



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Estágio com Relatório

**Capacitação da Grávida para a tomada de decisão no
parto normal – Contributo do Enfermeiro Obstetra**

Daniela Tojal Dourado Calderón



**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Estágio com Relatório

**Capacitação da Grávida para a tomada de decisão no
parto normal – Contributo do Enfermeiro Obstetra**

Daniela Tojal Dourado Calderón



Orientador: Maria Helena Pereira Gomes Ferreira
Coorientador: Maria João Delgado



Lisboa
2021

Dedico este trabalho a todas as pessoas que me acompanharam ao longo deste percurso, em especial aos meus amigos Carina, Cíntia e Justo, à minha família e principalmente, ao meu marido e aos meus filhos que me deram forças para seguir em frente e nunca desistir de realizar o sonho da minha vida.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCF – Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

DGS - Direção Geral da Saúde

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

CPN – Cuidados Pré-Natais

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CTG – Cardiotocografia

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EO – Enfermeiro Obstetra

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HPV – Papilomavírus Humano

ICM – International Confederation of Midwives

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

ITP – Indução de Trabalho de Parto

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JB I – *Joanna Briggs Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática baseada na evidência

PR – Prática Reflexiva

RN – Recém-nascido

SR – *Scoping Review*

SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WRA – White Ribbon Alliance

RESUMO

Com a institucionalização do parto, a mulher viu o seu protagonismo ser transferido para os profissionais de saúde. No entanto, atualmente têm surgido, por parte de diversas organizações nacionais e internacionais, recomendações com vista a devolver à mulher a capacidade de tomar decisões relativas ao seu parto.

Deste modo, o Enfermeiro Obstetra (EO), é considerado o profissional que se encontra numa posição privilegiada para poder, através da sua prática, capacitar a mulher para a tomada de decisão no trabalho de parto normal. Assim, com o intuito de responder à questão, “Quais são as intervenções do Enfermeiro Obstetra na promoção da capacitação da grávida para a tomada de decisão no parto normal?”, foi realizada uma *Scoping Review*, para mapear a evidência existente sobre este tema.

Os resultados encontrados referem a partilha de informação entre enfermeiro e grávida como fator essencial para a promoção da autonomia da grávida na tomada de decisão no seu trabalho de parto. Referem ainda a importância dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) e do plano de parto, como ferramentas facilitadoras desta partilha de informação. A evidência científica encontrada foi utilizada como base para o planeamento e implementação de intervenções promotoras da capacitação da grávida para a tomada de decisão nos diversos contextos do estágio com relatório, sendo que o referencial teórico utilizado na prestação de cuidados e posterior reflexão para elaboração deste relatório de estágio, foi a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson.

As grávidas às quais foram prestados cuidados durante o trabalho de parto, possuíam pouca informação obtida durante os cuidados pré-natais, quer pela não participação em CPPP devido a pandemia por SARS-CoV-2, quer por obtenção incompleta de informação apenas no final da gravidez, dificultando a implementação de intervenções promotoras da tomada de decisão no trabalho de parto.

Termos indexados: Educação, Utente; Grávida; Tomada de decisão; Trabalho de Parto; Enfermeiro Obstetra; Intervenções.

ABSTRACT

With the institutionalization of childbirth, the woman saw her protagonism transferred to health professionals. However, currently, recommendations have emerged from various national and international organizations with a view to giving back to women the ability to make decisions regarding their childbirth.

In this way, the Obstetric Nurse is considered the professional who is in a privileged position to be able, through his practice, to enable the woman to take decision in normal labor. Thus, in order to answer the question, "What are the interventions of the Obstetric Nurse in promoting the training of pregnant women for decision-making in normal birth?", a Scoping Review was carried out to map the existing evidence on this topic.

The results found refer to the sharing of information between nurses and pregnant women as an essential factor for the promotion of the pregnant woman's autonomy in decision-making in her labor. They also refer to the importance of the Childbirth and Parenting Preparation Courses and the birth plan, as tools to facilitate this sharing of information. The scientific evidence found was used as a basis for planning and implementing interventions that promote the empowerment of pregnant women for decision-making in the different contexts of internship with a report, and the theoretical framework used in the provision of care and subsequent reflection for the preparation of this report stage, was Virginia Henderson's Fundamental Human Needs Theory.

Pregnant women who were cared for during labor had little information obtained during antenatal care, either by not participating in Childbirth and Parenting Preparation Courses due to the SARS-CoV-2 pandemic, or by obtaining incomplete information only at the end of the pregnancy, hindering the implementation of interventions that promote decision-making in labor.

Indexed Terms: Education, Patient; Pregnant Women; Decision making; Labor, Obstetric; Nurse Midwife; Interventions.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
1. Conceito de capacitação e tomada de decisão.....	15
2. Competências específicas do EEESMO	17
3. Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson.....	21
CAPÍTULO II. METODOLOGIA	25
1. <i>Scoping Review</i>.....	26
1.1. Objetivo e questão da pesquisa.....	26
1.2. Critérios de inclusão e exclusão	26
1.3. Estratégia de pesquisa.....	27
1.4. Extração de dados	28
1.5. Resultados da pesquisa.....	28
2. PRÁTICA REFLEXIVA	35
2.1. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	36
2.2. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher/feto/família durante o período pré-natal.	38
2.3. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher/feto/(RN)/família durante os quatro estádios do trabalho de parto.	43
2.4. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher/RN/família durante o período pós-natal.	49
2.5. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher durante o período do climatério e/ou a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	53

2.6. Desenvolver competências específicas na capacitação da grávida para a tomada de decisão no trabalho de parto normal.....	56
2.7. Desenvolver competências para obtenção do grau de mestre.	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	
ANEXO I – Histórico de Pesquisa na Base de Dados CINAHL Complete	
ANEXO II - Histórico de Pesquisa na Base de Dados MEDLINE Complete	
ANEXO III - Histórico de Pesquisa na Base de Dados MedicLatina	
ANEXO IV - Histórico de Pesquisa na Base de Dados COCHRANE Database of Systematic Reviews	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Palavras-chave, termos de pesquisa e termos indexados	
APÊNDICE II – Fluxograma de pesquisa	
APÊNDICE III – Grelhas de extração de dados da Revisão Scoping	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Síntese dos resultados da <i>Scoping Review</i>	32
---	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER) do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), para obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) e grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi elaborado este relatório de estágio com o objetivo de analisar, refletir e avaliar as atividades por mim desenvolvidas, no percurso de aprendizagem para a aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO, sendo que o mesmo será, posteriormente, discutido publicamente para a obtenção do grau de mestre.

Assim, e tendo por base os objetivos desta UC, as competências específicas do EEESMO pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), as competências descritas pela International Confederation of Midwives (ICM, 2019), as competências no âmbito do grau de mestre (Decreto-Lei nº 65/2018) e de acordo com a temática desenvolvida, foram traçados os seguintes objetivos para esta unidade curricular de “Estágio com Relatório”:

- Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher/feto/família durante o período pré-natal;
- Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher/feto/RN/família durante os quatro estádios do trabalho de parto;
- Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher/RN/família durante o período pós-natal;
- Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher durante o período do climatério e/ou a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Desenvolver competências específicas na capacitação da grávida para a tomada de decisão no parto normal;
- Desenvolver competências para o grau de mestre.

