

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Saúde Materna e Obstetrícia**

**Comunicação: um instrumento a utilizar durante o  
trabalho de parto e parto**

**Andreia de Jesus Guerreiro Mendes**


**Dissertação ou trabalho de projecto ou relatório de estágio**

**orientado(a) por:**

**Prof<sup>ª</sup> Irene Soares**

**Enf.<sup>ª</sup> Sara Palma**

**2011**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, greyish-brown shapes that resemble a stylized wave or a series of overlapping pages.

*“Quem pare perde parte de si, fica dividida.  
Partida, parida [...] Perde o corpo de grávida com seu ventre fático,  
perde o filho imaginário e ganha um filho real. Como será essa confrontação?  
O feto não é mais um pedaço dela, exteriorizou-se, tem que ser partilhado.  
Nasce um filho mas também um pai, uma mãe, avós, tios e irmãos.  
Há alegria e o luto de uma nova viagem [...] Parir é morrer um pouco.  
Mas é também recomeçar, recriar, nascer e renascer.”*

(EDSON JUNIOR, 2000, p.2)

## AGRADECIMENTOS

Nesta caminhada, muitas pessoas, familiares, amigos e colegas contribuíram e fizeram-se presentes. Nomeá-los a todos seria difícil e correria o risco de me trair na importância que cada um teve nesta caminhada e tempo percorrido. Por isso o meu agradecimento vai para todos.

Não obstante, há alguns cuja presença se manifesta com mais intensidade neste processo de crescimento pessoal e intelectual.

Neste sentido expresso o meu agradecimento especial:

- À *Professora Irene Soares*, orientadora do Relatório de Estágio, o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho. Acima de tudo, obrigada por me continuar a acompanhar nesta jornada e por estimular o meu interesse pela pesquisa e enriquecimento de saberes, na área de investigação;
- À *Professora Rosália Marques*, orientadora do Ensino Clínico e à *Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Sara Palma*, orientadora local, pela confiança, força, incentivo e exemplos de atuação profissional;
- Às *grávidas/casais/famílias* por possibilitarem a minha presença num momento tão importante das suas vidas e pela sua disponibilidade para participarem neste trabalho;
- Aos *colegas e professores da Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*, pelo apoio, convívio, aprendizagem e força dado ao longo do percurso;
- Aos *colegas de trabalho*, pelo apoio e incentivo, em especial à Susana pela sua incansável amizade a qualquer hora e em qualquer momento e ao Pedro e à Gabi, por todas as trocas de turno efetuadas;
- À minha *família*, em especial à minha mãe e irmã, pela disponibilidade, apoio incondicional e compreensão nos momentos de ausência e por estarem sempre presentes;
- Ao meu *marido*, um porto de abrigo, que em todos os momentos senti ao meu lado, agradeço com um carinho muito especial o apoio, a partilha, a compreensão, o optimismo e o incentivo, fundamentais ao longo deste percurso;
- À minha *filha Eva*, o sol que aquece a minha vida, pelos momentos que lhe privei.

A todos mais uma vez a minha profunda gratidão.

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia/1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, e institui o trabalho final de um estágio de 750 horas, que decorreu no Hospital Garcia de Orta, EPE, no serviço de Bloco de Partos/Urgência Obstétrica e Ginecológica e Unidade de Neonatologia, de 17 de janeiro a 1 de julho de 2011.

Teve como objetivo desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher do foro ginecológico e à mulher/casal/família/recém-nascido, durante a gravidez, trabalho de parto, parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna e peri-natal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família.

A metodologia consistiu na prestação de cuidados diretos no local de estágio frequentado, na pesquisa bibliográfica, numa revisão de literatura simples, na realização de entrevistas informais com os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, numa revisão sistemática da literatura efetuada em bases de dados reconhecidos, realização de diários de aprendizagem, discussão com os orientadores, elaboração e aplicação de um questionário posteriormente enviado às puérperas a quem tive oportunidade de acompanhar o trabalho de parto e parto.

O trabalho destaca a comunicação como uma capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pelos enfermeiros, para a qual deverão atualizar os seus conhecimentos relacionados com o comportamento humano e adquirir técnicas comunicacionais adequadas, o que faculta à mulher assumir e participar no seu trabalho de parto e parto de modo consciente, aprazível e confortante.

Todo este trabalho constituiu um modo privilegiado para a assimilação e ampliação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso e para o desenvolvimento das competências no domínio específico da enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia.

**Palavras-Chave:** comunicação, cuidado de enfermagem especializado, estádios do trabalho de parto, bem-estar.

## **ABSTRACT**

This report comes under the Course Unit Stage with Report of the 5th Course of Post-Graduate Specialization in Nursing Maternal Health and Obstetrics / 1 Master's Degree in Nursing Maternal Health and Obstetrics, and establishing the final work of a stage 750 hours, held at Hospital Garcia de Orta, EPE, in the service of Block Party / Emergency Obstetric and Gynecology and Neonatology of 17 January and 1 July 2011.

Aimed to develop skills in providing skilled nursing care to women's gynecological and woman / couple / family / newborn, pregnancy, labor, childbirth, puerperium and the neonatal period, in order to contribute to the reduction of maternal morbidity and mortality and peri-natal care, with a view to promoting health and well-being of the woman/newborn/family.

The methodology consisted in providing direct care in their training attended, in the literature, a literature review simple, informal interviews with nurse specialists in Maternal Health and Obstetrics, a systematic literature review carried out in well-known database, performance of daily learning, discussion with mentors, developing and implementing a questionnaire subsequently sent to the postpartum women who had the opportunity to monitor the labor and delivery.

The paper emphasizes communication as an interpersonal capacity or competence to be acquired by nurses, to which should update their knowledge related to human behavior and acquire appropriate communication techniques, which gives the woman and take part in its labor and birth of a conscious, gentle and comforting.

All this work was a special way of assimilation and expansion of the knowledge acquired throughout the course and development of skills in the specific field of nursing and Midwifery Maternal Health.

**Key words:** communication, specialized nursing care, stages of labor, welfare.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1. METODOLOGIA</b>	<b>13</b>
1.1. Plano de trabalho	13
1.2. Campos de Estágio	13
1.3. Atividades desenvolvidas	13
<b>2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS E DESENVOLVIDAS</b>	<b>17</b>
2.1. Objetivo Específico 1	17
2.2. Objetivo Específico 2	27
2.3. Objetivo Específico 3	30
2.4. Objetivo Específico 4	32
2.5. Objetivo Específico 5	34
2.5.1. COMUNICAÇÃO: um instrumento a utilizar durante o Trabalho de parto e parto	37
2.5.2. Tratamento de dados do questionário enviado às puérperas	50
2.6. Objetivo Específico 6	56
<b>REFLEXÃO FINAL</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS e APÊNDICES</b>	<b>67</b>
Anexo I – Fichas de Avaliação dos Orientadores	
Apêndice I – Projeto de Estágio	
Apêndice II – Cronograma	

**Apêndice III** – Questionário enviado às puérperas

**Apêndice IV** – Diários de Aprendizagem

**Apêndice V** – Breve contextualização do Ensino Clínico IV

## ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

**Tabela 1** - Estudos incluídos na revisão sistemática da literatura

**Gráfico 1** - Caracterização da faixa etária das puérperas

**Gráfico 2** - Número de filhos das puérperas

**Gráfico 3** - Informação e esclarecimento prestados pela Enfermeira às dúvidas e questões da cliente

**Gráfico 4** - Qualidade da informação transmitida pela Enfermeira

**Gráfico 5** - Contribuição da informação prestada pela Enfermeira no diminuir do medo, ansiedade, dúvidas ou receios durante o trabalho de parto e parto

**Gráfico 6** - Opinião das puérperas quanto ao seu papel activo, informado e participativo no seu parto

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**BP** – Bloco de Partos

**CM** - Centímetros

**CMESMO** – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**CPLEESMO** – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**EC** – Ensino Clínico

**EESMO** – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

**ENF.<sup>a</sup>** - Enfermeira

**EPE** – Entidade Pública Empresarial

**FCF** – Frequência cardíaca fetal

**HGO** – Hospital Garcia de Orta

**HTA** – Hipertensão arterial

**IG** – Idade gestacional

**RABA** – Rutura artificial da bolsa de águas

**RN** – Recém-nascido

**SO** – Sala de observação

**TP** – Trabalho de parto

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**UOG** – Urgência Obstétrica e Ginecológica

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, de acordo com o plano de estudos do 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CPLEESMO) /1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), orientado pela Sr.<sup>a</sup> Professora Irene Soares. Este Ensino Clínico (EC) decorreu no Hospital Garcia de Orta (HGO), EPE, no serviço de Bloco de Partos (BP) / Urgência Obstétrica e Ginecológica (UOG) e Unidade de Neonatologia, de 17 de janeiro a 1 de julho de 2011, sob orientação da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) Sara Palma e da Sr.<sup>a</sup> Professora Rosália Marques.

Segundo Sussams (1996), um relatório é uma descrição clara, objectiva e lógica de factos, acontecimentos ou atividades de um trabalho, seguida de uma análise rigorosa com o objetivo de tirar conclusões ou tomar decisões, constituindo o resultado final desse trabalho.

Representa, então, o culminar do EC IV, que incide na aquisição e no desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e comunicacionais que permitam prestar cuidados em meio hospitalar à mulher inserida na família e comunidade, em situação de saúde ou doença, quer do foro ginecológico como durante os estádios do trabalho de parto (TP), efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da mulher e Recém-Nascido (RN) na sua adaptação à vida extra uterina. De forma global, o EESMO deve estar apto a desenvolver uma intervenção centrada na mulher/ família, garantindo intervenções de qualidade conforme o preconizado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2010).

Assim, este relatório sobrevém do desenvolvimento do Projeto de Estágio do EC IV (Apêndice I), previamente realizado e discutido e tem como objetivos:

- Analisar e avaliar as atividades desenvolvidas para o cumprimento dos objetivos do EC IV;
- Refletir sobre o contributo do EC IV para a aquisição e desenvolvimento de competências;
- Contribuir para complementar a avaliação do EC.

De forma a possibilitar uma leitura organizada e sistematizada, começarei por descrever a metodologia (onde estão incluídos: o plano de trabalho, a descrição dos campos de estágio e as atividades desenvolvidas), passando depois à descrição, segundo a ordem descrita no Projeto de Aprendizagem (Apêndice I), dos objetivos específicos definidos. Pretende-se, através de uma metodologia descritiva, analisar e avaliar as atividades desenvolvidas para cada objetivo, assente numa perspectiva reflexiva, complementando, sempre que necessário, com fundamentação teórica. No final, em forma de conclusão, apresento uma reflexão acerca do meu processo de aprendizagem ao longo do EC IV.

Como suporte, apresento as referências bibliográficas que serviram de base para a concretização deste relatório, bem como os apêndices que servem para melhor compreensão e complementação das atividades descritas.

## **1. METODOLOGIA**

### **1.1. Plano de trabalho**

O processo adotado para implementar e concretizar os objetivos descritos no Projeto de Aprendizagem (Apêndice I) foi a realização de um estágio de 750 horas, sendo 525 horas de estágio para contacto direto na prestação de cuidados de enfermagem especializados, divididas em dois serviços do mesmo hospital, realização de entrevistas informais aos EESMO, discussão com os orientadores e sessões de análise das práticas realizadas na ESEL; 25 horas de orientação tutorial (para a elaboração do relatório) e as restantes 200 horas de trabalho autónomo de estudante, para pesquisa bibliográfica, revisão sistemática da literatura efetuada em bases de dados reconhecidos, realização dos diários de aprendizagem, elaboração, aplicação e tratamento de um questionário (Apêndice III), dirigido às puérperas a quem tive a oportunidade de acompanhar o TP e parto, elaboração do Relatório de Estágio, como se discrimina em Cronograma anexo (Apêndice II).

O local de estágio foi selecionado e atribuído pelos Docentes da ESEL, com base nas disponibilidades dos serviços contactados pela escola.

### **1.2. Campos de Estágio**

O Estágio decorreu no 4º e último semestre do curso, de 17 de janeiro a 01 de julho de 2011, com uma carga horária total de 750 horas, num regime de carga horária de 35 horas semanais e de 25 horas semanais, a partir de 14 de março de 2011.

Os campos de estágio frequentados foram dois:

1. Hospital Garcia de Orta, EPE, Serviço de Bloco de Partos/Urgência Obstétrica e Ginecológica, de 17 de janeiro a 10 de abril e de 25 de abril a 01 de julho de 2011.
2. Hospital Garcia de Orta, EPE, Unidade de Neonatologia, de 11 a 17 de abril de 2011.

### **1.3. Atividades desenvolvidas**

Os campos de estágio frequentados permitiram desenvolver os objetivos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 inicialmente propostos, pela realização e implementação do Projeto de Aprendizagem (Apêndice I), na medida em que foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados diretos, à mulher do foro ginecológico e à mulher/casal/RN/família,

durante a gravidez, os diferentes estádios do TP e período neonatal, bem como desenvolver competências técnicas, relacionais e comunicacionais.

Para o primeiro local de estágio, Bloco de Partos/Urgência Obstétrica e Ginecológica (Apêndice V), foi meu interesse o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados diretos à mulher/grávida/casal/RN/família; a realização de pesquisa bibliográfica; a mobilização dos conhecimentos adquiridos; o realizar de uma entrevista informal com a EESMO orientadora local e restantes EESMO do serviço; identificar o papel do EESMO na assistência à mulher/grávida/casal/RN/família, no seio da Equipa multidisciplinar e sua intervenção; perceber as diferentes responsabilidades entre enfermeiros generalistas e EESMO; realizar entrevistas informais com a grávida/família; a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, técnicas e habilidades comunicacionais, mobilizando-os para a prática; desenvolver capacidades de observação, pensamento crítico e reflexivo sobre as experiências vivenciadas; participar nas sessões de análise de práticas na ESEL.

Para a consecução específica do objetivo 5, realizei entrevistas informais com os EESMO relativamente à sua experiência nessa área; efetuei pesquisa bibliográfica/revisão sistemática da literatura em bases de dados reconhecidos; observei e identifiquei os processos de comunicação estabelecidos entre o EESMO e a grávida/convivente significativo/família durante o TP e parto; identifiquei o papel do EESMO como promotor do estabelecimento de uma comunicação eficaz e eficiente para com a parturiente/convivente significativo/família; efetuei entrevistas informais com a grávida/família; elaborei e implementei um questionário a ser preenchido pelas puérperas (a quem tive a oportunidade de conduzir o TP e o parto); adquiri e desenvolvi conhecimentos, técnicas e habilidades comunicacionais, mobilizando-os para a prática; realizei uma discussão com os orientadores acerca dos meus comportamentos e capacidades/aptidões comunicativas enquanto futura EESMO.

Na Unidade de Neonatologia, correspondente ao objetivo 4, foi meu interesse observar/colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado numa Unidade de Neonatologia; realizar uma entrevista informal com a enfermeira orientadora local, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, e equipa multidisciplinar; efetuar pesquisa bibliográfica e mobilizar os conhecimentos adquiridos; consultar documentação relevante existente no serviço; observar a organização e funcionamento do serviço; efetivar uma observação participada dos cuidados de

enfermagem prestados na assistência ao RN/pais/família; ter a percepção das diferenças nas atribuições e responsabilidades entre enfermeiros generalistas e especialistas; ter a percepção da relevância da presença e participação dos pais no cuidado ao RN; considerar as necessidades e comportamentos dos pais; observar a articulação entre o serviço e o Internamento de Puérperas; refletir sobre o papel do EESMO como elemento de articulação facilitador do desenvolvimento do processo de vinculação entre os pais/RN neste contexto.

Todas as atividades no âmbito da prestação de cuidados especializados diretos à mulher/grávida/RN/família e a aplicação e tratamento dos dados do questionário supracitado, foram estabelecidos de acordo com a deontologia em enfermagem, ou seja, “a formulação de um *dever ser profissional* (...), o conjunto de normas (...) alicerçadas nos princípios da moral e do direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005, p.16).

Segundo Veiga (2006), a excelência profissional tem duas dimensões, a excelência técnica e a excelência moral, sendo necessário integrar a atitude interior de cuidar (ético) para que o exercício competente das atividades de cuidar (profissional) seja atingido. O agir em enfermagem deverá ter por base o respeito e a confiança pela pessoa alvo de cuidados, procurando dar uma resposta que vá ao encontro das necessidades e interesses de cada pessoa.

Os quatro princípios éticos fundamentais em enfermagem são: a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça. Os principais princípios subjacentes ao cuidar ético são a protecção da dignidade humana e a atenuação da vulnerabilidade do cliente (NOUREDDINE, 2001).

Enquanto futura EESMO, foi meu intento manter estas questões sempre presentes na minha atitude e no agir com a mulher/grávida/RN/família, por de forma a demonstrar a identidade da enfermagem, as competências de *know-how*, o conhecimento utilizado e o carácter.

Com base no Artigo 76 do Código Deontológico, alínea a), o enfermeiro tem a obrigação de “*exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar*”

*da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005, p.35).*

A enfermeira ao reconhecer a mulher como um ser único, livre e autónomo, deverá transmitir uma informação clarificada - Artigo 84 (Dever de informação) – tendo em conta que “informar significa *transmitir dados sobre qualquer coisa*, sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza, e contribui para o processo de adaptação e para a tomada de decisão” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005, p.110).

Para VEIGA (2006), a capacitação do doente para a tomada de decisão, tendo a advocacia uma visão autonomista, em que o valor da autodeterminação assume precedência sobre os demais, pretende que a pessoa esteja na posse dos elementos que lhe permitam uma decisão baseada na razão, sendo elucidada das consequências das suas escolhas. Para este autor, cabe ao enfermeiro garantir a promoção da autodeterminação do doente, impedindo que a sua autoconfiança seja minada.

Como futura EESMO, foi e será esta a conduta profissional que pretendo praticar e que espero sirva de exemplo e referência a todos os elementos da equipa onde me encontro inserida.

## 2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS E DESENVOLVIDAS

A análise realizada centra-se nas atividades desenvolvidas, expectativas, dificuldades, estratégias e aprendizagens adquiridas, neste contexto de ensino/aprendizagem, durante o EC IV.

Delineei como objetivo geral para este EC:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher do foro ginecológico e à mulher/casal/família/RN, durante a gravidez, trabalho de parto, parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna e peri-natal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família.

Considerei os seguintes objetivos específicos:

### 2.1. Objetivo Específico 1

*Prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal/RN/família durante os diferentes estádios do trabalho de parto*

De forma a poder prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, em situação de saúde e doença, durante os quatro estádios do TP, foi imprescindível a constante mobilização de conhecimentos teóricos na prática diária. Tal como refere Leite [et al] (1991, p.77) há uma relação idiossincrática entre a teoria e a prática, isto é, a “ (...) prática alimenta a teoria e a teoria fundamenta a prática. Pela prática se humaniza, se socializa o saber; a teoria ajuda a ultrapassar o empirismo, estrutura e aprofunda esse saber”. Perante as situações em EC, senti necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos, permitindo-me desenvolver competências que me capacitaram para um desempenho profissional de qualidade crescente. A este respeito Mestrinho (1997) defende que o cerne das novas competências é precisamente a resolução de problemas práticos, em que são mobilizados conhecimentos relativos a determinada atividade, isto é, o saber formalizado deve-se confrontar com a prática e o saber prático deve-se formalizar, “agir para saber e saber para agir”.

Considero que o parto se constitui como uma experiência singular e peculiar para cada mulher/família e, por isso, especial e com diferentes sentimentos e necessidades, pelo que, cada cliente/família representou um novo desafio, uma oportunidade de vivenciar

diferentes experiências e diferentes formas de cuidar. Tal como refere Hesbeen (2000), a atenção contida no cuidar deve ser sempre pensada, repensada, inovada e não pré-estabelecida nem programável e, muito menos, repetida de pessoa para pessoa.

Ao longo do EC procurei dar resposta às necessidades da mulher/família, no decorrer de cada um dos diferentes estádios do TP, desenvolvendo em cada um deles as atividades a que me propus no Projeto de Aprendizagem (Apêndice I).

O acolhimento da mulher/família foi o ponto de partida, tendo sempre a preocupação de me apresentar e assim iniciar o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia. De acordo com Hesbeen (2001) é no acolhimento da mulher/família que o enfermeiro deve munir-se de ferramentas essenciais para o estabelecimento de uma relação de confiança. Esta é essencial para a prestação de cuidados de qualidade, com a finalidade de, não só detectar precocemente todas as situações passíveis de apresentarem um risco acrescido (sejam elas sentidas e manifestadas pela mulher ou apenas detetadas pelo enfermeiro), como essencialmente identificar as necessidades daquela mulher/família. A capacidade da enfermeira reconhecer as necessidades físicas e emocionais da parturiente, contribui para desenvolver o TP e parto num ambiente calmo e seguro.

Durante o acolhimento efetuava a colheita de dados, através da consulta do processo clínico, boletim de saúde da grávida, exames complementares e laboratoriais e da entrevista à grávida/família. Interpretava e avaliava a informação recebida, contribuindo para a identificação das necessidades da mulher/família, planeando os cuidados de enfermagem a prestar. Ainda que a grávida pudesse não ter formalizadas as suas intenções num plano de parto, procurei discutir com a mesma/casal as expectativas e intenções relativamente ao nascimento do filho, negociando a prestação de cuidados de enfermagem no sentido de lhes proporcionar o que pretendiam e de partilhar/esclarecer eventuais “desvios” considerados necessários.

O planeamento dos cuidados de enfermagem e selecção de prioridades, ao longo dos diferentes estádios do TP, foram efetuados em função das necessidades individuais da mulher/família, considerando-a como uma parceira indispensável no planeamento dos mesmos, com autonomia e capacidade de decisão, concomitantemente com uma vigilância constante e rigorosa do bem-estar materno-fetal, da deteção de eventuais complicações ou agravamento da situação clínica. Desta forma, e tal como está preconizado pela OMS (1996), pretendi garantir a segurança necessária ao

desenvolvimento de um TP e parto com o mínimo de intervenções e intercorrências, visando continuamente o bem-estar físico e emocional dos que nele estavam envolvidos.

Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a grávidas com patologia prévia e/ou patologia obstétrica (materna e/ou fetal), que se encontravam em TP ou apenas em vigilância do bem-estar materno-fetal: HTA crónica ou induzida pela gravidez; Diabetes prévia ou gestacional; Pré-eclâmpsia; Ruptura Prematura de Membranas; Oligoâmnios; Hidrâmnios; Escoliose; Esclerose múltipla; Asma; Hepatite B e C; Fibromialgia; e Talassémia menor; Drepanocitose; Hipotireoidismo; Anemia.

