacote de software SPSS 26.0. O estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Médica de Varsóvia, ref. No AKBE/232/2017.	Foi usada uma abordagem qualitativa de pesquisa. A população foi composta por todas as mulheres admitidas em trabalho de parto e as parteiras que prestavam assistência obstétrica e que consentiram em participar do estudo. Os dados obtidos por meio do guia de observação não estruturado, a EVA, foram analisados por meio de distribuição de frequência e foram apresentados como percentagens em tabelas e gráficos de barras. Obteve-se autorização ética do Comitê de Ética da Universidade de Venda (SHS/11/PDC/001).

<p>Contributo para a questão de revisão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mulheres que recebem informação prévia ao trabalho de parto ficam mais seguras e confiantes o que consequentemente facilita a comunicação durante o TP. - Informações incompletas levam à rejeição por parte das parturientes das orientações dadas durante o trabalho de parto. - Solicitar informações às parturientes sobre as suas preferências foi visto como essencial para proporcionar um maior conforto à parturiente. - Comunicação realizada na ausência do companheiro pode aumentar a insegurança durante o trabalho de parto. - A utilização de linguagem simples, em vez de termos técnicos, reduz a ansiedade da parturiente. - A audição foi a forma de contacto mais utilizada. A mulher tem necessidade de expor as suas dúvidas e medos, ser ouvida e respeitada. - Os enfermeiros do Brasil e de Cabo Verde utilizavam uma linguagem tranquilizadora, enfatizando sempre a participação da mulher no trabalho de parto, facilitando o mesmo. 	<ul style="list-style-type: none"> - As mulheres indicaram que receber informações era o aspeto mais desejado da comunicação verbal. - Para o grupo de mulheres que considerou o trabalho de parto como um processo fisiológico, a comunicação intensa durante o trabalho de parto foi vista como perturbadora. No entanto, em trabalhos de parto medicalizados ou instrumentados, a comunicação foi vista como menos perturbadora para as mulheres. - O toque foi visto como forma de enfrentamento da dor intensa para muitas mulheres, no entanto nem todas as mulheres o consideraram confortável. - O contacto visual foi considerado mais útil do que ser tocado, durante o trabalho de parto. - Estudo constata que ficar atento ao contexto e às mudanças das necessidades das mulheres durante o trabalho de parto é essencial para adequar a forma de comunicar. 	<ul style="list-style-type: none"> - O estudo verificou lacunas relativas à presença do acompanhante, uma vez que a sua presença não foi encorajada pelas enfermeiras. - A ansiedade das parteiras e o facto de não darem explicações às parturientes resulta em que as mesmas não cooperem durante o trabalho de parto. - As parteiras avaliam muitas vezes a dor das parturientes de forma imprecisa, o que leva a que não sejam administrados analgésicos conforme prescrito. - Apenas 8% das parteiras determinaram as preferências da parturiente. - 83% das parteiras atualizavam continuamente a parturiente sobre o trabalho de parto, no entanto apenas 8% permitiu que as mulheres fizessem perguntas. - 67% das parteiras demonstraram uma atitude tranquilizadora para com a parturientes durante o trabalho de parto.
----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Dos três estudos analisados, surgiram vários domínios de conteúdo importantes para a temática em estudo: informar, questionar, ouvir e compreender e tranquilizar, todos eles promotores da importância que a comunicação assume no decorrer do TP.

Assim, com vista a facilitar a compreensão da análise e discussão dos resultados, apresentam-se seguidamente os assuntos que se destacaram da análise realizada.

4.2.1 Informar

Os três artigos analisados vêm denotar a influência e o poder da informação para o decorrer do TP. De acordo com Potter P. & Perry A. (2018), dar informações, sejam elas factuais ou de natureza profissional, ajuda a outra pessoa a tomar decisões, contribui para reduzir a ansiedade e ir ao encontro das necessidades do utente.

O artigo de Bessera G. et al. (2019) constata que as mulheres que recebem informações previamente ao TP ficam mais seguras e confiantes, o que facilita a comunicação durante o TP, uma vez que o mesmo artigo refere que a comunicação pode ser limitada quando as mulheres apresentam insegurança e medo. Este facto, vai de encontro à informação obtida no estudo de Baranowska B. (2021) em que as mulheres indicaram que receber informações da equipa foi o aspeto mais desejado da comunicação verbal. O estudo de Maputle M. (2018) demonstrou que 83% das parteiras atualizavam continuamente a mulher sobre o progresso do trabalho de parto materno e sobre o bem-estar fetal. Desta forma o facto de estarem informadas vai influenciar o decorrer de trabalho de parto, uma vez que proporciona uma sensação de segurança e controlo às parturientes.

Durante o TP, os mesmos estudos denotaram que as informações incompletas e/ou a ausência de informação têm uma influência negativa para o decorrer do mesmo, uma vez que a falta de informação faz com que as parturientes não compreendam a informação transmitida e conseqüentemente não sigam as indicações dadas pelo EEESMO. A título de exemplo, no estudo de Bessera G. et al. (2019), que teve como participantes parturientes do Brasil e de Cabo Verde, verificou-se que todas as mulheres foram incentivadas a caminhar de forma a favorecer a evolução do TP, no entanto grande parte das parturientes de Cabo Verde não aceitaram a orientação devido à ausência de informação referente aos benefícios da deambulação para o TP ativo; que segundo a OMS (2018) pode encurtar a primeira fase do TP, assim como reduzir a taxa de cesarianas e partos instrumentados.

É, portanto, muito importante compreender se a mensagem verbal recebida corresponde à transmitida, de forma a estabelecer uma comunicação verbal efetiva durante TP, pois só desta forma as parturientes vão compreender os benefícios das indicações dadas e vão realizá-las, favorecendo a progressão do mesmo (Bessera G. et al., 2019).

Potter P. & Perry A. (2018) vêm corroborar o resultado dos artigos, afirmando que as mensagens recebidas podem ser diferentes das mensagens pretendidas, sendo necessário validar o significado das mesmas.

Ainda relativamente ao suporte de informação, este deve proporcionar à grávida/parturiente a obtenção de conhecimento adequado acerca de todos os aspetos do TP, e dar-lhe a oportunidade de se envolver na tomada de decisão. (Amaral A. & Martins C., 2016). No estudo de Maputle M. (2018) uma parturiente referiu que as enfermeiras deveriam ter dado informações para que a mesma pudesse fazer escolhas informadas, tais como técnicas de relaxamento, mantendo a mesma atualizada relativamente ao TP, aspeto que prejudicou o decorrer do TP.

De referir que a informação transmitida deve ser compreensível para a parturiente. No estudo de Bessera G. et al. (2019), a linguagem mais usada foi a linguagem comum, evitando o uso de termos técnicos. Segundo Potter P. & Perry A. (2018) dar informações em linguagem simples e explicando os termos médicos, ajuda a outra pessoa a tomar decisões, contribui para reduzir a ansiedade e ir ao encontro das necessidades do utente. A parturiente ao compreender aquilo que queremos transmitir, vai ficar mais tranquila, o que vai favorecer a progressão do trabalho de parto.

A OMS (2018) sublinha a importância da informação para a parturiente, referindo que o enfermeiro deve dar à mulher e à sua família as informações de que necessitam de forma clara e sucinta, evitando termos médicos. Nos exemplos mencionados verificaram-se falhas na comunicação, nomeadamente ao nível da informação transmitida, o que pode prejudicar o desenrolar do TP, aumentando os níveis de *stress* da parturiente e diminuindo o seu envolvimento no processo.

4.2.2 Questionar

Compreender as necessidades e preferências da parturiente, permitindo que a mesma se expresse, envolve questionar e ouvi-la com atenção, aspeto que foi mencionado nos três artigos como fundamental para as mulheres antes e durante o TP.

No estudo de Bessera G. et al. (2019), na realização da anamnese obstétrica, através de questões, os enfermeiros obtiveram informações importantes para assegurar o conforto e o cuidado holístico da parturiente, tais como: a localidade em que elas residiam, interrogações a respeito da ingestão de alimentos e questão sobre o conforto do ambiente (temperatura). Este tipo de questões é fundamental, pois vai permitir adequar a prestação de cuidados do EEESMO durante o TP, às preferências da parturiente, contribuindo para que se sinta mais segura e tranquila.

Baranowska B. (2021) vem corroborar que questionar e reunir informações das mulheres sobre as suas preferências em relação aos meios e intensidade de comunicação durante o TP, assim como ficar atento às mudanças das necessidades da parturiente de acordo com o contexto/situação é fundamental. No entanto, as perguntas devem ser realizadas previamente ao trabalho de parto, uma vez que durante o parto fornecer informações foi considerado mais útil do que fazer perguntas. A OMS (2018) vem corroborar que questionar a mulher relativamente às suas preferências e a dúvidas que possam existir é fundamental para o estabelecimento de uma comunicação efetiva durante o TP.

Em muitas situações, comunicar de forma não verbal, de acordo com a regra “quanto menos fazemos, mais damos”, pode ser mais benéfico para a progressão do trabalho de parto (Bessera G. et al., 2019). Desta forma, o EEESMO deve adequar de forma consciente a sua comunicação, questionando apenas quando pertinente, para que a parturiente vivencie o trabalho de parto com o mínimo de perturbações (Araújo M, Silva M. & Puggina A., 2007).

Torna-se então necessário compreender como é que a parturiente está a vivenciar o TP. No estudo de Baranowska B. (2021) um grupo considerou o TP como um processo fisiológico. Para estas mulheres a comunicação intensa durante o trabalho de parto, tal como fazer muitas perguntas e fornecer grandes quantidades de informações foi considerado bastante perturbador. Segundo Balaskas (2017) um trabalho de parto vivido verdadeiramente sem perturbações, com níveis hormonais ótimos, normalmente resulta num período expulsivo muito curto, de aproximadamente menos de 10 minutos.

Por outro lado, o estudo demonstrou que num trabalho de parto medicalizado ou instrumentado, o sistema cognitivo está constantemente a ser estimulado. Nestes casos fazer perguntas e informar foi menos perturbador para as mulheres, dado que uma vez que o neocórtex é estimulado há secreção de hormonas do tipo adrenalina, que inibem a produção de ocitocina e endorfinas.

Mais uma vez, é notório que a forma como comunicamos deve ser adequada a cada parturiente e à forma como está a vivenciar o seu trabalho de parto.

4.2.3 Ouvir e compreender

Tanto no Brasil como em Cabo Verde, a audição foi a forma de contacto mais usada na interação enfermeiro-parturiente. Os resultados do estudo de Bessera G. et al. (2019) revelaram que as parturientes sentiam necessidade de dialogar e faziam-no principalmente acerca do seu processo de TP, verbalizando sensações que sentiam durante o processo (vontade de vomitar, vontade de fazer força, perda de líquido amniótico,...). Ouvir as necessidades da parturiente é importante para que a mesma seja compreendida, respeitada, e consequentemente se sinta segura (Bessera G. et al., 2019).

Por outro lado, no estudo de Maputle (2018), as mulheres referiram que as parteiras deveriam ser mais pacientes e ouvi-las, uma vez que apenas 8% permitiu que as parturientes fizessem perguntas durante o TP. Segundo Stefanelli M. (1993) não permitir às mulheres que exponham as suas dúvidas e questões, tira-lhes o direito de conseguirem tomar decisões informadas.

Relativamente às preferências da parturiente, estas nem sempre são ouvidas, uma vez que apenas 8% das parteiras determinaram as preferências culturais/pessoais da mulher. Podemos presumir que este acontecimento não permitiu adequar os cuidados às escolhas da parturiente (Maputle M., 2018).

Sendo que ouvir as preferências da parturiente é fundamental para compreender as suas necessidades, depreende-se que muitas das necessidades das mulheres deste estudo provavelmente não foram atendidas, o que pode ter influenciado negativamente a progressão do trabalho de parto.

A OMS (2018) sublinha a importância da comunicação para a parturiente, referindo que o enfermeiro deve responder às necessidades e preferências da mesma.

A compreensão das expectativas e preferências da mulher proporciona ao EEESMO o entendimento das suas preocupações, possibilitando que forneça a informação adequada à parturiente, contribuindo para a diminuição do *stress* que possa sentir (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

4.2.4 Tranquilizar

No estudo de Bessera G. et al. (2019) os enfermeiros brasileiros e cabo-verdianos, direcionavam os assuntos de forma tranquila e acolhedora enfatizando a importância da participação da mulher no trabalho de parto. Maputle (2018) refere também que 67% das parteiras demonstrou uma atitude tranquilizadora para com as mulheres durante o parto. Nota-se a preocupação dos profissionais em tornar a mulher mais participativa, cooperativa e inserida no contexto do parto.

Relatando um incidente durante o estudo de Maputle M. (2018), uma parteira participante estava muito *stressada* e impaciente, a tal ponto que pouca ou nenhuma explicação foi dada durante a prestação de cuidados. Portanto, a parturiente ficou absolutamente aterrorizada, pois nenhuma palavra de conforto foi pronunciada pela parteira. A falta de empatia e a comunicação não eficaz desencadeiam sentimentos negativos na parturiente, bloqueando a comunicação (Stefanelli M., 1993). Como resultado, segundo o estudo, a parturiente não cooperou durante o processo de trabalho de parto.

O toque também pode ser considerado uma forma de comunicação não-verbal tranquilizadora para a parturiente. Baranowska B. (2021) verificou que o toque durante o TP é considerado uma forma de enfrentamento da dor intensa. No entanto, a pesquisa mostra que o toque não é desejado em todas as fases do trabalho de parto e nem todas as mulheres o percebem como algo confortável. Por esse motivo é essencial compreender as preferências das parturientes. Segundo Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2018) apesar de o toque transmitir uma atitude de carinho e conforto, o EEESMO tem de ter sempre em consideração as diferenças culturais e o gosto da parturiente pelo toque, para que o possa utilizar de forma adequada.

Ainda como forma de tranquilizar a parturiente durante o TP, os artigos de Bessera G. et al. (2019) e Maputle M. (2018) referem-se à presença do acompanhante como um aspeto fundamental para a comunicação EEESMO-parturiente. No entanto, em ambos os estudos existem lacunas relativamente ao incentivo à presença do mesmo, inclusivamente no estudo de Maputle nenhuma das parteiras encorajou a presença de um acompanhante. Segundo Bessera G. et al. (2019), o facto da comunicação se realizar na ausência do companheiro/a, pode aumentar a insegurança e o medo da mulher durante o trabalho de parto, trazendo como consequência maior duração do processo.

Segundo Balaskas J. (2017) medo e ansiedade produzem hormonas do tipo da adrenalina que são inibidoras do trabalho de parto. Algumas mulheres precisam sem dúvida,

de ter apoio e de um contacto próximo durante o trabalho de parto. De acordo com a OMS (2018) o EEESMO deve apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão.

O *stress* e ansiedade levam a uma produção de adrenalina durante o TP que provoca ondas uterinas menos eficientes, perceção mais elevada da dor e ao progresso mais lento do trabalho de parto. (Balaskas J., 2017).

No estudo de Maputle (2018) as parturientes sentiram dor intensa durante todo o TP, enquanto a dor percebida pelas parteiras era leve a moderada no início do mesmo. Só no final do TP a dor foi percebida de forma real pelas enfermeiras.

A pesquisa da dor indicou que as parteiras muitas vezes avaliam a dor das mulheres de forma imprecisa, não administrando analgésicos conforme prescrito. Podemos afirmar que neste caso, não existe uma atitude tranquilizadora para com a parturiente, uma vez que não estão a ser satisfeitas as necessidades da mesma (OMS, 2018).

As reações à dor no trabalho de parto são influenciadas, tal como noutra tipo de dor, por fatores fisiológicos; culturais; pela existência de ansiedade; má experiência obstétrica anterior; não preparação para o nascimento; desconforto; falta de apoio e ambiente pouco favorável; medo e insegurança diante do desconhecido; abandono e solidão; e prolongamento do período expulsivo (Lowdermilk D. & Perry S., 2009).

Tendo a dor um carácter subjetivo, não é fácil realizar a sua avaliação. Não havendo uma comunicação eficaz EEESMO-parturiente, a mensagem transmitida pode ser diferente da mensagem percebida, o que pode fazer com que a dor seja avaliada de forma imprecisa, o que vai despoletar ainda mais dor.