A escolha da temática teve um carácter pessoal, quer pelo fato de já ter sido mãe por duas vezes, mas também pelo recorrente sentimento de falta de preparação/falta de informação verbalizado por pessoas conhecidas sobre a

experiência do parto, levando por sua vez a uma falta de controlo e de autonomia para a tomada de decisão no trabalho de parto.

Num estudo realizado em 2015, pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (APDMGP) sobre as experiências de parto em Portugal, 43,5% das mulheres mencionaram que não tiveram o parto que queriam, relacionando esta perceção com a perda de controlo sobre o seu processo de parto, com testemunhos que revelaram situações de coerção, de desrespeito pelo direito à recusa e ao consentimento informado, de abuso e de violência obstétrica. Relativamente à informação fornecida e às opções de escolha, 43,3% das mulheres inquiridas referiram não ter recebido informação sobre opções de parto, 23% revelaram descontentamento quanto à posição adotada para o período expulsivo, 43,8% das mulheres consideraram que não foi consultada sobre as intervenções às quais foram sujeitas, 4,4% afirmaram que não foram respeitadas pelos profissionais de saúde, 11,1% referiram não ter havido uma comunicação de forma afável e positiva, 15,3% das mulheres não se sentiram seguras durante o parto, 13,1% referiram que não se sentiram apoiadas e cuidadas durante o parto. Todos estes dados mostram a necessidade de investir nesta área no nosso país, para que o parto seja vivido como uma experiência positiva.

A 2 de agosto de 2020 foi publicado um artigo na revista Público, sobre uma investigação levada a cabo pela antropóloga Catarina Barata, onde as mulheres portuguesas relatam sentirem-se, durante o parto, desprovidas de capacidade de decisão e ação, vendo suas necessidades e preferências serem ignoradas, havendo uma ausência de informação quanto aos procedimentos que foram impostos e realizados sem o seu consentimento.

Esta transferência do protagonismo no parto da mulher para os profissionais de saúde teve início com a institucionalização do parto. Este passou a ser visto como um evento patológico, com necessidade de intervenção médica para que a mulher consiga parir. Deste modo, a mulher passou a ter um papel passivo nos cuidados e seus desejos e expectativas deixaram de ser valorizados.

No entanto, vêm-se discutindo como a perda do protagonismo da mulher no parto tem influenciado de forma negativa a experiência da maternidade, indo contra vários direitos humanos vigentes em diversos documentos oficiais internacionais e nacionais, onde são expressos e defendidos os direitos da mulher ao consentimento e à autonomia no que respeita a tomada de decisão.

Surge assim o conceito de capacitação, referindo-se ao processo pela qual a mulher tem acesso à informação, com o objetivo de desenvolver conhecimentos, atitudes, habilidades e autoconhecimento que serão necessários para que esta possa assumir a responsabilidade das decisões que irá tomar em relação a sua saúde, exercendo assim a sua autonomia (Silva et. al, 2015).

Deste modo, nos últimos anos várias organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a ICM e a OE, têm emitido diretrizes e recomendações de forma a estimular uma prática qualificada pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelo EO (ao longo do relatório o termo EO será utilizado para designar o enfermeiro com título EEESMO), com o intuito de este ser capaz de potencializar a capacidade natural e inata da mulher de dar à luz. O EO é assim considerado o profissional mais indicado para acompanhar a mulher durante a gravidez e o parto normal de baixo risco, encontrando-se em uma posição privilegiada para poder, através da sua prática e de um modelo de cuidados centrado na mulher, capacitar a mulher para a tomada de decisão através de uma parceria com esta e de uma efetiva partilha de informação.

Assim, de forma a identificar de que modo o EO pode contribuir através das suas intervenções para a capacitação da grávida para a tomada de decisão no trabalho de parto normal, ao longo dos diversos contextos do ER, foi utilizada a metodologia da prática baseada na evidência (PBE), tendo por base a evidência relativamente a temática em estudo, que foi obtida através da realização de uma *Scoping Review* (SR) e da prática reflexiva (PR).

O referencial teórico que foi utilizado como orientador da minha prestação de cuidados e na reflexão para elaboração deste relatório, foi a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson. Esta teórica defende uma prestação de cuidados onde a pessoa é o elemento central destes, tendo um papel ativo no seu processo de saúde, sendo que o papel do enfermeiro é ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades fundamentais de forma a alcançar a autonomia, trabalhando em parceria com esta, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, de forma a que a pessoa entenda, aceite e participe na elaboração de um plano de cuidados individualizado, envolvendo-a sempre no processo de decisão.

Por fim, este relatório encontra-se dividido em 2 capítulos, em que o primeiro corresponde ao enquadramento teórico, estando dividido em 3 subcapítulos: Conceito de capacitação e tomada de decisão; Competências específicas do EEESMO; Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson. O segundo

capítulo diz respeito a metodologia, estando subdividido em 2 subcapítulos, o referente a *Scoping Review*, contendo todas as fases da sua elaboração e resultados, e o referente à Prática Reflexiva, contendo a análise do percurso de aprendizagem na aquisição e desenvolvimento de competências, baseado nos objetivos definidos, sendo descrito em cada um as atividades desenvolvidas para atingi-los. Por último, encontram-se as considerações finais sobre os contributos deste percurso de aprendizagem para a aquisição de competências do EEESMO e as dificuldades encontradas.

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Conceito de capacitação e tomada de decisão

O atendimento e as intervenções realizadas relativamente ao parto vêm sofrendo alterações. Durante muito tempo, eram as parteiras, curandeiras ou comadres que exerciam a atividade de partejar, visto serem mulheres reconhecidas na comunidade ou de confiança das parturientes (Silva et. al, 2018).

Neste período, o parto era considerado um evento pertencente ao ambiente doméstico e íntimo. As parteiras, para além do parto, também cuidavam da saúde da mulher, incluindo o pré-natal, o puerpério, as doenças femininas, situações relativas à fertilidade e cuidados ao recém-nascido (Palharini & Figueirôa, 2018).

No entanto, no século XVII tem início a medicalização da assistência ao parto em países europeus, sendo que no final do século XIX o parto em meio hospitalar começou a consolidar-se como prática dominante, havendo a criação de hospitais e maternidades para esse efeito. Deste modo, a medicalização do parto estabeleceu-se de fato no século XX, após a profissionalização da ciência e da medicina (Palharini & Figueirôa, 2018).

Inicialmente houve resistência ao parto no ambiente hospitalar, no entanto, esta resistência foi cedendo lugar à confiança na figura do médico-parteiro e no ambiente hospitalar. Para que houvesse essa aceitação, o significado do parto e nascimento foi alterado, de modo a justificar a atuação e necessidade dos médicos. Primeiramente, com a introdução de instrumentos técnicos que garantiam o sucesso nos partos difíceis e, posteriormente, com o desenvolvimento da assepsia, da analgesia e da possibilidade de uma cirurgia em casos de partos de risco, intervenções essas que demonstravam a limitação das parteiras em algumas situações (Palharini & Figueirôa, 2018).