Foi para mim importante poder acompanhar a vivência da mulher/família ao longo do **1º estágio do TP**<sup>1</sup> em simultâneo com a vigilância e condução do TP, tendo prestado cuidados de enfermagem especializados a 94 grávidas durante o 1º estágio do TP.

Segundo Burroughs (1996) inicialmente a mulher sente-se capaz de enfrentar o desconforto e, em geral, está ativa, conversando e rindo, e está aliviada por o TP ter finalmente começado. Pode estar excitada, feliz, com sentimento de antecipação e também com alguma apreensão, como também pode estar amedrontada com a experiência do parto e demonstrar ansiedade e preocupação (fase latente<sup>2</sup>). Contudo, verifiquei que a fase latente é um bom período para o esclarecimento de dúvidas e para o fornecimento de informação, de acordo com as necessidades em Educação para a Saúde da mulher/família, nomeadamente sobre: aspetos relacionados com os diferentes estádios do TP, técnicas de relaxamento não farmacológicas, métodos farmacológicos e esclarecimento de dúvidas. Burroughs (1996) refere que este período é o ideal para orientar a parturiente sobre o que vai acontecer, à medida que o TP vai evoluindo.

Ao longo da minha intervenção, demonstrei sempre disponibilidade, proporcionando um ambiente acolhedor e confortável, respeitando a privacidade e a individualidade de cada mulher/família, a sua cultura, as suas crenças, os seus desejos, o seu direito à

---

<sup>1</sup> O **1º estágio do TP**, inicia-se com o estabelecimento de contrações regulares e termina quando a dilatação do colo do útero está completa (10 cm). É de longe a fase mais demorada do TP, sendo que na primípara dura normalmente entre 12 a 14 horas (Burroughs, 1996; Machado, 2005).

<sup>2</sup> A **fase latente** é a parte inicial e lenta do TP, que decorre desde o início das contrações regulares até ao momento em que o colo está completamente apagado e com 3 cm de dilatação (Burroughs, 1996; Machado, 2005).

informação e a opções conscientes e esclarecidas, pois acredito que só assim a mulher se torna parceira no processo de cuidar.

Valorizei, de modo constante, as queixas e os sinais que me pudessem transmitir alguma necessidade da grávida, sendo o meu apoio reforçado na fase ativa<sup>3</sup> do TP. De acordo com Burroughs (1996), à medida que as contrações aumentam, a ansiedade da parturiente aumenta, pode demonstrar sinais de tensão (contorções, choro, gemidos e excessiva tensão muscular) e pode começar a duvidar da sua capacidade em suportar as contrações do TP e ter medos mal-definidos. Pode sentir-se nauseada e fisicamente desconfortável. Desta forma, ao longo do TP promovi o conforto e higiene da mulher através da hidratação oral, quando era possível, cuidados perineais e esvaziamento vesical, sempre que necessário.

Sabendo que a dor constitui um dos elementos que mais negativamente interfere na experiência do parto da mulher, procurei proporcionar o relaxamento e alívio da dor, não só através de técnicas de relaxamento não farmacológicas (respiração, alternância de decúbitos, massagens, deambulação, duche e o uso da bola de parto, quando possível), como através de métodos farmacológicos (analgesia endovenosa e analgesia loco-regional), considerando a ação do medicamento simultaneamente na parturiente, no feto e na evolução do TP. Segundo Kitzinger (1995), as reações de uma mulher à dor, durante o TP, podem ser modificadas pelo ambiente no qual decorre o parto e pelo suporte que recebe dos profissionais e acompanhantes, assim como pelos métodos de alívio da dor utilizados.

É de realçar a importância da presença do convivente significativo no equilíbrio emocional da mulher, tendo este sido um aspeto sempre considerado e dada a possibilidade à grávida de estar ou não acompanhada e de escolher quem queria que a acompanhasse. Segundo a OMS (1996), inserir o acompanhante é um dos aspetos da humanização dos cuidados, para além de ser uma prática baseada em evidências científicas. O apoio emocional à parturiente requer a presença ativa e participativa de todos os envolvidos, tendo sido uma constante na minha intervenção, o envolvimento do convivente significativo no processo de cuidar, sentido pela mulher como uma fonte de proteção e de suporte, ajudando-a a manter o controlo, transmitindo-lhe calma, confiança, diminuindo-lhe a ansiedade.

---

<sup>3</sup> Na fase ativa o colo dilata-se a maior ritmo, tendo sofrido até aqui alterações que o tornam mais reativo às contrações uterinas. As contrações são mais fortes e mais longas, resultando na dilatação de 3 cm para 8 cm (Burroughs, 1996; Machado, 2005).

Há medida que as contrações se tornam mais frequentes, longas e intensas, a parturiente pode demonstrar menor capacidade em suportá-las e à dor e estar muito entorpecida com as mesmas. Durante esta fase (fase de transição<sup>4</sup>) pode manifestar comportamentos descontrolados, pode exprimir-se por meio de irritabilidade em relação aos profissionais de saúde ou ao companheiro e num desejo de “fugir a tudo” para escapar ao TP e à inevitabilidade do processo, com declarações do tipo “não posso continuar” e “não aguento mais” (Burroughs, 1996). Durante esta fase foi fundamental da minha parte a avaliação do grau de ansiedade e a eficácia da capacidade e do comportamento de “enfrentamento” da parturiente, reforçando os comportamentos que facilitavam sentimentos positivos sobre a evolução do TP e modificando os indesejáveis, como a perda de controlo, ajudando-a a cooperar com o processo de parto, mantendo o seu autocontrolo, tranquilizando-a, encorajando-a e dando-lhe as instruções certas para que pudesse usar ao máximo as suas ferramentas, para se ajustar às tensões do TP.

Cada vez mais a enfermagem se torna exigente e complexa, requerendo da parte dos profissionais características que vão desde a competência técnica às competências relacionais. Relativamente às competências relacionais, considero ter conseguido estabelecer um relacionamento positivo e terapêutico com a parturiente/família pelo respeito, ajuda, apoio, valorização da pessoa, dando atenção, uma palavra de encorajamento ou conselho, sendo gentil e amigável e assumindo uma atitude tranquila e sem pressa, ao cuidar. No que diz respeito às competências técnicas, a sua análise orientou-me para a necessidade sentida pela mulher de ser esclarecida dos seus direitos e promover a sua participação nos procedimentos efetuados no decorrer do TP, avaliando os riscos e benefícios dos mesmos, individualizando os cuidados, tendo em conta as necessidades e desejos da parturiente.

Foram várias as técnicas aprendidas e aperfeiçoadas ao longo do EC: efetuei 16 ruturas artificiais da bolsa de águas (RABA), com vista à progressão do TP; realizei 7 monitorizações internas da FCF, pela necessidade de obtenção de um registo rigoroso, quando há dúvidas quanto ao bem-estar ou quando a monitorização externa não está a ser eficaz; efectuei 3 amnioinfusões de acordo com o parecer clínico.

---

<sup>4</sup> A fase de transição é a última parte do 1º estágio. A dilatação do colo do útero continua num ritmo mais lento, desde os 8 cm de dilatação até atingir a dilatação completa (10 cm). Quando a apresentação fetal está bem descida na cavidade pélvica, e exercendo pressão sobre o recto, estimula a necessidade de fazer força (Burroughs, 1996).

Ziegel e Cranley (1996) referem que é extremamente importante a vigilância da progressão do TP, de forma a detetar precocemente sinais de complicações, tanto no que se refere à parturiente quanto ao feto.

Relativamente à **vigilância e condução do TP**, saliento a interpretação do traçado cardiotocográfico, a qual procurei sempre efetuar de forma rigorosa, tendo constituído uma ferramenta fundamental na avaliação e vigilância do bem-estar materno-fetal, na minha tomada de decisão relativamente à condução do TP e na identificação precoce de complicações/desvios ao padrão normal de evolução do TP e implementação de intervenções adequadas, referenciando sempre as situações que estavam para além da minha área de atuação. Ressalto também a avaliação da progressão do TP, através do exame pélvico por ser um ato técnico da prática diária, tendo ao longo do EC aprimorado a técnica, principalmente no que concerne à identificação da variedade da apresentação do pólo fetal. Valorizei sempre as queixas da parturiente, podendo estas constituir um dado importante na avaliação da progressão do TP. Respeitei os processos fisiológicos do parto, os tempos e ritmos de cada TP, não intervindo desnecessariamente, não submetendo a parturiente e o feto a condutas não necessárias ou ineficazes, e portanto prejudiciais, indo de encontro ao preconizado pela OMS (1996, p. 4) que definiu como objetivo da assistência ao parto normal “ (...) ter uma mãe e crianças saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança”.

O EESMO é o responsável pelo parto de baixo risco. Este facto traz muitas vezes conforto à parturiente, pois esta reconhece nele, alguém em quem confia e com quem já criou uma relação empática. Pude constatá-lo, no momento do nascimento, pelo prévio estabelecimento de uma relação de ajuda que se refletiu, naquela ocasião, tão importante para a mulher e convivente significativo.

No **2º estágio do TP<sup>5</sup>**, a parturiente sente uma necessidade urgente de fazer força. O seu campo de percepção fica muito diminuído e a aprendizagem é difícil (Burroughs, 1996).

Orientei a parturiente durante a realização dos esforços expulsivos e posicionamento adequado ao período expulsivo. Procedi à avaliação da descida da apresentação fetal,

---

<sup>5</sup> O 2º estágio do TP inicia-se quando o colo do útero está completamente dilatado (10 cm) e termina com o nascimento do feto (Burroughs, 1996).

de forma a orientar a parturiente nos esforços expulsivos necessários para a progressão contínua da mesma.

Considero ser fundamental o reforço positivo, encorajando e estimulando a mulher na continuação dos esforços expulsivos, lembrando-a com frequência de como deveria focalizar a sua atenção em cada contração, incentivando-a a descansar entre elas. Foi necessário por vezes ser firme, a fim de manter a parturiente controlada ou para ajudar a recuperar o controlo. Foi também minha preocupação promover a participação do convivente significativo neste estágio do TP. Procurei sempre demonstrar segurança e transparecer uma postura calma e confiante, transmitindo isso para a parturiente e convivente significativo, não descurando, neste período, a avaliação do bem-estar fetal.

Relativamente à execução das manobras adequadas no parto eutócico, considero ter adquirido e aperfeiçoado as competências necessárias para a sua realização, de forma competente e autónoma.

Sempre que necessário, procedi à execução de episiotomia seletiva e anestesia local do períneo. Graça (2005, p.669) refere que "(...) a episiotomia deve ser usada sempre que necessário para abreviar o período expulsivo por razões fetais (...), mas deve ser abandonado o seu uso por rotina como prevenção de situações que, efectivamente, não evita". Reforçando esta ideia, R. De Tayrac [et al] (2006) referem que a episiotomia de rotina com a finalidade de prevenir lesões perineais graves, incontinência urinária, incontinência fecal ou prolapso urogenital não se justifica à luz dos conhecimentos atuais, sendo aconselhável uma prática seletiva.

Na realização da episiotomia, efetuei sempre episiotomia médio-lateral, pois tal como refere Graça (2005), tem como principal vantagem, em relação à episiotomia mediana, a incidência quase nula de lesões do esfíncter anal e do recto.

Implementei intervenções adequadas nas situações de circular cervical e de distócia de ombros.

No momento do nascimento, sempre que o convivente significativo o desejou, foi efetuada por ele a laqueação do cordão umbilical. Nesta fase, felicitava o casal permitindo, quando o estado de saúde do RN era estável, o estabelecimento da relação da díade/tríade, assim como o contacto pele-a-pele entre mãe-RN (se a mulher assim o desejasse), para que estes desfrutassem deste momento único e de felicidade na sua vida.

Durante o EC realizei 56 partos eutócicos. Participei ativamente em 21 partos distócicos, 9 por fórceps, 6 por ventosa e 6 cesarianas (nos cuidados intra-operatórios). Tive a possibilidade de participar num parto gemelar, com o 1º gêmeo em apresentação cefálica e o 2º gêmeo em apresentação pélvica, modo pés.

No **3º estágio do TP**<sup>6</sup>, após o nascimento, realizei colheitas de sangue do cordão umbilical para determinação do pH fetal, grupo de sangue do RN e de células estaminais para criopreservação. Em seguida, efetuei a condução da dequitação, mantendo uma atitude expectante e fisiológica face a este processo, identificando os sinais de descolamento da placenta. Quando necessário adotava uma condução ativa da dequitação, efetuando tração controlada do cordão, controlando em simultâneo o fundo uterino, de forma a prevenir o risco de inversão do útero e ruptura do cordão.

Efetivei o diagnóstico e intervenção adequada numa situação de retenção placentar, tendo comunicado o facto à equipa médica, procedendo-se à dequitação manual e instrumental, sem intercorrências; identifiquei quatro situações de dequitação natural com suspeita de membranas fragmentadas, tendo sido notificadas também à equipa médica que realizou controlo ecográfico, cujo resultado não foi do parecer clínico de realizar outro tipo de manobras.

Após a dequitação, foi executada a administração de ocitocina, de acordo com o protocolo instituído no serviço e procedi à massagem e expressão uterina, confirmando e vigiando a tonicidade uterina (formação do globo de segurança de Pinard) e as perdas hemáticas vaginais. Tal como referem Ziegel e Cranley (1996), é um período que exige uma assistência cuidadosa, devido ao risco de hemorragia. Procedi à avaliação da integridade da placenta e membranas. Na grande maioria das situações a dequitação foi natural e aparentemente completa. Nas situações em que a dequitação foi natural, mas com membranas fragmentadas, informou-se a equipa médica e procedeu-se à revisão uterina digital e, quando se justificava, efectuou-se em seguida controlo ecográfico. Posteriormente, avaliei a integridade da região vaginal e perineal.

Dos partos realizados 17 resultaram em períneos intactos; 22 apresentaram lacerações de Grau I; 1 laceração de Grau II e efetuei 16 episiotomias.

Em seguida, executei a reparação das lacerações, através da sua sutura (perineorrafia e episiorrafia), inicialmente com a ajuda da orientadora e, posteriormente, de forma

---

<sup>6</sup> O 3º estágio do TP decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e membranas fetais (Machado, 2005).

autónoma. Este foi o aspeto onde senti maiores dificuldades de ordem técnica e de destreza manual, as quais progressivamente foram sendo ultrapassadas com treino e com o acompanhamento da EESMO Sara Palma. Segundo Corrêa (1994), considera-se essencial, para a execução correta da técnica, aprimorar competências e desenvolver destrezas, de forma a prestar cuidados de qualidade, evitando assim o aparecimento de complicações.

O **4º estágio do TP**<sup>7</sup> é um período que exige uma vigilância atenta da puérpera e RN, pois estão ambos, não só a recuperar do processo físico do nascimento, como também a iniciar a vinculação.

Segundo Bobak [et al] (1999), durante as primeiras duas horas após o nascimento, os órgãos maternos passam pelo processo de reajustamento inicial para o estado não gravídico e os sistemas orgânicos começam a estabilizar. Por sua vez, o RN, durante várias horas, continua a transição do meio intra-uterino para o meio extra-uterino. Assim, durante este estágio é fundamental uma vigilância contínua da puérpera/RN, de forma a promover o bem-estar da díade e detetar precocemente sinais/sintomas de complicações, tendo sido essa a minha conduta.

Os cuidados de enfermagem especializados durante este estágio foram prestados, na sua maioria, às mulheres a quem vigiei e conduzi o TP e parto e àquelas a quem recebi o RN e lhe prestei os cuidados imediatos, permitindo-me, deste modo, a continuidade dos mesmos.

Após o parto foi promovida a alimentação e hidratação da puérpera (nos partos vaginais) e em seguida colocado o RN junto a si, para o desenvolvimento da relação da díade. Stern e Bruschiweiller-Stern (2000) referem que a relação mãe-bebé é estabelecida na base de interações simples, como alimentar. Neste sentido, Brazelton (1995) e D'almeida (1996) enfatizam a importância da amamentação no fortalecimento da relação mãe-filho, referindo ser este o meio ideal para a comunicação entre ambos. Desta forma, face à decisão da mãe em amamentar, encorajei-a a fazê-lo, nos primeiros 60 minutos logo após o nascimento (cumprindo as diretivas do HGO, EPE

---

<sup>7</sup> O 4º estágio do TP denomina-se também de puerpério imediato. Dura cerca de duas horas após a dequitação. É um período em que se dá o restabelecimento da homeostasia e requer uma vigilância maior devido ao risco de complicações, que podem resultar do TP e da fase de expulsão, nomeadamente hemorragia e choque hipovolémico (Burroughs, 1996; Ziegel e Cranley, 1996).

como hospital creditado “Amigo dos bebés”), de preferência ainda durante o contacto pele-a-pele (é nesta altura que o bebé está mais recetivo e atento ao meio circundante e a mãe demonstra uma sensibilidade aumentada), apoiando e orientando a mãe na adaptação do RN à mama, instruindo a técnica correta de amamentação e identificando os sinais de boa pega.

Para Marques [et al] (1993), logo após o nascimento, a possibilidade de conhecimento pela visão, cheiro, gosto, audição e tacto, favorecida pelo contacto corporal que a amamentação proporciona ao RN, torna as primeiras horas de vida num momento de interação privilegiada e frutuosa, estabelecendo-se uma grande intimidade entre mãe e filho. A amamentação constitui uma excelente oportunidade de aprofundar o contacto e suavizar o trauma da separação provocado pelo parto.

Ao adaptar-se precocemente o RN à mama está também a favorecer-se a libertação de ocitocina e consequente involução uterina e a estimular a secreção láctea.

Duas horas após o parto, realizava uma avaliação global da puérpera e RN, com vista à sua transferência para o internamento. Essa avaliação consistia sumariamente no seguinte: avaliação do estado geral da puérpera; avaliação da pele e mucosas e de sinais vitais; avaliação da dor e da fadiga materna; observação das mamas e mamilos e verificação da existência de colostro (quando não fora eu a adaptar o RN à mama); vigilância da eliminação urinária; avaliação da involução uterina, das perdas hemáticas vaginais e do períneo e promoção do conforto materno através da prestação de cuidados de higiene perineais. No caso das puérperas submetidas a cesariana, acrescia a vigilância do penso operatório; da drenagem vesical e da existência ou não de bloqueio motor dos membros inferiores nas situações de anestesia epidural/raquidiana para eventual administração de repicagens analgésicas e do estado de consciência nas situações de anestesia geral.

No que respeita aos registos de enfermagem, procurei efetuar registos completos e precisos, ao longo dos 4 estádios do TP, refletindo a situação particular da mulher e o trabalho desenvolvido, promovendo a continuidade dos cuidados.

Nas passagens de turno ou transferência para o internamento, transmitia de forma sucinta a informação mais relevante, em relação à situação da grávida/puérpera/RN e aos cuidados prestados.

## **AVALIAÇÃO**

O objetivo foi concretizado, tendo realizado com sucesso as atividades planeadas. As atividades desenvolvidas para dar resposta a este objetivo permitiram-me desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e comunicacionais, no domínio dos cuidados especializados, na construção e troca de novos saberes. Por outro lado, proporcionou-me momentos de reflexão com a minha orientadora, sobre as atividades desenvolvidas, com o objetivo de aperfeiçoar continuamente a minha prestação. O contínuo reforço positivo por parte da minha orientadora, foi também um factor facilitador da minha aprendizagem. Desta forma, face aos conhecimentos e competências adquiridos, considero ter desenvolvido uma prática de cuidados especializados de qualidade, de forma autónoma e competente, à mulher/família/RN, ao longo dos 4 estádios do TP, tomando as decisões adequadas, durante a vigilância e condução do TP e parto. Foi uma constante da minha prática a concepção, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados, para que a mulher/família vivenciassem de forma positiva e gratificante a experiência única que é a do nascimento de um filho, tendo uma participação consciente e ativa em todo o processo.

## **2.2. Objetivo Específico 2**

### *Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN normal e de risco*

Cerca de 90% de todos os RN's têm uma transição da vida intra-uterina para a extra-uterina sem nenhuma dificuldade, adquirindo respiração regular e eficaz nos primeiros trinta segundos de vida extra-uterina. Aproximadamente 6 a 10% dos RN's necessitam de alguma ajuda para se adaptarem à vida extra-uterina. Desses cerca de 0,5% são de termo e 70% são prematuros. No entanto, só 0,1% necessitará de reanimação avançada com massagem cardíaca e administração de fármacos (Oliveira e Albuquerque, 2006).

Embora a maioria dos RN's consiga efetuar as adaptações necessárias à existência extra-uterina sem grandes dificuldades, o seu bem-estar depende do cuidado que recebem de outros. De acordo com Bobak [et al] (1999, p.335) “os enfermeiros desempenham um papel fundamental durante este período de transição, ajudando o recém-nascido a adaptar-se à vida extra-uterina e, assistindo a mãe e outros familiares na adaptação à nova situação.”

O EESMO, pelos seus conhecimentos e competências especializados, constitui-se como um elemento fundamental, no seio da equipa multidisciplinar, não só durante a vigilância da gravidez, do TP e parto, no sentido de identificar fatores de risco/prevenir complicações que possam condicionar a adaptação do RN à vida extra-uterina, como na assistência ao RN, ao assegurar a respetiva avaliação imediata, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina e ao assegurar a reanimação em situações de emergência (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Desta forma, para o planeamento dos cuidados considere importante o conhecimento prévio da história familiar e materna, da história da gravidez atual e da evolução do TP e parto, para que se pudesse antecipar/ prevenir qualquer dificuldade /complicação na adaptação do RN à vida extra-uterina, relacionando-a com o decurso do TP e parto, patologia associada e idade gestacional. Era sempre efetuada a verificação prévia da sala de reanimação do RN, preparando o material necessário para a prestação de cuidados ao mesmo.

Prestei cuidados de enfermagem especializados a RN's de partos eutócicos e distócicos (fórceps, ventosa, cesariana). Em todos os partos distócicos ou naqueles em que se previa que o RN pudesse necessitar de cuidados especiais, era solicitada previamente a presença do pediatra.

Os cuidados de enfermagem especializados, prestados ao RN, tiveram em atenção que o primeiro contacto deve revestir-se de suavidade, mas também de destreza e conhecimentos, de modo a garantir o rápido estabelecimento da respiração (permeabilização das vias aéreas e estimulação táctil na região plantar ou no dorso das costas) e proceder à avaliação das restantes funções vitais (frequência cardíaca, tónus e cor).