Segundo Rowe et al. (2002), as aptidões comunicacionais dos profissionais de saúde, neste caso do EEESMO, afetam diretamente o bem-estar das parturientes relativamente ao controlo da dor e à tranquilidade.

No sentido de avaliar a dor de forma fidedigna, o EEESMO deve desenvolver uma relação de confiança com a parturiente, através de uma comunicação eficaz, tentando promover o seu bem-estar e tranquilidade, através de medidas farmacológicas, não farmacológicas e técnicas de distração tais como: conversar, focalizar a atenção num ponto ou imagem, de forma a transmitir à parturiente uma sensação de maior tranquilidade, tendo como consequência um maior controlo da dor (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

Esta *Scoping Review* é vista como pertinente à luz da investigação de enfermagem com aplicação na prática, uma vez que a comunicação durante o trabalho de parto está intimamente relacionada com a progressão do mesmo, sendo primordial para a mulher/casal.

É conhecido que o ciclo medo-tensão-dor contribui para o aumento do tempo de trabalho de parto e taxa de partos distócicos (Frias A. & Franco V., 2008). No sentido de minorar este ciclo, verifica-se que a comunicação tem um papel preponderante.

O estabelecimento de uma comunicação EEESMO-parturiente eficaz contribui para a redução dos níveis de *stress* da parturiente, promovendo a sua cooperação durante o TP. É notório que o EEESMO deve investir na sua prática de cuidados, no sentido de transmitir à parturiente, através da comunicação estabelecida, tranquilidade e segurança, valorizando sempre as necessidades da mesma. Os aspetos referidos irão resultar em níveis elevados de satisfação materna e melhores resultados relativos à progressão do trabalho de parto.

5. CONCLUSÃO

A realização do presente relatório constituiu-se como uma mais-valia para a compreensão da intervenção do EEESMO ao nível da comunicação e a sua interferência no decorrer do trabalho de parto. Através das experiências vivenciadas no BP e da evidência científica encontrada relativamente à temática em estudo foi possível desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, relacionadas ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, da responsabilidade profissional, ética e legal e da gestão dos cuidados (OE, 2019a), assim como competências específicas do EEESMO relativas à promoção da saúde durante o TP (OE, 2019b). Os estudos analisados revelaram que a parturiente manifesta e procura comunicar com o EEESMO no sentido de sentir apoio e segurança, dentro de um ambiente hostil que é o hospital. Com o intuito de transmitir segurança à parturiente, o EEESMO deve ouvir e compreender as suas dúvidas, manter a parturiente informada e comunicar de forma a transmitir tranquilidade à mesma.

A comunicação é um elemento subjetivo, que deve ser adequado a cada mulher, tendo em conta as suas crenças, características pessoais e necessidades. O valor terapêutico que a comunicação pode ter é altamente reconhecido, sendo que uma comunicação eficaz pode contribuir para a redução da ansiedade e *stress* da mulher durante o trabalho de parto. Através da redução da ansiedade, e do sentimento de segurança da mulher, podemos obter maior colaboração por parte da mesma durante o trabalho de parto, sendo um fator facilitador para o decorrer do mesmo. Além disso, o sentimento de segurança também vai proporcionar níveis hormonais ótimos que vão influenciar de forma positiva o trabalho de parto.

A informação transmitida desde o momento da admissão, evitando termos técnicos é um dos elementos fundamentais para a sensação de segurança da parturiente, sendo a segurança crucial para a fisiologia do trabalho de parto. A confiança permite também a criação de uma relação empática entre o EEESMO-parturiente, que proporciona a partilha de decisões, indo ao encontro das expectativas da mulher, favorecendo o normal decorrer do TP.

Relativamente ao processo de **investigação**, houve dificuldade em encontrar evidência científica que respondesse à questão de pesquisa, uma vez que existem inúmeros artigos relativos ao impacto da comunicação na satisfação da parturiente, no entanto a

evidência científica relativa à influência que a comunicação pode ter no decorrer do trabalho de parto é escassa.

É evidente que a questão da influência da comunicação na progressão do trabalho de parto requer investigações mais extensas por ser um tema ainda pouco discutido. Pesquisas são necessárias para definir o que é que a comunicação eficaz no trabalho de parto significa para as mulheres e quais os resultados que pode ter para as mesmas. Como a comunicação EEESMO-parturiente é um processo interativo, mais estudos qualitativos podem ser benéficos.

Relativamente à **formação**, apesar da comunicação ser intrínseca ao ser humano, existem atualmente cursos de comunicação altamente especializados que podem ser uma mais-valia para uniformizar a comunicação da equipa de enfermagem, adequando-a sempre à mulher, encarando-a de uma perspetiva holística. Obstáculos à qualidade da comunicação incluem a falta de formação e treino do profissional de saúde no que diz respeito a esta temática. Neste sentido, as competências comunicacionais deverão ser entendidas como parte integrante da formação.

O modelo de cuidados centrados na parturiente requer profissionais capacitados para responder às necessidades da mesma, o que pressupõe uma atualização constante. Neste sentido é fundamental proporcionar momentos de reflexão e discussão em equipa multidisciplinar com vista a uniformizar os cuidados prestados tendo por base a mais atual evidência científica, identificando estratégias de melhoria contínua dos cuidados.

No que toca ao domínio da **gestão**, comunicar pressupõe tempo e recursos humanos suficientes, sendo que rácios enfermeiro-utente altos vão ter consequências negativas na eficácia da comunicação. Comunicar pressupõe ouvir e ter tempo para a mulher. Para além disso, pressupõe uma disponibilidade e estabilidade emocional por parte do EEESMO, sendo que é necessário adequar a carga horaria do mesmo, de forma a proporcionar momentos de descanso.

Para além disso, é essencial investir em recursos físicos nos hospitais de forma a proporcionar um ambiente o mais acolhedor possível para a parturiente, de forma que possa ser estabelecida uma comunicação num lugar seguro e tranquilo; aspeto que se verificou no hospital onde foi realizado o EC.

O presente estudo contribui para a reflexão dos EEESMO's sobre a temática e para uma **prática de cuidados** de qualidade, que se encontra diretamente associada à satisfação da mulher. A temática da comunicação tem de ser matéria de discussão e análise por

parte da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar, que presta cuidados à mulher/família, com o objetivo de melhorar as práticas clínicas.

Os resultados deste estudo num artigo científico pode ser um dos próximos objetivos, de forma a sustentar uma prática baseada na evidência, para os EEESMO's fundamentarem a mudança de comportamentos e conseqüentemente favorecerem a progressão do trabalho de parto.

De uma forma global considera-se que os objetivos delineados foram atingidos. Houve uma sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da comunicação através da formação em serviço realizada e enquanto estudante de ESMO houve um despertar para a forma de comunicar, sendo que no futuro enquanto EEESMO existe a pretensão de pôr em prática o conhecimento adquirido e de continuar num processo de atualização constante relativamente à temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral A. & Martins C. (2016). Manutenção da Necessidades da Parturiente. In Néné M. & Sequeira C. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (pp. 400-406). Lisboa: LIDEL
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Health Literacy to Promote Quality of Care: Committee Opinion Obstetrics & Gynecology. Acedido em 10 junho de 2022 em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications>
- Araújo M., Silva M. & Puggina A. (2007). A comunicação não verbal enquanto fator iatrogénico. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*, 41(3), pp. 419-25
- Balaskas J. (2017). Parto ativo: guia prático para o parto normal. (1ªed). São Pedro do Estoril: 4 Estações
- Baranowska, B., Pawlicka, P., Kiersnowska, I., Misztal, A., Kajdy, A., Sys, D., & Doroszevska, A. (2021). Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(4), 382. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040382>
- Bertone, T., Ribeiro, A. & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, (3), pp. 1-5. Acedido em 30 de agosto de 2022, em <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Bessera G., Oliveira P., Pagliuca L., Almeida P., Anjos S. & Barbosa A. (2019). Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 73(5), <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>
- Couto G. (2003). Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Loures: Lusociência
- Decreto-Lei n. 110/2019. Diário da República n. 172 de 14 de agosto - 1ª série. Assembleia da República. Lisboa

- Direcção Geral da Saúde (2001). Rede de Referenciação Materno-Infantil. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Lisboa, Portugal
- Direcção Geral da Saúde. (2017a). Programa nacional para a saúde mental: 2017. Lisboa, Portugal. Disponível em: http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf
- Direcção Geral da Saúde. (2017b). Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Fatia A. & Tinoco L. (2016). Trabalho de Parto. In Néné M. & Sequeira C. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (pp. 308-320). Lisboa: LIDEL
- Fournival, N., Groff, M. & Marquet-Wittig, A. (2012). Relation communication: module 5. Rueil-Malmaison: Lamarre Edition
- Frederico, M. (2011). Integração Profissional. *Revista Sinais Vitais*, 37(2001), pp.33-36
- Frias A. & Franco V. (2008). A preparação psicoprofilática para o parto e nascimento do bebé: estudo comparativo. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), pp. 47-54
- Galvão, D. (2009). Promoção da amamentação na primeira hora após o parto. *Revista Nursing*, 242 (8), 7-12
- George, J. (2000). Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional. (4ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora
- Graça, L. (2017). Medicina Materno-Fetal. (5ª ed). Lisboa: LIDEL
- Institute for Healthcare Communications (2011). Impact of communication in healthcare. Acedido a 5 de Agosto de 2022, em <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>
- Jardim, M., Silva, A., & Fonseca, L. (2017). Contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no processo de parturição natural. *VIII Jornada Internacional Políticas Públicas*. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão.
- Joanna Briggs Institute (2020). *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis*. Austrália. The University of Adelaide. Disponível em <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>.

- King, I. (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley Medical Publications
- King, I. (1984). *Enfermeria como profesión: Filosofía, principios y objetivos*. México: Editorial Limusa
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed). Lisboa: Lusodidacta.
- Manthey, M. (2014). *A prática do primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento*. (2ª ed). São Paulo: Editora Atheneu
- Maputle, M. (2018). Support Provided by Midwives to Women during Labour in a Public Hospital, Limpopo Province, South Africa: A Participant Observation Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1860-8>
- Ministério da Saúde (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher*. Brasília
- Moreira T. & Araújo T. (2002). O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. *Revista Latino-Enfermagem*. 10(1). pp. 97-103
- Morse J., Bottorff J., Anderson G., O'Brien B., Solberg S. (2006). Beyond empathy: expanding expressions of caring. 53(1). pp. 75-87
- Observador (2022). *A prevalência de parto instrumentado é três vezes superior à média europeia*. Acedido a 10 de dezembro de 2022 em: <https://observador.pt/2022/02/10/prevalencia-de-parto-instrumentado-em-portugal-e-tres-vezes-superior-a-media-europeia-conclui-estudo/>
- OECD. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health Highlight*. Acedido a 20 de novembro de 2022 em: [oe.cd/tackling-wasteful-spending-on-health](https://www.oecd.org/tackling-wasteful-spending-on-health/)
- Oliveira, Y., Celino, S. & Costa, G. (2015). Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis: revista de saúde coletiva*, 25(1), pp. 307-320. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100017>
- OMS (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneve: WHO, European Regional Office.
- OMS (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates. Human reproduction program for impact*. Geneva
- OMS (2016). *Padrões para Melhorar a Qualidade da Saúde Materna e Cuidados ao Recém-Nascido em Unidades de Saúde*. Genebra.

- OMS (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponível em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- OMS (2021). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access: Rising rates suggest increasing numbers of medically unnecessary, potentially harmful procedures. Acedido a 12 de Agosto de 2022 em <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Lei n. 156/2015. *Diário da República*, 1ª série, 181 (setembro), 8101-8105. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento no 391/2019. *Diário da República*, 2ª série, 85 (maio), 13560-13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento no 140/2019. *Diário da República*, 2ª série, 26 (fevereiro), 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, (267), pp. 8-15.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2020). Chapter 11: Scoping Review. *JBIC Manual for Evidence Synthesis*. Acedido a 2 de julho de 2022 em <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e avaliação. Canada: Lusociência
- Pordata (2019). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Idade+m%c3%a9dia+da+m%c3%a3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-843>

- Potter, P. & Perry, A. (2018). Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos. (9ª ed.). Loures: Lusociência
- Ramos N. (2012). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista inter- legere*. (11). p. 30-51.
- Rezende, R., Oliveira, R., Araújo, S., Guimarães, T., Santo, F. & Porto, I. (2015). Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à Comunicação da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 490-496. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680316i>
- Rosário, E. (2009). Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos. *Dissertação de Mestrado, (não publicada)*, Universidade Aberta. Disponível em: www.repositorioaberto.uab.pt/handle
- Rowe R., Garcia J., Macfarlane A. & Davidson L. (2002). Melhorando a comunicação entre profissionais de saúde e mulheres na maternidade: uma revisão estruturada. Expectativas de saúde. 5. pp. 63-83. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1369-6513.2002.00159.x>
- Santos, E. (2009). A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem. *Dissertação de Doutoramento em Didática*. Universidade de Aveiro.
- Silva, A., Nascimento, E. & Coelho, E. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulher no parto normal. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 19 (3), pp. 424-431. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>
- Stefanelli M. (1993). Comunicação com paciente: teoria e ensino. (2ª ed). São Paulo: Robe
- Thachuk, A. (2007) Obstetrícia, Escolha Informada e Autonomia Reprodutiva: Uma Abordagem Relacional. *Feminismo e Psicologia*, 17, pp. 39-56. <http://dx.doi.org/10.1177/0959353507072911>
- Thomas, R. (2006). Health communication. New York: Springer Science
- Waldow, V. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62 (1). <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100022>

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto Individual de Estágio

PROJETO INDIVIDUAL – ESTÁGIO IV

ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS

Joana Teixeira, n.º 20040001

10 de março de 2022



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

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

PROJETO INDIVIDUAL - ESTÁGIO IV

ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS

Docente:

Prof. Olimpia Cruz

Autora:

Joana Teixeira, nº 200400011

10 de março de 2022

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AFU – Altura do Fundo do Útero

BCF – Batimentos cardíofetais

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CMESMO - Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG - Cardiotocografia

EEESMO – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

LA – Líquido Amniótico

IO – Índice Obstétrico

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de parto

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio IV – ESMO na Sala de Partos, incluído no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), foi proposto a elaboração de um projeto individual de estágio.

O presente estágio tem lugar num hospital de Lisboa e Vale do Tejo, e terá a duração de vinte semanas e uma carga horária de 560 horas. O estágio decorrerá entre o dia 3 de março e o dia 22 de julho, com interregno para férias da Páscoa entre os dias 11 a 17 de abril.

De acordo com a ficha da Unidade Curricular fornecida, o presente estágio terá como principais objetivos de aprendizagem:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Elaborar relatório de estágio.

Relativamente ao presente projeto, este tem como objetivo principal planejar as atividades a desenvolver ao longo do estágio, tendo em conta:

- os conhecimentos que já adquiri,
- os objetivos preconizados pela Escola Superior de Saúde de Santarém,
- as competências gerais do enfermeiro especialista,
- as competências específicas do EEESMO.

De forma a estruturar o projeto para uma melhor compreensão do mesmo, este foi dividido em três partes. Num primeiro momento farei uma breve contextualização do local de estágio, posteriormente apresentarei uma tabela com todo o planeamento das atividades a desenvolver e por último farei as considerações finais do projeto.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Hospital tem uma área de influência que engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes.

Este centro hospitalar tem como principal missão “a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde sociais da comunidade, a custos comportáveis, assumindo-se como um Centro de elevada competência na organização e prestação assistencial, uma referência no esforço de investigação, desenvolvimento e inovação, promovendo a complementaridade entre as três Unidades Hospitalares” (Retirado do site do Hospital a 7/03/2022).

No quinto piso do Hospital X estão localizadas todas as valências relacionada com a área da saúde materna e obstétrica, inseridas no departamento da Área da Mulher e da Criança, nomeadamente: o bloco de partos, o internamento de grávidas/ginecologia, o puerpério, as consultas externas de grávidas/ginecologia, a neonatologia e a urgência obstétrica.

O Departamento da Área da Mulher e Criança é assim composto por uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia e pediatria, ginecologistas/obstetras, pediatras/neonatalogistas, anestesistas, assistentes operacionais, administrativas, uma psicóloga e a assistente social.