Assim, com a hospitalização do parto, foi se tornando cada vez mais legítimo o modelo biomédico na assistência obstétrica, caracterizado pela visão do nascimento como uma patologia e do corpo da mulher como incapaz de parir sem a ajuda de tecnologias sofisticadas (Cunha, Veleda, Teles & Coelho, 2019).

Este tipo de modelo trouxe desigualdades, colocando os profissionais de saúde numa posição de superioridade em relação às mulheres, visto estes possuírem os conhecimentos científicos, levando a que houvesse uma dependência da mulher em

relação a estes conhecimentos e consequentemente, em relação aos profissionais (Cassiano et. al, 2016).

Deste modo, os profissionais de saúde começaram a exercer domínio sobre as mulheres, sendo estas sujeitas a submeterem-se às intervenções prescritas pelos mesmos. As potencialidades e particularidades de cada mulher deixaram assim de ser levadas em consideração e estas perderam o protagonismo do parto (Cunha et. al, 2019 & Cassiano et. al, 2016).

No entanto, vem-se discutindo como a perda do protagonismo feminino no parto tem influenciado de forma negativa as experiências de maternidade (Jardim, Silva & Fonseca, 2019).

Primeiramente, porque este modelo de assistência vai contra vários direitos humanos vigentes em diferentes documentos oficiais internacionais, como por exemplo, na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2006), Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2016), Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (2001) e Declaração da White Ribbon Alliance (WRA, 2011) sobre Cuidados Respeitosos na Maternidade, assim como nacionais, nomeadamente no Artigo 15ºA da Lei nº 110/2019 de 9 de Setembro de 2019 do Diário da República e nos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto defendidos pela APDMGP.

Estes documentos referem expressamente o direito da mulher ao consentimento, ou seja, que qualquer intervenção no domínio da saúde só poderá ser efetuada após o consentimento livre e esclarecido da pessoa em causa, devendo esta receber toda a informação adequada relativamente ao objetivo, natureza da intervenção, consequências e riscos, podendo esta a qualquer momento retirar este consentimento.

Referem ainda o direito à autonomia, no que respeita à tomada de decisões. A autonomia é um “processo que envolve a definição e a expressão de preferências e escolhas em contextos livres de constrangimentos, coerções ou pressões” (Silva, Nascimento & Coelho, 2015, p.425). Neste processo é estabelecida uma relação entre as mulheres e os profissionais de saúde, que as tornam capazes de alterar as relações de poder, possibilitando a participação destas nos seus cuidados, atuando juntamente com os mesmos na gestão dos seus interesses. Esta relação deve ser livre de coerção, de autoritarismo, promovendo a negociação e a livre expressão de opiniões, necessidades e dificuldades (Silva et. al, 2015).

Um modelo de cuidado centrado na mulher durante o parto permite devolver-lhe o seu protagonismo, levando em consideração o direito à autonomia, ao acesso a informação e a participação ativa da mulher no mesmo, possibilitando que o parto seja vivenciado como um processo fisiológico e natural, consciente e participado (Silva et. al, 2015).

Para que a mulher possa exercer a sua autonomia e fazer escolhas conscientes, a informação recebida é um fator extremamente importante e é, neste sentido, que surge o conceito de capacitação. A capacitação é o processo pela qual a mulher tem acesso a informação, com o objetivo de desenvolver conhecimentos, atitudes, habilidades e o autoconhecimento que serão necessários para que esta possa assumir a responsabilidade das decisões que irá tomar em relação a sua saúde (Silva et. al, 2015).

Neste contexto, nos últimos anos várias organizações vêm emitindo diretrizes e recomendações de forma a estimular uma prática qualificada pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelo EO, com o intuito de este ser capaz de potencializar a capacidade natural e inata da mulher de “dar à luz”.

2. Competências específicas do EEESMO

A OMS afirma que, o EO é o profissional mais indicado para acompanhar a mulher durante a gravidez e o parto normal de baixo risco (Mouta, Silva, Melo, Lopes & Moreira, 2017).

Segundo a OMS (2012), parto normal é um parto de baixo risco desde o início até o nascimento, sendo que o início do trabalho de parto e o nascimento da criança são espontâneos, estando o feto em apresentação cefálica e de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gestação e após o parto, tanto a mãe como o bebé se encontram em boa condição. Inclui partos sujeitos a intervenções, desde que estas não sejam implementadas por rotina e/ou para indução do mesmo, tais como: rutura artificial de membranas, monitorização fetal contínua, utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos para controlo da dor, correção de distócias dinâmicas, episiotomia justificada por razões maternas ou fetais, conduta ativa do 3º estágio do trabalho de parto, parto com complicações ligeiras e administração de antibióticos para profilaxia da infeção neonatal. Deste modo, estão excluídos os partos

sujeitos a indução, fórceps, ventosa, anestesia geral e as cesarianas [OE & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), 2012].

O parto é uma das experiências mais importantes na vida de uma mulher e a satisfação em relação a essa experiência é um indicador de qualidade dos cuidados, tendo também impacto na saúde e no bem-estar da mulher e do recém-nascido (Akca et. al, 2017).

Os principais indicadores da qualidade da assistência perinatal são os resultados relativos à mortalidade e morbidade materna e neonatal, a frequência de cesarianas e de partos instrumentados e ao Índice de Apgar dos recém-nascidos. No entanto, a partir dos anos 80, nos países desenvolvidos, os cuidados começaram a centrar-se também nas necessidades, preferências e expectativas das mães, dando ênfase à satisfação para além da segurança, sendo que este conceito de satisfação do cliente é considerado um conceito multidimensional. Um dos principais fatores relacionados com a satisfação da mulher no parto é a participação na tomada de decisão (Takács et. al, 2015; Akca et. al, 2017).

Seguindo esta linha, a OMS em 2018 referiu que, o atual modelo de cuidados não é suficientemente sensível às necessidades pessoais, aos valores e às preferências das mulheres e, pode estar a debilitar a confiança e capacidade destas em “dar à luz”, podendo ter efeitos negativos nas suas experiências de parto. Assim, para melhorar a qualidade da assistência às grávidas durante o parto, os profissionais de saúde deveriam proporcionar cuidados de saúde materna mais holísticos e não apenas clinicamente eficazes, garantindo que as mulheres se sintam seguras e confortáveis com a experiência do trabalho de parto. Deste modo, os cuidados não clínicos durante o parto, como a prestação de apoio emocional através do acompanhamento no trabalho de parto, comunicação eficaz e cuidados respeitosos devem ser valorizados, assim como a apresentação de opções de parto que respeitem os valores das mulheres e fomentem sua capacidade de escolha durante o mesmo (Midwifery Unit Network, 2018 & OMS, 2019).

Conforme a ICM (2019), é da competência do EO defender os direitos humanos, o consentimento informado e a tomada de decisão das mulheres no trabalho de parto, mencionando no documento “Competencias esenciales para la práctica de la partería” as habilidades e comportamentos que este deve desenvolver de forma a alcançar este objetivo.