Aquando do nascimento do RN tive a preocupação de proporcionar as condições imediatas que favorecessem a vinculação precoce entre a díade/tríade: prevenir a perda de calor ao limpar, secar e manter a temperatura corporal do RN estável no momento do nascimento, promovendo o contacto pele-a-pele com a mãe, sempre que o RN reunia condições para tal e se a mulher o desejasse; minimizar a exposição a luzes intensas, permitindo ao RN abrir os olhos, podendo então fixar a cara da mãe e estabelecer o contacto ocular. Fomentei igualmente o envolvimento do convivente significativo. Segundo Kennell (1995), quando é dada a possibilidade aos pais de ficarem a sós com o seu bebé, durante a primeira hora após o nascimento, está-se a

estabelecer o ambiente mais propício e mais benéfico para o início do processo de vinculação.

Ao melhorar o ambiente está-se a proporcionar o bem estar comportamental do RN e, desta forma, a promover e facilitar a relação precoce entre mãe-bebé, no período em que ambos se encontram recetivos para o seu estabelecimento (Brazelton, 1992) .

O contacto inicial com o filho permite à mãe, antes de mais, pôr de parte todos os seus receios e medos em relação à normalidade do seu bebé, tranquilizando-a sobre esse facto (Stern e Bruschiweiller-Stern, 2000). De acordo com Biscaia (1994, p.129) "é essencial e ético que quase de imediato o bebé seja colocado junto da mãe, corpo com corpo para que o diálogo entre os dois se estabeleça (...)". Enquanto a mãe toca, aperta contra o peito o seu filho, facilita-lhe a possibilidade de captar pressões, texturas, temperaturas e odor e o RN é colonizado pela flora cutânea da mãe.

A identificação do RN era efetuada juntos dos pais, sempre que possível, assim como a promoção do aleitamento materno precoce. Em seguida, prestava os cuidados imediatos ao RN: observação física e avaliação dos reflexos, de forma a detetar precocemente malformações e/ou outras complicações; avaliação do peso; prestação de cuidados de higiene e conforto (banho integral se: impregnado em mecónio, cheiro fétido ou mãe com patologia infecciosa), administração profilática de vitamina K (previne a doença hemorrágica do RN) e clorofenicol-colírio (previne a oftalmia gonocócica neonatal), tal como protocolado.

O Índice de Apgar, ao 1º, 5º e 10º minuto de vida, era determinado como uma forma objetiva de avaliar o estado do RN logo após o nascimento.

Prestei cuidados de enfermagem especializados quer a RN's saudáveis, quer a RN's que necessitavam de cuidados especiais (prematuros, leves para a idade gestacional, impregnados em mecónio, com síndrome de dificuldade respiratória, que traziam circulares cervicais apertadas), colaborando com o pediatra e transferindo-os para a Neonatologia, quando se verificou ser necessário.

Após a prestação dos cuidados imediatos ao RN e manifestando este uma boa adaptação à vida extra-uterina, era levado novamente para junto dos pais/mãe. Posteriormente, o RN era apresentado aos familiares e, em seguida, colocado novamente junto da mãe. Precisando o RN de um ambiente estimulante e carinhoso, se a sua situação clínica o permite, é importante não deixá-lo no berçário, mas antes

levá-lo para junto da mãe, e aproveitar aquele momento único e especial para se descobrirem mutuamente. O tempo e a forma como decorrem as primeiras relações são decisivos para a consistência dos laços entre mãe-filho.

Nas primeiras 2 horas de vida, realizei a observação e vigilância do bem-estar do RN, de forma a detetar eventuais sinais de complicações ou agravamento da situação clínica, contactando o pediatra, sempre que necessário. Tive também oportunidade de administrar leite de fórmula por copo a RN's cujas mães não apresentavam colostro à expressão mamária ou com baixos valores de glicémias capilares.

Procedi à elaboração de registos de enfermagem concisos e precisos, promovendo a continuidade de cuidados e à transferência do RN para o internamento.

## **AVALIAÇÃO**

Considero que o objetivo foi concretizado, tendo realizado, de forma autónoma e independente, as atividades planeadas, buscando a excelência dos cuidados, situação facilitada pela minha prática profissional, ao exercer funções no bloco de partos como enfermeira generalista há seis anos, mas agora desempenhando funções com um outro olhar: o de EESMO.

### **2.3. Objetivo Específico 3**

*Prestar cuidados de enfermagem especializados às clientes/casal/família, do foro ginecológico e obstétrico, que recorrem à Urgência Obstétrica e Ginecológica do HGO, EPE*

A cliente, no secretariado da UOG, faz a sua ficha de inscrição e aguarda pela chamada da enfermeira para a triagem.

A urgência é habitualmente o primeiro serviço de contacto da cliente/família com a realidade hospitalar do serviço de obstetrícia e ginecologia, em que a ansiedade face a um possível internamento, complicação de saúde ou a um mau prognóstico, geralmente está patente, pelo que considere extremamente importante promover uma interação inicial que fomentasse a confiança com a equipa de saúde. Assim, no acolhimento e triagem à cliente/família, apresentava-me e procurava que se pudesse sentir o mais tranquila possível, tendo por base aspetos como um ambiente calmo, disponibilidade, segurança, comunicação empática e respeito pela utente e a sua privacidade.

De acordo com Almeida e Silva (2004), no ato de cuidar, o enfermeiro ao comunicar para estabelecer uma relação de ajuda, deve ter presente que os primeiros minutos da comunicação são muito importantes, assim como, o facto de que aquela mulher está numa situação que pode não lhe ser familiar, podendo sentir-se assustada, fragilizada, ansiosa ou mesmo em situação de desequilíbrio físico, psíquico ou emocional. Cabe ao profissional não esquecer que cada indivíduo é um ser único devendo ser-lhe proporcionado um tratamento digno, de respeito, de proximidade, de atenção e carinho.

Efetuada a colheita de dados necessária ao diagnóstico da sua situação, identificando as suas necessidades, no decurso da entrevista, e estabelecendo os cuidados a prestar: registava o motivo pelo qual a cliente recorria ao serviço UOG e dados relevantes referentes à sua situação, nomeadamente: na Grávida: idade gestacional (IG); índice obstétrico; data da última menstruação; data provável do parto; grupo de sangue; queixas da utente; antecedentes pessoais e alergias conhecidas; identificação da vigilância pré-natal efetuada, as intercorrências/internamentos; na Puerpera: tipo e data do parto; complicações no pós-parto; queixas da utente; antecedentes obstétricos e pessoais; na utente do foro ginecológico: queixas da cliente; antecedentes ginecológicos e pessoais. Efetuava a avaliação de sinais vitais, física e emocional da cliente.

Tendo em conta as necessidades/situação clínica da cliente, prestava cuidados autónomos e interdependentes adequados e individualizados à mesma, procurando estabelecer uma relação de confiança e empatia, informando-a acerca da sua situação, explicando os procedimentos a realizar e esclarecendo dúvidas.

Na grávida efetuava a avaliação e vigilância do bem-estar materno-fetal (avaliação obstétrica e auscultação dos batimentos cardíofetais e/ou monitorização e vigilância da FCF e da dinâmica uterina, através de cardiotocografia, de acordo com a IG e a situação clínica) e, quando necessário, realizava o exame pélvico.

Decidi, de forma autónoma a necessidade de internamento da cliente para o BP, no TP espontâneo sem fatores de risco associados, efetivando o respetivo internamento. Todas as outras situações, que não fossem grávidas em TP, tinham de ser observadas pela equipa médica. Desta forma, colaborei no internamento de utentes para os vários serviços do Departamento da Mulher (Internamento de Grávidas, BP, Ginecologia e SO

da UOG), preenchendo o processo de internamento e preparando a cliente, de acordo com os protocolos/normas do serviço.

No que diz respeito aos registos de enfermagem, estes espelhavam a situação clínica bem como o trabalho de enfermagem desenvolvido, promovendo a continuidade dos cuidados entre os vários serviços do Departamento da Mulher.

Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a clientes internadas em SO, a sua maioria por situações de aborto (espontâneo, voluntário ou terapêutico) com necessidade de realização de curetagem uterina.

## **AVALIAÇÃO**

Face à diversidade de situações pelas quais as clientes podem recorrer à UOG, como futura EESMO, verifiquei que é essencial: o domínio ao nível de conhecimentos teóricos, sabendo articular/relacionar esses conhecimentos na prática diária; efetuar a gestão dos cuidados de enfermagem na assistência à mulher, estabelecendo prioridades de intervenção em função das várias situações existentes e efetivar essa mesma gestão no seio da equipa multidisciplinar; ter a percepção e habilidade para detetar situações de risco, urgentes e/ou emergentes e atuar com rapidez, eficiência e eficácia.

Considero ter desenvolvido competências, tanto ao nível da prestação de cuidados de enfermagem especializados, como ao nível da gestão dos cuidados na assistência à mulher que recorre à UOG, e no seio da equipa multidisciplinar, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e das condições de trabalho.

O objetivo proposto foi atingido na sua plenitude, não tendo sentido dificuldades na concretização do mesmo pela minha experiência profissional subjacente.

### **2.4. Objetivo Específico 4**

*Observar/colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado numa Unidade de Neonatologia*

Englobada neste EC IV, foi proporcionada uma semana de observação participada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). O facto de ser um serviço de articulação com o serviço onde exerço funções, que me permitiu desenvolver conhecimentos e habilidades no cuidar destes clientes, foi facilitador para a concretização das atividades planeadas. No entanto, foi importante conhecer os

aspectos essenciais da dinâmica funcional e organizacional e perceber em que medida estes se adequam às necessidades das famílias alvo de cuidados. Desta forma, os cuidados ao RN/família são desenvolvidos em parceria com os pais; apesar das competências subjacentes a todo um *know-how* científico e técnico, no apoio à manutenção da vida e ao desenvolvimento adequado do RN, o aspeto relacional, o apoio à promoção da vinculação e do papel parental, é sem dúvida um dos principais focos de atenção dos cuidados de enfermagem.

O termo vinculação refere-se à ligação emocional dos pais em relação ao filho. Um vínculo pode ser definido como um relacionamento único entre duas pessoas que é específico e persiste ao longo do tempo (Brazelton, 1995; Cramer, 1991).

A transição para o papel parental inclui a mudança da parentalidade vivida a dois para uma parentalidade familiar ou por serem pais de outro filho. Neste contexto, o enfermeiro toma conhecimento das novas necessidades da pessoa (no caso da pediatria além das necessidades da criança hospitalizada, a importância das necessidades dos pais), num processo de interação participativa, de forma a tomar decisões de cuidados de enfermagem que vão ao encontro do processo de adaptação à doença e/ou a novos estilos de vida, resultante de transições situacionais (Meleis, 2005).

Cuidar da criança é também cuidar dos pais/família, o que implica um conhecimento que permite identificar as suas necessidades através de um processo de empatia promotor de uma melhor adaptação ao internamento.

Tentei, ao longo desta experiência, diversificar os momentos de aprendizagem, participando nos cuidados não só na unidade de cuidados intensivos, mas também na unidade de cuidados intermédios, onde considero ter sido mais autónoma e proativa. O acolhimento a estas famílias e a relação terapêutica que estabeleci com as mesmas foi fundamental para a identificação das suas necessidades, constituindo um ponto de partida para a implementação de intervenções promotoras da vinculação e do papel parental, que nestas situações está alterado ou comprometido. Tentei funcionar como elemento promotor de um ambiente adequado às necessidades dos RN's, da interação da tríade e conviventes significativos, através do toque, da voz, do contacto íntimo, nomeadamente através do método canguru, do suporte à amamentação, entre outros cuidados, respeitando os ritmos, as suas potencialidades e as suas limitações. O investimento na componente relacional, através do suporte emocional aos pais, foi

basilar, pela angústia, medo, enfim, pela situação de crise que vivenciam. A informação, a desmistificação do ambiente tecnológico e apoio às estratégias na mobilização dos seus recursos, são essenciais para lidarem com esta experiência geradora de grande stress.

Apesar de esta experiência ter tido uma curta duração, foi extremamente importante para a minha aprendizagem e para o desenvolvimento de competências enquanto futura EESMO. Sendo este detentor de conhecimentos e habilidades específicas, o seu papel no cuidar destas famílias é otimizado se articulado e com estreita colaboração com o enfermeiro da unidade de neonatologia, com benefícios acrescidos para estes clientes. Fiquei com uma noção mais ampla e unificadora dos cuidados neonatais e como o contributo do EESMO poderá fazer toda a diferença, no apoio a estas famílias, quer no pré-parto, com cuidados antecipatórios, em situações de previsibilidade de necessidade de cuidados especializados ao RN, quer posteriormente, na promoção de uma vivência mais positiva na transição para a parentalidade.

## **AValiação**

Fica premente que é bastante relevante a intervenção do EESMO, como elo de articulação na UCIN, no sentido de promover o relacionamento precoce da díade/tríade e facilitar o desenvolvimento das competências necessárias para a prestação de cuidados ao RN e para o regresso a casa, cuja preparação deve ser iniciada o mais precocemente possível, desde a admissão, de forma a minimizar as repercussões que o internamento do RN apresenta no seio familiar.

Contemplo a prematuridade como uma batalha a vencer, quer para os pais quer para os profissionais de saúde e do próprio bebé; daí que se tenham de reunir esforços para que o final feliz deste episódio se aproxime a passos largos.

Considero que as atividades planeadas e desenvolvidas foram extremamente pertinentes e adequadas, tendo este objetivo sido amplamente alcançado.

## **2.5. Objetivo Específico 5**

*Aprofundar conhecimentos sobre os processos de comunicação entre os enfermeiros e as parturientes/convivente significativo/família, no BP*

Na vivência profissional diária com mulheres, em processo de TP e parto, observo e constato que algumas parturientes permanecem nos seus leitos, caladas e não

questionam o tratamento recebido, assumindo uma atitude de quem está ali para cumprir ordens. Esse facto levou à reflexão e ao questionamento sobre a importância da comunicação entre enfermeiro-parturiente como forma de a manter informada e esclarecida sobre o seu estado e o do feto, assim como do seu processo de TP e parto, incentivando-a a participar e colaborar no mesmo de forma ativa, esclarecida e informada, tomando opções conscientes, para que esse momento possa ser vivido de forma tranquila, positiva e participativa.

Com o mote de identificar os processos de comunicação que se estabelecem entre a equipa de enfermagem e as parturientes/convivente significativo/família e com o intuito de aprimorar e valorizar a comunicação como sendo um factor minimizador da ansiedade, insegurança, medo e expectativas vividas pela grávida/família, durante o TP, parto e sua permanência no BP, realizei entrevistas informais com os EESMO para saber qual a sua opinião sobre a relevância do tema e o domínio e aplicabilidade na prática profissional; efectuei uma revisão da literatura simples; discuti e partilhei com os orientadores diversos momentos de reflexão sobre os meus comportamentos e capacidades/habilidades comunicativas, enquanto futura EESMO; a realização dos diários de aprendizagem (Apêndice IV) também em muito contribuiu para a meditação e consciencialização da ponderação que ocupa uma comunicação eficaz para com os clientes; elaborei um questionário (Apêndice III), que foi entregue às puérperas a quem tive oportunidade de acompanhar o TP e o parto, para avaliar a importância que as mesmas conferem ao processo comunicacional estabelecido entre elas e a enfermeira, determinar até que ponto este foi eficaz como instrumento estabilizador dos sentimentos vivenciados pelas mulheres e como agente potenciador da sua participação ativa e consciente, durante todo o seu processo de parto; realizei uma revisão sistemática da literatura, intitulada: *“Comunicação: um instrumento a utilizar durante o Trabalho de parto e parto”*, que reflete a importância da comunicação como uma capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pelos enfermeiros.

A definição de comunicação é complexa, pois todos os seres vivos, de alguma forma, comunicam. Um dos primeiros autores que se dedicaram ao estudo desta temática foi Charles Cooley, que defendeu que a comunicação é “o mecanismo através do qual existem e se desenvolvem as relações humanas” (José R. dos Santos, 1992, p.9).

A palavra “comunicação” deriva do latim, do termo *communicare*, que significa pôr em comum, associar, entrar em relação, estabelecer laços, tornar comum, partilhar.

Constitui, pois, uma troca de ideias, opiniões e mensagens, contemplando o intercâmbio de informação entre sujeitos ou objetos. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2010), comunicar é o ato ou efeito de comunicar; troca de informação entre indivíduos através da fala, da escrita, de um código comum ou do próprio comportamento; capacidade de entendimento entre as pessoas através do diálogo.

É um fenómeno espontâneo e natural, que se usa sem se dar conta e que esconde um processo mais complexo, que envolve a troca de informações e utiliza os sistemas simbólicos como suporte.

Uma das teorias considerada como referência para a prática da enfermagem e, sobretudo, para o processo de comunicação em enfermagem, é a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952. A teoria visualizou o fenómeno de enfermagem como um processo interpessoal cujo foco principal está centrado no enfermeiro e no cliente, em que ambos podem obter crescimento e desenvolvimento pessoais, centralizados no processo de cuidar. Neste sistema, ela pretende identificar conceitos e princípios que dêem suporte às relações interpessoais processadas na prática da enfermagem, de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento.

A enfermagem, na perceção da teórica, é uma relação humana entre uma pessoa que está enferma ou necessitada de serviços de saúde e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda.

A teórica propõe que a tomada de decisão terapêutica ocorra de forma interativa e direta entre o cliente e a Enfermagem e de forma indireta com a família, sociedade e ambiente. Os elementos fundamentais da prática da enfermagem são os clientes, o enfermeiro e os acontecimentos que envolvem ambos durante uma situação de cuidado.

O cuidado de Enfermagem proposto nesta teoria é humanístico e procura assistir as necessidades humanas, tendo como objetivo superar o desconforto, a dúvida, a ansiedade e a insegurança. Além disso, prepara o cliente e a família para a independência, por intermédio de informações, esclarecimentos e controlo de habilidades, procurando garantir a aprendizagem necessária.

O processo interpessoal é operacionalmente definido em quatro fases distintas: **Orientação**: fase de conhecimento e relacionamento entre cliente, enfermeiro e família,

de reconhecimento de expectativas e de identificação de problemas. **Identificação:** fase da comunicação entre o enfermeiro e o cliente, na qual ocorre a tomada de decisão e cada cliente pode apresentar uma maneira distinta de se relacionar, que pode ser por interdependência, independência ou dependência. **Exploração:** fase que o enfermeiro auxilia o conhecimento e a exploração dos caminhos disponíveis, ajudando na resolução do que foi identificado como problema. **Solução:** fase em que as metas planeadas foram alcançadas resultantes da interação enfermeiro/cliente/família e da dissociação da relação terapêutica interpessoal.

Peplau vislumbrou a enfermagem como um processo interpessoal, por meio do qual enfermeira e cliente podem obter crescimento e desenvolvimento pessoais com o objetivo de promover a saúde. Assente nesta teórica e com o desenvolvimento de uma relação interpessoal no processo de cuidado, o enfermeiro tem a oportunidade de tornar a comunicação terapêutica mais adequada e eficaz.

### **2.5.1. COMUNICAÇÃO: um instrumento a utilizar durante o Trabalho de parto e parto**

#### **Enquadramento do problema**

A experiência do parto é um acontecimento importante que gera mudanças definitivas na vida da mulher/casal e pode ser apreendido como positivo ou negativo, traumatizante ou com sentimentos de ambivalência.

A vivência desta fase resulta de muitos fatores que incluem a influência do apoio profissional dado pelo EESMO.

Durante, aproximadamente, 40 semanas a mulher transporta consigo um novo ser e com este compartilha momentos e sentimentos diversos, entre eles: o medo e a ansiedade, inerentes à maioria das parturientes. Perante tais sentimentos, existe uma necessidade de se estabelecer uma comunicação efetiva entre o profissional e a parturiente em todos os períodos da gestação, trabalho de parto e parto, sendo a comunicação essencial para o estabelecimento de uma relação efetiva entre ambos (Silva e Nery, 2001).

O enfermeiro tem um papel fundamental no estabelecimento de uma comunicação efetiva com a parturiente, partilhando com ela conhecimentos e oferecendo apoio emocional, o que aumenta as possibilidades de minimizar os sentimentos de medo e ansiedade existentes na maioria (Silva e Nery, 2001).

Segundo Cianciarullo (2003), citado por Pontes, Leitão e Ramos (2008), a comunicação é um instrumento básico do cuidado em Enfermagem. Ela está presente em todas as ações realizadas com o paciente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos e sim propor uma ação de cuidados abrangente, que implica, entre outros aspetos, desenvolver a habilidade de comunicação.

Assim, vê-se a comunicação como um processo que pode ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica. Para tal, o enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente (Pontes, Leitão e Ramos, 2008).

Segundo Stefanelli (1993), “a comunicação já não pode ser considerada apenas como um dos instrumentos básicos da Enfermagem ou do desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Ela tem de ser considerada como capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pelo enfermeiro, não importando a sua área de actuação” (Wonstret et al, 2002, p.2).

A comunicação deve estar inserida no contexto da enfermagem em todos os momentos das suas ações, com indivíduos, família ou sociedade, pois é através dela que o profissional se socializa e desenvolve a sua capacidade de interagir e enfrentar novas situações.

A mulher em TP e parto precisa receber um cuidado humanizado e seguro, garantindo-lhe os benefícios dos avanços científicos mas, principalmente, permitindo e despertando a parturiente para o exercício da sua cidadania, resgatando a sua liberdade de escolha no TP e parto (Carraro et al, 2008).

Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997), citados por Carraro et al (2008), afirmam que o hospital, por melhor que seja o atendimento oferecido, é considerado um lugar estranho para a mulher e sua família/acompanhante, o que pode gerar angústia, ansiedade, insegurança, entre outros sentimentos.

Segundo Stefanelli (1993), “ no cuidado à mulher (...) a comunicação terapêutica entre os profissionais e a parturiente (...) permite e valoriza sua participação ativa nesse processo, tornando o nascimento do(a) filho(a) uma experiência positiva.” (citado por Carraro et al, 2008, p.503).

Enquanto enfermeira e futura EESMO, considero que a capacidade comunicacional é uma competência de extrema importância, facilitadora do estabelecimento de uma relação de ajuda/terapêutica entre enfermeiro/parturiente, o que possibilita uma maior e consciente participação/decisão informada e esclarecida, por parte da mulher, em todo o processo de TP e parto.

### **Considerações metodológicas**

Esta revisão sistemática da literatura, que procura sistematizar a importância dos processos de comunicação que se estabelecem entre a equipa de enfermagem e as parturientes/convivente significativo/família, foi orientada pela seguinte questão de investigação, formulada de acordo com os critérios estabelecidos para o método PICOD: *“Será que os processos de comunicação, estabelecidos entre o EESMO e a mulher em trabalho de parto, são um instrumento minimizador da ansiedade, medo e insegurança vivenciados pela mesma?”*

### **Estratégias de pesquisa**

A estratégia de pesquisa para encontrar resposta para a pergunta inicialmente definida deve englobar a pesquisa em diferentes bases eletrónicas, publicações periódicas, livros, textos científicos e literatura cinzenta, objetivando encontrar estudos primários ou originais ou estudos secundários, sob a forma de revisões sistemáticas de estudos originais (Alberto Toro, 2003).