2. PLANO DE ATIVIDADES

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar a equipa multidisciplinar do Bloco de Partos e do Serviço de Urgência Obstétrica do Hospital X 	Ao longo da primeira semana de estágio
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Integração (B1.1, B2.1, B2.2, C2.1, D2.3) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação aos membros da equipa multidisciplinar, • Visita à estrutura física do serviço e identificação do seu funcionamento e organização, • Estabelecimento de uma relação de interajuda e comunicação eficaz com a equipa, • Identificação do circuito da grávida desde que chega ao serviço de urgência até ao momento da alta, • Discussão com a enfermeira cooperante e enfermeira chefe sobre método de organização dinâmica da Urgência Obstétrica e Bloco de Partos, • Consulta de membros da equipa de saúde, instruções de trabalho, processos clínicos, protocolos, sistema informático em vigor (<i>SClinico</i>), • Observação dos procedimentos e papel do EEESMO na Urgência Obstétrica e Bloco de Partos, • Elaboração do Projeto Individual do Estágio IV. 	
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Estudante • Equipa Multidisciplinar • Enfermeira Cooperante 	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem prestados à mulher/família, assim como na gestão de recursos humanos e materiais 	Ao longo do estágio
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Domínio da Gestão dos Cuidados (B1 e C2) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Observação dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar no bloco de partos, • Verificação de equipamentos, carro de emergência e mesas de reanimação neonatal, assim como disposição do material e rentabilização do mesmo, • Verificação de prazos de validade e reposição de material sempre que necessário, • Observação das funções e responsabilidades do EEESMO no bloco de partos, • Observação de atividades de gestão de recursos humanos da equipa de enfermagem e gestão de recursos materiais, • Discussão com as enfermeiras cooperantes sobre articulação do serviço com outras instituições de saúde. 	
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Estudante • Equipa Multidisciplinar • Enfermeira Cooperante 	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências cognitivas, técnicas e comunicacionais ao nível da formação em serviço 	Ao longo do estágio
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (A1, A2, B3, C1, D1, D2, 2.1, 2.2, 2.3) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de conteúdos lecionados em contexto de sala de aula e pesquisa bibliográfica relevante, • Participação em situações que contribuam para o processo de aprendizagem, • Discussão e reflexão da prestação de cuidados à mulher/casal/família com as enfermeiras cooperantes e outros elementos da equipa, • Cooperação nos processos de formação existentes no serviço ou na elaboração de protocolos, se pertinente, • Realização de formação, formal ou informal, quando oportuno, em contexto de trabalho, conforme necessidades formativas identificadas, • Divulgação dos seus resultados de investigação. 	
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Estudante • Equipa Multidisciplinar • Enfermeira Cooperante • Mulher/casal/família 	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à Mulher/ Grávida/ Parturiente na Urgência Obstétrica 	Com supervisão até à 5ª semana e autonomamente até à 12ª semana
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (2) • Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão e acolhimento da mulher no serviço de triagem, estabelecendo uma relação terapêutica com a mulher e família, • Observação e colaboração na priorização de cuidados através do sistema de triagem em vigor no serviço (triagem de Manchester), • Observação, consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e realização de entrevista de enfermagem à grávida de forma a colher dados e identificar o motivo da admissão (identificação pessoal, antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos, alergias, queixa), • Avaliação psicológica e física da mulher (estado emocional, contexto familiar, avaliação de sinais vitais, hemodinâmica e ginecológica se aplicável), • Avaliação fetal quando aplicável: auscultação fetal por doppler, realização e interpretação de cardiotocograma e identificação da apresentação fetal por meio das manobras de Leopold, • Colaboração na realização de exames obstétricos com o obstetra e na realização de toque vaginal (avaliação das condições da bacia, dilatação, consistência, apagamento, posição e altura do colo, integridade das membranas, determinação da apresentação, posição, variedade e altura, observação das características do colo uterino), • Educação para a saúde adequada ao motivo de vinda à urgência e reforço de sinais de alerta que motivem nova vinda ao serviço de urgência, no caso de alta. 	
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Estudante • Enfermeira Cooperante • Mulher/grávida 	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados especializados à grávida/parturiente/família tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem 	Com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª e autonomamente até à 20ª.
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (2) • Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento da parturiente/acompanhante e transmissão de segurança e de um clima de confiança criando um ambiente empático e acolhedor, • Favorecimento da presença de um acompanhante escolhido pela mulher, • Realização de teste de sars-cov2 à chegada ao serviço, à grávida e ao acompanhante - após resultado negativo, o acompanhante pode permanecer junto da mulher durante todo o trabalho de parto e até 2 horas após o mesmo, • Envolvimento do acompanhante, identificando o seu circuito no bloco de partos e o seu papel, • Identificação do espaço físico da sala de parto, • Consulta do BSG e realização de entrevista de enfermagem à parturiente de forma a colher dados (sinais iniciais, sinais de rutura da bolsa amniótica, frequência e duração das contrações, movimentos fetais, IO (índice obstétrico), história obstétrica, história ginecológica, grupo de sangue, antecedentes pessoais anteriores, alergias, vigilância da gravidez, intercorrências) e a identificar as suas necessidades e preferências no momento do parto (deambulação, técnicas de respiração, alimentação, acompanhante, contacto pele a pele), • Avaliação psicológica, física e obstétrica da parturiente: 	

	<ul style="list-style-type: none">• Identificação precoce de sinais/sintomas de complicações e chamar obstetra/pediatra senecessário;• Avaliação do bem-estar materno-fetal;• Preparação física da parturiente para o parto conforme protocolo do serviço e tendo em conta as suas preferências;• Realização do exame físico e obstétrico (sinais vitais, manobras de Leopold, altura do fundo uterino (AFU) cardiotocografia (CTG));• Realização do toque vaginal, se não estiver contraindicado (avaliação das condições da bacia, das características do colo, da integridade das membranas e determinação da apresentação, posição, variedade da posição e altura da apresentação);• Identificação do estágio do Trabalho de Parto (TP);• Identificação do padrão das contrações, de existentes;• Monitorização da dor através da escala de avaliação da dor;• Identificação das características do Líquido Amniótico (LA), se rutura da bolsa amniótica;• Colocação do CTG e sua explicação à parturiente/acompanhante, informando que o mesmo se encontra visível na nossa sala de registos e que está sempre a ser vigiado;• Cateterização venosa periférica para administração de fluidos endovenosos e terapêutica;• Colheita de sangue para hemograma e tempos de coagulação, se necessário, e para o kit de células estaminais, se aplicável;• Identificação da realização do curso de Preparação para o Parto e Parentalidade;• Identificação do plano de parto e das expectativas relativas ao trabalho de parto;• Realização de educação para a saúde, de acordo com a evidencia científica;• Solicitação do preenchimento dos consentimentos informados relativamente à colheita de sangue/tecidos para preservação das células estaminais;• Solicitação de ajuda de outro profissional, sempre que a situação saia da minha área e nível de	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>competência;</p> <ul style="list-style-type: none">• Realização de registos claros, concisos e objetivos no sistema informatizado de registos – <i>SCLínico</i> e em suporte de papel;• Asseguração da confidencialidade e da segurança da informação escrita e oral adquirida;• Avaliação dos cuidados prestados à parturiente/família.	
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none">• Estudante• Equipa Multidisciplinar• Enfermeira Cooperante• Grávida/casal/família	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da parturiente/acompanhante durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto 	Com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª e autonomamente até à 20ª.
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo à participação ativa da parturiente e do acompanhante no trabalho de parto e satisfação das suas necessidades, • Vigilância da progressão do trabalho de parto e avaliação de bem-estar fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Contratilidade uterina: frequência, tónus, duração, intensidade através de palpação e CTG - Exame vaginal: observação das características do colo uterino (dilatação, consistência, apagamento, posição e altura do colo) e progressão da apresentação (apresentação, atitude, variedade e o plano), - Observação da integridade das membranas: registo da hora da rotura e características do líquido amniótico (cor, aspeto e quantidade), - Reconhecimento precoce de complicações inerentes a este estágio (adequada interpretação dos três componentes do TP – canal de parto, contrações e feto), - Interpretação do padrão dos BCF (batimentos cardíofetais) e correlação com contratilidade uterina materna. • Conhecimento dos procedimentos de monitorização fetal – interna e externa, • Reconhecimento precoce de complicações inerentes a este estágio (adequada interpretação dos três componentes do TP – canal de parto, contrações e feto), • Controlo do padrão de eliminação vesical da parturiente, incentivando-a ao esvaziamento vesical de 2 em 2 horas e caso não consiga efetuar esvaziamento através de sonda, • Conhecimento de administração de terapêutica específica no TP, 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das condições materno fetais para a utilização da terapêutica específica do TP, • Avaliação da atitude da parturiente face à dor e gestão da dor durante o trabalho de parto centrada na mulher com medidas farmacológicas (analgesia sistémica/epidural) e/ou não farmacológicas, • Avaliação da atitude da parturiente face à dor e gestão da dor durante o trabalho de parto centrada na mulher com medidas não farmacológicas – mobilização, massagem, exercícios na bola de pilates,... • Monitorização da dor através da escala de avaliação da dor, • Colaboração na realização de analgesia epidural (preparação do material necessário, avaliação de sinais vitais, administração de fluidos endovenosos, colaboração no posicionamento correto da parturiente, esclarecimento das dúvidas da parturiente/acompanhante), • Avaliação da resposta da parturiente à analgesia epidural, detetando precocemente complicações, • Promoção da alternância de decúbitos laterais, de 30 em 30 minutos, para aumentar a eficácia da analgesia, • Informação à parturiente/acompanhante sobre os procedimentos a realizar e evolução do TP; • Identificação dos sinais eminentes de instalação do 2º estágio do TP, • Realização de educação para a saúde, de acordo com a evidência científica; • Solicitação de ajuda de outro profissional, sempre que a situação saia da minha área e nível de competência; • Realização de registos claros, concisos e objetivos no sistema informatizado de registos – <i>SClinico</i>, em suporte de papel e no partograma. 	
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa Multidisciplinar • Enfermeira Cooperante • Parturiente e companheiro • Estudante 	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da parturiente/ acompanhante e RN durante o 2º Estádio do Trabalho 	Com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª e autonomamente até à 20ª.
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do 2º estágio do trabalho de parto por meio da observação do comportamento da mulher e exame vaginal: eficácia da contratilidade uterina, analgesia, condição física e emocional, posição da mulher, adequação pélvica, apresentação, variedade e grau de descida da apresentação e características do colo uterino (dilatação, consistência, apagamento, posição e altura do colo), • Avaliação contínua do bem-estar fetal por cardiotocografia, • Verificação da funcionalidade e preparação do equipamento necessário de forma organizada para o parto e cuidados ao RN, • Preparação e apoio da mulher e acompanhante durante esforços expulsivos com estimulação verbal, • Avaliação das condições relativas à presença e participação ativa do acompanhante no nascimento, • Identificação precoce dos desvios ao padrão normal de evolução do parto, referenciando as situações em conjunto com a Enfermeira Cooperante (alterações do bem-estar fetal, dinâmica uterina inadequada, dificuldade na descida da apresentação, período expulsivo prolongado, sinais e sintomas de infeção, lacerações do períneo, distocia de ombros), • Realização de episiotomia, se necessário, • Realização de manobras para proteger o períneo e auxiliar o nascimento, • Pesquisa de círculos cervicais, e laqueação do cordão quando necessário, • Permitir o cordão umbilical parar de pulsar antes da realização do corte do mesmo, • Envolvimento do pai no corte do cordão umbilical, se for a vontade do mesmo, • Estabelecimento precoce do contato pele a pele entre a mãe e o bebê, • Elaboração de registos de enfermagem no programa informático <i>SClinico</i>, BSG e Boletim de Saúde Infantil, 	

	<ul style="list-style-type: none">• Identificação de desvios do padrão normal de evolução do TP, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação,• Participação em partos distócicos.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none">• Estudante• Equipa Multidisciplinar• Enfermeira Cooperante• Parturiente/Companheiro/RN

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> ● Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da parturiente/ acompanhante durante o 3º Estádio do Trabalho de Parto 	Com colaboração até à 5ª semana, com supervisão até à 12ª e autonomamente até à 20ª.
Competências	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecimento do 3º estágio do trabalho de parto e mecanismo de descolamento da placenta por meio da observação da mulher e sinais de dequitação (contração uterina, mudança da forma do útero, saída de sangue à vulva, descida do cordão, aumento de volume vaginal), ● Esclarecimento da parturiente acerca dos procedimentos inerentes a esta fase, incentivando à sua colaboração, ● Execução de movimentos circulares das membranas, durante a exteriorização da placenta, usando o seu próprio peso, ● Revisão placentar detalhada, ● Identificação precoce de complicações e fatores de risco, referenciando as situações em conjunto com a Enfermeira Cooperante (retenção de placenta, dequitação incompleta, atonia, inversão uterina e traumatismo do canal de parto), ● Após dequitação ativa/passiva verificação: globo de segurança de Pinard, perdas de sangue, observação da placenta e membranas e administração de uterotónicos de acordo com o grau de risco de cada mulher, ● Identificação dos tecidos a suturar através da inspeção do canal de parto, ● Classificação do tipo de laceração - 1.º, 2.º, 3.º e 4.º grau, ● Colocação de tamponamento vaginal antes de iniciar a reconstrução perineal, ● Execução da reconstrução perineal – episiorrafia, ● Realização de revisão da vulva e períneo, pesquisa de hemorragia e integridade da ampola retal e remoção de tamponamento, ● Aplicação de gelo na região perineal, para diminuir o edema, ● Realização de educação para a saúde no que concerne aos cuidados perineais e episiorrafia, de acordo com a evidência científica e atendendo sempre ao estado da parturiente após o parto, ● Realização de expressão uterina, 	

	<ul style="list-style-type: none">● Reavaliação do globo de segurança de Pinard,● Promoção do processo de vinculação precoce e amamentação, respeitando a vontade da parturiente,● Elaboração de registos de enfermagem no programa informático <i>SClinico</i>.	
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none">● Estudante● Equipa Multidisciplinar● Enfermeira Cooperante● Parturiente/Companheiro/RN	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da puérpera/família e RN durante o 4º Estádio do Trabalho de Parto 	Com supervisão até à 5ª semana e autonomamente até à 12ª semana
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento da puérpera acerca dos procedimentos inerentes a esta fase, incentivando à sua colaboração, • Avaliação cuidada da puérpera após o parto, de acordo com o tipo de parto: estado emocional, relação da tríade, sinais vitais, características da pele, mamas, globo de segurança de Pinard, lóquios, períneo, eliminação vesical e estado geral, • Identificação precoce de complicações e fatores de risco, referenciando as situações em conjunto com a Enfermeira Cooperante, • Esclarecimento acerca da importância do contato pele a pele e do toque, como forma de promover a vinculação eficaz, • Apoio durante a mamada, promovendo a confiança da puérpera, • Envolvimento do pai na amamentação, incentivando-o a apoiar o RN e puérpera, • Promoção da vinculação da tríade, • Esclarecimento acerca da amamentação: posicionamento horário das mamadas, pega correta, cuidados com as mamas e mamilos, • Orientação da puérpera/casal tendo em conta as necessidades de educação para a saúde identificadas no período pós-parto, • Realização de procedimentos para a transferência da puérpera e RN para internamento (expressão uterina, alimentação da puérpera se desejar, remover cateter epidural, manter acesso venoso periférico), • Esclarecimento dos horários de visita e quaisquer outras dúvidas relativamente ao serviço de internamento, • Transmissão de toda a informação relativa à puérpera, RN e parto ao enfermeiro do serviço de internamento, • Elaboração de registos específicos, claros e concisos acerca de todas as intervenções realizadas, 	

	<ul style="list-style-type: none">• respostas da díade/tríade, utilizando linguagem especializada.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none">• Estudante• Equipa Multidisciplinar• Enfermeira Cooperante• RN/puérpera/companheiro