Também a OE menciona o papel do EO relativamente à defesa do direito à autonomia e tomada de decisão, no Regulamento das Competências Comuns do

Enfermeiro Especialista de 6 de Fevereiro de 2019, Artigo 5º, onde refere que o enfermeiro deve garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, promovendo a proteção dos direitos humanos, assumindo a defesa destes, assegurando o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, à escolha e à autodeterminação.

Defende ainda que, a filosofia de cuidados que deve ser utilizada pelo EO, de forma a alterar práticas enraizadas e confrontar o modelo biomédico, deve ser a filosofia de cuidados centrado na mulher, onde o mesmo trabalha em parceria com esta, colocando-a como elemento central dos cuidados, adequando os mesmos de forma a priorizar os desejos e as necessidades individuais da mulher, dando lugar a escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados, através da capacitação desta (OE, 2015).

Assim, o cuidado centrado na pessoa, exige uma mudança em que o profissional de saúde passa de provedor de cuidados de saúde para capacitador e facilitador da saúde e da parceria, reconhecendo o cliente como elemento central na prestação de cuidados e havendo parceria e colaboração compartilhadas na tomada de decisão (Leahy-Warren et. al, 2017).

Neste modelo de cuidados, o EO assume um papel de defensor da mulher, dando oportunidade à mulher de realizar uma escolha informada, tendo esta o controlo das principais decisões relativas aos cuidados que lhe serão prestados. Para que esta escolha informada seja possível, o EO oferece informação imparcial sobre todas as opções de cuidados e esta informação deve abranger as crenças e valores da mulher, assim como os sentimentos e expectativas da mesma (OE, 2015).

Deste modo, o EO valida as informações que a mulher possui sobre o trabalho de parto e procura esclarecer as dúvidas identificadas referentes ao mesmo. Durante o trabalho de parto, o EO oferece à mulher uma assistência que respeite o seu direito à autodeterminação, promovendo um modelo assistencial holístico que atenda às dimensões biopsicossociais da mulher (OE, 2015).

Conforme referido anteriormente, o EO capacita a mulher para a tomada de decisão no trabalho de parto, preparando-a para este momento. Uma ferramenta útil para realizar esta preparação são os CPPP. Estes são uma intervenção valorizada na área da saúde materna e obstétrica, visto serem suportados pelos princípios da promoção da saúde, da capacitação dos indivíduos, da autonomia e da tomada de decisão, estando associados a uma maior satisfação com a experiência de parto,

maior sentimento de autoeficácia materna e autocontrole no trabalho de parto (OE, 2019).

Segundo Baghini, Khosravani & Amiri (2018), no CPPP as mulheres aprendem como superar o parto com eficácia e aumentar o poder de decisão durante a gravidez e o parto, visto que a educação pode aumentar o conhecimento e, conseqüentemente, promover a autoconfiança, consciência e competências sobre a gravidez e parto.

O plano de parto é outra ferramenta ou estratégia de cuidado, que é caracterizada como potencializadora do protagonismo da mulher e da sua participação na tomada de decisão no trabalho de parto. O plano de parto é um documento de caráter legal, em que a grávida irá colocar os seus desejos pessoais, expectativas, preferências e necessidades particulares relativamente ao trabalho de parto e de acordo com a melhor evidência científica, sendo a sua utilização encorajada e recomendada pela OMS (Mouta et. al, 2017).

O objetivo do plano de parto é melhorar a saúde da mulher, reduzir resultados maternos adversos e melhorar a comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde, permitindo que esta expresse suas expectativas e necessidades. Este deve ir além de uma lista de verificação, devendo refletir as preferências e emoções da mulher, a sua compreensão sobre a fisiologia do nascimento e as suas necessidades relativamente à segurança e apoio (Ahmadpour, Mosavi, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Jahanfar & Mirghafourvand, 2020).

Este deve ser apresentado à mulher no período pré-natal pelo EO que deve estimular e apoiar a grávida na sua construção, sendo um instrumento dinâmico, que pode ser recriado e alterado a qualquer momento da gravidez e trabalho de parto. O EO é assim responsável pela construção deste em parceria com a mulher, bem como na gestão das alterações durante o trabalho de parto, garantindo que este seja possível de ser concretizado (Mouta et. al, 2017).

Tanto no cuidado centrado na mulher, como na utilização de ambas as estratégias apresentadas, o elemento-chave na capacitação é a partilha de informação.

Segundo Pierre (2018), a informação que é fornecida pelos profissionais de saúde à mulher deve explicitar a descrição, curso e organização dos cuidados, os atos planeados e a existência de alternativas, os objetivos de cada intervenção, sua utilidade, grau de urgência, benefícios esperados, conseqüências, riscos e complicações previsíveis, a monitorização necessária de acordo com a intervenção escolhida, acompanhada sempre de informação escrita de forma a complementar a

informação oral. Antes de haver esta partilha de informação, o profissional deve questionar os conhecimentos prévios da mulher, assim como seus valores e opiniões, de forma a adequar a informação que será fornecida à mesma e, posteriormente, deverá realizar um registo da informação recebida pela mulher e da informação oferecida, de forma a promover a continuidade dos cuidados. Esta troca de informação deve ocorrer o mais precocemente possível na gravidez, devendo realizar-se nas consultas de vigilância pré-natal, nos CPPP, durante o parto e no pós-parto.

No regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, é referido que para alcançar a satisfação dos clientes, o EO empenha-se para capacitar para a tomada de decisão e a ação, estabelecer uma parceria com o cliente no planeamento do processo de cuidados. Para alcançar o máximo potencial de saúde, o EO promove e recorre aos CPPP e viabiliza o plano de parto em ambiente seguro. Para promover o bem-estar e o autocuidado, o EO identifica as necessidades em cuidados relacionados ao autocontrolo no trabalho de parto e a disponibilidade para aprender (OE, 2018).

Deste modo, é notório que o EO ao implementar intervenções com vista a capacitar a grávida para a tomada de decisão no trabalho de parto normal, está a contribuir para a prestação de cuidados de excelência e a contribuir para que a experiência do parto seja uma experiência positiva, favorecendo uma maternidade saudável.

3. Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson

As teorias têm por objetivo oferecer estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, dando ao enfermeiro uma perspetiva de como visualizar uma situação e um modo sistemático de recolha de dados, facilitando assim a análise e interpretação dos mesmos, possibilitando o planeamento e implementação dos cuidados (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

Foi com Florence Nightingale que se iniciou a preocupação da enfermagem com questões teóricas e após ela, vários estudiosos desenvolveram trabalhos para descrever e definir a enfermagem de forma a orientar a sua prática. Deste modo, vários conceitos de enfermagem foram surgindo e deram origem a diferentes paradigmas. Primeiramente, surgiu o paradigma da categorização, onde o cuidado de

enfermagem era orientado para a doença. Posteriormente, surgiu o paradigma da integração, que orientou o cuidado de enfermagem para a pessoa, diferenciando a enfermagem da medicina, sendo o principal objetivo dos cuidados de enfermagem a manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões (Ribeiro et al., 2018).