Neste sentido e com o desiderato de se apurarem estudos com evidência científica dentro da área temática definida, recorreu-se à pesquisa em bases de dados electrónicas, no período entre janeiro e março de 2011, tendo definido como critérios de inclusão: terem sido publicados e encontrarem-se em *“full text”*; terem sido efectuados com um máximo de 10 anos, utilizando como idioma preferencial o português, inglês ou espanhol; terem como objeto de estudo intervenientes em comunicação entre equipa de enfermagem e a mulher em TP; abordarem a temática da comunicação como fator minimizador do medo e ansiedade vivenciados pela mulher durante o TP e parto.

Depois de sucessivas pesquisas, foi definido um conjunto de sinónimos e termos que se relacionavam, permitindo obter uma expressão de pesquisa estável (*standard*), nomeadamente: TITLE (*communication or communication in the delivery room or message*) AND (*nurses or obstetrical nursing or nursing care to the parturient or midwives or midwives*) AND (*delivery rooms or parturient or pregnant women or labor or delivery*) AND (*fear or anxiety or woman's feelings or interpersonal relationship*).

As pesquisas foram efetuadas via motor de pesquisa GOOGLE, ESBCO HOST (*CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*) e B-ON. O resultado de pesquisa foi de 39 artigos no GOOGLE, 219 na ESBCO HOST e 127 na B-ON, totalizando 385 referências.

### **Seleção dos estudos**

Os estudos identificados foram posteriormente selecionados tendo em conta a questão de investigação, os critérios de inclusão, por título e resumo, uma vez que nem sempre o título era elucidativo da real finalidade e desenvolvimento do trabalho. Não foram impostos critérios de seriação quanto à natureza da abordagem metodológica dos estudos, dada a abrangência do fenómeno em estudo.

Das referências identificadas, 336 foram rejeitadas pelo título, tendo sido analisados 49 resumos. Desta avaliação foram rejeitados 45 artigos, 33 pelo resumo, 8 por não estarem acessíveis em texto completo e 4 por não serem artigos científicos, resultando um total de 4 estudos selecionados e integrados numa tabela, tendo em conta as variáveis – chave: número do estudo, título, autor, ano de publicação e país; participantes; objetivos; orientações metodológicas e resultados (Tabela 1).

É ainda de referir que, apesar de não contemplarem a temática da comunicação, serão mencionados alguns estudos identificados durante a pesquisa, pelo seu contributo enriquecedor para o trabalho.

Tabela 1 – Estudos incluídos na revisão sistemática da literatura

Estudo, autor, ano de publicação, país	Participantes	Objetivo	Orientações metodológicas	Resultados
1 “A comunicação em saúde no cotidiano de uma maternidade” Jair da Silva e Adriana Nery (2001), Brasil	17 Puérperas	Analisar a comunicação como estratégia de promoção da saúde das parturientes e identificar estratégias e técnicas de comunicação terapêutica utilizadas pelos enfermeiros junto às parturientes no pré-parto e sala de parto	Estudo quantitativo  Entrevista e questionário	- As parturientes sentem necessidade de apoio, atenção, diálogo e suporte emocional por parte, principalmente, dos enfermeiros - O enfermeiro deve de trabalhar melhor as questões do conhecimento interpessoal e intrapessoal para desenvolver habilidades de comunicação - É importante aprofundar conhecimentos sobre a comunicação humana através de estudos
2 “O relacionamento interpessoal e a comunicação nas salas de pré-parto e parto” Luiz Wonsttret, Elaine Moreira e Maria de Lourdes Centa (2002), Brasil.	10 Parturientes	Identificar o tipo de comunicação mantida entre equipa de saúde, parturiente e família com a finalidade de resgatar e valorizar a comunicação como fator minimizador da ansiedade, insegurança, dor e expectativas vividas pela parturiente e sua família neste período de tempo	Estudo quantitativo  Observação participante e entrevista semi-estruturada com as parturientes.	- A comunicação no pré-parto e sala de parto processa-se de forma inadequada - A comunicação deve ser considerada como capacidade ou competência interpessoal adquirida pelos profissionais - Os profissionais devem de atualizar conhecimentos e adquirir técnicas comunicacionais para desenvolverem um processo comunicacional adequado e eficiente
3 “Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação” Olga Aparecida Fortunato Caron e Isilia Aparecida Silva (2002), Brasil	15 Parturientes  2 Enfermeiras obstétricas	Descrever como ocorre a comunicação entre os profissionais que assistem o parto de baixo risco e a mulher que vivencia o processo de trabalho de parto e parto	Estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa.  Observação participante das situações ocorridas no centro obstétrico de duas instituições.  Entrevistas com as puérperas observadas, no dia seguinte ao parto	Entre profissionais e parturientes, prevalece a comunicação não terapêutica, imprimindo à assistência obstétrica um perfil de impessoalidade e exercício de poder do profissional sobre a mulher
4 “Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto” Maria Gorette	7 Parturientes/ puérperas	Compreender os fatores que interferem nas experiências vividas pela parturiente	Estudo descritivo com abordagem qualitativa  Modelo Observation-Participation-Reflexetion Model (OPR) e Stranger Friend Model  Entrevista semi-estruturada	Um dos fatores que ajuda a compreender o que interfere nas vivências das parturientes, é a comunicação estabelecida entre elas e o enfermeiro, no momento do trabalho de parto e parto

Bezerra e Maria Vera Cardoso (2006), Brasil				
--	--	--	--	--

## Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados e discutidos procurando evidenciar os fatores e tipos de comunicação que influenciam ou perturbam o estabelecimento da mesma entre o enfermeiro e a mulher em processo de TP e parto, incluindo os subtemas: *processo comunicacional e comunicação entre enfermeiro-parturiente*.

### **Processo comunicacional**

Não é possível conceber o saber-fazer profissional sem se considerar a importância do processo comunicativo nele implícito, uma vez que as formas de comunicação são utilizadas de forma consciente ou inconsciente.

Caron e Silva (2002) salientam a *Comunicação Terapêutica e Comunicação Não Terapêutica* como termos da qualificação da assistência prestada à parturiente.

A Comunicação Terapêutica é uma situação de interação, cujos signos de comunicação e a significação destes, resultam num entendimento recíproco e propiciam uma assistência de melhor qualidade à mulher em processo de TP e parto. As enfermeiras, no seu estudo, conseguiram estabelecer uma comunicação terapêutica com as parturientes, percebendo os seus sentimentos de medo, dor e a sua ansiedade, o que resultou numa prestação de cuidados efetiva, adequada e menos intervencionista. Pela informação e esclarecimento, o manter a atenção voltada para a mulher, dar reforço positivo, encorajou e indicou interesse na parturiente o que promoveu a participação da mulher no seu TP e parto, eliminando as sensações de medo, dor, angústia e pânico, tão comumente referidas por elas, ou seja, resultou em modificações de comportamento da mulher, proporcionando-lhe uma experiência menos amedrontadora, gerando sentimentos de confiança e segurança. Para tal, foram identificadas pelas parturientes (participantes no estudo), comportamentos por parte da enfermeira, como: disponibilidade para atender, atitudes de permanecer em silêncio, ouvir reflexivamente, verbalizar interesse e aceitação, capacidade de conduzir e incentivar a mulher, instruindo-a passo a passo, o que conferiu qualidade à informação.

Frello e Carraro (2010), acrescentam ainda que quando valorizada a presença e opinião das mulheres, pela liberdade de escolha inerente ao TP e parto, o seu poder vital é fortalecido e sentimentos negativos, como ansiedade e medo são minorados.

Ainda segundo Caron e Silva (2002), conforme o estudo efetivado, a Comunicação Não Terapêutica prevalece no conjunto das interações estabelecidas entre enfermeira-parturiente, sendo que os signos da comunicação emitidos pelos profissionais, no decurso da assistência/prestação de cuidados, resultaram em elementos de bloqueio da comunicação entre o binómio (enfermeira-parturiente) e comprometeram as relações interpessoais e a qualidade de assistência. A comunicação não só instituída entre enfermeira-parturiente mas também, entre profissionais, evidenciou, mesmo subliminarmente, o exercício das relações de poder. Nas descrições das situações vivenciadas pelas parturientes do estudo, a mulher alvo de cuidados pretende estabelecer contacto e interação com o profissional mas quando recebe respostas de forma incompleta, autoritária, impessoal e distante, antevê as suas necessidades insatisfeitas. A falta de informações e instruções adequadas e necessárias, por parte dos enfermeiros, no decorrer do TP e parto, foi percebida pelas mulheres como indiferença e desinteresse, provocando nelas sentimentos de indignação, abandono e desrespeito.

Segundo Frello e Carraro (2010), as emoções negativas podem envolver a mulher e sua família, dificultando o processo de parto. Quando os enfermeiros utilizam a empatia e comunicação como instrumento eficaz de cuidado, podem propiciar uma experiência positiva e saudável do parto, além de minimizarem os medos e ansiedades envolvidos, gerando sentimentos de confiança e segurança que tranquilizam a parturiente.

Bezerra e Cardoso (2006) afirmam que, o parto sempre foi cercado de mitos e crenças, dando ênfase aos seus riscos, às dores e como sendo um trabalho árduo. No seu estudo, as mulheres relataram que o sentimento de medo não deixou que vivenciassem em plenitude o seu processo de TP e parto, sendo que esse sentimento adveio de fontes diversas como as informações dadas por familiares e amigos (relatos das experiências anteriores, em que o parto emerge como algo doloroso, assustador, o enfrentar a morte) e dos enfermeiros.

A dor é vista pela mulher como essencial no processo de parto e, ao descrever a sua evolução e comportamento assumido, mostra sentir-se em perigo, ameaçada porque revela medo diante do desconforto provocado pela dor (Bezerra e Cardoso, 2006). Por

outro, assente ainda neste estudo, o que contribuiu também para intensificar o medo das parturientes foi o facto de os enfermeiros permanecerem muito pouco junto das mulheres, ao que Bezerra e Cardoso (2006) associam a sofisticação obstétrica, pelo uso de muitos aparelhos (cardiotocógrafos, ecógrafos) nos quais os profissionais confiam na íntegra, tornando a sua atuação mecanizada, dando mais atenção ao resultado obtido do que às queixas das parturientes, o que evidencia um défice no estabelecimento da comunicação entre a díade.

Segundo CAVALCANTE et al (2007), evidenciam-se sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e incerteza, sendo que o medo é o sentimento mais evidenciado pelas parturientes, seguido da ansiedade. Este medo reflete o estado de insegurança das mulheres devido a insuficientes informações e orientações relacionados com o TP; a ansiedade, segundo os autores, é atribuída ao desconforto do parto e ao internamento hospitalar, em que surgem temores como o afastamento de filhos menores, se os tiverem, preocupação com anomalias congénitas, a assistência que irá receber do médico e enfermeiros e como será a evolução do TP.

Todo este quadro de sentimentos pode e deve ser vivenciado de forma diferente, pela concretização de ações de enfermagem como a presença constante, a atenção dispensada, a ajuda nos momentos difíceis e o diálogo, que tornam a vivência do TP e parto mais confortável e tranquila para a mulher (CARRARO et al, 2008).

Ainda segundo estes autores, devemos considerar que o TP e o parto são constituídos por períodos de transição e a cada momento apresenta-se uma situação, uma reação e sentimentos diferentes, que requerem sensibilidade para serem percebidos.

### ***Comunicação entre enfermeiro-parturiente***

Watzlawick (1967), citado por Wonstret, Moreira e Centa (2002), refere que para compreendermos o processo comunicacional é necessário reconhecer os elementos nele envolvidos, o conteúdo a que se refere, o que queremos dizer ou transmitir, independentemente da forma como será feito e, também, o tipo de relacionamento que se deseja manter entre os interlocutores.

O estudo de Wonstret, Moreira e Centa (2002) evidencia que existe comunicação no ambiente de trabalho, interação e reciprocidade, no entanto realizada de forma profissional e estritamente técnica, em que, os profissionais não partilham valores, conhecimentos e ações que proporcionariam uma melhoria da qualidade na saúde da

parturiente, tornando todo o procedimento mais humanizado e pessoal. Este facto (falta de comunicação, interação e empatia entre os profissionais) é também apontada pelas mulheres, no estudo, como algo que lhes incute sensação de abandono e insegurança durante o TP e parto, transformando o nascimento do filho em sofrimento quando deveria ser motivo de alegria.

Independentemente da faixa etária, grau de escolaridade, estado civil ou laboral, é de suma importância que o enfermeiro utilize estratégias e técnicas de comunicação para prestar cuidados às mulheres, durante o TP e parto, atendendo que as mesmas têm uma série de valores e crenças, hábitos e costumes que necessitam de ser levados em consideração.

Frello e Carraro (2010) acrescentam ainda que transformar o TP e o parto em momentos educativos, reduz o medo do desconhecido.

O estudo realizado por Silva e Nery (2001), previa que a assistência prestada às mulheres em TP e parto seria favorável ao desenvolvimento de um processo de comunicação efetiva entre enfermeiro-parturiente, pois seria através dessa comunicação que se poderiam criar novas formas de relacionamento, em que a prioridade é a assistência integral e de enfermagem de qualidade. Contudo, e segundo a percepção das parturientes incluídas no estudo, a técnica de comunicação mais utilizada pelos enfermeiros foi “ouvir reflexivamente” e o “permanecer em silêncio”, referindo a falta e necessidade de apoio, atenção, diálogo e suporte emocional por parte dos mesmos, o que revela um défice nas habilidades comunicacionais e nos conhecimentos sobre a comunicação humana, por parte dos profissionais.

Também o estudo efetuado por Wonstret, Moreira e Centa (2002) ressalta a necessidade de existir comunicação entre a equipa de enfermagem e as parturientes, todavia, aponta que esta não ocorre ou possui muitas falhas causadas por ruídos comunicacionais, transmissão de informações com falta de clareza, por parte dos enfermeiros, assentes em termos técnicos, o que dificulta a compreensão da mensagem a transmitir. A parturiente reage assim de modo seletivo, estabelecendo percepções e vivenciando sensações de abandono e impotência, pois o não entendimento da mensagem, quer seja verbal ou não-verbal, é considerada como se não tivesse ocorrido qualquer tipo de comunicação entre ambas as partes. Com isto, a parturiente permanece sem compreender como será este momento e que

procedimentos serão realizados, o que faz aumentar a sua tensão e origina sentimentos de medo, ansiedade e angústia.

Esta situação pode ser amenizada ou resolvida, segundo CARRARO et al (2008), se os enfermeiros interagirem em simultâneo com a parturiente, decidindo em conjunto as ações que serão realizadas, dialogando e chegando a um acordo, evitando ruídos na comunicação e um ambiente de insegurança. Também CAVALCANTE et al (2007), citando Ziegel e Cranley (1985), ressaltam que a(o) enfermeira(o) que assiste a mulher durante o TP deve de possuir habilidades no que concerne ao cuidados técnicos mas também saber transmitir coragem e confiança, dando oportunidade à mulher de discutir os seus sentimentos, fazer questões e expressar os seus temores.

Bezerra e Cardoso (2006), no seu estudo, enfatizam ainda o facto de que ao assistir a parturiente, o enfermeiro não se deve esquecer que é uma experiência única para a mulher, devendo ser fundamentada no diálogo, ou seja, na interação humana. Esse processo vai também ajudar a entender vivências de partos anteriores, o que facilita a compreensão da mulher de que uma experiência de parto pode não ser igual à outra, auxiliando no entendimento de vivências futuras e poderá usá-la em benefício dela própria.

Igualmente CARRARO et al (2008) nos ressaltam a importância da comunicação, em que o enfermeiro transmite orientações e informações sobre o desenvolvimento do TP e parto, mostra-se disponível para esclarecimento de dúvidas e questões, o que se vai colmatar em ajudar as parturientes a vivenciarem de modo mais tranquilo o processo de parto. A participação ativa da mulher é salutar desde o momento em que lhe é apresentado o local, na liberdade de escolha, no oferecimento de diferentes modalidades – tanto em relação ao local e posição, quanto aos métodos de conforto e alívio da dor, nos momentos que antecedem o parto. Esses aspetos fazem com que a mulher se sinta tranquila e valorizada, facilitando a evolução do processo de parto.

Ainda segundo os mesmos autores, as mulheres reconhecem o enfermeiro como elemento integrante de uma equipa de saúde, que ao assumir um papel de coadjuvante no TP e parto, as desperta para explorarem o seu próprio corpo, conhecer os seus limites e escolher as melhores posições e maneiras para que fiquem mais confortáveis. Essa mesma postura propicia nelas o bem-estar em poder escolher, a liberdade em conduzir o seu processo de parto, sempre acompanhadas e orientadas pela equipa de Enfermagem.

Remetemo-nos assim, segundo Frello e Carraro (2010), para a importância do estabelecimento de uma relação interpessoal entre enfermeiro-parturiente, que se estabelece através de uma comunicação efetiva, a partir da qual se compreende a visão da mulher e seus sentimentos e se têm em consideração as suas queixas, o que possibilita a sua utilização como recurso coadjuvante às ações e tecnologias inerentes ao cuidado de enfermagem durante o processo de parto.

### **Conclusões e limitações**

Atendendo à especificidade do tema em estudo, constata-se que existe um número ainda reduzido de estudos elaborados, constituindo uma limitação para a realização de um estudo exaustivo e mais aprofundado acerca do tema mas, em consonância, destaca e justifica a sua importância e relevo, pela diminuta atenção como foco de análise e de investigação, na área da Enfermagem.

A realização de um estudo de revisão sistemática da literatura revela-se um trabalho muito interessante, mas deveras exigente, uma vez que exige um processo reflexivo e interpretativo profundo dos achados identificados nos estudos originais, procurando agregar diferentes dados e obter respostas para a compreensão de um determinado fenómeno.

Ao analisar os artigos selecionados, conclui-se que tanto a mulher como a família/acompanhante precisam de ser vistas como seres humanos integrais e indivisíveis, com autonomia e participação no processo de TP e parto. E por a mulher estar exposta a riscos, sejam de complicações, sequelas ou mesmo de morte, ela necessita de cuidados singulares.

No cuidado à mulher em TP e parto é de considerar que a comunicação entre enfermeiros e a parturiente ocorre quando se solidifica um cuidado promotor de conforto, apoio, confiança, informação, esclarecimento, segurança física e emocional, conduzindo a mulher no decurso do TP. Desse modo, permite-se e valoriza-se a participação ativa neste processo, tornando o nascimento de um filho numa experiência positiva.

Revela-se então importante aprofundar os conhecimentos sobre a comunicação humana através de estudos, para que o enfermeiro possa trabalhar melhor as questões do conhecimento interpessoal e intrapessoal visando o desenvolvimento de habilidades comunicacionais que possam contribuir para o seu estabelecimento, no sentido de

promover informação esclarecida à parturiente/família, contribuindo para a sua tomada de decisão informada e esclarecida, fomentando a sua participação ativa e autónoma no nascimento do seu filho.

Devemos considerar que para se atingir uma comunicação efetiva entre os elementos que participam no processo (enfermeiro-parturiente/família), é necessário romper barreiras, quebrar paradigmas e mudar estigmas, de modo a ultrapassar obstáculos como a falta de “feedback” da equipa, a não resolução dos conflitos existentes na mesma, a ambiguidade e as habilidades comunicacionais não desenvolvidas.

A relação enfermeiro-parturiente não deve de ser unidirecional e de domínio dos profissionais sobre a mulher. Os signos de comunicação verbal e não-verbal, emitidos pela parturiente, podem não ser acolhidos pelos profissionais uma vez que as julgam, com alguma frequência, de forma generalizada. Os apelos das mulheres, sonorizados em forma de choro, gemido e gritos, podem não ser ouvidos pelos profissionais, que a eles atribuem um significado padrão, modelado por eles, de mau comportamento, incapacidade de compreensão e participação da mulher no seu processo de TP e parto, na maioria das situações.

Carece aos enfermeiros desenvolver outras formas de “controlo da situação”, como a de manter a parturiente confiante, segura, participante no seu TP e parto, que poderá ser conseguido por meio de processos interacionais efetivos.

O predomínio do tecnicismo, a insuficiente percepção e sensibilidade dos profissionais podem ser atribuídos ao facto de que essa assistência é, muitas vezes, pensada e idealizada unidirecionalmente por nós, enfermeiros, que determinamos o que é melhor para o outro (não o sendo muitas vezes), se considerarmos a pessoa que assistimos como quem pensa, sente e tem plena condição de participar no processo que está a vivenciar. Ou seja, muitas vezes dispõem-se a assumir e dar resposta às necessidades fisiológicas das mulheres em TP e parto mas de forma rotineira, mecânica e impessoal, em que cada enfermeiro desenvolve as atividades que lhe competem, não entendendo que com essa conduta está, na maioria das vezes, a decidir pela mulher, não lhe permitindo opções e tornando-a insegura e ansiosa, prejudicando o seu TP.

Os enfermeiros devem de estar voltados para uma assistência e prestação de cuidados que possibilite à mulher assumir e participar no seu TP e parto de modo aprazível e confortante, tendo em consideração o seu saber, o seu modo de ver e perceber o

parto, ou seja, devem de manter uma relação de ajuda e adotar uma atitude de fortalecimento da habilidade da mulher para que esta possa atuar eficaz e satisfatoriamente durante o TP e parto.

A comunicação deve ser considerada como uma capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pelos enfermeiros e para se poder desenvolver um processo comunicacional adequado e eficiente, deverão os profissionais atualizar os seus conhecimentos, relacionados ao comportamento humano, suas ações, interações e relacionamentos interpessoais, adquirir técnicas comunicacionais adequadas que possibilitem o assistir/cuidar da parturiente num dos momentos mais emocionantes (ou não) da sua vida: o nascimento do seu filho!

Deste modo, considero que poderemos, então, fazer a diferença, enquanto EESMO, na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e não apenas na estatística dos tipos de parto e nos índices numéricos de morbimortalidade materna e infantil.

É importante que a parturiente/família confie na equipa de Enfermagem, que perceba a sintonia entre todos e a intenção de lhe proporcionar um TP e parto tranquilo e seguro, respeitando o ritmo e tempo de cada mulher.