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem ao recém-nascido durante as primeiras duas horas de vida, segundo a metodologia científica 	Com supervisão até à 5ª semana e autonomamente até à 12ª semana
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Cuida a mulher/RN inseridos na família e comunidade durante o período pós-natal (4) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação, aquecimento e verificação da unidade de reanimação do RN, incluindo material de aspiração e ventilação, caso seja necessário; • Preparação da roupa do RN; • Verificar a hora exata do nascimento; • Receção do RN em pano aquecido; • Manutenção da temperatura do RN, mantendo-o sob fonte de calor, limpando e secando imediatamente após o nascimento; • Desobstrução das vias aéreas superiores com aspiração a baixa pressão e em movimentos suaves, se necessário; • Avaliação do índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida; • Observação física e neurológica do RN, com rigor técnico e científico, despistando precocemente alterações morfológicas e/ou funcionais; • Referenciação do RN para outros profissionais, se presentes alterações morfológicas e ou funcionais que estejam para além da minha área de atuação/competência; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração com a equipa multiprofissional no tratamento do RN com alterações morfológicas/ou funcionais; • Laqueação do excedente do cordão umbilical, se necessário; • Verificação da presença de duas artérias e uma veia no cordão umbilical; • Avaliação do peso do RN; • Administração de 1mg de Fitomenadiona (Vitamina K) por via intramuscular no terço médio da face anterior da coxa esquerda, para prevenir a doença hemorrágica; • Colocação de pulseira de identificação e antirroubo; • Envolver o RN numa “mantinha” aquecida e colocá-lo junto da mãe/pai, promovendo a continuidade do processo de vinculação precoce da tríade; • Realização de registos claros, concisos e objetivos no sistema informatizado de registos – <i>SClinico</i>, em suporte de papel e no BSIJ. 	
<p>Intervenientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudante • Equipa Multidisciplinar • Enfermeira Cooperante • RN/pais 	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação 	Ao longo do estágio
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Domínio das práticas de qualidade e programas de melhoria continua (B2, C1, D1, D2) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de momentos de introspeção e reflexão pessoal acerca do estágio e dos cuidados prestados após os turnos realizados, • Estabelecimento de momentos de partilha e reflexão com a professora e/ou enfermeiras cooperantes, • Apresentação e discussão do projeto de estágio com a enfermeira cooperante e com a professora, de forma a receber críticas construtivas para melhoria do mesmo, • Avaliação e autoavaliação da prestação de cuidados realizada ao longo do estágio, • Elaboração de um relatório final de estágio de componente reflexiva sobre a prática de cuidados e o alcance dos objetivos estipulados previamente no projeto de estágio. 	
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Estudante • Enfermeira cooperante • Professora cooperante 	

Objetivos Específicos de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver competências na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 	Ao longo do estágio
Competências	<ul style="list-style-type: none"> Domínio das práticas de qualidade e programas de melhoria continua (D) 	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> Realização de um estudo sobre um problema de enfermagem, através de uma revisão sistemática da literatura, tendo por base a temática “A influência da comunicação EEESMO-parturiente na progressão do trabalho de parto”, Compreensão da importância da comunicação EEESMO-parturiente durante o trabalho de parto, Escuta ativa de mulheres relativamente a experiências de parto anteriores, Realização de um questionário às mulheres de forma a compreender se sentiram que a comunicação influenciou positiva ou negativamente a progressão de partos anteriores, e de que forma, Auscultação dos EEESMO do serviço relativamente a experiências anteriores em que tenham verificado influências positivas/negativas do tipo de comunicação na progressão do trabalho de parto, Pesquisa bibliográfica em bases de dados fidedignas relativamente à temática, Verificação se existe, de facto, uma relação entre a comunicação e a progressão do trabalho de parto, Partilha de conhecimentos sobre os contributos obtidos com as enfermeiras cooperantes e restante equipa de enfermagem, Realização de reuniões com a professora orientadora Olimpia Cruz, a fim de estruturar o estudo da situação, Apresentação da situação em estudo em sala de aula e em prova pública. 	
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> Estudante Enfermeira cooperante Professora cooperante Equipa de Enfermagem 	

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente projeto permitiu-me planear e refletir acerca da minha aprendizagem ao longo do presente estágio, de forma a organizar o meu pensamento e estruturar a prática dos meus cuidados de enfermagem.

Após a elaboração do mesmo, pretendo ir atingindo as atividades a que me propus ao longo do presente estágio.

Importa ainda salientar que o projeto poderá sofrer alterações de acordo com obstáculos encontrados ou novas atividades que surjam e me permitam enriquecer a minha prática enquanto futura EEESMO. Para além disso, as datas estipuladas poderão sofrer alterações tendo em conta o aproveitamento de todas as oportunidades que surjam e que contribuam para o meu processo formativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiros Especialista*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências específicas do enfermeiroespecialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem

Apêndice II – Apresentação dos resultados dos artigos da “*Scoping Review*”

Comunicação EESMO-parturiente

A influência na progressão do trabalho de parto



AEESMO Joana Teixeira
Professora Olímpia Cruz
EESMO's cooperantes

Plano de sessão

Local: Seminário
Dia: 21/22 julho
Duração: 20 minutos

1 Apresentação da temática

Apresentação da questão de pesquisa, bases de dados utilizadas, limitadores, expressão de pesquisa e critérios de inclusão e exclusão

2

Apresentação dos artigos incluídos na scoping review e discussão dos resultados

3

Objetivo geral: Dar a conhecer os resultados dos estudos encontrados no âmbito da temática

Objetivos específicos:

Apresentar as etapas do protocolo da JBI, de acordo com o tema em estudo

Discutir o papel do EESMO relativamente à temática

Revisão sistemática da literatura

Questão: Qual a influência da comunicação do EESMO/parturiente na progressão do trabalho de parto?

Objetivo: Mapear a evidência científica relativamente à comunicação EESMO-parturiente e sua influencia na progressão do TP

Bases de dados: EBSCOhost e PubMed

Limitadores genéricos: período de tempo compreendido entre maio de 2017 e maio de 2022, humanos.

Expressão de pesquisa:
Communication and parturition and obstetric nursing

Critérios de inclusão (PCC):

(P) enfermeiros em enfermagem de saúde materna e obstétrica e parturientes (C) comunicação, trabalho de parto, intervenções de enfermagem (C) maternidade e salas/blocos de partos.

Artigos incluídos



1

"Comunicação verbal da diade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto"



2

"Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study"



3

"Woman's needs and satisfaction regarding the communication with doctors and midwives during labour, delivery and early postpartum"

Artigos incluídos

"Comunicação verbal da cidade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto"

Autores: Bessera B., Oliveira P., et al.
Ano: 2019
País: Brasil

Objetivo: Analisar a comunicação verbal enfermeiro-parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto em dois países lusófonos.

Metodologia: Estudo quantitativo. 709 interações. Analisaram-se as variáveis: acompanhante, funções: conativas, vocativas, conativas imperativas, emotiva, impressiva, referencial/contexto, contato/oral e código.

"Apoio prestado por parceiras a mulheres durante o TP num hospital público, província de Limpopo, África do Sul: um estudo de observação participante"

Autores: Mapule M.
Ano: 2008
País: Sul Africa

Objetivo: Determinar qual o apoio prestado pelas parceiras durante a assistência ao parto num hospital público da Província do Limpopo.

Metodologia: Estudo qualitativo, em que foi utilizada a observação participante de 24 mulheres e 12 parceiras. Os dados foram agrupados em 5 temas: comunicação mulher-parceira, suporte informativo, atitudes de apoio emocional, interpretação da dor e atitudes de suporte durante o TP.

"Necessidades e satisfação da mulher em relação à comunicação com médicos e parceiras durante o trabalho de parto, parto e puerpério"

Autores: Baranowska B., Pawlida P., et al.
Ano: 2003
País: Polónia

Objetivo: Identificar as diferenças das necessidades de comunicação das parturientes e das mulheres em trabalho de parto e no pós-parto imediato.

Metodologia: Estudo qualitativo, transversal e descritivo. Pesquisa aplicada a 523 mulheres de dois hospitais, através de questionários.

Análise dos artigos

Compreender as preferências das parturientes

Fazer perguntas

Avaliação da dor

Comunicar na presença de acompanhante

Transmitir tranquilidade

Utilização de linguagem comum

Ouvir

Comunicação não verbal

Informar

Capacitar as parturientes

COMPREENDER AS PREFERÊNCIAS DA PARTURIENTE

No artigo de Bessera G. et al. (2019) os enfermeiros obstetras cabo-verdianos **solicitaram significativamente informações das parturientes** — por exemplo, a localidade em que elas residiam, indagações a respeito da ingestão de alimentos e questão sobre o conforto do ambiente (temperatura).

Baranowska B. (2021) no seu estudo vem corroborar que **reunir informações das mulheres sobre as suas preferências** em relação aos meios e intensidade de comunicação durante o parto e puerpério precoce e ficar atenta às mudanças das suas necessidades de acordo com o contexto e a situação **é fundamental**.

No entanto no estudo de Maputle M. (2018) apenas 8% das parteiras determinaram as preferências culturais/pessoais da parturiente.

"O conhecimento das expectativas da parturiente proporciona aos enfermeiros a compreensão das preocupações da parturiente, fornecendo a informação adequada e diminuindo o seu stress".
(Fatia A. & Tinoco L., 2016, p. 311)

INFORMAR

Segundo Bessera G. et al. (2019) e Baranowska B. (2021) **receber informações foi o aspeto mais desejado da comunicação verbal** por parte das parturientes. Informar ajuda a outra pessoa a tomar decisões, contribui para reduzir a ansiedade e ir ao encontro das suas necessidades. (Potter P. & Perry A., 2018).

No estudo de Maputle M. (2018) uma participante referiu que as enfermeiras deveriam ter dado **informações para que a mesma pudesse fazer escolhas informadas**, como técnicas de relaxamento, mantendo a mesma atualizada relativamente ao trabalho de parto.

O facto das parturientes estarem informadas vai influenciar o decorrer de trabalho de parto, uma vez que proporciona às mesmas uma sensação de segurança e controlo.

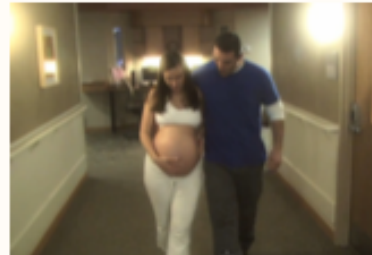


CAPACITAR AS PARTURIENTES

Segundo os artigos analisados, nota-se a preocupação dos profissionais em **tornar a mulher mais participativa, cooperativa e inserida no contexto do parto**. No entanto, ainda existem falhas no que toca à informação transmitida.

Tanto no Brasil como em Cabo Verde, segundo estudo de Bessera G. et al. (2019), as **mulheres foram incentivadas a caminhar** para a evolução do trabalho de parto ser mais rápida. Em Cabo Verde, grande parte das **parturientes não aceitaram a orientação, devido à ausência de informação** referente aos benefícios da deambulação no trabalho de parto ativo.

No estudo realizado por Baranowska B. (2021) uma parturiente referiu que a **enfermeira solicitou que ela inspirasse e expirasse mas ela não entendeu o porquê**. Segundo a teoria de comunicação verbal usada no estudo de Bessera G. et al. (2019), é importante perceber se a mensagem verbal recebida corresponde a transmitida.



TRANSMITIR TRANQUILIDADE

No estudo de Bessera G. et al. (2019) os enfermeiros brasileiros e cabo-verdianos, direcionavam os assuntos de forma **tranquila e acolhedora**, enfatizando a importância da participação da mulher no trabalho de parto ativo e na assistência propriamente dita e no estudo de Maputle (2018) **67% demonstrou atitude tranquilizadora para com as parturientes** durante o parto.

Relatando um incidente durante o estudo de Maputle M. (2018), uma parteira participante estava muito nervosa e impaciente, a tal ponto que pouca ou nenhuma explicação foi dada durante a prestação de cuidados. Portanto, a parturiente ficou absolutamente aterrorizada, pois nenhuma palavra de conforto foi proferida pela parteira.



Isso resultou na parturiente não cooperar durante o processo de trabalho de parto.



COMUNICAR NA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE

Os artigos de Bessera G. et al. (2018) e Mapule M. (2018) referem-se à **presença do acompanhante como um aspeto fundamental para a comunicação EESMO-parturiente**, no entanto em ambos os estudos existem lacunas relativamente ao incentivo a presença do mesmo, sendo que no estudo de Mapule nenhuma das parceiras encorajou a presença de um acompanhante.

Segundo Bessera G. et al. (2019), o facto da **comunicação se realizar na ausência do marido, pode aumentar a insegurança e o medo da mulher durante o trabalho de parto**, trazendo como consequência maior duração do processo. Segundo Balaskar J. (2017) medo e ansiedade produzem hormonas do tipo da adrenalina que são inibidoras do trabalho de parto. Algumas mulheres precisam sem dúvida, de ter apoio e de um contacto próximo durante o trabalho de parto.

~~Comunicação s/
Acompanhante~~

+ Insegurança
Medo
Ansiedade

↑ Duração TP

UTILIZAÇÃO DE LINGUAGEM COMUM

O tipo de linguagem mais usada no Brasil e em Cabo Verde, no estudo de Bessera G. et al. (2019), foi a **linguagem comum, evitando o uso de termos técnicos**.

Segundo Potter P. & Perry A. (2018) dar informações em linguagem simples e explicando os termos médicos, **ajuda a outra pessoa a tomar decisões, contribui para reduzir a ansiedade e ir ao encontro das necessidades do utente**.

A parturiente ao compreender aquilo que queremos transmitir, vai ficar tranquila, o que vai favorecer a progressão do trabalho de parto.



FAZER PERGUNTAS

No estudo de Baranowska B. (2021) um grupo considerou o trabalho de parto e nascimento como um **processo fisiológico**. Para estas mulheres a **comunicação intensa durante o trabalho de parto e nascimento** (fazer muitas perguntas, fornecer grandes quantidades de informações e ser tocada) foi mais **perturbadora**.

Segundo Balaskas J. (2017) um trabalho de parto e uma transição vívidos verdadeiramente sem perturbações, com níveis hormonais ótimos, normalmente resulta num período expulsivo muito curto, de aproximadamente menos de 10 minutos.

Por outro lado, o estudo demonstrou que num **trabalho de parto medicalizado ou instrumentado**, o sistema cognitivo é estimulado. Nestes casos **fazer perguntas foi menos perturbador** para as mulheres.



AVALIAÇÃO DA DOR

No estudo de Maputle M. (2018) as **parturientes sentiram dor intensa** durante todo o trabalho de parto, enquanto a **dor percebida pelas parteiras era leve a moderada** no início do trabalho de parto. No final do parto a dor foi percebido de forma real pelas enfermeiras.

Muito poucas parturientes receberam analgésicos conforme prescrito e não foram utilizadas medidas não farmacológicas de alívio da dor conforme adequado.

A pesquisa da dor indicou que **as parteiras muitas vezes avaliam a dor dos pacientes de forma imprecisa, provavelmente devido a uma comunicação ineficaz**.



DOR
DESESPERO



DURAÇÃO DO
PROCESSO

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

O estudo de Baranowska B. (2021) verificou que o **toque** no trabalho de parto também é considerado uma **forma de enfrentamento da dor intensa**. No entanto, a pesquisa mostra que **o toque não é desejado em todas as fases** do trabalho de parto e **nem todas as mulheres o percebem como algo confortável**. Assim, procurar o consentimento das mulheres é muito importante.

Por outro lado, no estudo Baranowska B. (2021) manter o contato visual foi mais útil do que ser tocado.

Em muitas situações, uma comunicação não verbal de apoio em vez de uma comunicação verbal diretiva, oferecida de acordo com a regra "**quanto menos fazemos, mais damos**", pode ser mais benéfica para a progressão do trabalho de parto.

Normalmente, temos tendência a preencher o silêncio com palavras, mas o silêncio pode ser fundamental... Por vezes, interromper um silêncio pode ser visto como desrespeitoso, uma vez que pode ser importante para a outra pessoa. (Potter P. & Perry A., 2018).



OUVIR

No estudo de Bessera G. et al. (2019) as parturientes brasileiras e cabo-verdianas dialogaram com os enfermeiros sobre seu processo de trabalho de parto, **verbalizando sensações** que sentiam durante o processo (vontade de vomitar, vontade de fazer força, perda de líquido amniótico...)

Tanto no Brasil como em Cabo Verde, **a audição foi a forma de contacto mais usada** na interação enfermeiro-parturiente.

Por outro lado, no estudo de Mapule (2018), as parturientes referiram que as parteiras deveriam ser mais pacientes e ouvi-las, apenas **8% das parteiras permitiam que as parturientes fizessem perguntas** durante o trabalho de parto.

Ouvir as necessidades da parturiente torna-se necessário para que as mesmas sejam respeitadas e estas se sintam acolhidas e respeitadas e consequentemente seguras.