Este paradigma serviu de referência para a teoria de Virgínia Henderson, pois embora a sua teoria tenha por base conceitos do paradigma da categorização, pois identifica a pessoa como uma unidade resultante da soma de várias esferas, sendo elas a esfera física, psicológica e espiritual, reconhece que estas esferas não podem ser separadas, pois a pessoa resulta da interação destas e da interação com os vários contextos em que a mesma está inserida (Ribeiro et al., 2018).

A partir deste paradigma surgiram vários modelos conceituais que se dividiram por sua vez em escolas de pensamentos, sendo que a escola das necessidades é onde se insere a teoria de Virgínia Henderson (Ribeiro et al., 2018).

Os conceitos básicos das teorias são chamados metaparadigmas, neste caso, metaparadigmas de enfermagem, sendo estes a enfermagem, a saúde, a pessoa e o ambiente.

Deste modo, para Virgínia Henderson a *enfermagem* é composta por atividades básicas que têm como origem as necessidades humanas universais, sendo que estas são modificadas pelo estado particular em que se encontra a pessoa (Henderson, 2007).

Assim, Virgínia refere que:

A função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível (Henderson, 2007, p. 3).

Virgínia Henderson considera que quanto mais cedo a pessoa puder cuidar de si, obter informação sobre saúde ou executar os tratamentos de que necessita, melhor será, comparando assim o conceito de *saúde* ao conceito de independência. Assim, ainda que o enfermeiro ajude a pessoa a satisfazer as suas necessidades durante um período de dependência, também tenta encurtar este período, avaliando o que a esta pode fazer por si mesma e capacitando-a de forma a desenvolver as capacidades necessárias para atingir a autonomia o mais precocemente possível (Henderson, 2007 & Henderson, 1994).

Embora as necessidades humanas fundamentais sejam comuns a todas as pessoas, o cuidado necessário para a sua satisfação abarca variações infinitas, tal

como infinitas interpretações destas mesmas necessidades, visto não haver duas pessoas iguais. Virgínia refere que diversos aspetos podem interferir na satisfação das necessidades, sendo eles de ordem biológica, psicológica, sociocultural e espiritual e por este motivo os cuidados embora inicialmente simples assumem um carácter complexo quando adaptados as exigências particulares da pessoa. Assim, a pessoa é um todo complexo que apresenta 14 necessidades fundamentais, sendo que cada uma delas tem dimensões de ordem biofisiológica e psicosociocultural e, toda pessoa deseja alcançar a independência na satisfação destas necessidades (Henderson, 2007; Nieves & Amezcua, 2014).

Essa adaptação a singularidade da pessoa é que faz com que esta seja a figura central dos cuidados, sendo da responsabilidade de toda a equipa oferecer a ajuda necessária para que a pessoa tenha um papel ativo nos cuidados e na tomada de decisão relativa a estes cuidados (Henderson, 2007).

A capacidade do enfermeiro de avaliar as necessidades de outra pessoa é sempre limitada, sendo de extrema importância que este saiba ouvir, ser sensível à comunicação não verbal e que encoraje a mesma a expressar os seus sentimentos. Esta avaliação deve ser feita de forma discreta, natural e construtiva e que não interfira com o desenvolvimento da relação terapêutica (Henderson, 2007).

Logo, o objetivo dos cuidados de enfermagem será que a pessoa consiga satisfazer por si própria as 14 necessidades humanas fundamentais, sendo elas:

- Respirar normalmente;
- Comer e beber adequadamente;
- Eliminar os resíduos corporais;
- Movimentar-se e manter a postura correta;
- Dormir e descansar;
- Selecionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se;
- Manter a temperatura corporal dentro dos valores normais adequando a roupa e modificando o ambiente;
- Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos;
- Evitar os perigos do ambiente e evitar magoar os outros;
- Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, medos e opiniões;
- Realizar práticas religiosas segundo a sua fé;
- Trabalhar de modo a sentir-se realizado;

- Divertir-se ou participar em diversas formas de recreação;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis (Henderson, 2007 & Tomey, 2002).

O *ambiente* é referido como algo dinâmico que influencia de modo positivo ou negativo a pessoa, sendo recomendado que o enfermeiro o modifique de forma a promover a saúde (Henderson, 2007; Nieves & Amezcua, 2014).

Este modelo teórico vai ao encontro dos dados recolhidos na evidência científica, onde o papel do enfermeiro obstetra é assistir a mulher no trabalho de parto e capacitá-la para alcançar a autonomia.

CAPÍTULO II. METODOLOGIA

Com vista à aquisição e desenvolvimento de competências como futura EEESMO e mestre em Enfermagem, foi primeiramente elaborado um projeto de estágio com relatório, no âmbito da UC de Opção no 2º semestre do 1º ano do CMESMO, que serviu como base para a elaboração deste relatório, onde foram traçados os objetivos. As metodologias aplicadas para a sua concretização foram a PBE e a PR.

A PBE consiste no uso consciencioso da melhor evidência disponível, da experiência clínica, preferências e valores da pessoa para a resolução de problemas na prática clínica (Sousa et al, 2018).

A PR inicia quando quem a pratica, problematiza a sua prática e aprende novos conhecimentos, habilidades e atitudes, correspondendo a atividades para explorar as suas experiências, de forma a alcançar uma nova compreensão (Peixoto & Peixoto, 2016).

Assim, e conforme Netto, Silva & Rua (2018), a PR é utilizada como um método específico de trabalho que permite ao profissional aprender a reconhecer e aplicar regras e competências e, deste modo, produzir conhecimento com base na sua prática profissional, através da reflexão na ação, sobre a ação e ainda reflexão sobre a reflexão na ação, contribuindo para o planeamento e determinação de ações futuras, na compreensão de futuros problemas, indicando novos raciocínios e soluções, sendo por isso um processo contínuo e essencial no desenvolvimento das competências genéricas adquiridas ao longo do percurso académico e aplicadas em situações únicas, permitindo que essa experiência seja posteriormente utilizada em situações similares.

A investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso cujo objetivo é desenvolver a aquisição de conhecimentos, dando resposta a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes. Este conhecimento adquirido é utilizado para desenvolver uma PBE, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

1. Scoping Review

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), o enfermeiro deve basear a sua prática clínica especializada em evidência científica, ou seja, baseia os processos de tomada de decisão e as suas intervenções em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes.

Assim, para a realização do projeto foi realizada uma SR, com o intuito de mapear a melhor evidência possível em relação ao tema que seria desenvolvido, posteriormente, na UC “Estágio com Relatório”, e que foi atualizada até a realização deste relatório. Esta foi realizada de acordo com o Manual para síntese de evidências da Joanna Briggs Institute (JBI).

1.1. Objetivo e questão da pesquisa

Esta pesquisa foi intitulada “Capacitação da grávida para a tomada de decisão no parto normal – Contributo do Enfermeiro Obstetra: a *Scoping Review*”, tendo por objetivo aprofundar conhecimentos sobre as intervenções do EO que contribuem na capacitação da grávida para a tomada de decisão no parto normal, de forma a responder à questão de investigação: Quais são as intervenções do EO na promoção da capacitação da grávida para a tomada de decisão no parto normal?

A pergunta foi elaborada utilizando como guia a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), sendo que:

- População: grávidas.
- Conceito: intervenções do EO que contribuem para a capacitação da grávida para a tomada de decisão.
- Contexto: parto normal.