Pensa-se que com este trabalho foi possível identificar alguns fatores e tipos de comunicação estabelecidos entre o enfermeiro e a mulher em TP e parto, assim como os sentimentos mais frequentemente vivenciados pela mesma durante todo o processo, possibilitando uma reflexão acerca das consequências que o estabelecimento de uma comunicação efetiva pode ter para a evolução do processo de parto, vivência e participação da mulher no mesmo.

Atendendo à sua utilidade na compreensão de como a comunicação entre enfermeiro-parturiente/família é um elemento importante e a utilizar durante todo o processo de parto, visando uma prestação de cuidados de excelência, torna-se aliciente qualquer investigação a realizar neste âmbito.

Deste modo, evidencia-se a necessidade de implementação de novas pesquisas, cujos sujeitos sejam as próprias mulheres/parturientes/puérperas, objetivando a produção de conhecimentos sobre os tipos e formas de comunicação, por elas elegidos, durante o processo de TP e parto, com o intuito de subsidiar os enfermeiros sobre a temática.

### 2.5.2. Tratamento de dados do questionário enviado às puérperas

Visando o aprofundar e o desenvolvimento das minhas competências comunicacionais, enquanto futura EESMO, e a sua aplicabilidade na prática, insurgiu-se-me a necessidade de avaliar as mesmas junto das mulheres a quem tive a possibilidade de acompanhar/conduzir o TP e o parto, pela elaboração e aplicação de um questionário (Apêndice III), com o mote de estimar a importância que as mesmas conferem ao processo comunicacional estabelecido entre elas e a enfermeira, determinar até que ponto este foi eficaz como instrumento minimizador dos sentimentos negativos vivenciados pelas mulheres e como agente potenciador da sua participação ativa e consciente, durante todo o seu processo de parto.

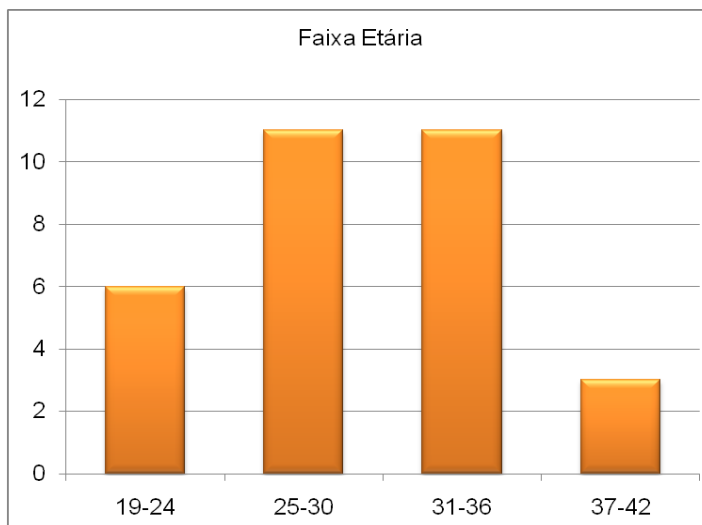
De forma a não incutir qualquer tipo de influência na opinião das mulheres, nem a enviar os resultados, optei por não efetuar a entrega do questionário no puerpério imediato, nem no decorrer do internamento hospitalar.

Assim, após a alta da instituição em questão, realizei um contacto telefónico para cada uma das mulheres, num total de 49 puérperas, das quais 44 foram contactadas com sucesso e 5 não foi possível o contacto por o número de telefone não se encontrar atribuído, número incorrecto ou não atendeu.

Neste contacto telefónico, identifiquei-me e clarifiquei a efetivação do mesmo; esclareci a natureza e objetivo do trabalho de investigação, pedi autorização para a sua realização e expliquei o seu procedimento: seguiu, via correio (após confirmação da morada com a puérpera), um envelope contendo o questionário que garantia a total confidencialidade da mulher, conjuntamente com outro envelope para retorno do mesmo, com selo (não carecendo qualquer tipo de encargo) e com a morada do hospital.

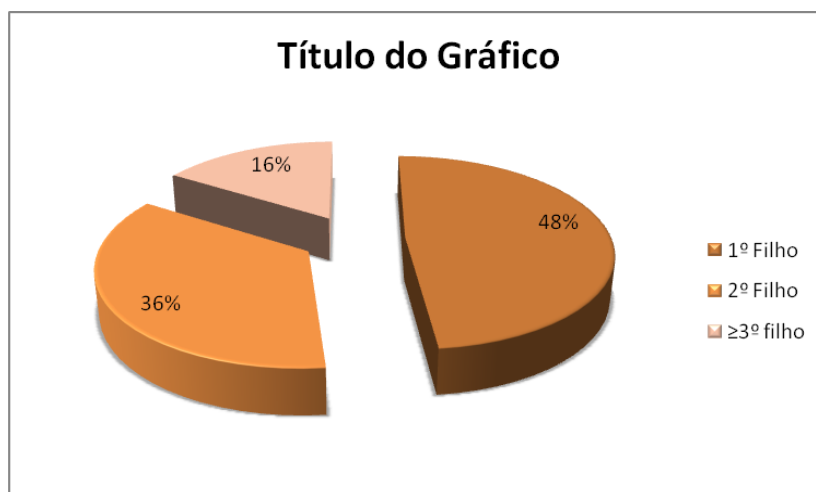
Foram reenviados 31 questionários, dos 44 enviados. Descrevo, em seguida, os dados obtidos relativamente a cada item.

**Gráfico 1 - Caracterização da faixa etária das puérperas**



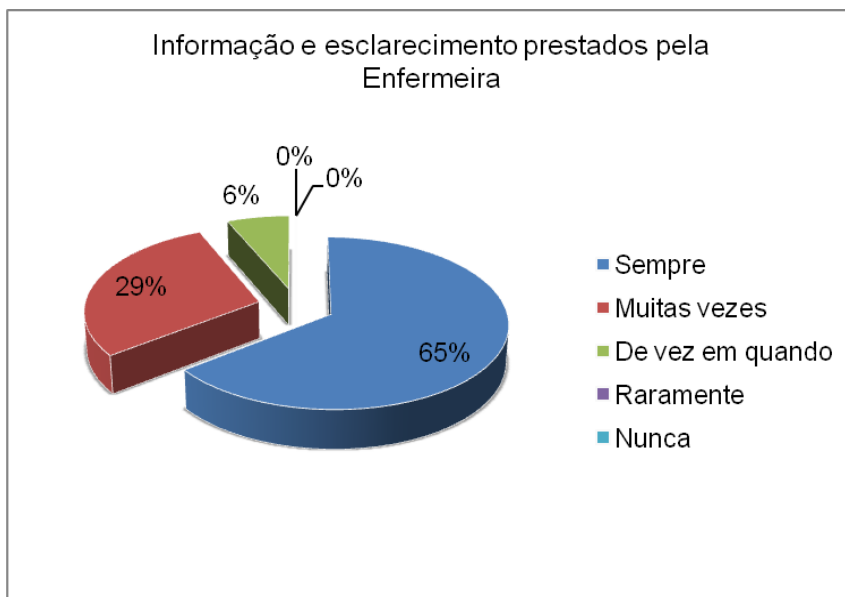
Das 31 puérperas, podemos constatar que as faixas etárias predominantes situam-se entre os 25-30 anos e os 31-36 anos, com 11 puérperas cada, seguida da faixa etária entre os 19-24 anos, num total de 6 mulheres.

**Gráfico 2 - Número de filhos das puérperas**



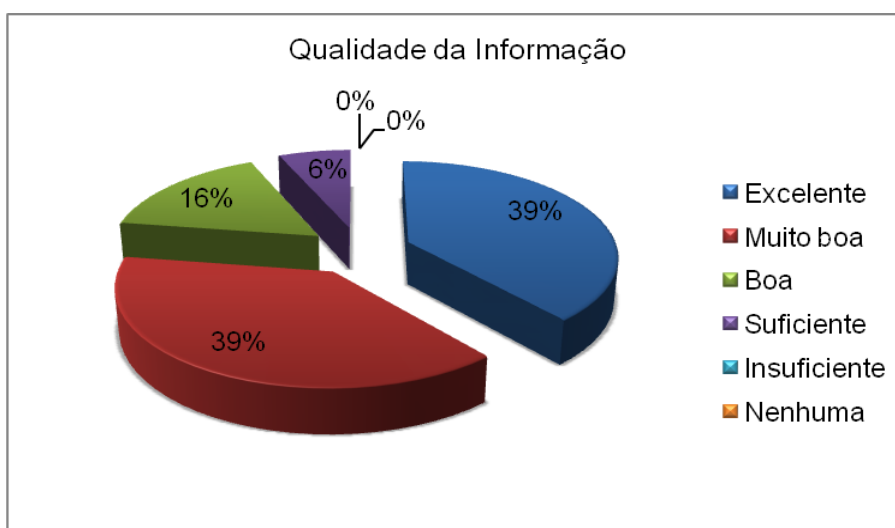
Verifica-se que 48% puérperas vivenciaram pela primeira vez um processo de TP e parto, 36% era a segunda vez e 16% já tinham tido pelo menos 2 ou mais experiências.

**Gráfico 3 - Informação e esclarecimento prestados pela Enfermeira às dúvidas e questões da cliente**



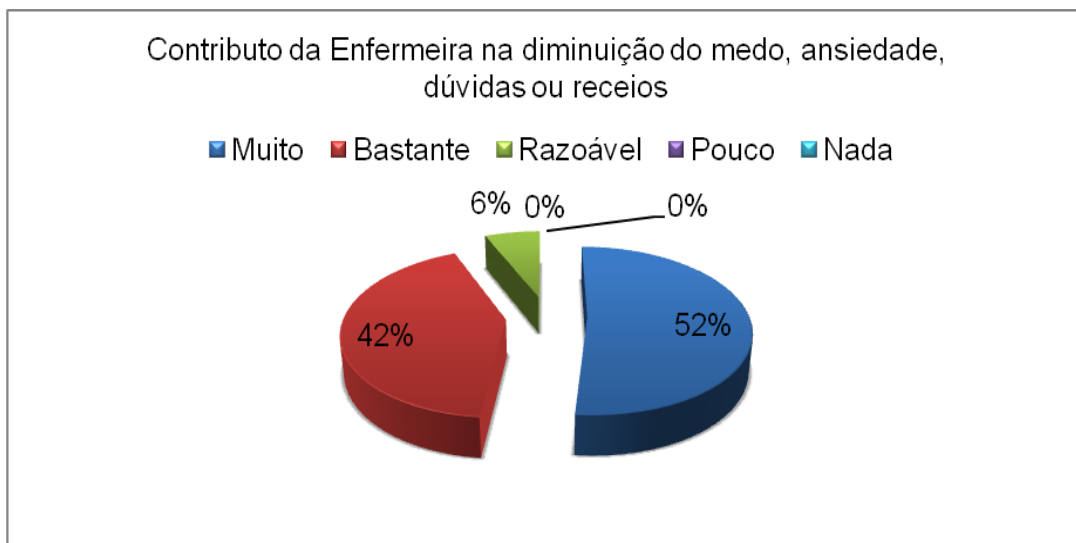
Constata-se pelos resultados, que 65% das puérperas considera que as suas dúvidas e questões foram esclarecidas sempre que necessárias, 29% considera que o foi na maioria das vezes e apenas 6% de forma ocasional. Nenhuma considerou que a informação ou os esclarecimentos prestados foram diminutos ou inexistentes.

**Gráfico 4 - Qualidade da informação transmitida pela Enfermeira**



Segundo os dados obtidos, 39% das puérperas considera que a informação transmitida foi excelente ou muito boa, seguida de 16% que avalia como boa. Nenhuma das mulheres considerou que a mesma tivesse sido insuficiente ou nula.

**Gráfico 5 - Contribuição da informação prestada pela Enfermeira no diminuir do medo, ansiedade, dúvidas ou receios durante o trabalho de parto e parto**



A maioria das puérperas considerou que a informação transmitida pela enfermeira contribuiu muito (52%) ou bastante (42%) para minimizar os sentimentos de medo e ansiedade vivenciados durante o TP e o parto, assim como diminuiu os seus receios e minorou as suas dúvidas. Nenhuma considerou que tivesse tido um contributo diminuto ou nulo.

Transcrevo abaixo algumas das frases escritas pelas puérperas nos questionários, quando solicitadas a descrever o modo como a informação transmitida contribuiu na diminuição dos sentimentos anteriormente mencionados:

“...informava como estava o meu bebé...e a dilatação...” (Q1, 4, 7, 18, 22, 29)

“...esclareceu sempre as minhas dúvidas, mesmo as mais idiotas.” (Q3, 17)

“tratou-me bem, explicou-me o que devia fazer na altura do parto...teve muita paciência comigo” (Q5, 19)

“ falava comigo e eu conseguia perceber o que se estava a passar e o que tinha de fazer” (Q2, 10, 12, 16, 19, 23, 26)

“respondeu sempre às minhas perguntas sem ser de má vontade” (Q5, 25, 31)

“fazia a respiração comigo, dizia-me como estava a minha filha, deu-me força e coragem...” (Q4, 18, 24, 28, 30)

“...achava que não ia ter coragem...consegui perceber que nem tudo se repete e corre mal...” (Q8, 11, 22)

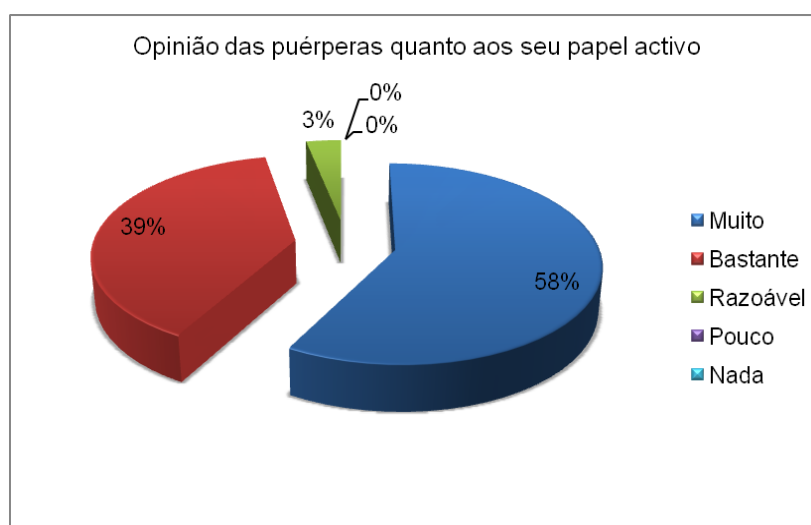
“explicou-me tudo...manteve-se sempre ao meu lado...transmitiu-me calma e segurança ” (Q6, 14, 20)

“fazia a respiração comigo...éramos uma equipa...” (Q10, 15, 29)

“explicou-me o que era a epidural...outras formas de aliviar as dores das contracções” (Q9, 13)

“conversou e brincou conosco...o meu marido até assistiu ao parto!” (Q27)

### Gráfico 6 - Opinião das puérperas quanto ao seu papel ativo, informado e participativo no seu parto



A grande maioria das puérperas (58%) considera ter tido um papel muito ativo, informado e participativo durante o seu parto, seguido de 39% que o avalia como tendo sido bastante participativo. Nenhuma considera ter tido um papel diminuto ou nulo neste processo.

### Conclusões

A grande pluralidade das puérperas constituintes da amostra do questionário em tema, compreendem idades entre os 25-36 anos, a maioria das quais a vivenciar um processo de TP e parto pela primeira vez (48%), ao qual acrescem vivências de primeira demanda, um contacto inexperiente com todo o meio envolvente, um “desbravar” desconhecido que se faz anunciar. Outras, apesar de já terem tido uma ou mais experiências, estas poderão ter sido positivas ou negativas, não deixando de ter a sua influência na(s) experiência(s) subsequente(s). Contudo, 65% das mulheres considera que lhe foram prestadas informações, esclarecidas as suas dúvidas ou questões que, por sua vez, assentes numa comunicação efetiva (tendo sido esse o

mote de trabalho para com estas mulheres, na altura parturientes, e sua família) contribuíram em muito para diminuir os seus medos, ansiedades, dúvidas e receios durante o TP e parto, facto evidenciado por 52% das puérperas, culminando num papel muito (com 58%) ou bastante (com 39%) ativo, informado e participativo durante o parto.

Durante a prestação de cuidados especializados diretos a todas as parturientes/família, tentei sempre perceber e compreender os seus sentimentos de medo, dor e a sua ansiedade, o que resultou numa prestação de cuidados efetiva, adequada e menos intervencionista. Pela informação e esclarecimento, o manter a atenção voltada para a mulher, dar reforço positivo, encorajou e indiciou interesse nas parturientes, o que promoveu a participação das mulheres no seu TP e parto, de acordo com os resultados obtidos. Face às suas dúvidas e questões, exercitei o facultar de respostas e instruções de forma completa, simples, pessoal e adequada, de modo a antever as suas necessidades, de acordo com o apreendido pela realização da revisão sistemática da literatura. Considero que este tipo de atitude e postura profissional que fui desenvolvendo e aprimorando ao longo de todo o EC: a disponibilidade para cuidar, o ouvir reflexivamente, o dar atenção e valorizar as queixas das mulheres, o verbalizar interesse e aceitação, a capacidade de incentivar a mulher instruindo-a passo a passo, o valorizar a sua opinião, o facultar a liberdade de escolha inerente ao TP e parto, o permanecer junto das mulheres mas sem ser de modo minorado ou excessivo, e de acordo com os resultados obtidos pelo questionário aplicado, resultou em modificações de comportamento das mulheres, proporcionando-lhes uma experiência menos amedrontadora, gerando sentimentos de confiança e segurança, conseguindo transformar o TP e o parto em momentos educativos.

A partir dos resultados pode-se inferir que o estabelecimento de uma comunicação efetiva com as mulheres durante o TP e parto em muito contribui para informar e esclarecê-las, contribuindo e incentivando a sua participação de modo que todo o processo de parto possa ser vivido e lembrado como um acontecimento marcante pela positiva, o que se encontra em congruência e enfatiza os resultados/informação obtida, pela revisão sistemática da literatura efetuada.

## **AValiação**

Destaca-se a importância do estabelecimento de processos de comunicação efetiva entre o enfermeiro/parturiente/família, como instrumento minimizador dos sentimentos

negativos vivenciados pela mulher e agente potenciador da sua participação ativa, consciente e esclarecida durante todo o processo de TP e parto, assim como, a consideração e relevo das mulheres/parturientes sobre a mesma, evidenciando o importante papel que tem o EESMO em todo o processo de parto.

Considero que o objetivo foi atingido, tendo conseguido realizar as atividades planeadas com êxito e que, por sua vez, se revelaram extremamente pertinentes para o aprofundar, desenvolver e aplicar na prática, os conhecimentos e habilidades adquiridos, engrandecendo toda uma evolução no meu percurso de aprendizagem.

## 2.6. Objetivo Específico 6

*Desenvolver capacidades de reflexão, análise crítica e comportamentais, que me permitam desenvolver competências como futura EESMO*

A capacidade de reflexão e auto-crítica são essenciais na enfermagem. É fundamental refletir, criticar e avaliar as ações desenvolvidas, de forma a possibilitar um crescimento pessoal e profissional neste percurso ensino/aprendizagem.

Este EC proporcionou-me momentos ricos de aprendizagem, enquanto futura EESMO, permitindo o desenvolvimento de pensamento crítico e de uma atitude reflexiva. Considero que a reflexão sobre as diferentes situações de cuidados é intrínseca à minha atividade enquanto enfermeira.

Foi extremamente importante refletir e questionar as minhas intervenções, tomando consciência das minhas dificuldades e potencialidades, sempre com a intenção de me tornar melhor profissional e prestar cuidados de qualidade. Segundo Mão de Ferro, (1994, p. 17), “a utilização da experiência pessoal aumenta a motivação das pessoas, que ao verem-se implicadas pessoalmente se sentem mais animadas a participarem no processo de aprendizagem e a fazer parte do grupo”.

As discussões com os orientadores e a equipa multidisciplinar, tornou-se num espaço de crescimento pessoal e profissional, em que foi possível partilhar opiniões, ponderar as minhas intervenções e reformular estratégias, com a pretensão de consolidar as minhas aprendizagens. A partilha de experiências de aprendizagem com os colegas do EC e nas sessões de análise das práticas, foi também importante pois, tal como afirma Gonçalves [et al] (1998, p.14) este tipo de formação permite “(...) proporcionar aos profissionais momentos privilegiados para a auto-reflexão e para a reflexão em

conjunto, levando assim a um aumento do auto-conhecimento e do conhecimento dos outros”.

Os Diários de Aprendizagem realizados (Apêndice IV) constituíram também um instrumento de trabalho reflexivo, sobre experiências/situações “particulares” vividas na prática de cuidados; refletindo a ação promove-se a ação refletida, enriquecendo quem cuida e quem é cuidado. Incidi, sobretudo, sobre o papel do EESMO, da importância da aplicação dos meus conhecimentos e competências em benefício da mulher e da importância da relação que se estabelece com ela, como veículo indispensável para a prestação de cuidados de qualidade, tendo a cliente uma participação ativa e consciente em todo o processo, sendo ambos parceiros nos cuidados. De acordo com Pereira (2001, p.12) “os diários de aprendizagem motivam o esclarecimento de ideias ou acontecimentos confusamente experienciados, já que a escrita funciona como um mediador da reflexão da acção.”

A elaboração e discussão do projeto de aprendizagem foi importante, na medida em que fui a responsável pelo meu processo de aprendizagem, ao definir os objetivos e as atividades a desenvolver para este EC e permitiu-me também refletir acerca da sua pertinência e adequação face ao local onde decorreu o mesmo e face aos objetivos preconizados no Plano de Estudos do 5º CPLEESMO/1º CMESMO.

## **AVALIAÇÃO**

Considero que o objetivo foi atingido, tendo conseguido realizar as atividades planeadas com sucesso e que, por sua vez, se revelaram extremamente pertinentes para a evolução no meu percurso de aprendizagem.

## REFLEXÃO FINAL

Chegou ao fim o tão esperado estágio do bloco de partos... Este era o meu grande objetivo desde o início da minha atividade profissional, a Especialização em Saúde Materna e Obstetrícia – estou agora muito mais perto da meta! No entanto, esta não é mais do que o ponto de partida para a minha prática profissional futura, onde novas responsabilidades vão surgir mas que espero seja muito gratificante.

O que é ser EESMO? Qual a diferença de o ser? O que nos faz ser? Quais os saberes necessários? Como ser EESMO? É pelo inter cruzar de conhecimentos especializados, deveres ético-morais e responsabilidades que poderemos esboçar a respostas, que se foram consolidando com o caminhar ao longo desta formação. Apenas com uma formação teórico-prática, assente nos princípios éticos, se podem desenvolver competências, de modo a prestar cuidados especializados à mulher/casal/família, no ciclo de fertilidade e no âmbito da parentalidade em situação de saúde ou doença, em meio hospitalar.