Papel do Enfermeiro ESMO

Na ausência de uma definição padronizada de "comunicação efetiva", o grupo de desenvolvimento de diretrizes (GDD) concordou que a comunicação efetiva entre a equipe de assistência à maternidade e as mulheres durante o TP e parto deve incluir:

- Oferecer à mulher as **informações** de que necessita de forma clara e concisa, **evitando termos médicos**;
- Respeitar e **responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher**;
- Apoiar as necessidades emocionais da mulher, por meio de encorajamento, elogio e **escuta ativa**;
- Apoiar a mulher e garantir que suas escolhas sejam apoiadas;
- Garantir que os procedimentos sejam explicados à mulher e que seja obtido o **consentimento informado**;
- Encorajar a mulher a **expressar as suas necessidades**, preferências e expectativas, e atualiza-la regularmente sobre o TP, **esclarecendo dúvidas**.

(OMS, 2018)

Considerações finais

Não existe uma fórmula secreta para comunicar.

Cada mulher tem necessidades diferentes, e só **ouvindo** a mesma é que conseguimos compreender as suas necessidades, adequando a nossa forma de comunicar.

Informar, tocar, ficar em silêncio, tudo pode ser benéfico para a progressão do trabalho de parto, dependendo claro, das necessidades da parturiente.

A **forma como comunicamos** tem **influência** direta na **confiança, tranquilidade e capacitação da parturiente**, o que consequentemente tem implicações na progressão do trabalho de parto.

É necessário haver mais estudos relacionados com a presente temática.

Referências bibliográficas

- Belauskas J. (2017). Parto ativo: Guia Prático para o Parto Natural. (3ª ed.). São Pedro do Estoril: 4 Estações
- Barszowska, B., et al. (2021). Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum Healthcare, vol. 9, n. 4, p. 382
- Faria, A. & Tinoco L. (2018). Trabalho de Parto. In Nêre M. & Sequeira, C. (2018). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Joap. 11, p. 308-320. Lisboa, Portugal: LIDEL
- Graça, L. M. (2017). Medicina Materno Fetal (2ª ed.). Lisboa: Lidel
- Mapule, M. (2018). Support Provided by Midwives to Women during Labour in a Public Hospital, Limpopo Province, South Africa: A Participant Observation Study. BMC Pregnancy and Childbirth, vol. 18, no. 1
- Marciana, P. et al. (2020). Comunicação verbal da dade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. Rev Bras Enferm, vol. 73, no. 5
- OMS (2018). WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Obtido em 05 de junho de 2022, de: <https://www.who.int/publications/item/9789241550215>
- Potter P. & Perry A. (2018). Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos (10ed.). Loures: Lusocência
- Sampelle C. (2005). Provider Support of Spontaneous Pushing During the Second Stage of Labor. JOGNN: Clinical Research, Vol.34, n.6 King
- WHO. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Obtido em 7 de novembro de 2020, de World Health Organization: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Grata pela atenção!



ANEXOS

ANEXO I – Síntese de Registo de Atividades Práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	Nº
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	125
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	100
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	40
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	10
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	8
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	25
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i>	20
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	8
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	13
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	105
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	109
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	20
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	87
Prática simulada/ <i>Simulated practice</i>	
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	X

Santarém, 19 de dezembro 2022

Estudante/*Student* Jana Batista Gonçalves Martinho Teixeira

Professor/*Teacher* Olimpia Cruz

Coordenador do Curso/*The course coordinator* Helicador

Anexo II – Scoping review

Review Title

Comunicação EEESMO/parturiente: influência na progressão do trabalho de parto: Uma *Scoping Review*

Reviewers

Teixeira, Joana¹ 200400011@essaude.ipsantarem.pt

Cruz, Olímpia² olimpia.fonseca@essaude.ipsantarem.pt

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

² Professora ESSS_IPSantarém

Center conducting the review

Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde - ESSS

Review question

Qual a influência da comunicação do EEESMO/parturiente na progressão do trabalho de parto?

Objective

Mapear a evidência científica sobre a comunicação EEESMO-parturiente e a sua influência na progressão do trabalho de parto.

Key word (MesH Descriptors):

- communication
- obstetric nursing
- parturition

Background

A comunicação é o processo de transmissão de palavras e interpretação do seu significado. Enquanto competência de enfermagem, a comunicação é conseguida através de estudo e dedicação (Potter P. & Perry A., 2018).

A interação entre duas pessoas ou no núcleo de um pequeno grupo é chamada de comunicação interpessoal. Visto que as mensagens recebidas podem ser díspares das mensagens pretendidas, o significado deve ser confirmado entre os mediadores. A comunicação interpessoal eficaz passa por partilha de ideias, resolução de dificuldades, expressão de sensações, tomada de decisão, realização dos objetivos, espírito de equipa e crescimento pessoal (Potter P. & Perry A., 2018).

As mensagens podem ser transmitidas de forma verbal e não-verbal. As pessoas exprimem-se através de linguagem, movimentos, gestos, tom de voz, expressão facial e utilização do espaço. Em qualquer situação são vários os aspetos que afetam a comunicação e as relações interpessoais: o estado físico e psicológico dos participantes, a natureza da sua relação, o ambiente, a situação que leva a comunicação, assim como os elementos socioculturais (Potter P. & Perry A., 2018).

À semelhança de qualquer agente terapêutico, a comunicação pode ter consequências positivas ou negativas. Qualquer mudança de atitude, gestos ou expressões, podem ser mal interpretados, ou não. A comunicação deve ser utilizada de forma adequada, em vez de ser indevidamente usada para intimidar ou coagir outros. Hipoteticamente, uma boa comunicação confere capacidades aos outros, e permite às pessoas conhecerem-se melhor e fazerem as suas próprias escolhas (Potter P. & Perry A., 2018).

Dar informações, ajuda a outra pessoa a tomar decisões, contribui para diminuir a ansiedade e ir ao encontro das necessidades do utente. Ao transmitir essas informações, o EEESMO deve ter em conta que o utente tem o direito de fazer as suas próprias escolhas. Deve falar em linguagem simples e esclarecer os termos médicos, de forma a fomentar a autonomia do utente (Potter P. & Perry A., 2018).

Durante a interação interpessoal, as pessoas mantêm, de forma consciente, distâncias entre si, consoante a natureza da sua relação e da situação. Quando o espaço pessoal fica ameaçado, as pessoas têm uma resposta de defesa e comunicam menos, uma vez que o espaço da pessoa é individual e muda de pessoa para pessoa (Potter P. & Perry A., 2018).

Segundo Graça (2017) entende-se por trabalho de parto (TP) todo o processo fisiológico (espontâneo ou induzido) pelo qual os produtos da concepção são expulsos da cavidade uterina, através do canal vaginal para o meio exterior, sendo eles: feto, líquido amniótico, placenta e membranas. Esse processo caracteriza-se pela contratilidade uterina regular, extinção cervical, dilatação do colo uterino, progressão do feto através do canal de parto e por último a expulsão do mesmo para o meio extrauterino.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) apresenta um conjunto de competências clínicas especializadas e a certificação técnico-científica que validam a sua prestação enquanto enfermeiro diferenciado assumindo

no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvido processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13561).

Na ausência de uma definição uniformizada de “comunicação efetiva”, segundo a OMS (2018), o grupo de desenvolvimento de diretrizes (GDD) concordou que a comunicação efetiva entre a equipa obstétrica e as mulheres durante o trabalho de parto e parto deve incluir:

- Oferecer à mulher e sua família as informações de que necessitam de forma clara e concisa (na língua falada pela mulher e sua família), evitando jargões médicos e utilizando materiais pictóricos e gráficos quando necessário para comunicar processos ou procedimentos;
- Respeitar e responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher;

- Apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, por meio de encorajamento, elogio, reafirmação e escuta ativa;
- Apoiar a mulher a entender que ela tem uma escolha e garantir que suas escolhas sejam apoiadas;
- Garantir que os procedimentos sejam explicados à mulher e que seja obtido da mulher o consentimento informado verbal e, quando apropriado, por escrito para exames pélvicos e outros procedimentos;
- Encorajar a mulher a expressar as suas necessidades e preferências, e atualizar regularmente ela e sua família sobre o que está acontecendo, e perguntar se elas têm alguma dúvida.

Segundo Fatia A. & Tinoco L. (2016), o EEESMO deve desenvolver uma relação de confiança com o utente, sem julgamentos, através de uma comunicação eficaz. A satisfação materna com o nascimento está mais relacionada com as atitudes dos profissionais de saúde, do que com o alívio da dor. Os comportamentos dos profissionais devem incluir estratégias específicas tais como: conversar, auxiliar a concentração através da focalização de pontos ou imagens, contribuindo assim para a diminuição da ansiedade, e conseqüente satisfação materna.

No que toca à comunicação não-verbal, segundo Fatia A. & Tinoco L. (2016), o toque pode transmitir conforto a parturiente, no entanto o EEESMO deve ter sempre em consideração as dissemelhanças culturais e o gosto da parturiente, apropriando o toque a cada situação.

O suporte de informação também é essencial, uma vez que proporciona à parturiente a obtenção de conhecimento apropriado acerca do trabalho de parto, e dá-lhe a oportunidade de se envolver na tomada de decisão (Amaral A. & Martins C., 2016). Para além disso, “o conhecimento das expectativas da parturiente proporciona aos enfermeiros a compreensão das preocupações da parturiente, fornecendo a informação adequada e diminuindo o seu *stress*” (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

No início do período expulsivo, a parturiente precisa de privacidade para uma produção hormonal adequada, neste sentido deve minimizar-se tudo o que distraia a mesma. Raramente uma parturiente precisa que lhe transmitam como deve proceder no período

expulsivo, mas deve ser estimulada a deixar acontecer e a fazer força quando sentir que está na altura (Balaskas J., 2017).

Normalmente, temos tendência a preencher o silêncio com palavras, mas o silêncio pode ser fundamental para observar e avaliar a forma de dizer as coisas e refletir sobre o que foi transmitido. Por vezes, cessar um silêncio pode ser visto como desrespeitador, uma vez que pode se indispensável para a outra pessoa (Potter P. & Perry A., 2018).

Ainda há uma enorme falta de conhecimento sobre o tipo de cuidado que propicie eficazmente a libertação de hormonas no parto, tornando-o mais simples e diminuindo a necessidade de intervenções (Balaskas J., 2017).

Segundo Balaskas (2017), o esforço expulsivo é muito mais eficaz se a mulher não for perturbada. Um trabalho de parto vivido sem desconcentrações contribui para a manutenção de níveis hormonais ótimos, resultando num período expulsivo muito curto – cerca de 10 minutos. A ocitocina - “hormonas tímidas” - são muito suscetíveis a fatores ambientais. Um ambiente calmo é fundamental para permitir que a parturiente liberte estas hormonas e naturalmente as mesmas facilitem as contrações uterinas.

Num ambiente que fomente o progresso do trabalho de parto é essencial evitar o estímulo do neocórtex. Quando esta estimulação acontece, há excreção de adrenalina que age como antagonista e inibe a produção de ocitocina e endorfinas. Um alto nível destas hormonas leva a contrações menos eficazes, maior consciência da dor e ao progresso mais lento do TP. (Balaskas J., 2017)

Para algumas mulheres, privacidade pode significar ficarem num quarto sozinhas, tendo a segurança de que têm por perto um EEESMO e o companheiro – que podem ser chamados a qualquer momento. No entanto, para outras mulheres, pode ser aterrador estarem sozinhas. Medo e ansiedade geram hormonas do tipo da adrenalina que são inibidoras do trabalho de parto. Estas mulheres precisam de ter suporte, seja emocional ou físico, e de um contacto próximo durante o trabalho de parto. Nestes casos a presença do EEESMO é essencial (Balaskas J., 2017).

Tanto na comunicação verbal, como na não-verbal, o enfermeiro deve considerar as diferenças culturais e assegurar-se que a informação é corretamente entendida pela parturiente (Fatia A. & Tinoco L., 2016)

A OMS (2018) vem reforçar a importância da comunicação durante o trabalho de parto, recomendando uma comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados de maternidade e as mulheres em trabalho de parto, utilizando métodos simples e culturalmente aceitáveis, para uma experiência de parto positiva.

Inclusion criteria

Types of participants

Mulheres em trabalho de parto e/ou parteiras

Concept

Comunicação; intervenções de enfermagem

Context

Hospital

Types of studies

Paradigma: estudos qualitativos, quantitativos ou mistos.

Search strategy

A prática baseada na evidência encontra-se em constante evolução, notando-se cada vez mais um crescimento de pesquisas e realização de revisões sistemáticas. Os diferentes tipos de revisão e as diferentes formas de evidência exigem o desenvolvimento de novas abordagens que são notoriamente cada vez mais eficazes e rigorosas. Em 2009 Grant e Booth, segundo Ehrich et al. (2002) e Anderson et al. (2008) citado por (Peters, et al., 2020) identificaram 14 tipos de avaliações. Sendo a *Scoping Review* uma delas.

Para a elaboração de uma *Scoping Review*, a estratégia de pesquisa, deve além de ser o mais abrangente possível, ter em conta as restrições temporais e de recursos, com o intuito de identificar a literatura cinzenta, ou seja, aqueles documentos que não foram desenvolvidos no âmbito da investigação e também aqueles que são publicados com base em investigação (Peters, et al., 2020).

No que diz respeito à presente *Scoping Review*, para a elaboração da mesma, tiveram-se por base os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura baseada nas três etapas incluídas na estratégia de pesquisa da *The Joanna Briggs Institute* (2020).

A primeira etapa consiste na escolha de bases de dados para a seleção de artigos, sendo que se optou pelas seguintes: *PubMed* e *EBSCOhost*. Na plataforma *online EBSCOhost* selecionaram-se as bases de dados: *CINAHL*, *MEDLINE*, *MedicLactine*, *Nursing & Allied*, usando os descritores: *communication*, *obstetric nursing* e *parturition*.

No Quadro 1 encontram-se definidos os limitadores universais e específicos de cada base de dados.

Quadro 1 – Bases de dados utilizadas e respetivos limitadores

Bases de Dados		Limitadores específicos	Limitadores genéricos
EBSCOHost	CINAHL Completa	“língua inglesa”, “faixas etárias (19-44 anos), “mulheres”	Período de tempo compreendido entre maio de 2017 e maio de 2022, humanos.
	MEDLINE Complete	“relacionado à idade (19-44 anos) ”	
	Nursing & Allied	-	
PUBMED			“English”, “Portuguese” e “adulto (19-44 anos)”.

Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados selecionadas contidas na *EBSCOhost* e na *PubMed*, intercetando os descritores com recurso aos operadores booleanos AND sendo que obtive os seguintes resultados apresentados no anexo III.

Importa referir que a expressão de pesquisa final para elaboração da *scoping review* foi a seguinte: “*communication*” AND “*parturition*” AND “*obstetric nursing*”.

Para a presente *Scoping Review*, a seleção de estudos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos artigos em que os participantes da investigação fossem mulheres em trabalho de parto e/ou parteiras (P), que se relacionassem com a comunicação durante o trabalho de parto (C) e em que fosse considerado o hospital como contexto da prestação dos cuidados (C). Como critérios de exclusão foram considerados artigos sem a mesma população de interesse/ participantes e/ou o mesmo contexto.

Study Selection

A primeira etapa do PRISMA designada “*identification*” decorre dos resultados das bases de dados científicas.

Após a pesquisa de artigos, na fase de “*identification*” do *Prisma 2020 Flow Diagram* (Appendix III), obtiveram-se 50 artigos nas bases de dados científicas já supramencionadas, sendo que foram removidos 10 artigos por se encontrarem duplicados.

Na fase de “*screening*”, após a eliminação dos artigos duplicados (10), foram lidos os respetivos títulos e resumos, tendo sido eliminados 29 por não cumprirem os critérios de inclusão. De seguida, foi realizada a leitura integral dos 11 artigos, tendo sido eliminados 8 artigos por razões metodológicas ou por não se enquadrarem na temática em estudo.

Na fase “*included*” foram incluídos três artigos qualitativos. Os estudos foram realizados entre maio de 2017 e maio de 2022.