1.2. Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Grávidas, parturientes ou puérperas que receberam cuidados do EO durante o parto normal.
- Intervenções do EO para a capacitação para a tomada de decisão da mulher em Trabalho de parto (TP).

- Serviços de saúde pré-natais e sala de partos (contexto hospitalar).
- Delimitação temporal: publicações desde 2015.
- Tipos de estudo: quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas da literatura, com texto completo.

Foram excluídos:

- Publicações duplicadas.

1.3. Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi iniciada com o projeto de ER e foi atualizada até à execução deste relatório. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa na plataforma EBSCO, nomeadamente nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e MedicLatina de forma a identificar os termos de indexação de acordo com a pergunta de investigação. Posteriormente, foi realizada uma pesquisa estruturada nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MedicLatina e Cochrane Database of Systematic Reviews, utilizando as palavras-chave e os termos de indexação já identificados. Quando os artigos não estavam disponíveis nas bases de dados foi utilizado o motor de busca Google Academic e ScienceDirect.

As palavras-chave, os termos de pesquisa utilizados e os termos indexados para cada base de dados, encontram-se no Apêndice I.

Após a pesquisa de cada termo, foi realizado um cruzamento dos resultados obtidos. Primeiramente, todos os termos relacionados com cada palavra-chave foram cruzados com o operador OR e, posteriormente, o resultado destes cruzamentos foram cruzados entre si com o operador AND.

O histórico das pesquisas em cada base de dados encontra-se nos anexos, sendo que no anexo I está o histórico na base de dados CINAHL Complete, no anexo II da MEDLINE Complete, no anexo III da MedicLatina e no anexo IV da Cochrane Database Systematic Reviews.

O fluxograma de pesquisa encontra-se no apêndice II.

Após a seleção dos artigos conforme os critérios de inclusão e exclusão, os artigos resultantes foram analisados através da leitura dos resumos e/ou leitura do artigo completo, sendo que foram selecionados no total 7 artigos.

1.4. Extração de dados

A extração de dados contidos em cada um dos artigos foi realizada através da utilização de uma grelha de extração de dados, baseada nas orientações existentes no *Manual for Evidence Synthesis* (JBI, 2020). As grelhas relativas à extração de dados dos artigos incluídos encontram-se no Apêndice III – Grelhas de extração de dados da Revisão *Scoping*.

1.5. Resultados da pesquisa

Quanto aos resultados obtidos na revisão *Scoping*, no estudo de Akca et. al (2017), para avaliar a influência de um programa sistemático e multidisciplinar de preparação para o nascimento na satisfação com a experiência do parto e detetar fatores que afetam a satisfação do parto, concluíram que as mulheres que participaram no programa de preparação para o nascimento apresentaram uma melhor comunicação com o EO. A informação proporcionada pelo programa permitiu que estas participassem mais ativamente na tomada de decisão antes, durante e após o parto. A melhor comunicação e participação da tomada de decisão foram fatores associados a uma experiência satisfatória do parto, segundo este estudo.

No estudo de Muñoz-Sellés, Goberna-Tricas & Delgado-Hito (2016), cujo objetivo foi compreender as experiências vividas pelas mulheres em relação às terapias alternativas e complementares durante o trabalho de parto, descrever a percepção das mulheres em relação a efetividade destas e identificar as fontes de informação das grávidas quanto aos métodos de alívio da dor no trabalho de parto, as puérperas participantes no mesmo referem que, para que a experiência do parto seja uma vivência positiva, é fundamental a utilização de um método adequado de alívio da dor. No entanto, para que sejam autónomas na tomada de decisão quanto ao método a utilizar, verbalizam a importância de obter informações sobre as opções existentes, sendo que neste estudo, esta informação foi maioritariamente recebida através dos EO, nos CPPP. Deste modo, os EO devem ter formação adequada em relação às terapias existentes, de forma a ajudar a mulher a tomar uma decisão esclarecida. Para além da transmissão de informação, referem também ser importante que os EO, durante o trabalho de parto, prestem apoio emocional, acompanhamento adequado e contínuo, estabelecendo uma relação de confiança e de respeito

relativamente a tomada de decisão e autonomia da mulher. Por fim, salientam também a importância de conhecer os recursos de cada hospital, visto poder influenciar a tomada de decisão quanto ao local em que desejam parir.

Pierre (2018), num estudo que pretendia analisar a literatura, textos regulamentares e práticas relativas à informação da mulher no trabalho de parto, menciona que a partilha de informação entre profissionais de saúde e mulher é essencial para a tomada de decisão informada, quer seja para consentir ou recusar cuidados oferecidos e recomendados. Esta partilha entre profissional de saúde e mulher, possibilita ao profissional aferir os conhecimentos, percepções, medos e expectativas da mulher e assim, poder esclarecer dúvidas e aprofundar os aspetos necessários de forma personalizada, expondo à mulher todas as opções possíveis, possibilitando que esta possa expressar as suas preferências. A partilha de informação deve ocorrer o mais precocemente possível, sendo recomendada a elaboração de um plano de parto durante a gravidez, visto ser um instrumento que facilita esta partilha e promove a participação ativa da mulher no projeto de nascimento, através do fortalecimento da autoestima, do pensamento crítico, da tomada de decisão e da capacidade de ação da mulher, possibilitando o registo dos desejos, emoções, percepções de cada mulher, bem como, o contexto em que esta está inserida e o ambiente envolvente. A elaboração precoce de plano de partos leva a que haja uma personalização precoce no apoio, uma maior continuidade dos cuidados e melhor coordenação entre profissionais. A informação fornecida pelos profissionais de saúde deve descrever os cuidados que serão prestados e a sua organização, as intervenções planeadas e a existência ou não de alternativas, o objetivo destas, sua utilidade e grau de urgência, bem como vantagens e desvantagens de cada uma e a monitorização necessária. Sempre que possível, a informação deve ser acompanhada de um documento informativo escrito que contenha a informação de forma curta, clara e compreensível, nunca substituindo a troca de informação oral. A informação fornecida e recebida deve ser registada, de forma a que todos os profissionais envolvidos nos cuidados tenham acesso a ela, com o objetivo de promover a consistência, complementaridade e continuidade dos cuidados. Por fim, é importante informar a mulher que poderá mudar de ideias a qualquer momento e que, conforme a evolução do trabalho de parto, pode ocorrer necessidade de uma decisão médica urgente, devendo existir partilha de informação para uma tomada de decisão informada, mesmo em situações de emergência, sob influência de dor ou de analgésicos.

No estudo de Colley, Kao, Gau & Cheng (2018), cujo objetivo foi explorar a percepção das mulheres sobre o apoio e o controle durante o trabalho de parto na Gâmbia e identificar fatores relacionados que influenciam as percepções de apoio e controle durante o parto, é referido que, a comunicação eficaz entre o profissional de saúde e a mulher é um fator essencial na partilha de informação, de forma a promover a autonomia na tomada de decisão, contribuindo para que a mulher alcance o controle dos fatores externos relativos ao seu trabalho de parto. Este estudo ainda refere que, a falta de conhecimento e competência dos profissionais de saúde na realização de partos em diferentes posições, pode ser uma barreira na prestação de cuidados de qualidade.