Este foi um EC que exigiu da minha parte muito trabalho, esforço e dedicação, tendo-se tudo isto refletido no meu desempenho e desenvolvimento pessoal e profissional. Exigiu uma crescente autonomia e responsabilidade, assim como uma integração e mobilização de conhecimentos, atitudes e capacidade crítica, permitindo-me desenvolver habilidades a nível do saber-saber, saber-fazer, saber-estar e saber-ser.

Para tudo isto em muito contribuiu as condições do local de estágio, sendo o Serviço de Obstetrícia do HGO, EPE uma unidade de referência diferenciada, um serviço bem organizado, com uma equipa de enfermagem e multidisciplinar empenhadas numa prestação de cuidados obstétricos de qualidade. O conhecer antecipadamente a realidade foi facilitador do meu processo de integração e da crescente autonomia na prestação de cuidados. A minha prática profissional anterior foi auxiliadora do meu desempenho, embora numa distinta vertente de especialização de cuidados que agora crescem e se solidificam para se diferenciarem.

Ao longo desta aprendizagem foi fulcral refletir sobre o meu desempenho e analisar os fatores que para ele contribuíram. Houve alguns momentos de menor auto confiança e insegurança, mas que foram ultrapassados progressivamente com o tempo e com a aquisição de maior autonomia no sentido do meu crescimento profissional. O interesse, empenho e capacidade de iniciativa foram características presentes e incitadoras da

minha aprendizagem. Uma postura responsável enquanto futura EESMO, conhecedora das minhas limitações e conhecimentos permitiu-me angariar competências quer a nível pessoal, quer a nível profissional, englobando os aspetos científicos, técnicos, humano/relacional e comunicacional, perante um campo de aprendizagem tão enriquecedor, como se revelou o deste EC.

O que é importante não é o que se faz, mas sim como e porque se faz. É a atitude que determina o cuidar e não o ato em si. A visibilidade da Enfermagem tem de ser construída e fundamentada, através da aquisição de competências que nos permitam primar pela excelência dos cuidados.

Em todo o meu processo de aprendizagem, a competência inerente à tomada de decisão e a decisão ética foram basilares na prestação de cuidados e na postura desenvolvida como EESMO que marca a diferença na sua arte e conhecimento. Com este EC foi possível aprender de forma consistente o que me procuraram ensinar, mas mais ainda o que poderia aprender como responsável e sujeito proativo no saber. Na tomada de decisão procurei ir ao encontro das soluções mais adequadas às questões de saúde de cada mulher/casal/família. Desta negociação depende todo o processo de nascer. Desta forma, considero ter prestado cuidados de enfermagem especializados de qualidade, à mulher do foro ginecológico e à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do TP e período neonatal, potenciando a sua saúde e bem-estar.

Ao concluir este relatório e face ao meu objetivo geral para este EC, considero que o desenvolvimento pessoal e profissional evoluiu significativamente, no sentido de ter conseguido atingir um nível excelente, de estágio profissional, enquanto futura EESMO, o que se verificou ser equitativo com a avaliação final dos orientadores (Anexo I).

Uma panóplia de saberes foi adquirida neste EC, cujos objetivos foram globalmente atingidos e revelaram-se adequados e pertinentes para a sua finalidade, tendo sido uma mais-valia o desenvolvimento do Objetivo 5, pelo aprofundar e desenvolver de habilidades comunicacionais, o que contribuiu para promover a saúde e bem-estar da mulher/RN/família, durante o TP e parto. A mulher estando informada e serena, vivencia o seu TP de forma mais tranquila e calma, o que contribui para a diminuição da morbilidade materna e peri-natal.

Pela importância da temática e atendendo ao número reduzido de estudos efetuados sobre a mesma, verifica-se a necessidade de implementação de novas pesquisas,

cujos sujeitos sejam as mulheres e os próprios enfermeiros, objetivando a produção de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, com o intuito de subsidiar os profissionais sobre a temática. A elaboração de um questionário para determinar a importância que os enfermeiros conferem à comunicação com a mulher/família em TP, assim como a apreciação dos seus conhecimentos, habilidades e estratégias comunicacionais seriam uma mais-valia para estabelecer os itens a investigar.

É minha intenção futura, o apresentar da revisão sistemática da literatura efetivada a toda a equipa de enfermagem do Bloco de Partos/Urgência Obstétrica e Ginecológica do Hospital Garcia de Orta, EPE, onde actualmente exerço funções.

Gostaria ainda de sugerir a possibilidade do EC IV vir a decorrer em dois campos de estágio distintos, por de forma a proporcionar o contacto com diferentes realidades profissionais e comunitárias, o que considero vir a ser benéfico para toda uma evolução e consolidação profissional, enquanto futuros EESMO.

Toda esta formação contribuiu para a construção de um auto-conceito profissional positivo, permitindo a consciencialização da qualidade, responsabilidade e autonomia da atividade profissional do EESMO, no seio das equipas multidisciplinares e da sociedade em geral. Acredito que é muito importante refletirmos e questionarmos as nossas práticas, sempre com o propósito de nos tornarmos melhores profissionais e, em última análise, melhores seres humanos que ajudam a nascer outros seres humanos com as suas mãos, profissionalismo e dedicação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Vitória de Cássia F. de; LOPES, Marcos V. de Oliveira; DAMASCENO, Marta M. Coelho (2005) – Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Rev. Esc. Enferm. USP**. [em linha]. Vol.39, nº2 (junho, 2005), p.202-210. ISSN: 0080-6234. Acedido em: 10/02/2011, de Google. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000200011&script=sci_arttext).

ALMEIDA, Anabela M.; SILVA, Isabel M. R. (2004) – Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico. **Nursing**. Ano 15. nº 193 (Novembro, 2004). 20-21.

BEZERRA, Maria G. Andrade; CARDOSO, Maria Vera Leitão (2006) – Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-am Enfermagem**. [em linha]. Vol.14, nº3 (maio-junho 2006), p.414-421. ISSN: 0104-1169. Acedido em: 03/03/2011, de B-ON. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>.

BISCAIA, Jorge (1994) - A insuperável beleza da relação mãe-filho. In: MENDES, Mário Luíz – **Livro de Obstétrica**. Coimbra: Livraria Almedina. 125-130.

BOBAK, Irene M. [et al] (1999) – **Enfermagem na maternidade**. Loures: Lusociência.

BRAZELTON, T. Berry (1992) - **Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento**. Lisboa: Terramar Editores.

BRAZELTON, T. Berry. (1995) - **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. Lisboa: Editorial Presença.

BURROUGHS, Arlene (1996) - **Uma introdução à Enfermagem Materna**. Porto Alegre: Artes Médicas.

CARON, Olga A. Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida (2002) – Parturiente e Equipe Obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-am Enfermagem**. [em linha]. Vol.10, nº4 (julho-agosto, 2002), p.485-492. ISSN: 1518-8345. Acedido em: 15/02/2011, de Google. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13359.pdf>.

CARRARO, Telma Elisa; [et al.] (2008) – O Papel da Equipe de Saúde no Cuidado e Conforto no Trabalho de Parto e Parto: opinião de puérperas. **Texto e Contexto Enfermagem**. [em linha]. Vol.17, nº3 (julho-setembro 2008), p.502-509. ISSN: 0104-0707. Acedido em: 03/03/2011, de B-ON. Disponível em:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfReiCve=71417313>.

CAVALCANTE, Francisca Nunes; [et al.] (2007) – Sentimentos vivenciados por mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de Enfermagem, Salvador**. [em linha]. Vol.21, nº1 (janeiro-abril, 2007), p.31-40. Acedido em: 18/02/2011, de EBSCOhost. Disponível em:

<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3910/2877>.

CORRÊA, M. (1994) – **Noções práticas de Obstetrícia**. Porto Alegre: Artes Médicas.

COUTINHO, Emília de Carvalho (2004) – A Experiência de ser cuidada na Sala de Partos. **Revista Millenium**. [em linha]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. Nº30 (outubro, 2004). Acedido em: 15/02/2011, de Google. Disponível em:

<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/439>.

CRAMER, B. G. (1991) - **Profissão do Bebê**. Lisboa: Terramar. ISPN 972-710-128-3.

D'ALMEIDA, Maria Leonor Quinhones Levy Gomes Albuquerque (1996) - **O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica**. Lisboa: Publicações Ciência e Vida.

**Dicionário Moderno da Língua Portuguesa**. Lisboa: Porto Editora. ISBN: 978-972-0-01496-2.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa (2010) – Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Electrónica de Enfermagem**. [em linha]. Vol.12, nº4 (2010), p.660-668. Acedido em: 18/02/2011, de EBSCOhost. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i4.7056.

GONÇALVES, Elsa [et al] (1998) - Formação como Estratégia de Promover a Reflexão na Acção e a Acção Reflectida. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. Vol.1, nº2. 11-16.

GRAÇA, Luís Mendes da (2005) – Episiotomia e lacerações perineais. In: GRAÇA, Luís Mendes da - **Medicina Materno - Fetal**. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2005. ISBN 972-757-325-8. 666-669.

HESBEEN, Walter (2000) - **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência.

HESBEEN, Walter (2001) – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do Cuidar**. Loures: Lusociência.

INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES - **Essencial competencies for basic midwifery practice** (2002). Disponível em:

<http://www.internationalmidwives.org/AboutICM/tabid/225/Default.aspx>.

**Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações**. Centro de Documentação e Informação – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, 2010.

JUNIOR, Edson Odwyer (2000) – Parir, partir, partilhar. **Feminina**. São Paulo. Vol.28, nº9 (outubro, 2000), p.513-620.

KENNEL, John H. (1995) - Tornar-se família: ligações e padrões de mudança no comportamento de bebé e da família. **In: GOMES-PEDRO, João (Coord.) - Bebé XXI: Criança e Família na viragem do século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 35-51.

KITZINGER, Sheila (1995) – **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget.

LEITE, Elvira [et al] (1991) - **Trabalho de Projecto: 1. Aprender por projectos centrados em problemas**. Porto: Edições Afrontamento.

MACHADO, Maria Helena (2005) – Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. **In: GRAÇA, Luís Mendes da - Medicina Materno - Fetal**. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2005. ISBN 972-757-325-8. 271-280.

MÃO DE FERRO, A. (1994) - **Métodos e Técnicas Pedagógicas**. Lisboa: Edições Colibri.

MARQUES, Maria dos Anjos [et al] (1993) - Os recém-nascidos Ontem, Hoje e Amanhã? Que Futuro?. **Enfermagem em Foco**. Lisboa. Ano III, nº9 (1993). 49- 51.

MELEIS, A. (2005) – **Theoretical nursing: development & progress**. 3ª ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

MESTRINHO, Maria de Guadalupe (1997) - Teoria e Prática uma relação possível. **Sinais Vitais**. Lisboa. Nº11 (Março 1997), p. 35-38.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

NOUREDDINE, S. (2001) – Development of the ethical dimension in nursing theory. **International journal of nursing practice**. Vol7, 2-7.

OLIVEIRA, Graça; ALBUQUERQUE, Margarida (2006) – **Manual de reanimação neonatal**. Lisboa: Centro de formação do Hospital de Santa Maria.

OLIVEIRA, Políéria Santos de; [et al.] (2005) – Comunicação Terapêutica em Enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva. **Revista Electrónica de Enfermagem**. [em linha]. Vol.7, nº1 (2005), p.54-63. Acedido em: 15/02/2011, de Google. Disponível em:

[http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_1/original\\_05-htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_05-htm).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) – **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Unidade de Maternidade Segura, de Saúde Reprodutiva e da Família.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica**. (2010-10-20, aprovado em 20 de Novembro de 2010) Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>.

PEREIRA, E. (2001) – Diários de aprendizagem: Promoção da reflexão na prática clínica. **Revista Investigação em Enfermagem**. Nº4 (Agosto 2001), p. 12-19.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Ilse M. T. Arruda; RAMOS, Islane Costa (2008) – Comunicação terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol.61, nº3 (maio-junho 2008), p.312-318. Acedido em: 20/02/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>.

R. de Tayrac [et al] (2006) - **Épisiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales**. In **J Gynecol Obstet Bio Reprod**. Nº35.

RAMALHO, Alice Anabela (2009) – **A experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no Hospital**. Lisboa: Universidade de Lisboa. Programa de Doutoramento em Enfermagem.

SANTOS, José Rodrigues dos (1992) – O que é Comunicação. **Difusão Cultural**. Lisboa. 9-11.

SILVA, Jair Magalhães da; NERY, Adriana Alves (2001) – **A comunicação em saúde no cotidiano de uma maternidade** [em linha]. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/Jequié-Bahia. Acedido em: 15/02/2011, de Google. Disponível em: [http://www.projetoradix.com.br/arg\\_artigo/IV\\_11.pdf](http://www.projetoradix.com.br/arg_artigo/IV_11.pdf).

STERN, Daniel N. e BRUSCHWEILLER-STERN, Nadia (2000) - **O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher**. Porto: Ambar.

SUSSAMS, John E. (1996) – **Como fazer um relatório**. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença. ISBN 972-23-1290-1.

TEIXEIRA, José A. Carvalho (2004) – Comunicação em Saúde: relação técnicos de saúde – utentes. **Análise Psicológica**. [em linha]. Vol.22, nº3 (setembro, 2004), p.615-620. Acedido em: 10/03/2011, de EBSCO. Disponível em: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300021&script=sci_arttext).

TORO, Alberto Galvéz (2003) – Actualidad de la Enfermería Basada en la Evidencia: Superando la Evidencia Científica: la Metasíntesis. **Index de Enfermería**. [em linha]. 40-41, Ano XII (2003), p.7-8. Acedido em: 24/01/2011. Disponível em: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41\\_articulo\\_7-8.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_7-8.php).

UNIDADE CURRICULAR SEMINÁRIO DE INVESTIGAÇÃO II (Apontamentos). Prof.ª Irene Soares, ESEL, 2010.

VEIGA, João (2006) – **Ética em Enfermagem. Análise, problematização e (re) construção**. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-218-1.

WONSTTRET, Luiz Eduardo; MOREIRA, Elaine Cristhine; CENTA, Maria de Lourdes (2002) - Interpersonal relation and communication in the childbirth and delivery rooms. **BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM**, [em linha], Nº8, (maio, 2002), São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Acedido em: 28/01/2011, de Google. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000052002000100057&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100057&lng=en&nrm=abn).

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. (1996) – **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

## **ANEXOS E APÊNDICES**

**Anexo I**

Fichas de Avaliação dos Orientadores



ANEXO I

1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde  
 Materna e Obstetrícia  
 (5º CPLEESMO)

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DO ESTÁGIO HGO, EPE : Bloco de Partos / UOG

DATAS: INÍCIO 17/01/2011 FIM 01/07/2011

ESTUDANTE Andreia de Jesus Concerceiros Mendes

ENFERMEIRO ORIENTADOR Sara Palma

DOCENTE ORIENTADOR Rosália Marques

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data <u>03/01/11</u>	Data	Data	Data
Estudante	<u>Andreia</u>			
Enfermeiro Orientador	<u>Sara Palma</u>			
Docente Orientador	<u>Rosália</u>			

CLASSIFICAÇÃO FINAL \_\_\_\_\_



**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Andreia de Jesus Conceicao Mendes

DATA: 03 / 03 / 2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
<b>Indicadores para Avaliação</b>										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X						X
Elabora projecto pertinente e adequado			X						X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X						X	
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>			X					X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família			X						X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>			X							
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>			X					X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e			X						X	



tomada de decisão face às necessidades de cuidados										
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X					X		
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.			X					X		
Analisa e discute as situações vividas			X						X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>				X				X		
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X						X

**Classificações Finais:**

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente  
 (Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

**ESTUDANTE**

Considero que o EC IV está a decorrer de forma positiva e evolutiva, sendo promotor do meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura EESFO, assim como possibilita a vivência e contacto com uma panóplia de situações e experiências que, por sua vez, instigam um pensamento reflexivo, crítico e consciente do importante papel que o EESFO assume, no seu exercício profissional. Tenho como premissas as suas competências Técnico-profissionais e Relacionais.

Contudo, ainda muito trabalho há a desenvolver visando a excelência dos cuidados por mim prestados e uma vivência positiva, tranquila, consciente e autónoma da mulher/grávida/família, nesta fase da sua vida.

02/02/2011 Andreia Mendes FONSECA/5<sup>ª</sup> CAFEIRO

**ENFERMEIRO ORIENTADOR**

Durante o E.C IV, tenho verificado que a estudante apresenta um desempenho que espelhe humildade, assuetude, auto-determinação, bom-senso, capacidade de organização/disciplina e ética profissional; características que são uma mais-valia para a tomada de decisão no contexto da prática clínica. Concludentemente, no âmbito da construção e articulação de aprendizagens tem sido capaz de mobilizar saberes de forma adequada. Estabelece relação empática com a triade, família e pessoas significativas. No seu projecto aborda uma temática bastante inteligente (comunicação) e ao mesmo tempo muito acertada.

De forma geral tem estado a desenvolver um ensino clínico ao nível do muito bom.

03-03-2011

Sora Palmeira



AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Andreia de Jesus Cerveira Mendes

DATA: 13 / 05 / 2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce lente
<b>Indicadores para Avaliação</b>										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico					X					X
Elabora projecto pertinente e adequado				X					X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X						X
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>				X				X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>				X				X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>				X				X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e				X					X	



tomada de decisão face às necessidades de cuidados									
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X					X	
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.			X					X	
Analisa e discute as situações vividas			X					X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>			X					X	
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico						X			X

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente  
 (Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)



## APRECIÇÃO GLOBAL

### ESTUDANTE

O EC IV tem possibilitado o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e reflexivas enquanto futura EESMO. Neste contexto, têm sido decisivas a orientação e supervisão clínicas da Sra. Enf.ª ESMO Sara Palma, cujos momentos de análise e discussões propiciam uma oportunidade única de reflexão com vista a um crescimento pessoal e profissional.

É também de salientar o apoio e disponibilidade por parte de toda a equipa multidisciplinar.

Dentro que a minha evolução ao longo deste EC se traduz, pela correção das atividades propostas, por uma maior responsabilização face aos cuidados de enfermagem prestados, muito desta relacionado com uma tomada de decisão crescente, fomentada por uma maior confiança e autonomia, assente numa contínua mobilização de conhecimentos tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/recém-nascido/família.

Andreia Mendes 1.º C.º SEMESTRO / 5.º C.º SEMESTRO

### ENFERMEIRO ORIENTADOR

No decorrer destas últimas semanas de Ensino clínico o balanço geral é muito positivo.

A estudante mostra-se responsável pelo prestação de cuidados à mulher nos diferentes estádios do trabalho de parto. Apesar de uma conduta intervencionista tanto para com a utente/família como para com toda a equipa multidisciplinar, é autónoma e segura na sua prática, o que mostra uma consciência de conhecimentos.

Demonstra interesse nos novos conhecimentos não se detendo em si, dando exemplos referentes a algum desgate físico (normal para este estádio do E.C).

Sra Palma

Responsável. Bom domínio de técnicas. Não aderece com o trabalho de planejar mais o parto normal através de utilizar de técnicas menos intervencionistas no 1.º Trabalho de Parto.



**AValiação DO DESEMPENHO EM EstágIO COM RELatÓRIO**

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Andreia de Jesus Camarceiro Mendes

DATA: 16 / 06 / 2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
<b>Indicadores para Avaliação</b>										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico					X					X
Elabora projecto pertinente e adequado				X						X
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades					X					X
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>					X				X	
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família					X					X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>				X						X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>					X					X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>					X					X
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e					X					X



tomada de decisão face às necessidades de cuidados										
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas				X						X
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X						X
Analisa e discute as situações vividas					X					X
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>					X					X
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico					X					X

**Classificações Finais:**

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente  
 ( Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)



## APRECIÇÃO GLOBAL

### ESTUDANTE

Ao concluir o EC IV, considero que o desenvolvimento pessoal e profissional evoluiu significativamente, no sentido de ter conseguido atingir um excelente estágio profissional enquanto futura EESM06. Uma paróquia de saberes foi aprofundada e consolidada neste EC, tipos de objetivos foram globalmente atingidos, tendo-se revelado adequados e pertinentes para a sua finalidade.

Toda esta formação contribuiu para a construção de um auto-conceito profissional positivo, permitindo a consciencialização da qualidade, responsabilidade e autonomia da atividade profissional do EESM06, no seio da equipa multidisciplinar e da sociedade geral.

Com este EC foi possível aprender de forma consistente o que me procuraram ensinar mas mais ainda o que pude aprender como sujeito responsável e proativo no saber. Andreia Mendes

### ENFERMEIRO ORIENTADOR

A estudante ao longo deste ensino clínico revelou uma grande motivação tanto pessoal como profissional. Demonstrou grande capacidade na integração ao serviço e à sua dinâmica, grande parte ao facto de trabalhar como enfermeira no mesmo, contudo gostaria de fazer a ressalva de que esse facto tb pode ser inibitório podendo misturar-se os papéis, o que no caso de Andreia não foi observado em situação nenhuma. Apresenta autonomia nos cuidados, algo que foi conquistado através dos seus conhecimentos e conduta, não obstante sempre que necessitava gestões para esclarecimento em caso de dúvida.

Promove o empowerment entre a triade aos três níveis de prevenção.

Elabora um projeto adequado e ajustado à situação de aprendizagem.

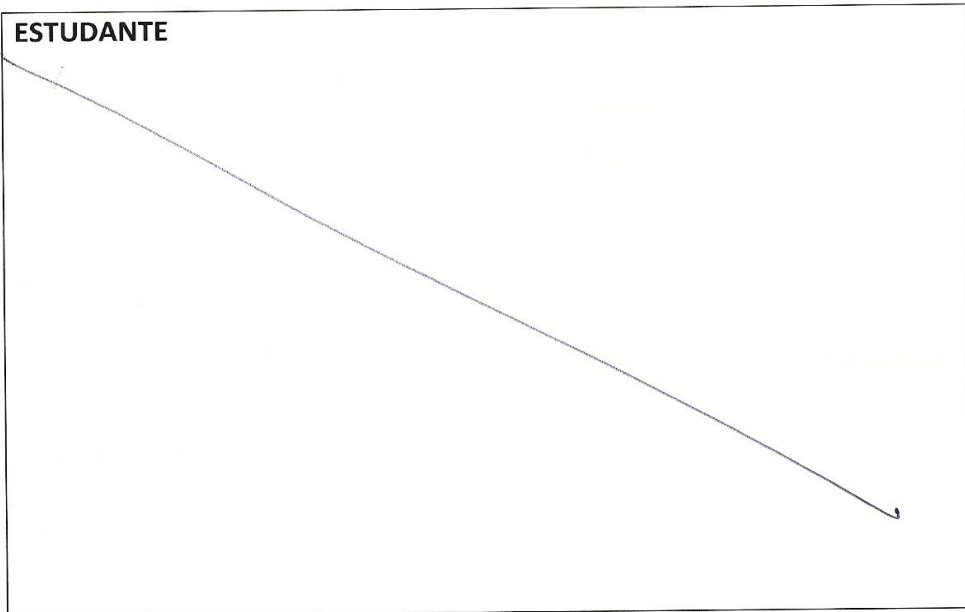
Nesta última fase do E.C verificou-se o aprofundar de alguns aspectos que se tinham fadado a avaliação formativa nomeadamente a promoção do parto natural. De uma forma geral considero que o E.C da Andreia enquadra-se a nível do Excelente.