Os artigos excluídos foram:

- 1- Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: a mixed-methods systematic review
- 2- Obstetric nurses in the childbirth process: the women’s perception
- 3- The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study
- 4- Obstetric nursing in the best practices of labor and delivery care
- 5- Evaluation in the nursing care offered during the parutirion process. Controlled Clinical trial of an intervention based on swanson’s theory of caring versus conventional care
- 6- Development spots in communication during the management of the intrapartum period: an interpretive multiple case study in a developing context
- 7- “I wouldn’t hit you, but you would have killed your baby”: exploring midwives’ perspectives on disrespect and abusive Care in Ghana
- 8- Satisfaction of puerperal women attended in a normal birth center

Os artigos incluídos foram:

9 - Comunicação verbal da diade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto

10 - Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study

11- Woman's needs and satisfaction regarding the communication with doctors and midwives during labour, delivery and ealy postpartum

Data collection

Os dados retirados através dos artigos incluídos, deverá contribuir para a questão da revisão sistemática da literatura bem como respetivos objetivos (Peters, et al., 2020).

Os dados resultaram do preenchimento do instrumento de extração de dados (apêndice iv), onde foram preenchidos todos os campos de colheita de dados, nomeadamente: autores, ano de publicação, país de origem, objetivos do estudo do artigo, metodologia/métodos, fontes de pesquisa, interpretação desenvolvida, nível de evidência e contributos para a *Scoping Review*.

No anexo IV, são apresentados os instrumentos de extração de dados preenchidos, após leitura integral de cada artigo incluídos na revisão sistemática da literatura.

Quadro 2 - Principais achados dos estudos elegíveis

Título do artigo	Autores	Ano de Publicação	País de Origem	Objetivo	Metodologia e métodos	Fontes de Pesquisa Utilizadas
9- Comunicação verbal da diade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto	<i>Bessera G., Oliveira P., et al.</i>	2019	Brasil	Analisar a comunicação verbal enfermeiro-parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto em dois países lusófonos	<p>- Estudo analítico quantitativo. Amostra com 709 interações que utilizaram a comunicação verbal de enfermeiros e parturientes na fase ativa do trabalho de parto no Brasil e Cabo Verde. Analisaram-se as variáveis: acompanhante, funções: conativa vocativa, conativa imperativa, emotiva/expressiva, referencial/contexto, contato/canal e código.</p> <p>- A população do estudo foi composta por enfermeiros obstetras e parturientes. Incluíram-se parturientes maiores de 18 anos, na fase ativa do parto e sem intercorrências obstétricas; bem como enfermeiros atuantes na assistência obstétrica no Brasil e em Cabo Verde.</p> <p>- Foram respeitados os preceitos éticos segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com aprovação do comitê de ética sob o parecer 1.939.715. Em Cabo Verde, obteve-se aprovação do Comitê Nacional de Pesquisa em Saúde com base nos termos do artigo 9º do Decreto-Lei nº 26/2007. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).</p>	- O instrumento de coleta de dados utilizados (Formulário de Análise de Comunicação verbal em Enfermagem – FACOVE) seguiu o referencial teórico de Jakobson, que ressalta a importância das circunstâncias nas quais os indivíduos estão durante a transmissão da mensagem verbal com as variáveis analisadas no estudo.
10- Woman's needs and satisfaction regarding the	<i>Baranowska B., Pawlicka P. et al.</i>	2021	Polónia	Identificar as diferenças das necessidades de comunicação das parturientes e das	- Estudo qualitativo, transversal e descritivo.	

<p>communication with doctors and midwives during labour, delivery and early postpartum</p>				<p>mulheres no pós-parto imediato”</p>	<p>- Pesquisa foi aplicada a 521 mulheres de dois hospitais, A e B, em Varsóvia, Polónia através de questionários.</p> <p>- Os dados obtidos no estudo foram analisados no pacote de software SPSS 26.0 (IBM, Armonk, NY, EUA). Foram calculados a frequência, a percentagem e o coeficiente de correlação de Pearson. Além disso, testes dependentes e independentes-t teste e análise de variância (one-way ANOVA) com teste post hoc de Tukey foram realizados para validar as questões de pesquisa.</p> <p>- O estudo recebeu a aprovação do Comité de Ética da Universidade Médica de Varsóvia, ref. No AKBE/232/2017.</p>	
<p>11 - Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study</p>	<p>Maputle M.</p>	<p>2018</p>	<p>Sul Africa</p>	<p>“Determinar qual o apoio prestado pelas parteiras durante a assistência ao parto num hospital público da Província do Limpopo. “</p>	<p>- Foi usada uma abordagem qualitativa de pesquisa.</p> <p>- O estudo foi realizado na enfermaria de parto de um hospital público na província de Limpopo, África do Sul.</p> <p>- A população foi composta por todas as mulheres admitidas em trabalho de parto e as parteiras que prestavam assistência obstétrica e que consentiram em participar do estudo.</p> <p>- Os dados biográficos de mulheres e parteiras e os dados obtidos por meio do guia de observação não estruturado, a EVA foram analisados por meio de distribuição de frequência e os dados foram</p>	<p>- Os dados foram analisados pelo método convencional de análise de conteúdo, orientado por Graneheim e Ludman. As entrevistas foram totalmente gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Os dados foram codificados no software MAXQDA (versão 11).</p>

					<p>apresentados como percentagens em tabelas e gráficos de barras e agrupados em 5 temas.</p> <p>- Obteve-se autorização ética do Comitê de Ética da Universidade de Venda (SHS/11/PDC/001) e permissão para aceder a unidade de saúde e realizar o estudo do Departamento Provincial de Saúde.</p>	
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Data synthesis

Após a elaboração do instrumento de colheita de dados (apêndice IV) de cada artigo incluído na pesquisa, foram analisados os contributos de forma individual para a concretização da *data synthesis*.

Através da análise dos três estudos e dos contributos de cada um, conjuntamente com os conceitos definidos inicialmente no background existiu uma melhor compreensão da questão.

Segundo o artigo Bessera G. et al. (2019), as mulheres que recebem informações previamente ao trabalho de parto ficam mais seguras e confiantes, o que facilita a comunicação durante o trabalho de parto, uma vez que a comunicação pode ser limitada quando as mulheres apresentam insegurança e medo. Este facto, vai de encontro à informação obtida no estudo de Baranowska B. (2021) em que as mulheres indicaram que receber informações da equipa era o aspeto mais desejado da comunicação verbal. Dar informações, sejam elas factuais ou de natureza profissional, ajuda a outra pessoa a tomar decisões. Contribui para reduzir a ansiedade e ir ao encontro das necessidades, do utente (Potter P. & Perry A., 2018). Desta forma o facto de estarem informadas vai influenciar o decorrer de trabalho de parto, uma vez que proporciona uma sensação de segurança e controlo às parturientes.

Os artigos de Bessera G. et al. (2019) e Maputle M. (2018) referem-se à presença do acompanhante como um aspeto fundamental para a comunicação EEESMO-parturiente, no entanto em ambos os estudos existem lacunas relativamente ao incentivo a presença do mesmo, no estudo de Maputle (2018) nenhuma das parteiras encorajou a presença de um acompanhante. Segundo Bessera G. et al. (2019), o facto da comunicação se realizar na ausência do marido, pode aumentar a insegurança e o medo da mulher durante o trabalho de parto, trazendo como consequência maior duração do processo. Segundo Balaskar J. (2017) medo e ansiedade produzem hormonas do tipo da adrenalina que são inibidoras do trabalho de parto. Algumas mulheres precisam sem dúvida, de ter apoio e de um contacto próximo durante o trabalho de parto.

O tipo de linguagem mais usada no Brasil e em Cabo Verde, no estudo de Bessera G. et al. (2019), foi a linguagem comum, evitando o uso de termos técnicos. Segundo Potter P. & Perry A. (2018) dar informações em linguagem simples e explicando os termos médicos, ajuda a outra pessoa a tomar decisões, contribui para reduzir a ansiedade e ir ao encontro das necessidades, do utente. A parturiente ao compreender aquilo que queremos transmitir, vai ficar tranquila, o que vai favorecer a progressão do trabalho de parto.

Tanto no Brasil como em Cabo Verde, segundo estudo de Bessera G. et al. (2019), as mulheres foram incentivadas a caminhar para a evolução do trabalho de parto ser mais rápida. Verificou-se que em Cabo Verde, grande parte das parturientes não aceitaram a orientação. Acredita-se que essa rejeição se dava devido à ausência de informação referente aos benefícios da deambulação no trabalho de parto ativo. No estudo realizado por Baranowska B. (2021) uma parturiente referiu que a enfermeira solicitou que ela inspirasse e expirasse, mas ela não entendeu o porquê. Segundo a teoria de comunicação verbal usada no estudo de Bessera G. et al. (2019) é importante perceber se a mensagem verbal recebida corresponde a transmitida, de forma a estabelecer uma comunicação verbal efetiva durante o trabalho de parto, só desta forma as parturientes vão compreender os benefícios das indicações dadas e vão realizá-las, favorecendo a progressão do trabalho de parto.

Segundo a OMS (2018) o enfermeiro deve:

- Oferecer à mulher e sua família as informações de que necessitam de forma clara e concisa (na língua falada pela mulher e sua família), evitando jargões médicos e utilizando materiais pictóricos e gráficos quando necessário para comunicar processos ou procedimentos;
- Respeitar e responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher;
- Apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, por meio de encorajamento, elogio, reafirmação e escuta ativa.

No estudo de Maputle (2018) uma outra participante referiu ainda que as enfermeiras deveriam ter dado informações para que a mesma pudesse fazer escolhas informadas, como técnicas de relaxamento, mantendo a mesma atualizada relativamente ao trabalho de parto. Visto que as mensagens recebidas podem ser diferentes das mensagens pretendidas, o

significado deve ser validado ou mutuamente negociado entre os intervenientes. (Potter P. & Perry A., 2018).

Relatando um incidente durante o estudo de Maputle M. (2018), uma parteira participante estava muito estressada e impaciente, a tal ponto que pouca ou nenhuma explicação foi dada durante a prestação de cuidados. Portanto, a parturiente ficou absolutamente aterrorizada, pois nenhuma palavra de conforto foi proferida pela parteira. Isso resultou na parturiente não cooperar durante o processo de trabalho de parto. “Suporte de informação e instrução deve proporcionar a grávida/parturiente a obtenção de conhecimento adequado acerca de todos os aspetos do trabalho de parto, e dar-lhe a oportunidade de se envolver na tomada de decisão (Amaral A. & Martins C., 2016).

Nos exemplos mencionados verificaram-se falhas na comunicação, o que pode prejudicar o desenrolar do trabalho de parto, aumentando os níveis de *stress* da parturiente e diminuindo o seu envolvimento no processo.

No estudo de Baranowska B. (2021) um grupo considerou o trabalho de parto e nascimento como um processo fisiológico. Para estas mulheres a comunicação intensa durante o trabalho de parto e nascimento (fazer muitas perguntas, fornecer grandes quantidades de informações e ser tocada) foi mais perturbadora. Segundo Balaskas (2017) um trabalho de parto e uma transição vividos verdadeiramente sem perturbações, com níveis hormonais ótimos, normalmente resulta num período expulsivo muito curto, de aproximadamente menos de 10 minutos.

Por outro lado, o estudo demonstrou que num trabalho de parto medicalizado ou instrumentado, o sistema cognitivo é estimulado. Nestes casos fazer perguntas foi menos perturbador para as mulheres. Uma vez que o neocórtex é estimulado há secreção de hormonas do tipo adrenalina que agem como antagonistas e inibe, a produção de ocitocina e endorfinas. Um alto nível destas hormonas durante o trabalho de parto geralmente leva a ondas uterinas menos eficientes, a perceção mais elevada da dor e ao progresso mais lento do trabalho de parto. (Balaskas J., 2017).

No estudo de Maputle (2018) As mães sentiram dor intensa durante todo o trabalho de parto, enquanto a dor percebida pelas parteiras era leve a moderada no início do trabalho de parto. No final do parto a dor foi percebido de forma real pelas enfermeiras. A pesquisa

da dor indicou que as parteiras muitas vezes avaliam a dor dos pacientes de forma imprecisa. Na observação das respostas das parteiras à dor das mães, as respostas foram semelhantes ao longo do processo de parto. Muito poucas mães receberam analgésicos conforme prescrito. A pesquisa da dor indicou que as parteiras muitas vezes avaliam a dor dos pacientes de forma imprecisa.

“O EEESMO deve desenvolver uma relação de confiança, promover a compreensão do significado desta relação, sem julgamentos e através de uma comunicação eficaz. A satisfação materna com o processo de nascimento refere-se mais as atitudes aos comportamentos dos profissionais de saúde do que ao alívio da dor. A distração inclui promover à parturiente atividades específicas tais como: conversar, focalizar a atenção num ponto ou imagem que ajuda a concentração, e assim diminuir a ansiedade.” (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

O estudo de Baranowska B. (2021) verificou que o toque no trabalho de parto também é considerado uma forma de enfrentamento da dor intensa. No entanto, a pesquisa mostra que o toque não é desejado em todas as fases do trabalho de parto e nem todas as mulheres o percebem como algo confortável. Por esse motivo é essencial compreender as preferências das mães, segundo estudo de Maputle M. (2018) apenas 8% das parteiras determinaram as preferências culturais/pessoais da mãe. Assim, procurar o consentimento das mulheres é muito importante. Por outro lado, no estudo Baranowska B. (2021) verificou que manter o contato visual foi mais útil do que ser tocado.

Em muitas situações, uma comunicação não verbal de apoio ao invés de uma comunicação verbal diretiva, oferecida de acordo com a regra “quanto menos fazemos, mais damos”, pode ser mais benéfica para a progressão do trabalho de parto. “O toque transmite uma atitude de carinho e conforto, os enfermeiros especialistas tem que ter sempre em consideração as diferenças culturais e o gosto da parturiente pelo toque, para a apropriarem em cada situação” (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

No estudo de Bessera G. et al. (2019) as parturientes brasileiras e cabo-verdianas dialogaram com os enfermeiros sobre seu processo de trabalho de parto, verbalizando sensações que sentiam durante o processo (vontade de vomitar, vontade de fazer força, perda de líquido amniótico,...). Relativamente a perda de líquido amniótico elas questionavam acerca do risco que isso traria para ela e para o bebé. Estudo de Maputle M. (2018) o estudo

demonstrou que 83% das parteiras atualizavam continuamente a mãe sobre o progresso do trabalho de parto materno e sobre o bem-estar fetal

Tanto no Brasil como em Cabo Verde, a audição foi a forma de contacto mais usada na interação enfermeiro-parturiente. Ouvir as necessidades da parturiente torna-se necessário para que as mesmas sejam respeitadas e estas se sintam acolhidas e respeitadas e consequentemente seguras. Por outro lado, no estudo de Maputle (2018), relativamente à capacitação das mães, as parturientes referiram que as parteiras deveriam ser mais pacientes e ouvi-las, apenas 8% das parteiras assistentes permitiam que as mães fizessem perguntas durante o trabalho de parto.

Bessera G. et al. (2019) os enfermeiros obstetras cabo-verdianos solicitaram significativamente informações das parturientes — por exemplo, a localidade em que elas residiam, indagações a respeito da ingestão de alimentos e questão sobre o conforto do ambiente (temperatura). Na realização da anamnese obstétrica, os enfermeiros forneceram informações importantes para assegurar o conforto e o cuidado holístico da parturiente. Baranowska B. (2021) no seu estudo vem corroborar que reunir informações das mulheres sobre as suas preferências em relação aos meios e intensidade de comunicação durante o parto e puerpério precoce e ficar atenta às mudanças em suas necessidades de acordo com o contexto e a situação é fundamental. “O conhecimento das expectativas da parturiente proporciona aos enfermeiros a compreensão das preocupações da parturiente, fornecendo a informação adequada e diminuindo o seu stress” (Fatia A. & Tinoco L., 2016). No entanto as perguntas devem ser realizadas previamente ao trabalho de parto, uma vez que durante o parto fornecer informações foi considerado mais útil do que fazer perguntas.

No estudo de Bessera G. et al. (2019) os enfermeiros brasileiros e cabo-verdianos, direcionavam os assuntos de forma tranquila e acolhedora enfatizando a importância da participação da mulher no trabalho de parto ativo e na assistência propriamente dita e no estudo de Maputle (2018) 67% demonstrou atitude tranquilizadora para com as mães durante o parto. Nota-se, a preocupação dos profissionais em tornar a mulher mais participativa, cooperativa e inserida no contexto do parto. No período expulsivo, raramente uma parturiente precisa que lhe digam o que fazer ou como deve proceder, mas deve ser encorajada a deixar acontecer e a fazer força quando sentir que está na hora de fazer.” (Balaskas J., 2017, P.333)

Conflicts of interest

Não existiram.