Num estudo para avaliar a satisfação das mulheres com os cuidados perinatais e descrever os fatores que influenciam a satisfação e insatisfação das mulheres com os cuidados prestados durante o trabalho de parto e o puerpério imediato, realizado por Takács et. al (2015), concluíram que, quando os cuidados prestados pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto incluem um fornecimento insuficiente ou incompleto de informação, estes não promovem a participação da mulher na tomada de decisão, diminuindo por sua vez a satisfação desta em relação aos cuidados. Assim, é de extrema importância que os profissionais demonstrem disponibilidade no fornecimento de informações e que estas sejam oportunas e de fácil compreensão.

Já Hunter et. al (2017), no seu estudo para explorar o conceito de Cuidados Centrados na Mulher e identificar os elementos-chave destes cuidados, identificaram vários temas acompanhados de estratégias, de forma a garantir um cuidado centrado na mulher. O primeiro tema refere-se à proteção da normalidade do parto, de modo a este ser visto como um evento natural e fisiológico e, como estratégia para essa normalização, mencionam o respeito pela mulher como um ser com experiências passadas, preferências e medos. Também menciona a importância do respeito pelo plano de parto, tal como a sua aplicação com o mínimo de intervenções possíveis e em um ambiente adequado. O segundo tema refere-se à educação e tomada de decisão, dando ênfase à importância da educação das mulheres quanto às opções e alternativas de cuidados, através de uma partilha de informação que deve existir entre toda a equipa multidisciplinar, de modo a promover uma parceria entre a mulher e os profissionais de saúde e permitir uma tomada de decisão verdadeiramente esclarecida. O terceiro tema refere-se à capacitação para os cuidados centrados na mulher, onde se verificou que uma verdadeira escolha dos cuidados por parte da

mulher é limitada pela falta de opções nos planos de parto e na localização dos cuidados, como também devido a regras inflexíveis e hierárquicas dentro dos serviços. Outro aspeto que é referido neste tema é o fato de o poder, o controlo, o conhecimento poderem influenciar a tomada de decisão informada. Deste modo, a escuta ativa por parte dos profissionais e a tomada de decisão compartilhada serão atitudes que colocam a mulher no centro dos cuidados. Por fim, refere a comunicação como elemento importante na partilha de informação e trabalho em parceria, possibilitando que haja um atendimento individualizado e que escolhas informadas possam ser feitas. Por fim, o quarto tema refere-se à capacidade dos profissionais para os cuidados centrados na mulher, salientando que o método de trabalho utilizado pelos profissionais pode levar a uma falta de continuidade nos cuidados e, consequentemente, incapacitar os profissionais de prestar este tipo de cuidados. Também a falta de capacidade de comunicação dos profissionais, tanto para com as mulheres como entre os próprios, pode limitar o fornecimento de informação quanto as opções de escolha e assim, afetar a qualidade do atendimento. Outro fator mencionado neste tema é o nível de experiência do profissional, que pode potenciar ou limitar cuidados centrados na mulher.

Por fim, num estudo para avaliar a implementação do plano de parto em mulheres no Irão, realizado por Ahmadpour et. al (2020), é evidenciado que a participação na tomada de decisão ocorre quando a equipa de saúde e a mulher participam no processo de tratamento em conjunto, utilizando as melhores evidências científicas disponíveis. Deste modo, a equipa de saúde encontra-se numa posição única para fornecer informação, treino e apoio para as mulheres e suas famílias, de forma a melhorar o nível de atendimento, envolvendo-as no seu processo de cuidado. O plano de parto neste sentido, demonstra ser uma ferramenta que possibilita este envolvimento e participação, tendo por princípio o respeito da autonomia da mulher, proporcionando maior controlo e satisfação por parte desta no seu processo de parto. Deste modo, a elaboração do plano de partos promove a troca de informação e a comunicação entre profissionais de saúde e a mulher, levando a uma redução do medo, criação de um *feedback* positivo para as mulheres e potencializando a participação do processo de tomada de decisão para o parto.

Na tabela a seguir encontra-se uma síntese dos resultados obtidos na SR, identificando as intervenções promotoras da capacitação da grávida para a tomada de decisão no trabalho de parto em temas e subtemas desenvolvidos dentro de cada um deles, quando existentes.

Tabela 1. Síntese dos resultados da *Scoping Review*

Autor/ País/ Ano	Objetivo/ Tipo de estudo	Intervenções promotoras da capacitação da grávida para a tomada de decisão do trabalho de parto.	
		Temas	Subtemas
Akca et. al, Alemanha, 2017	Avaliar a influência de um programa sistemático e multidisciplinar de preparação para o nascimento na satisfação com a experiência do parto. Detetar fatores que afetam a satisfação do parto. Quantitativo	• Partilha de informação	- CPPP como ferramenta facilitadora desta partilha.
Muñoz-Sellés, Gobernador & Delgado-Hito, Espanha, 2016	Compreender as experiências vividas pelas mulheres em relação as terapias alternativas e complementares durante o trabalho parto, descrever a percepção das mulheres em relação a efetividade destas terapias e identificar as fontes de informação das grávidas quanto aos métodos de alívio da dor no trabalho de parto. Qualitativo.	• Partilha de informação • Estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde e mulher	- CPPP como ferramenta facilitadora desta partilha. - Importância do apoio emocional e acompanhamento contínuo.
Pierre, França, 2018	Analisar a literatura, textos regulamentares e práticas relativas à informação da mulher no trabalho de parto.	• Partilha de informação.	- Plano de parto como ferramenta facilitadora desta partilha.

	Revisão sistemática.		- Individualização dos cuidados. - Importância do conteúdo da informação e complementação com documento informativo.
Colley, Kao, Gau & Cheng, Gâmbia, 2018.	Explorar a percepção das mulheres de apoio e controle durante o parto e identificar fatores relacionados que influenciam as percepções de apoio e controle durante o parto. Quantitativo descritivo transversal.	• Partilha de Informação	
Takács et. al, Praga, 2015.	Avaliar a satisfação das mulheres com os cuidados perinatais; identificar as áreas com altos índices de satisfação, bem como aquelas que requerem melhorias; descrever os fatores que influenciam a satisfação e insatisfação das mulheres com os cuidados prestados durante o parto e nascimento, e no puerpério imediato. Quantitativo.	• Partilha de informação	

Andrew et. al, Irlanda, 2017	Explorar o conceito de Cuidados Centrados da Mulher durante a gravidez e o parto e, através das opiniões, experiências e perspectivas das mulheres e dos médicos, identificar os elementos-chave destes cuidados para que ele possa ser mais bem compreendido. Qualitativo descritivo.	• Partilha de informação.	- Plano de parto como ferramenta facilitadora desta partilha. - Individualização dos cuidados. - Importância das condicionantes dos contextos e da capacidade de comunicação do profissional de saúde.
Ahmadpour et. al, Irão, 2020.	Avaliar a implementação do plano de parto em mulheres. Misto	• Partilha de informação	- Plano de parto como ferramenta facilitadora desta partilha.