Sara Pedro



### APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE



#### ENFERMEIRO ORIENTADOR ESCOLA:

Demonstrou possuir bom conhecimento teórico que mobilize, sem dificuldades, sendo assumiu o seu papel de aliado sendo assertivo e implícito no seu processo formativo.  
Conquistou autonomia e segurança ao longo do E.C.  
Responsável.  
Projecto desenvolvido pertinente para o serviço.  
Autoavaliado com pertinência e acerte a crítica.  
Desenvolveu processos de avaliação para a saúde sempre que necessário adequados e pertinentes.  
Promoveu o empoderamento de utente e correspondeu positivamente ao desejo do promotor do parto menos intervencionado.

Excelente  
Way 16/5



ANEXO I

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
 MATERNA E OBSTETRÍCIA  
 (5º CPLEESMO)

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DO ESTÁGIO HGO, EPE - Bloco Partos/Un. Obs. e Ceinec.

DATAS: INÍCIO 17/07/2011 FIM 01/07/2011

ESTUDANTE Andreia de Jesus Cerezeiro Mendes

ENFERMEIRO ORIENTADOR Sara Palma

DOCENTE ORIENTADOR Rosália Marques

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data <u>31/3</u>	Data <u>13/5</u>	Data	Data <u>16/06/11</u>
Estudante	<u>31</u>	<u>folho prop</u>		<u>Mendes</u>
Enfermeiro Orientador	<u>folho prop</u>	<u>folho prop</u>		<u>Sara Palma</u>
Docente Orientador				<u>RM</u>

CLASSIFICAÇÃO FINAL Excelente

## **Apêndice I**

### Projeto de Estágio

## **Apêndice II**

### Cronograma

**Apêndice III**

Questionário enviado às puérperas

## QUESTIONÁRIO

O preenchimento deste questionário é completamente anónimo. Por favor, escolha a opção que considera ser a mais correta.

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Número de gravidezes que teve (incluindo as que terminaram em aborto ou gravidez ectópica): \_\_\_\_\_

Número de partos < 37 semanas de gravidez: \_\_\_\_\_

Número de partos ≥ 37 semanas de gravidez: \_\_\_\_\_

Número de filhos vivos: \_\_\_\_\_

3. Durante o seu trabalho de parto, a Enfermeira Especialista manteve-se presente, dando-lhe informações e esclarecendo as suas dúvidas ou questões?

**1. Sempre 2. Muitas vezes 3. De vez em quando 4. Raramente 5. Nunca**

4. Relativamente à informação transmitida pela enfermeira, considera que esta foi:

**1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Suficiente 5. Insuficiente 6. Nenhuma**

5. A informação e esclarecimentos prestados pela enfermeira, contribuíram para diminuir o seu medo, ansiedade, dúvidas ou receios sentidos durante o trabalho de parto e parto?

**1. Muito 2. Bastante 3. Razoável 4. Pouco 5. Nada**

De que modo?

---

---

---

---

6. Considera que teve um papel activo, informado e participativo no seu parto?

**1. Muito 2. Bastante 3. Razoável 4. Pouco 5. Nada**

Obrigada pela sua colaboração!

## **Apêndice IV**

Diários de Aprendizagem

Andreia de Jesus Guerreiro Mendes

1º CMESMO/5º CPLEESMO

Ensino Clínico IV – Hospital Garcia de Orta, EPE

Serviço de Bloco de Partos – Urgência Obstétrica e Ginecológica

## DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I

Os diários de aprendizagem pretendem ser momentos de reflexão, sobre situações que o estudante identifique como particulares e importantes, de tal forma que demandam uma análise mais profunda e sistematizada.

A escolha do tema/situação recai, habitualmente, sobre experiências percebidas como muito positivas, muito negativas ou com grande impacto emocional.

O parto é sempre uma nova experiência para cada mulher, pois de acordo com a forma como lidam com ele, a experiência vai-se modificando. Deste modo, torna-se pertinente partilhar o pensamento de Couto (2003) quando refere que “A mulher não se submete ao parto, mas sim a ele se adapta”.

A situação diz respeito a uma grávida, primigesta e com 39 semanas e 3 dias de gestação, internada no Bloco de Partos em fase inicial do trabalho de parto (TP), com contractilidade uterina dolorosa. Nessa altura, para o alívio da dor, fora-lhe administrada medicação endovenosa (Petidina), tendo a utente referido não querer efectuar analgesia loco-regional.

No entanto, o efeito da medicação fora temporário e, quando fui acompanhar o TP desta utente, ela manifestava e verbalizava expressões de dor e não efectuava correctamente as técnicas respiratórias.

Segundo Burroughs (1995), no 1º estágio do TP inicialmente a mulher sente-se capaz de enfrentar o desconforto e, em geral, está activa. À medida que as contracções aumentam, a ansiedade da parturiente aumenta, pode demonstrar sinais de tensão (contorções, choro, gemidos e excessiva tensão muscular) e pode começar a duvidar da sua capacidade em suportar as contracções do TP e ter medos mal definidos.

Figueiredo; Costa e Pacheco (2002) referem que a dor sentida durante o parto é um dos elementos que mais negativamente interfere na experiência do parto da mulher.

Quando abordei a grávida / casal, apresentei-me, referindo que iria acompanhar o seu trabalho de parto e parto, demonstrando disponibilidade para estar e para escutar, adoptando uma postura de proximidade. Procurei igualmente demonstrar segurança e profissionalismo, principalmente numa primeira abordagem, em que se estabelece o início de uma relação terapêutica, que se quer que seja de confiança.

Consegui aquietar e orientar a grávida ensinando, instruindo e treinando com ela as técnicas respiratórias, explicando o seu benefício para o TP, para ela e para o feto.

Segundo Ricci (2008), deve ter-se em conta também que, ainda que as parturientes não sejam capazes de direccionar conscientemente as contracções durante o TP, elas podem controlar a forma como respondem às mesmas, aumentando assim a sua sensação de controlo.

Fomentei e incentivei, também, a participação do pai para que este ajudasse nas técnicas respiratórias e em todo o desenrolar do processo de TP/parto.

Figueiredo; Costa e Pacheco (2002) referem que as reacções de uma mulher à dor durante o TP podem ser modificadas pelo ambiente no qual decorre o mesmo e pelo suporte que recebe dos profissionais e acompanhantes, assim como pelos métodos de alívio da dor utilizados.

Burroughs (1995, p.174) diz que “aparentemente, a mulher com uma atitude positiva, durante o parto, tem melhor capacidade de produzir sua própria analgesia”. Também a capacidade da mulher em relaxar e conseguir concentrar-se na sua função, irá diminuir a sua ansiedade e contribuir para o curso satisfatório do TP.

Carmo (2006) refere que as particularidades da dor do TP podem alterar-se de acordo com factores físicos, obstétricos, fisiológicos, psicológicos e culturais, podendo estes reduzi-la ou agravá-la. Macedo et al (2005) acrescentam ainda que, tudo o que compõe o espaço social no momento do parto – ambiente, profissionais, instrumentos usados, sensações concebidas pelas parturientes – pode influenciar o sistema de transmissão de dor, quer no sentido de o abrir, quer no sentido de fechar. Vários estudos demonstram ainda que a presença do pai/pessoa significativa tem efeitos positivos no bem-estar físico e emocional da mulher, independentemente do tipo de parto (Costa, Figueiredo e Pacheco, 2002), pois reduz a ansiedade e o stress vivenciados pela mulher, conduzindo a uma redução da administração de terapêutica analgésica durante o TP, uma vez que, quando o companheiro acaricia a parturiente, observa-se uma

redução no nível de catecolaminas e uma libertação de ocitocina, promovendo assim o desenvolvimento do TP (Ribeiro, 2005).

Perguntei à utente se realizara preparação para o parto, tendo-me respondido que não e procurei, então, perceber qual o motivo de não querer efectuar analgesia epidural para o alívio da dor. A grávida referiu ter apreensão da analgesia epidural pelos seus riscos, tendo tido relatos negativos acerca da técnica, por parte de amigas.

Clarifiquei a utente relativamente à analgesia epidural, considerando os seus riscos, efeitos secundários e benefícios e desmistifiquei medos e ideias erróneas. Procurei dar informações precisas, para que a utente/casal pudessem decidir de forma consciente, informada e esclarecida, apoiando a sua escolha.

Segundo Kitzinger (1995), não há razão para que o parto tenha necessariamente de implicar sofrimento para qualquer mulher. Existem, actualmente, formas de controlo farmacológico da dor, como a analgesia epidural a qual permite que a mulher fique perfeitamente controlada e mantenha as suas faculdades de raciocínio, sem que fique subjugada pela emoção ou pela intensidade do TP, podendo concentrar-se na respiração e relaxamento durante as contracções e assim participar activamente no seu processo de TP/parto.

Martin; Reeder e Koniak (1995) referem que a analgesia epidural permite à mulher estar totalmente consciente e participar em todas as fases do TP; proporciona um alívio da sensação da dor; os reflexos respiratórios mantêm-se inalterados; não impede o progresso normal do TP e não afecta a capacidade da mãe para fazer força durante o período expulsivo; não produz efeitos depressores, permitindo à mãe e recém-nascido iniciar de imediato o processo de vinculação precoce. Actualmente, é o método farmacológico mais amplamente utilizado no TP pois fornece um alívio melhor e mais duradouro da dor do que os agentes sistémicos.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2001), “a analgesia do parto, adquire contornos de um direito universal, ao qual todas as mulheres devem ter igualdade de acesso, o que pressupõe, por parte destas, informação detalhada e direito de opção consciente perante este acontecimento tão importante”.

Muitas mulheres têm um grande deficit de conhecimento/informação das opções de que dispõem para o alívio da dor do TP, bem como desconhecem por completo o impacto que cada uma destas opções pode ter na sua experiência física e psicológica.

Isto é tanto mais importante quando se sabe que o maior conhecimento da mulher quanto ao processo de parto garante o seu melhor ajustamento psicológico a este acontecimento.

Segundo Rodeia (1995), a informação prestada à mulher, quando vai de encontro às suas necessidades, actua nela como uma forma de aumentar a sua segurança e confiança, ao mesmo tempo que lhe diminui o medo. Uma informação adequada a determinada situação e dada na altura oportuna, diminui a ansiedade e orienta a mulher na sua forma de actuar, tornando-se um suporte e uma ajuda para prosseguir.

Para além de esclarecer o casal sobre a analgesia epidural, informei-os acerca da fisiologia do TP e da sua duração; das características das contracções com o evoluir do TP; de como os níveis de dor, medo, cansaço poderiam ser cada vez mais elevados, enquanto os níveis de energia e as emoções positivas poderiam ser cada vez menores, perante uma vivência dolorosa do momento.

Após informação e esclarecimento de dúvidas ao casal, a grávida decidiu efectuar analgesia epidural.

Posteriormente à realização da mesma a parturiente ficou sem dor, calma, participando activamente ao longo do seu TP e parto.

Considero ter conseguido estabelecer um relacionamento positivo, empático e terapêutico com o casal ao proporcionar privacidade, ao criar um ambiente de confiança e segurança, dando atenção, uma palavra de estímulo e assumindo uma atitude tranquila e sem pressa ao cuidar; ao avaliar e identificar os medos, incertezas e o grau de ansiedade, reforçando o comportamento que facilitava sentimentos positivos sobre a evolução do TP e modificando os prejudicativos, como a perda de controlo, ajudando-os a influir no processo do TP e parto, mantendo o seu autocontrolo, tranquilizando-os, encorajando-os e dando-lhes as instruções correctas para poderem usar ao máximo as suas próprias ferramentas para se ajustarem às tensões do TP.

Para tal, utilizei os meus conhecimentos e competências em beneficiação da parturiente/casal/feto, no sentido de proporcionar uma vivência do nascimento nas melhores condições físicas e psicológicas, tendo a parturiente/casal uma participação consciente, activa e informada em todo o processo.

A dor no parto não é sentida de igual forma por todas as mulheres e, concretamente, na mesma mulher, esta pode ser vivida de modo distinto, tendo em conta a sua

envolvente. Além disso, é útil ter em conta que a dor sentida durante o parto não é facilmente esquecida, podendo deste modo interferir, quer na relação emocional mãe-recém nascido, quer na vontade de voltar a engravidar. E, por exemplo, a experiência de dor relacionada com a contracção uterina é superior quando narrada de memória do que no momento em que foi sentida (Costa, Figueiredo e Pacheco, 2002; Barros, 2008).

Daqui se depreende a necessidade de fomentar uma experiência de parto favorável, sendo, para isso, primordial que os enfermeiros encarem o alívio da dor no parto como algo importante, tendo em conta que muito se pode fazer de forma autónoma, principalmente no que se refere à abordagem não farmacológica da dor, sendo, por isso, essencial apostar em formação e investigação nesta área.

Em situações futuras, considero que a 1ª linha de opção será a de informar e esclarecer sobre as técnicas não farmacológicas disponibilizadas pelo serviço.

Numa era em que cada vez mais se procura implementar o conceito de humanização do TP, urge a necessidade de compreender a dor sentida pelas mulheres e conhecer as formas de alívio que, como enfermeiros especialistas, podemos utilizar nos cuidados prestados às mesmas.

## BIBLIOGRAFIA

BARROS, Maria da L. (2008) - Comportamentos na dor do trabalho de parto em primíparas. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 18 (Nº 236), 6 – 15.

BURROUGHS, Arlene (1995) – **Uma introdução à Enfermagem Materna**. Porto Alegre: Artes Médicas.

CARMO, António J. (2006). Sentos e Consenso na prevenção e tratamento da dor em Obstetrícia: uma perspectiva de Enfermagem. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 16 (Nº 207), 8 – 13.

COSTA, Raquel; FIGUEIREDO, Bárbara; PACHECO, Alexandra (2002) - Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica**. ISSN 0870-8231. Série XX (Nº 2), 203 – 215.

COUTO, Germano (2003) – **Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural**. Loures: Lusociência.

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandre (2002) – Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. In **Análise Psicológica**. Lisboa. Nº2, 203-217.

KITZINGER, Sheila (1995) – **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piage.

MACEDO, Priscila de O. [et al] (2005) - Percepção da Dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. ISSN 0104-3552. Vol. 13 (Nº 3), 306 – 311.

MARTIN; REEDER e KONIAK (1995) - **Enfermería materno-infantil**. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2001) – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: DGS.

RIBEIRO, Ana F. (2005) - Afinal a díade é tríade? A evolução do conceito de pai e da sua participação no nascimento do filho. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 53 (Nº 4), 190 – 194.

RICCI, Susan S. (2008). **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA. ISBN 978-85-277-1397-9.

RODEIA, Maria de Lurdes (1995) – **A experiência de dar à luz, uma abordagem fenomenológica**, Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa no âmbito do 2º curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Lisboa, S/E.

Andreia de Jesus Guerreiro Mendes

1º CMESMO/5º CPLEESMO

Ensino Clínico IV – Hospital Garcia de Orta, EPE

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

## DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II

Este é o meu segundo Diário de Aprendizagem e diz respeito à experiência vivenciada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital Garcia de Orta, EPE.

Os medos e receios habituais por parte dos pais, no decorrer da gravidez, face ao nascimento do seu filho, efectivam-se quando o recém-nascido (RN) necessita de ser internado numa UCIN por prematuridade, doença ou outra situação que requeira cuidados especiais, implicando a separação do bebé e da família.

Segundo Barros (2001a), a UCIN constitui-se não só como um serviço que combina uma tecnologia muito avançada e diferenciada com profissionais de saúde treinados e especializados na prestação dos cuidados ao bebé prematuro ou com patologia, permitindo que cada vez mais bebés sobrevivam, mas também, e principalmente, é um local onde se prestam cuidados globais, como forma de promover a qualidade de vida e o desenvolvimento dos RN's, dos pais e até mesmo dos seus profissionais.

Considero que o Cuidar numa UCIN constitui um desafio para os enfermeiros, pois não se centra somente no assegurar a sobrevivência dos RN's, mas também nos cuidados e apoio centrados na família: promoção do desenvolvimento do RN (tendo em conta as suas necessidades neurobiológicas); intervenção no ambiente e sua adaptação às capacidades do RN (como forma de prevenir sequelas); promoção da relação dos pais com o seu bebé, sendo estes considerados como os mais importantes prestadores de cuidados ao bebé.

Cordeiro (1994) refere que quando existe separação neonatal, as interacções mãe-filho não se desenvolvem no momento exacto em que ambos estão mais sensibilizados a estes processos de ligação. A separação mãe-filho é encarada como fonte de angústia, frustração, culpa, depressão, conduzindo ao desenvolvimento de medos e fantasias em relação ao RN. Gera-se nos pais uma fusão de receios e sentimentos: ansiedade,

medo, tristeza, sofrimento e incerteza relativamente a uma realidade e futuro que desconhecem; têm sentimentos de impotência, na medida em que as necessidades do seu bebé são complexas e a tecnologia usada nas UCIN, pode ser intimidante. Instala-se uma certa desorientação em relação à forma como se hão-de relacionar e agir para com o seu bebé, cujo estado clínico os preocupa e abala (Cordeiro, 1994).

Os enfermeiros que prestam cuidados na área da Neonatologia e Obstetrícia deparam-se diariamente, ou quase sempre, com a separação física entre mãe/filho, com conseqüente alteração do processo de vinculação. Pode ter contacto com a complexa problemática parental envolvida nestas situações, acompanhando as puérperas/família na interacção com o RN internado e aperceber-me de que forma o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) pode ser importante, como elemento de articulação facilitador do desenvolvimento do processo de vinculação entre pais/RN internado na UCIN.

Uma situação que foi relevante para mim foi a de um bebé prematuro com 27 semanas e 3 dias, com cerca de 865gr, que estava internado na UCIN há já cerca de duas semanas e ventilado a alta pressão. Enquanto profissional de saúde a exercer funções no Bloco de Partos (BP) da instituição em epígrafe, tive a oportunidade de “conviver” com esta família durante o período pré e pós-parto.

Este RN chamou-me a atenção por eu conseguir identificar a sua família, ter tido contacto com a mesma e apresentar com frequência períodos de agitação, parecendo necessitar de contenção e organização face aos estímulos do ambiente.

Brazelton e Cramer (1993) referem que o RN prematuro está acordado pouco tempo e passa a maior parte desse momento a chorar e a “barafustar”, deixando-se consolar com maior dificuldade. Os limiares dos prematuros para a estimulação são mais vulneráveis, podendo ser hipo e hiper-reactivos e hipo e hiper-responsivos. Isto significa que poderão não conseguir proteger-se dos intensos estímulos que o ambiente da UCIN implica (sons, luz, intervenções clínicas, actividade em geral, etc.). Alguns bebés prematuros podem estar no extremo hiperreactivo (reagindo sempre e em demasia), sendo alvo contínuo de estímulos externos e internos, reagindo sem proteger a sua própria regulação. Ocorre um atraso na consolidação da regulação do comportamento motor e organização dos estados (no tornar estáveis e previsíveis o sono e a vigília), provocado pela grande energia utilizada nas reacções contínuas, prejudicando o sistema autónomo (Klauss e Fanaroff, 1982; Silva, 2002).

De forma a ir de encontro às necessidades, capacidades e nível de desenvolvimento do RN prematuro, eram definidos e organizados os cuidados, tendo os enfermeiros a preocupação constante de melhorar o ambiente (redução do ruído, dos níveis de luz, da manipulação do RN), de forma a proporcionar o bem estar comportamental do mesmo. Assim, evitava-se a sobrestimulação e proporcionava-se a estimulação que era adequada, permitindo a continuidade do seu desenvolvimento.

Durante o período em que estive na UCIN, pude cimentar e aprofundar a relação terapêutica com a mãe deste bebé, (ainda internada no serviço de puérperas, em vigilância por elevação dos valores tensionais), que o ia visitar diariamente.

Através de uma escuta empática e activa, tentei perceber de que forma estava a vivenciar aquele período, descortinando os seus sentimentos, emoções, medos, angústias e receios.

O processo de maternidade é uma construção pessoal, que reflecte toda a vida anterior ao nascimento, desde a concepção, passando pela vivência da gravidez, trabalho de parto e parto e que se repercute sobre a relação precoce. Face à separação inicial pais-bebé, que tende a dificultar a relação precoce, considero que o EESMO pode e deve ser um elo importante, especialmente no período sensível de adaptação parental, procurando conhecer e compreender a experiência vivida pelos pais e sua influência na forma como sentem e agem em relação ao cuidar do seu filho, ou seja, a forma como vivenciam a maternidade e a paternidade.

A mãe verbalizava ter dificuldade em aceitar o facto de o filho ter nascido prematuro, pois a gravidez tinha decorrido sem problemas e de certa forma culpabilizava-se pelo acontecido. Foi referenciada à urgência obstétrica do hospital por valores tensionais elevados, tendo ficado internada por esse motivo; por agravamento do seu estado clínico, iniciou indução do trabalho de parto, momento vivenciado sem o apoio do marido, ausente por questões de trabalho, não tendo estado presente aquando do nascimento do seu filho. A instabilidade do seu estado clínico, com consequente aumento dos valores tensionais, era facilitador do “afastamento” do seu filho, com vários reinternamentos no BP. Apresentava um fâcies triste e uma postura retraída.

Rolim e Canavarro (2001, p.269) referem que os pais passam por momentos de crise distintos que ajudam a interpretar as vivências decorrentes do nascimento de uma criança diferente, nomeadamente: (1) “Desorganização psicológica”: expressão de

sentimentos de choque, descrença, incredulidade, seguidos de negação; (2) “Estado de elevada activação emocional”: expressão de sentimentos de culpabilidade, auto-responsabilização, ao que se segue tristeza, depressão e sensação de incapacidade para lidar com o bebé.