References

- Alligood M. (2014). *Nursing Theorists and their work*. (8ªed.). Estados Unidos da América: Elsevier
- Amaral A. & Martins C. (2016). Manutenção da Necessidades da Parturiente. *In* Néné M. & Sequeira C. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (cap. 11.9.2, p. 400-406). Lisboa, Portugal: LIDEL
- Balaskas J. (2017). *Parto ativo. Guia Prático para o Parto Natural*. (3ª ed.). São Pedro do Estoril: 4 Estações
- Baranowska, B., et al. (2021). Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum. *Healthcare*, vol. 9, n. 4, p. 382
- Decreto de Lei nº 85 2ªsérie. (2019). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Fatia A. & Tinoco L. (2016). Trabalho de Parto. *In* Néné M. & Sequeira C. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (cap. 11, p. 308-320). Lisboa, Portugal: LIDEL
- Graça, L. (2018). *Medicina Materno Fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Maputle, M. (2018). Support Provided by Midwives to Women during Labour in a Public Hospital, Limpopo Province, South Africa: A Participant Observation Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 18, no. 1
- Marciana, P. et al. (2020). Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Enferm*, vol. 73, no. 5
- OMS. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Obtido em 7 de novembro de 2020, de World Health Organization: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
-

OMS (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.

Obtido em 05 de junho de 2022, de:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Ordem dos Enfermeiros. (fevereiro de 2007). Enfermagem Portuguesa - implicações na

adequação ao processo de Bolonha no actual quadro regulamentar. Obtido em 07 de novembro de 2021, de Ordem dos Enfermeiros:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/2007_EnfermagemPortuguesa_Processo_Bolonha.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (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. Obtido em 10 de maio de 2022, de
<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216892/details/normal?l=1>

Potter P. & Perry A. (2018). Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos

(9ed.). Loures: Lusociência

Peters, M. D., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (18 de novembro de 2020). *Chaper 11: Scoping Review*. Obtido em março de 2022, de JBI

Manual for Evidence Synthesis:
<https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

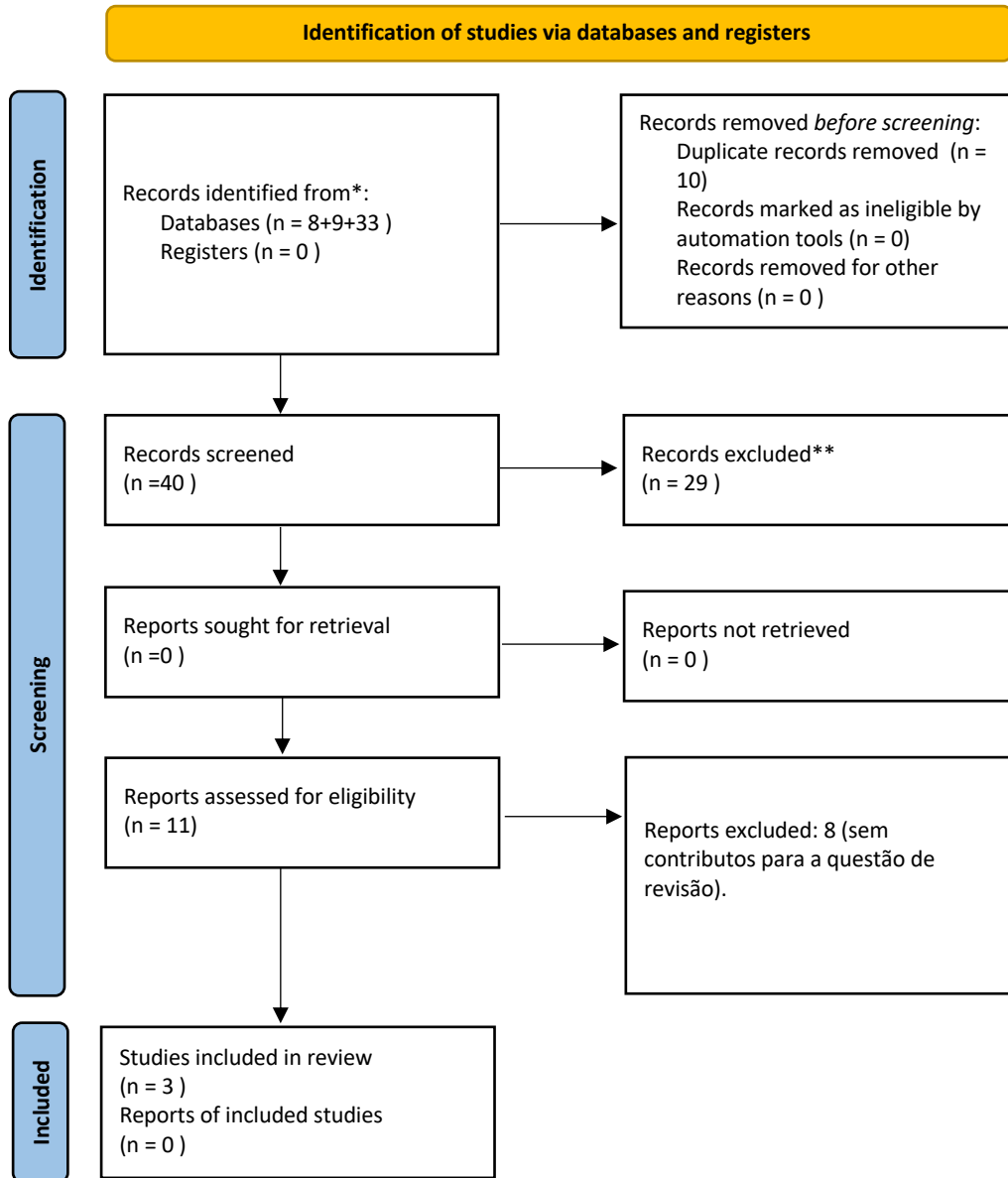
Appendix I: Initial Search Strategy



Appendix II: Appraisal instruments

	EBSCOhost			Pubmed
	Medline	Nursing & Allied Health	CINAHL	
Communication	9158	5487	2650	1491
Parturition	1114	45	83	551
Obstetric Nursing	88	18	48	54
Communication and Parturition	219	14	17	19
Communication AND Obstetric nursing	15	7	28	5
Obstetric Nursing AND Parturition	14	0	26	39
Communication AND parturition and obstetric nursing	8	0	9	33

Appendix III: Prisma Flow Diagram



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Appendix IV: data extraction instrument

<p>Título da Revisão: Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto</p> <p>Questão: Qual a influência da comunicação do EEESMO/parturiente na progressão do trabalho de parto?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: mulheres em trabalho de parto e/ou parteiras</p> <p>Conceito: Comunicação, intervenções de enfermagem, trabalho de parto</p> <p>Contexto: Hospital</p>
<p><input type="checkbox"/> <u>Autor/es:</u></p> <p>Bessera G., Oliveira P., Pagliuca L., Almeida P., Anjos S. e Barbosa A.</p>
<p><input type="checkbox"/> <u>Ano da Publicação:</u></p> <p>2019</p>
<p><input type="checkbox"/> <u>País de origem:</u></p> <p>Brasil</p>
<p><input type="checkbox"/> <u>Objetivos:</u></p> <p>Analisar a comunicação verbal enfermeiro-parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto em dois países lusófonos</p>
<p><input type="checkbox"/> <u>Metodologia/métodos:</u></p> <p>Estudo analítico quantitativo. Amostra com 709 interações que utilizaram a comunicação verbal de enfermeiros e parturientes na fase ativa do trabalho de parto no Brasil e Cabo Verde. Analisaram-se as variáveis: acompanhante, funções: conativa vocativa, conativa imperativa, emotiva/expressiva, referencial/contexto, contato/canal e código.</p> <p>A população do estudo foi composta por enfermeiros obstetras e parturientes. Incluíram-se parturientes maiores de 18 anos, na fase ativa do parto e sem intercorrências obstétricas; bem como enfermeiros atuantes na assistência obstétrica no Brasil e em Cabo Verde.</p>

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

Fontes de pesquisa utilizadas:

O instrumento de coleta de dados utilizados (Formulário de Análise de Comunicação verbal em Enfermagem – FACOVE) seguiu o referencial teórico de Jakobson, que ressalta a importância das circunstâncias nas quais os indivíduos estão durante a transmissão da mensagem verbal com as variáveis analisadas no estudo.

Interpretação desenvolvida:

De acordo com o estudo, no Brasil prevaleceu a ausência de interações enfermeiro-parturiente, comparativamente a Cabo Verde em existiu um maior número de interações durante o TP. Esta ausência de comunicação pode ser justificada pela falta de qualificação dos profissionais, número reduzido de profissionais ou falha dos aspetos comunicacionais. (p.3) Por outro lado, os enfermeiros do Brasil, transmitiam maior atenção e segurança às parturientes pela forma de comunicar, oferecendo métodos não farmacológicos para o alívio da dor. O estudo considera que as mulheres que recebem informações previamente ao trabalho de parto ficam mais seguras e confiantes, o que facilita a comunicação durante o trabalho de parto, uma vez que a comunicação pode ser limitada quando as mulheres apresentam insegurança e medo. (p.4)

Relativamente ao acompanhante, no Brasil grande parte das interações envolveu o acompanhante, enquanto em Cabo Verde não é permitida a presença do acompanhante no processo do trabalho de parto. O facto da comunicação se realizar na ausência do acompanhante, pode aumentar a insegurança e o medo da mulher durante o trabalho de parto, trazendo como consequência maior duração do processo. Desta forma é fundamental manter uma comunicação aberta e permitir o envolvimento dos pais para o progresso do trabalho de parto. (p.4)

O trabalho de parto ativo, demonstrou ser o momento de maior interação. Para além dos esclarecimentos de dúvidas e medos, as parturientes brasileiras e cabo-verdianas dialogaram com os enfermeiros sobre seu processo de trabalho de parto, verbalizando sensações que sentiam durante o processo (vontade de vomitar, vontade de fazer força, perda de líquido amniótico,...). Relativamente a perda de líquido amniótico elas questionavam acerca do risco que isso traria para ela e para o bebé, sendo esta uma preocupação das parturientes. (p.5)

Tanto no Brasil como em Cabo Verde, a audição foi a forma de contacto mais usada na interação enfermeiro-parturiente. Ouvir as necessidades da parturiente torna-se necessário para que as mesmas sejam respeitadas e estas se sintam acolhidas e respeitadas e conseqüentemente seguras. (p.5)

A linguagem comum foi a mais usada em ambos os países, evitando o uso de termos técnicos. Esta forma de comunicação facilita o entendimento das orientações dadas pela enfermeira, sendo um item facilitador na interação parturiente-enfermeiro. (p.5)

Em ambos os países, a grande parte das interações ocorreram quando os enfermeiros indicavam as parturientes a necessidade do uso da bata, pediam à paciente para urinar antes da realização do exame de toque vaginal e orientavam para o uso da bola de pilates, como método auxiliar para a evolução do trabalho de parto. (p.5)

Os enfermeiros obstetras cabo-verdianos solicitaram informações das parturientes —a localidade onde residiam, preferências alimentares e questões sobre o conforto do ambiente (temperatura,...). Na realização da anamnese obstétrica, os enfermeiros forneceram informações importantes para assegurar o conforto e o cuidado holístico da parturiente. (p.5)

Segundo a teoria de comunicação verbal usada no estudo, é importante perceber se a mensagem verbal recebida corresponde a transmitida, de forma a estabelecer uma comunicação verbal efetiva durante o trabalho de parto. (p.6)

Tanto no Brasil como em Cabo Verde, as mulheres foram incentivadas a caminhar para a evolução do trabalho de parto ser mais rápida. Enquanto no Brasil os profissionais transmitiram orientações sobre a importância da deambulação e do uso da bola de pilates, em Cabo Verde apenas sugeriram. Verificou-se que em Cabo Verde, grande parte das parturientes não aceitaram a orientação. Acredita-se que essa rejeição se dava devido à ausência de informação referente aos benefícios da deambulação no trabalho de parto ativo. (p.6)

Os enfermeiros brasileiros e cabo-verdianos, direcionavam os assuntos de forma tranquila e acolhedora enfatizando a importância da participação da mulher no trabalho de parto ativo e na assistência propriamente dita. Nota-se, pelo predomínio desse assunto, a preocupação dos profissionais em tornar a mulher mais participativa, cooperativa e inserida no contexto do parto. (p.6)

O estudo vem enfatizar a importância da comunicação durante o trabalho de parto, em ambos os países, com vista a proporcionar uma melhor assistência obstétrica.

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

Nível 3e: Estudo Observacional sem grupo de controlo

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

Segundo o estudo, as mulheres que recebem informações previamente ao trabalho de parto ficam mais seguras e confiantes, o que facilita a comunicação durante o trabalho de parto, uma vez que a comunicação pode ser limitada quando as mulheres apresentam insegurança e medo. Dar informações, sejam elas factuais ou de natureza profissional, ajuda a outra pessoa a tomar decisões. Contribui para reduzir a ansiedade e ir ao encontro das necessidades, do utente (Potter P. & Perry A., 2018). Desta forma o facto de estarem informadas vai influenciar o decorrer de trabalho de parto, uma vez que proporciona uma sensação de segurança e controlo às parturientes.

O estudo refere-se à presença do acompanhante como um aspeto fundamental para a comunicação EEESMO-parturiente, existem lacunas relativamente ao incentivo a presença do mesmo. Segundo o artigo, o facto da comunicação se realizar na ausência do marido, pode aumentar a insegurança e o medo da mulher durante o trabalho de parto, trazendo como consequência maior duração do processo. Segundo Balaskar J. (2017) medo e ansiedade produzem hormonas do tipo da adrenalina que são inibidoras do trabalho de parto. Algumas mulheres precisam sem dúvida, de ter apoio e de um contacto próximo durante o trabalho de parto.

O tipo de linguagem mais usada no Brasil e em Cabo Verde foi a linguagem comum, evitando o uso de termos técnicos. Segundo Potter P. & Perry A. (2018) dar informações em linguagem simples e explicando os termos médicos, ajuda a outra pessoa a tomar decisões, contribui para reduzir a ansiedade e ir ao encontro das necessidades, do utente. A parturiente ao compreender aquilo que queremos transmitir, vai ficar tranquila, o que vai favorecer a progressão do trabalho de parto.

Tanto no Brasil como em Cabo Verde, segundo o estudo, as mulheres foram incentivadas a caminhar para a evolução do trabalho de parto ser mais rápida. Verificou-se que em Cabo Verde, grande parte das parturientes não aceitaram a orientação. Acredita-se que essa rejeição se dava devido à ausência de informação referente aos benefícios da deambulação no trabalho de parto ativo. Se a informação não for compreendida, a parturiente não vai pôr em prática as orientações dadas e consequentemente isso terá influência da progressão do TP.

As parturientes brasileiras e cabo-verdianas dialogaram com os enfermeiros sobre seu processo de trabalho de parto, verbalizando sensações que sentiam durante o processo (vontade de vomitar, vontade de fazer força, perda de líquido amniótico,...). Relativamente a perda de líquido amniótico

elas questionavam acerca do risco que isso traria para ela e para o bebé. As preocupações das mães devem ser tidas em conta de forma a que estas estejam o mais tranquilas possível.

Tanto no Brasil como em Cabo Verde, a audição foi a forma de contacto mais usada na interação enfermeiro-parturiente. Ouvir as necessidades da parturiente torna-se necessário para que as mesmas sejam respeitadas e estas se sintam acolhidas e respeitadas e conseqüentemente seguras.

Segundo a OMS (2018) o enfermeiro deve oferecer à mulher as informações de que necessitam de forma clara e concisa, utilizando materiais gráficos quando necessário para comunicar e explicar procedimentos, para além disso deve ainda tentar responder às dúvidas e necessidades da mulher em trabalho de parto.

Os enfermeiros obstetras cabo-verdianos solicitaram significativamente informações das parturientes — por exemplo, a localidade em que elas residiam, indagações a respeito da ingestão de alimentos e questão sobre o conforto do ambiente (temperatura). Na realização da anamnese obstétrica, os enfermeiros forneceram informações importantes para assegurar o conforto e o cuidado holístico da parturiente.. “O conhecimento das expectativas da parturiente proporciona aos enfermeiros a compreensão das preocupações da parturiente, fornecendo a informação adequada e diminuindo o seu *stress*” (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

Os enfermeiros brasileiros e cabo-verdianos, direcionavam os assuntos de forma tranquila e acolhedora enfatizando a importância da participação da mulher no trabalho de parto ativo e na assistência propriamente dita.

Título da Revisão: Woman's needs and satisfaction regarding the communication with doctors and midwives during labour, delivery and early postpartum

Questão: Qual a influência da comunicação do EESMO/parturiente na progressão do trabalho de parto?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: mulheres em trabalho de parto e/ou parteiras

Conceito: Comunicação, intervenções de enfermagem, trabalho de parto

Contexto: Hospital

Autor/es:

Baranowska B., Pawlicka P., Kiersnowska I., Misztal A., Kajdy A., Sys D. e Doroszevska A.

Ano da Publicação:

2021

País de origem:

Polónia

Objetivos:

Identificar as diferenças das necessidades de comunicação das parturientes e das mulheres no pós-parto imediato

Metodologia/métodos:

Estudo qualitativo, transversal e descritivo.

Pesquisa foi aplicada a 521 mulheres de dois hospitais, A e B, em Varsóvia e Polónia através de questionários.

Os dados obtidos no estudo foram analisados no pacote de software SPSS 26.0 (IBM, Armonk, NY, EUA). Foram calculados a frequência, a percentagem e o coeficiente de correlação de Pearson. Além disso, testes dependentes e independentes e análise de variância (one-way ANOVA) com teste post hoc de Tukey foram realizados para validar as questões de pesquisa.

O estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Médica de Varsóvia, ref. No AKBE/232/2017.

Fontes de pesquisa utilizadas:

Não documentado.

Interpretação desenvolvida:

A comunicação verbal foi mais frequentemente avaliada como útil na maternidade do que durante o trabalho de parto e parto, aplicando-se o mesmo à manutenção do contato visual com a parteira. No entanto, ser tocado foi mais frequentemente marcado como útil durante o trabalho de parto e nascimento do que na maternidade. Na comunicação verbal, fornecer informações foi considerado mais útil do que fazer perguntas, e na comunicação não-verbal, manter o contato visual foi mais útil do que ser tocado. (p.7)

O toque no trabalho de parto também é considerado uma forma de enfrentamento da dor intensa. Apesar de para a maioria das mulheres em trabalho de parto o toque ter sido útil, a pesquisa mostra que o toque não é desejado em todas as fases do trabalho de parto e nem todas as mulheres o percebem como algo confortável. As mulheres também podem ter necessidades muito diferentes quando se trata de tipos de toque durante o trabalho de parto. Assim, procurar o consentimento das mulheres é muito importante. Em muitas situações, uma comunicação não verbal de apoio ao invés de uma comunicação verbal diretiva, oferecida de acordo com a regra “quanto menos fazemos, mais damos”, pode ser mais benéfica para o progresso do trabalho de parto, satisfação da mulher, bem como para as próprias parteiras. (p.7)

As mulheres indicaram receber informações da equipa como o aspeto mais desejado da comunicação verbal. Isso aplica-se à comunicação tanto durante o trabalho de parto quanto na maternidade. As informações obtidas das pessoas que cuidam da mulher aumentam sua capacidade de participar da tomada de decisões e, da mesma forma, aumentam seu controle externo. O aumento da sensação de controlo externo influencia positivamente a experiência de trabalho e permite tomar decisões sobre o parto. Sentirem-se informadas (sobre o processo de nascimento, funções do pessoal, saúde da criança durante o parto) afeta significativamente a experiência do parto. (p.7)

Finalmente, os resultados do estudo enfatizam o papel da atitude pessoal em relação ao parto nas necessidades de comunicação das parturientes. A maioria das mulheres participantes afirmou que as intervenções médicas são necessárias para ter um filho. O menor grupo considerou o trabalho de parto e nascimento como um processo fisiológico que não necessita de intervenções médicas. No entanto, para essas mulheres, a comunicação intensa durante o trabalho de parto e nascimento (fazer muitas perguntas, fornecer grandes quantidades de informações e ser tocada) e na maternidade foi mais perturbadora e menos útil do que para os outros grupos. Esses resultados podem sublinhar a necessidade de vivenciar o processo de parto por conta própria, no seu próprio ritmo. Uma conversa

e esperar respostas racionais da mulher em trabalho de parto podem perturbar o fluxo natural do parto. Tal “imersão” no trabalho de parto é observada durante o trabalho de parto natural. No entanto, como o estudo mostrou, num trabalho de parto medicalizado ou instrumental, o sistema cognitivo é estimulado, então fazer perguntas foi percebido como menos perturbador para essas mulheres. (p.8)

Portanto, é significativo reunir informações das mulheres sobre suas preferências em relação aos meios e intensidade de comunicação durante o parto e puerpério precoce e ficar atenta às mudanças em suas necessidades de acordo com o contexto e a situação.

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

Nível 3e: Estudo Observacional sem grupo de controlo

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

Neste estudo as mulheres indicaram que receber informações da equipa era o aspeto mais desejado da comunicação verbal. Dar informações, sejam elas factuais ou de natureza profissional, ajuda a outra pessoa a tomar decisões. Contribui para reduzir a ansiedade e ir ao encontro das necessidades, do utente. Desta forma o facto de estarem informadas vai influenciar o decorrer de trabalho de parto, uma vez que proporciona uma sensação de segurança e controlo às parturientes. (Potter P. & Perry A., 2018)

Um dos grupos do estudo considerou o trabalho de parto e nascimento como um processo fisiológico. Para estas mulheres a comunicação intensa durante o trabalho de parto e nascimento (fazer muitas perguntas, fornecer grandes quantidades de informações e ser tocada) foi mais perturbadora. Segundo Balaskas (2017) um trabalho de parto e uma transição vividos verdadeiramente sem perturbações, com níveis hormonais ótimos, normalmente resulta num período expulsivo muito curto, de aproximadamente menos de 10 minutos.

Por outro lado, o estudo demonstrou que num trabalho de parto medicalizado ou instrumentado, o sistema cognitivo é estimulado. Nestes casos fazer perguntas foi menos perturbador para as mulheres. Uma vez que o neocortex é estimulado há secreção de hormonas do tipo adrenalina que agem como antagonistas e inibe, a produção de ocitocina e endorfinas. Um alto nível destas hormonas durante o trabalho de parto geralmente leva a ondas uterinas menos eficientes, a percepção mais elevada da dor e ao progresso mais lento do trabalho de parto. (Balaskas J., 2017).

O estudo verificou que o toque no trabalho de parto também é considerado uma forma de enfrentamento da dor intensa. No entanto, a pesquisa mostra que o toque não é desejado em todas as fases do trabalho de parto e nem todas as mulheres o percebem como algo confortável. Por esse

motivo é essencial compreender as preferências das parturientes, Por outro lado, no estudo, manter o contato visual foi mais útil do que ser tocado. Em muitas situações, uma comunicação não verbal de apoio ao invés de uma comunicação verbal diretiva, oferecida de acordo com a regra “quanto menos fazemos, mais damos”, pode ser mais benéfica para o andamento do trabalho de parto. “O toque transmite uma atitude de carinho e conforto, os enfermeiros especialistas têm que ter sempre em consideração as diferenças culturais e o gosto da parturiente pelo toque, para a apropriarem em cada situação” (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

Este estudo vem corroborar que reunir informações das mulheres sobre as suas preferências em relação aos meios e intensidade de comunicação durante o parto e puerpério precoce e ficar atenta às mudanças em suas necessidades de acordo com o contexto e a situação é fundamental. “O conhecimento das expectativas da parturiente proporciona aos enfermeiros a compreensão das preocupações da parturiente, fornecendo a informação adequada e diminuindo o seu *stress*” (Fatia A. & Tinoco L., 2016). No entanto as perguntas devem ser realizadas previamente ao trabalho de parto, uma vez que durante o parto fornecer informações foi considerado mais útil do que fazer perguntas.

Título da Revisão: Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study

Questão: Qual a influência da comunicação do EEESMO/parturiente na progressão do trabalho de parto?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: mulheres em trabalho de parto e/ou parteiras

Conceito: Comunicação, intervenções de enfermagem, trabalho de parto

Contexto: Hospital

Autor/es:

Maputle M.

Ano da Publicação:

2018

País de origem:

Sul África

Objetivos:

Determinar qual o apoio prestado pelas parteiras durante a assistência ao parto num hospital público da Província do Limpopo.

Metodologia/métodos:

Foi usada uma abordagem qualitativa de pesquisa.

O estudo foi realizado em salas de partos de um hospital público na província de Limpopo, Africa do Sul.

A população foi composta por todas as mulheres admitidas em trabalho de parto e as parteiras que prestavam assistência obstétrica e que consentiram em participar do estudo.

Os dados biográficos de mulheres e parteiras e os dados obtidos por meio do guia de observação não estruturado, a EVA, foram analisados por meio de distribuição de frequência e os dados foram apresentados como percentagens em tabelas e gráficos de barras e agrupados em 5 temas.

As entrevistas foram totalmente gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Os dados foram codificados no software MAXQDA (versão 11).

Obteve-se autorização ética do Comitê de Ética da Universidade de Venda (SHS/11/PDC/001) e permissão para aceder a unidade de saúde e realizar o estudo do Departamento Provincial de Saúde.

Fontes de pesquisa utilizadas:

Os dados foram analisados pelo método convencional de análise de conteúdo, orientado por Graneheim e Ludman.

Interpretação desenvolvida:

O estudo demonstrou que 83% das parteiras atualizavam continuamente a mãe sobre o progresso do trabalho de parto materno e sobre o bem-estar fetal. Apenas 17% das parteiras foram capazes de capacitar as mães, 25% das parteiras permitiram que a mãe se sentisse especial e relaxada e 8% das parteiras determinaram as preferências culturais/pessoais da mãe. (p.4)

Relativamente à transmissão de informação, observou-se que 75% das parteiras orientaram as parturientes sobre as mudanças ocorridas durante o parto e as orientaram e auxiliaram durante todo o parto. As ações que promoviam a participação das mesmas eram limitadas, pois apenas 33% das parteiras encorajavam, 8% ofereciam oportunidades para a parturiente dar sugestões enquanto 8% das parteiras assistentes permitiam que fizessem perguntas que eram respondidas durante o parto. (p.4)

Relativamente à capacitação, as parturientes referiram que as parteiras deveriam ser mais pacientes e ouvi-las. Para além disso, uma parturiente referiu que a enfermeira solicitou que ela inspirasse e expirasse, mas ela não entendeu o porquê. Isso mostrou que as parteiras dão conselhos e encorajam, mas não aconselham sobre as mudanças no trabalho de parto. Uma outra participante referiu ainda que as enfermeiras deveriam ter dado informações para que a mesma pudesse fazer escolhas informadas, como técnicas de relaxamento, mantendo a mesma atualizada relativamente ao trabalho de parto. (p.4)

Para além disso, observou-se suporte limitado durante o parto, uma vez que nenhuma das parteiras encorajou a presença de um acompanhante e a preferência cultural/pessoal durante o parto. 33% das parteiras mostraram respeito pelas parturientes durante o trabalho de parto, 25% encorajaram a livre escolha e a participação mesmas. 67% demonstrou atitude tranquilizadora para com as parturientes durante o parto. (p.6)

As parturientes sentiram dor intensa durante todo o trabalho de parto, enquanto a dor percebida pelas parteiras era leve a moderada no início do trabalho de parto. No final do parto a dor foi percebido de forma real pelas enfermeiras. A pesquisa da dor indicou que as parteiras muitas vezes avaliam a dor dos pacientes de forma imprecisa. Na observação das respostas das parteiras à dor das parturientes, as respostas foram semelhantes ao longo do processo de parto. Muito poucas parturientes receberam analgésicos conforme prescrito. (p.9)

17% das parteiras cuidavam de mais do que uma senhora ao mesmo tempo. Apenas 25% das parteiras prestaram cuidados físicos durante o parto (incluindo toque). (p.9)

Relatando um incidente durante o estudo, uma parteira participante estava muito *stressada* e com uma atitude instrutiva. Ela também estava impaciente a tal ponto que pouca ou nenhuma explicação foi dada durante a prestação de cuidados. Portanto, a participante ficou absolutamente aterrorizada, pois não lhe foi dada nenhuma palavra de conforto. Isso resultou na parturiente não cooperar durante o processo de trabalho de parto. (p.9)

O estudo vem reforçar que o apoio ao parto, envolve conforto físico e apoio emocional. Reforça ainda que o elogio, a flexibilidade, a aceitação, a transmissão de informações, o encorajamento, a simpatia, a presença, a confiança e a assistência na respiração e no relaxamento como aspectos úteis da enfermagem para o processo de trabalho de parto. (p.9)

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Nível 3e: Estudo Observacional sem grupo de controlo

Contributo para a questão de revisão:

O estudo verificou que existem lacunas relativamente ao incentivo a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, uma vez que nenhuma das parteiras encorajou a presença de um acompanhante. Segundo Balaskas J. (2017) medo e ansiedade produzem hormonas do tipo da adrenalina que são inibidoras do trabalho de parto e algumas mulheres precisam sem dúvida, de ter apoio e de um contacto próximo durante o trabalho de parto.

Relatando um incidente durante o estudo de Maputle M. (2018), uma parteira participante estava muito *stressada* e impaciente, a tal ponto que pouca ou nenhuma explicação foi dada durante a prestação de cuidados. Portanto, a parturiente ficou absolutamente aterrorizada, pois nenhuma palavra de conforto foi vinda da participante da parteira. Isso resultou na parturiente não cooperar durante o processo de trabalho de parto. “Suporte de informação e instrução deve proporcionar a

gravida/parturiente a obtenção de conhecimento adequado acerca de todos os aspetos do trabalho de parto, e dar-lhe a oportunidade de se envolver na tomada de decisão (Amaral A. & Martins C., 2016).

As mães sentiram dor intensa durante todo o trabalho de parto, enquanto a dor percebida pelas parteiras era leve a moderada no início do trabalho de parto. No final do parto a dor foi percebido de forma real pelas enfermeiras. A pesquisa da dor indicou que as parteiras muitas vezes avaliam a dor dos pacientes de forma imprecisa. Na observação das respostas das parteiras à dor das mães, as respostas foram semelhantes ao longo do processo de parto. Muito poucas mães receberam analgésicos conforme prescrito. A pesquisa da dor indicou que as parteiras muitas vezes avaliam a dor dos pacientes de forma imprecisa. Na observação das respostas das parteiras à dor das mães, as respostas foram semelhantes ao longo do processo de parto. Muito poucas mães receberam analgésicos conforme prescrito. “O EEESMO deve desenvolver uma relação de confiança, promover a compreensão do significado desta relação, sem julgamentos e através de uma comunicação eficaz. A satisfação materna com o processo de nascimento refere-se mais as atitudes aos comportamentos dos profissionais de saúde do que ao alívio da dor. A distração inclui promover a parturiente atividades específicas tais como: conversar, focalizar a atenção num ponto ou imagem que ajuda a concentração, e assim diminuir a ansiedade.” (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

Segundo o estudo apenas 8% das parteiras determinaram as preferências culturais/pessoais da mãe. Neste sentido verifica-se que é importante questionar as mulheres sobre as suas preferências para adequação dos cuidados de enfermagem.

O estudo demonstrou que 83% das parteiras atualizavam continuamente a mãe sobre o progresso do trabalho de parto materno e sobre o bem-estar fetal. Por outro lado, relativamente à capacitação das mães, as parturientes referiram que as parteiras deveriam ser mais pacientes e ouvi-las, apenas 8% das parteiras assistentes permitiam que as mães fizessem perguntas durante o trabalho de parto.

67% demonstrou atitude tranquilizadora para com as mães durante o parto. Nota-se, a preocupação dos profissionais em tornar a mulher mais participativa, cooperativa e inserida no contexto do parto. Raramente uma parturiente precisa que lhe digam o que fazer ou como deve proceder no período expulsivo, mas deve ser encorajada a deixar acontecer e a fazer força quando sentir que está na hora de fazer.” (Balaskas J., 2017, p..333).