Brazelton (1992) considera que todas as mães se culpabilizarão, ainda que de forma inconsciente, pela prematuridade do seu filho. Considera que a auto responsabilização é um processo mental que evidencia que os pais são responsáveis pelo seu filho e começam a gostar dele.

Deste modo, procurei ajudá-la e ao companheiro a reajustarem as suas expectativas e desejos, medos e receios ao bebé real, tão diferente daquele que tinham imaginado, através do conhecimento das características e competências do RN, para que de forma gradual pudessem adaptar-se à sua imagem, adequar-se e investir nele, promovendo assim o estabelecimento de um forte e positivo vínculo da tríade.

Cordeiro (1994) considera que a mãe de uma criança prematura adapta-se mais lenta e tardiamente ao seu novo papel, o que contribui para uma maior dificuldade no estabelecimento da relação mãe-bebé. Ganha, assim, especial relevância favorecer a verbalização de medos e angústias, relacionados, frequentemente, com as características do bebé prematuro. As principais dificuldades da vinculação premeiam-se, essencialmente, com a imaturidade da criança, pois, devido às suas particularidades, apresenta um repertório comportamental menos diversificado, que o torna menos receptivo à estimulação dos pais.

A mãe ficava sentada, contemplando o seu filho, desejando pegá-lo, acariciá-lo mas verbalizava ter algum receio em tocá-lo; o companheiro mantinha-se silencioso mas sempre com um esboço de sorriso em seus lábios como que dizendo: *“eu sei que vais vencer, eu sei que estás a lutar!”*.

Justo (1997) referido por Rolim e Canavarro (2001), refere-se às mães de crianças prematuras, como mães prematuras, pois os laços afectivos mãe-bebé foram repentinamente cortados, quando ainda existia alguma imaturidade na estrutura psíquica materna. Muitas vezes, o casal ainda se encontra em fase da elaboração da relação precoce, quando se vê confrontado com um filho, o que leva a que ainda esteja psicologicamente indisponível para o seu bebé. É frequente que estas mães expressem impotência e incapacidade de relacionamento, agravado pela existência de inúmeras

barreiras ambientais (os sofisticados aparelhos tecnológicos), que dificultam o contacto. Pode existir uma hesitação em iniciar a relação com o bebé, o que pode expressar-se pela incapacidade de lhe tocar.

Segundo Brazelton e Cramer (1993), o relacionamento face a face é um acontecimento de extrema relevância no processo vincutivo, tanto para as mães de termo, como para as de prematuro. Numa fase inicial, os pais de RN's prematuros, têm menos contacto corporal e visual com os filhos. Porém, mesmo as mães de crianças prematuras, fomentam o contacto visual com os seus bebés nas incubadoras, apesar da separação e dos potenciais problemas de saúde existentes que os separam. Brazelton e Cramer (1993) consideram que esta atitude promove, nas mães, o sentimento de pertença e identificação com o bebé.

As características dificultadoras da interacção com os bebés prematuros são passíveis de serem trabalhadas pela informação e preparação dada pelos profissionais aos pais, de forma a serem adequadamente percebidas e utilizadas para fortalecer a interacção pais-filho, veiculando as condições desenvolvimentais desejáveis ao progresso de ambos (Seabra-Santos, 2001).

Brazelton e Cramer (1993) referem ser fundamental permitir, apoiar e estimular o contacto precoce entre a díade (tocar, mexer, contactar “olho a olho”, conversar,...), de forma a favorecer o conhecimento entre ambos, o mais rapidamente possível, para que possam iniciar um adequado relacionamento.

Deste modo, reforcei na mãe, assim como no companheiro, a ideia da possibilidade de tocar no filho e que isso era importante para ele. “O tacto é a primeira e a mais importante zona de comunicação entre uma mãe e o seu novo filho. (...) É um sistema mediático entre a criança e a pessoa que cuida dela, e que funciona simultaneamente para acalmar, alertar e despertar” (Brazelton e Cramer, 1993, p.78). Os bebés prematuros, podem não estar em condições de serem pegados ao colo, mas podem ser tocados, com alguns cuidados, para sentirem o “calor” da presença dos pais. É através do tacto que o bebé é mais facilmente consolado e tranquilizado.

A mãe mostrava-se interessada e preocupada com a situação clínica do filho, em saber a evolução do seu estado clínico. Brazelton (1992, p.98) refere que inicialmente os pais relacionam-se com o bebé através da informação clínica: “animam-se quando aumentam estas indicações de melhoria e sentem-se destroçados quando diminuem”.

Procurei dar resposta e ir de encontro às necessidades da mãe/pais, esclarecendo as suas dúvidas mas tendo o cuidado de não elevar demasiado as suas expectativas. Barros (2001b) refere que as explicações e informações fornecidas pelos profissionais da UCIN, vão ajudar os pais a compreender as decisões da equipa de saúde, bem como os aspectos técnicos envolvidos nos cuidados a prestar ao bebé.

É fundamental integrar os pais na equipa de cuidados, sendo uma forma de assegurar-lhes que podem ser competentes prestadores de cuidados, encorajando-os a serem intervenientes activos na prestação de cuidados ao seu filho. Os pais são as pessoas mais capacitadas, desde que se crie um ambiente de informação, ensino, confiança e ajuda mútua. Pais integrados na equipa de prestação de cuidados sentem que os profissionais de saúde acreditam nas suas capacidades de cuidadores, o que funciona como um reforço positivo que alimenta a sua confiança e auto-estima. (Whaley e Wong, 1999; Seabra-Santos, 2001).

Uma forma desta mãe participar activamente nos cuidados prestados ao seu filho, era através da extracção do leite materno. Sempre que o ia visitar trazia leite materno, que retirava com a bomba eléctrica. Embora a maioria do leite ingerido pelo RN, por gavagem, fosse um leite especial para prematuros, este facto era importante para ela, pois era uma forma de se sentir útil, de contribuir activamente para o desenvolvimento do seu filho e uma forma de favorecer o vínculo entre ambos.

“O período de hospitalização do bebé, em que os pais estão em contacto diário com os diferentes profissionais e com os outros pais, e o próprio processo de adaptação ao filho, é um tempo crucial de ensaio de novas significações e construções sobre este filho e sobre o papel de pais” (Barros, 2001b, p.249). Como tal, considero que o apoio e a preparação proporcionados aos pais, durante o internamento, são de extrema relevância, devendo ser pautados por um trabalho de equipa e parceria entre os enfermeiros que prestam cuidados na área da neonatologia e obstetrícia. Neste contexto, é bastante relevante a intervenção do EESMO, como elo de articulação na UCIN, no sentido de promover o relacionamento precoce da díade/tríade e facilitar o desenvolvimento das competências necessárias para a prestação de cuidados ao RN e para o regresso a casa, cuja preparação deve ser iniciada o mais precocemente possível, desde a admissão, de forma a minimizar as repercussões que o internamento do RN apresenta no seio familiar.

Considero que a minha actuação para com esta mãe/família foi adequada, pelo menos a minha dedicação e trabalho ocorreram com esse intuito; senti-me como que um porto seguro para os pais, onde podiam ancorar e desfrutar do seu “menino” (como a mãe o tratava). O apoio e força acabaram por ser bidireccionais porque também aquela família me deu incentivo e me fez compreender, enquanto futura EESMO, a importância do meu papel no desenvolvimento e estabelecimento relacional da díade/tríade.

Contemplo a prematuridade como uma batalha a vencer, quer para os pais quer para os profissionais de saúde e do próprio bebé; daí que se tenham de reunir esforços para que o final feliz deste episódio se aproxime a passos largos.

## BIBLIOGRAFIA

BARROS, Luísa (2001a) – A Unidade De Cuidados Intensivos De Desenvolvimento Como Unidade De Promoção De Desenvolvimento. In CANAVARRO, Maria Cristina (Ed.) - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-77-5. p. 295-316.

BARROS, Luísa (2001b) – O bebé nascido em situação de risco. In CANAVARRO, Maria Cristina (Ed.) - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-77-5. p. 235-254.

BRAZELTON, T. Berry (1992) - **Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento**. Lisboa: Terramar. ISSN 972-710-056-2.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. (1993) – **A Relação mais Precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce**. Lisboa: Terramar. ISBN 972-710-083-5.

CORDEIRO, J. C. Dias (1994) – **A Saúde Mental e a Vida: Pessoas e Populações em Risco Psiquiátrico**. 3ªed. Lisboa: Edições Salamandra. ISBN: 972-689-097-7.

KLAUSS, Marshal; FANAROFF, Avroy (1982) – **Alto Risco em Neonatologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Interamericana. ISBN: 85-201-01229-1.

ROLIM, Luísa; CANAVARRO, Maria Cristina (2001) – Perdas e Luto Durante a Gravidez e o Puerpério. In CANAVARRO, Maria Cristina (Ed.) - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-77-5. p. 17-47.

SEABRA-SANTOS, Maria João (2001) – Conhecer as Competências do Recém-Nascido. In CANAVARRO, Maria Cristina (Ed.) - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-77-5. p. 133-155.

SILVA, Adeildo Simões da (2002) - **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: MEDSI. ISBN: 85-7199-306-8.

WHALEY, Lucille; WONG, Danna (1999) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0506-0.

Andreia de Jesus Guerreiro Mendes

1º CMESMO/5º CPLEESMO

Ensino Clínico IV – Hospital Garcia de Orta, EPE

Serviço de Bloco de Partos – Urgência Obstétrica e Ginecológica

### DIÁRIO DE APRENDIZAGEM III

Este é o meu terceiro Diário de Aprendizagem. Nele vou analisar uma situação que suscitou, da minha parte, necessidade de reflexão.

A situação diz respeito a uma parturiente, cuja gravidez era de termo e que ia ter o seu terceiro filho. Foi internada no bloco de partos por rotura espontânea da bolsa de águas e por contractilidade uterina dolorosa, encontrando-se em fase activa do trabalho de parto (TP). Efectuei o acolhimento no bloco de partos, tendo-a acompanhado ao longo do seu TP e parto.

Considero que é no acolhimento da utente/família que o enfermeiro deve munir-se de ferramentas essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica e foi isso que me esforcei por facultar: um ambiente calmo e acolhedor, proporcionando privacidade à parturiente; possibilitei a presença do marido, junto dela; demonstrei disponibilidade para estar e escutar a utente; forneci-lhe informação em relação à sua situação e, de acordo com as suas necessidades em educação para a saúde, esclareci dúvidas.

Rodeia (1995), refere que a experiência que a mulher tiver do parto é em função de toda a sua personalidade, da forma como aborda a tarefa que a espera, do relacionamento do casal, dos sistemas de apoio que a mãe pode auferir e do tipo de atendimento que lhe é prestado, assim como, vários estudos têm vindo a mostrar que a presença do marido ou de uma pessoa significativa tem efeitos bastante positivos no bem-estar físico e emocional da mulher (Figueiredo; Costa; Pacheco, 2002).

Actualmente, sabe-se que o papel do pai no acompanhamento da mulher durante o parto parece ser de importância crucial, na medida em que poderá influenciar o comportamento materno e, conseqüentemente, o estabelecimento do vínculo entre a tríade. O marido é sentido como uma fonte de protecção e de suporte, ajudando a

mulher a ultrapassar os momentos mais difíceis, transmitindo-lhe calma, confiança, diminuindo-lhe a ansiedade. A presença do pai durante o parto pode ser o que a mulher mais quer, através do apoio moral, afectivo, do toque ou olhares, de palavras de encorajamento ou conselho. O marido orienta, incentiva e partilha com a mulher o parto, ajudando-a a manter o controlo e a vivenciar o parto de forma mais confiante e segura (Kitzinger, 1995; Bobak [et al], 1999).

Deste modo, considero que a minha actuação face a esta mulher/casal foi adequada e favorecedora de uma vivência positiva do TP/nascimento.

A parturiente, apesar de referir contractilidade uterina dolorosa, encontrava-se controlada através de técnicas respiratórias. Informei o casal sobre a fase do TP em que a utente se encontrava e quais as técnicas não farmacológicas e farmacológicas, existentes no serviço, das quais poderia usufruir para o alívio da dor, considerando os seus riscos e benefícios e também o desejo da parturiente/casal, tendo esclarecido as dúvidas existentes a esse respeito.

Enkin [et al] (2005) referem ser importante que os profissionais de saúde perguntem a cada mulher, preferencialmente antes do início do trabalho de parto ou pelo menos antes do seu progresso, o que ela deseja e espera em termos de alívio da dor e apoiar a sua escolha. O importante é que a parturiente se sinta segura e confortável com a sua tomada de decisão.

A utente, após conversar com o marido, optou pela musicoterapia, a administração de Petidina endovenosa e manter as técnicas respiratórias aprendidas nas aulas de Preparação para o Parto, referindo que no primeiro parto a analgesia locoregional tinha sido pouco eficaz. Foi respeitada a vontade e opção expressa pelo casal, deixando, no entanto, em aberto a possibilidade de poderem alterar a decisão tomada, o que vai de encontro ao anteriormente referido.

Ao longo do TP promovi medidas de conforto e relaxamento e reforcei o uso correcto das técnicas respiratórias, envolvendo o marido no processo de cuidar; fui informando acerca da evolução do TP e sobre os procedimentos realizados e a realizar, explicando, orientando e instruindo a parturiente sobre a sua participação no TP, reforçando positivamente a sua autoconfiança e capacidade de controlo e o envolvimento do marido, mantendo uma postura de disponibilidade permanente;

reconhecendo e respeitando a privacidade e individualidade do casal, os seus desejos, o direito à informação e opções esclarecidas.

Com o aproximar do momento do parto notava-se que a ansiedade da utente aumentava, demonstrando alguns sinais de tensão (agitação, tensão muscular...). Procurei entender e perceber as causas, tendo acabado por verbalizar o seu receio/medo em relação ao período expulsivo, pela experiência dos seus partos anteriores, em que houve a necessidade de realização de episiotomia/episiotomia, tendo a recuperação sido bastante dolorosa e demorada.

Segundo Fisher, Astbury e Smith (1997), as memórias sobre o parto permanecem vivas aos níveis cognitivo e psicológico, e continuam a influenciar as percepções da mulher sobre a experiência, durante muito tempo. Reforçando o mesmo aspecto, Lopes [et al] (2005), afirmam que o parto, especialmente o do primeiro filho, exerce um impacto, positivo ou negativo, que se repercute durante a vida inteira da mulher.

Segundo Kitzinger (1995), a experiência do parto e a sua qualidade, têm influências determinantes no bem-estar psíquico da mulher. Neste sentido, é importante atender ao modo como o parto é vivido pela mulher e às variáveis que interferem nessa vivência.

Foi meu propósito tranquilizar a utente, referindo que só iria efectuar a episiotomia se fosse estritamente necessário. Graça (2005, p.669) refere que "(...) a episiotomia deve ser usada sempre que necessário para abreviar o período expulsivo por razões fetais (...), mas deve ser abandonado o seu uso por rotina como prevenção de situações que, efectivamente, não evita". Iterando esta ideia, R. De Tayrac [et al] (2006) referem que a episiotomia de rotina com a finalidade de prevenir lesões perineais graves, incontinência urinária, incontinência fecal ou prolapso urogenital não se justifica à luz dos conhecimentos actuais, sendo aconselhável uma prática selectiva.

O facto de saber que era eu que lhe iria realizar o parto, trouxe conforto e confiança à parturiente, pois esta reconhecia em mim, alguém em quem confiava e com quem já estabelecera uma boa relação.

Kitzinger (1995) refere que durante o parto a atitude mental da mãe e o sentido de segurança são de grande importância para dar à luz fácil e espontaneamente.

Ao partilhar com a parturiente as suas vivências e medos, no decorrer do 2º estágio do TP, facilitei a receptividade dela a uma confrontação que visou uma tomada de

consciência do seu comportamento, ajudando-a a concentrar-se na sua função naquele momento, orientando-a e o seu marido na forma de actuar durante os esforços expulsivos.

Burroughs (1995) refere que durante o 2º estágio do TP o campo de percepção da mulher fica muito diminuído e a aprendizagem é difícil, daí que tenha sido necessário lembrá-la com frequência de como devia relaxar e focalizar a sua atenção em cada contracção; de como era importante estar desperta no início de cada contracção, estimulando-a a encará-la activamente, incentivando-a a descansar entre as mesmas.

Procurei encorajar e estimular a utente dizendo-lhe que estava a fazer bem os esforços expulsivos, reforçando nela sentimentos de ser capaz, modificando comportamentos indesejáveis, como a perda de controlo, e tranquilizando-a ao referir que o seu bebé estava bem. Informei-a quando a cabeça do feto se tornou visível, aumentando o seu moral e proporcionando-lhe um incentivo adicional para continuar a esforçar-se. Segundo Rodeia (1995), a grande necessidade de ver o bebé parece estar na base da força interior que a mulher encontra e que a ajuda a prosseguir no parto de forma controlada.

Na altura em que a cabeça do feto estava a coroar foi muito importante dirigir a utente no sentido de efectuar uma força controlada, devagar, de forma a controlar a saída da cabeça fetal ao mesmo tempo que protegia o períneo, o que permitiu a realização de um parto em que o períneo permaneceu intacto.

Felicitei a utente/casal pelo nascimento do filho e pelo trabalho desenvolvido durante o período expulsivo, tendo a mesma ficado bastante satisfeita por o períneo se ter mantido íntegro, não existindo a possibilidade de repetir as experiências anteriores, como receava.

Considero que face aos meus conhecimentos, capacidades e habilidades, consegui fazer a diferença junto desta parturiente/casal, pela possibilidade da presença do marido, o que aumentou o seu conforto e satisfação no decorrer do TP e parto; pela redução do nível de dor, garantindo o mais adequado envolvimento emocional; pela participação activa da utente, fomentando os seus sentimentos de controlo, segurança e confiança; pela informação e a orientação adequadas, pelo apoio e encorajamento emocional, contribuindo deste modo para uma melhor vivência do nascimento do filho de ambos.

Penso que a busca de um modelo de assistência que devolva à mulher o seu protagonismo no parto, respeitando a fisiologia do TP e fornecendo suporte técnico e emocional adequados, parece ser o caminho para a assistência que terá melhores resultados perinatais e maior satisfação das mulheres e dos profissionais de saúde.

É importante considerar que a opinião informada da mulher deve ser um aspecto fundamental a ponderar nas decisões tomadas, procurando que assuma uma posição pro-activa em todo o processo; o permitir à parturiente assumir a sua vivência, tendo em consideração o seu próprio querer; a centralização do seu papel, onde existe o seu consentimento para cada intervenção.

Neste sentido, considero ter tido um papel preponderante em todo o processo de TP e parto, ao fomentar o *empowerment* e autonomia da parturiente/casal: pela participação activa em todo o processo; a percepção de que os seus sentimentos/desejos foram aceites e respeitados; a sensação de ser vista como alguém que estava a fazer o melhor que podia e sabia, sentindo-se segura e apoiada face à sua tomada de decisão (esclarecida, informada e consciente).

Sardo [et al] (2005) referem que uma mulher que esteja informada, segura e que se sinta autónoma no processo de maternidade, com capacidade de decisão e controle sobre a situação, torna-se protagonista e participante activa no processo de nascimento, sendo mais capaz de vivenciar esta experiência de uma forma mais segura e tranquila.

Lanço, então, um desafio pessoal, enquanto futura EESMO, de conseguir manter presente esta posição e atitude perante todas as futuras grávidas/parturientes/família que no futuro terei contacto...

## BIBLIOGRAFIA

- BOBAK, Irene M. [et al] (1999) – **Enfermagem na maternidade**. Loures: Lusociência.
- BURROUGHS, Arlene (1995) – **Uma introdução à Enfermagem Materna**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ENKIN, M. [et al] (2000) – **A guide to effective care in pregnancy and childbirth**. Oxford: Oxford University Press.
- FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandre (2002) – Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica**. Lisboa. Nº2, p. 203-217.
- FISHER, J.; ASTBURY, J.; SMITH, A. (1997) – Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. Nº31. p.728-738.
- GRAÇA, Luís Mendes da (2005) – Episiotomia e lacerações perineais. In GRAÇA, Luís Mendes da e Colaboradores - **Medicina Materno - Fetal**. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2005. ISBN 972-757-325-8. p. 666-669.
- KITZINGER, Sheila (1995) – **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget.
- LOPES, R. [et al] (2005) – O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Nº18. p. 247-254.
- R. de Tayrac [et al] (2006) - **Épisiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales**. In **J Gynecol Obstet Bio Reprod**. Nº35.
- RODEIA, Maria de Lurdes D. S. G. F. (1995) – **A experiência de dar à luz, uma abordagem fenomenológica**, Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa no âmbito do 2º curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Lisboa, S/E.
- SARDO, Dolores [et al] (2005) - **Outras visões e formas de assistir o parto: Que autonomia e responsabilidades para o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia?**. In **Revista APEO**. Almada. Nº6.p. 57-59.

## **Apêndice V**

Breve contextualização do Ensino Clínico IV

## BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO IV

Para uma melhor compreensão do contexto em que se incrementou o EC e das experiências que este pôde proporcionar, apresento uma breve caracterização dos serviços onde este se desenvolveu.

O **Bloco de Partos/ Urgência Obstétrica e Ginecológica** está inserido no Departamento da Mulher e da Criança do HGO, EPE e, como o próprio nome indica, é constituído por duas áreas distintas – o Bloco de Partos (BP) e a Urgência Obstétrica e Ginecológica (UOG).

A UOG destina-se ao atendimento, em ambulatório e em situação de urgência, de utentes do foro obstétrico e ginecológico, que a ela recorrem quer por sua própria iniciativa, quer por transferência ou referenciação de outra instituição de saúde ou de serviços dentro da própria instituição. Aqui podem ainda encontrar-se internadas utentes do foro obstétrico ou ginecológico que necessitem de internamentos de curta duração (situações de aborto, pequenas cirurgias do foro ginecológico, gravidez ectópica, grávidas com necessidade de hidratação ou terapêutica EV, interrupções médicas da gravidez...).

O BP destina-se ao atendimento de grávidas em TP, normal ou de risco, e grávidas ou puérperas que pela sua situação clínica de risco (obstétrico ou associado) necessitem de vigilância materna ou fetal mais intensiva.

Esta é uma unidade de referência na sua área, podendo receber grávidas de todo o Continente e Ilhas, que pela sua situação clínica possam necessitar de intervenção obstétrica precoce e, portanto, também de vaga nos cuidados intensivos neonatais.

A equipa de Enfermagem é constituída por EESMO e enfermeiros generalistas; estando a coordenação da equipa de enfermagem, em todos os turnos, assegurada por um EESMO, designado como Chefe de Equipa.

O serviço conta ainda com a colaboração de assistentes operacionais de acção médica, obstetras, anestesistas e pediatras, 24h por dia.