Dos resultados extraídos dos estudos incluídos na SR, é notório a existência de um ponto em comum, que é a partilha de informação como fator essencial para a promoção da tomada de decisão informada, sendo referidos o plano de parto e os CPPP, como ferramentas que facilitam esta partilha. É também salientada a importância do estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde e a mulher, do apoio emocional e acompanhamento contínuo, assim como a importância do conteúdo da informação, da complementação com documento informativo, capacidade de comunicação do profissional de saúde, condicionantes do contexto e o fato de a partilha de informação possibilitar uma individualização dos cuidados.

2. PRÁTICA REFLEXIVA

Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind e Johann (2017), referem que a aplicação da PBE ocorre com a realização de cinco passos: primeiro é transformar a dúvida em uma questão clínica, a seguir buscar a melhor evidência de forma a respondê-la, avaliar a sua validade, impacto e aplicabilidade, depois incorporar na evidência a experiência clínica e as características da pessoa a ser cuidada e por fim, avaliar os resultados obtidos.

Com a SR foram realizados os primeiros 3 passos e, nos vários contextos clínicos, utilizei a evidência encontrada como base para a minha prática e durante a mesma fui realizando a avaliação dos resultados obtidos, através da discussão e reflexão das diferentes situações que foram surgindo com a enfermeira orientadora principalmente, mas também com os restantes membros da equipa e com a professora, para além da reflexão que realizava individualmente. Essa reflexão, juntamente com a realização de pesquisas, de forma a adquirir ou aprofundar alguns conhecimentos em temáticas em que identifiquei necessidade, permitiu que fosse adaptando a minha prática sempre que necessário, com o intuito de obter melhores resultados nas atividades desenvolvidas.

Tanto a PBE como a PR, têm por objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados, sendo ambas um meio para atingir um fim, que é a excelência dos cuidados.

Nas próximas secções irei descrever as atividades que foram desenvolvidas para atingir os objetivos definidos e referidos anteriormente, de forma a adquirir as competências específicas do EEESMO.

As atividades foram desenvolvidas ao longo da UC ER num total de 1500 horas, onde 50 horas foram destinadas a orientação tutorial, 30 horas para a prática laboratorial, 20 horas para seminários, 450 horas para trabalho autónomo e 950 horas para estágios. As 950 horas de estágio foram distribuídas por vários contextos, nomeadamente, 105 horas para o contexto de ginecologia, 105 horas para o contexto de puerpério, 6 semanas com uma média de 25 horas semanais para o contexto de cuidados de saúde primários, 6 semanas com uma média de 25 horas semanais para o contexto de cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal, 52 horas para o contexto de neonatologia e por fim, o contexto de bloco de partos, com duração de 17 semanas com cerca uma média de 25 a 27 horas semanais.

2.1. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.

Durante a UC ER tive a oportunidade de alcançar este objetivo, primeiramente, no contexto de ginecologia, realizado nos exames especiais, nomeadamente na consulta da patologia do colo e vagina.

Nesta consulta são realizadas observações ginecológicas, com realização de citologias, colposcopias, biópsias do colo uterino e conizações, sendo que tive a oportunidade de colaborar no acolhimento à utente, preparação do material para os procedimentos, prestar assistência nos mesmos, realizar educação para a saúde relativamente a prevenção, onde foi explicada a importância do rastreio, da vigilância, da vacinação, da cessação tabágica e, foi fornecida informação sobre os procedimentos, cuidados a ter após os mesmos e sinais de alerta, sendo a informação complementada com a entrega de um folheto sobre o existente no serviço, auxiliando assim na satisfação da necessidade de **“aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal”**, visto as utentes apresentarem necessidade de informação relativamente aos aspetos acima mencionados.

Para desenvolver estas atividades, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos relativamente a cada procedimento e ao seu impacto na saúde/bem-estar da mulher, às medidas utilizadas para a prevenção, nomeadamente sobre a vacinação e o rastreio de situações anormais do colo do útero. Esta pesquisa permitiu-me conhecer os tipos de lesões que podem existir e os exames, tratamentos, vigilância e a educação para a saúde recomendados para cada caso.

Visto o cancro do colo do útero ser o tumor maligno mais frequente do sistema reprodutor feminino e, em Portugal, ocupar o segundo lugar nos tumores ginecológicos mais comuns em mulheres com menos de 50 anos e o quinto lugar nos tumores malignos mais comuns no sexo feminino (Ramalho, 2018) o papel do EO na sua prevenção e tratamento é de suma importância.

Senti dificuldade em realizar a educação para a saúde devido ao fato de ser realizada ao mesmo tempo que as observações ginecológicas ou tratamentos num tempo reduzido, visto não existir uma consulta de enfermagem, sendo que as mulheres tinham a sua atenção direcionada para o exame e não na informação que estava a ser proporcionada. Este aspeto vai ao encontro da evidência científica

encontrada, onde é referido que as condicionantes dos serviços de saúde podem impedir uma prestação de cuidados de qualidade (Munabi-Babigumira, Glenton, Lewin, Fretheim & Nabudere, 2018).

Ainda tive oportunidade de observar a realização de histeroscopias diagnósticas e remoção de pólipos.

Relativamente ao planeamento familiar, pude desenvolver intervenções neste âmbito no internamento do puerpério, nos cuidados de saúde primários, durante os CPPP e no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2008), o planeamento familiar tem como objetivo geral promover a saúde reprodutiva através de diversas atividades, sendo uma delas a de “facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos” (p.6). Nos diversos contextos, pude observar que havia um grande défice de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, sendo que várias mulheres referiram ter engravidado durante a utilização de um método contraceptivo, devido ao fato de não saberem utilizá-los corretamente ou devido ao desconhecimento dos fatores que podem diminuir ou anular a sua eficácia. Deste modo, de forma a apoiar a satisfação da necessidade de **“aprender de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”**, sempre que verificava a existência desse défice de conhecimento, informava sobre os vários métodos que poderiam ser utilizados, as vantagens e desvantagens de cada um, possíveis efeitos secundários, de modo a identificar os mais adequados para a mulher em questão, além de informar o seu fornecimento gratuito nos cuidados de saúde primários.

Nos cuidados de saúde primários também tive a oportunidade de realizar um folheto sobre sexualidade para alunos do 9º ano, abordando o conceito de sexualidade, os possíveis efeitos de relações desprotegidas, nomeadamente as infeções sexualmente transmissíveis, descrevendo sinais e sintomas mais comuns, e a gravidez não desejada. Foi também referida a importância do aconselhamento profissional realizado por médicos e enfermeiros, que poderiam solicitar quer nos centros de saúde a qual pertenciam, como também na UCC na qual estava a estagiar.

Segundo a DGS (2015), a sexualidade deve ser um tema abordado na saúde escolar, tendo como objetivo, contribuir para tomadas de decisões responsáveis quanto aos relacionamentos afetivo-sexuais, para a redução de comportamentos sexuais de risco e suas consequências, sendo deste modo uma área de atuação importante. A realização deste foi importante para desenvolver a capacidade de

adaptar a informação para que seja clara, simples e direcionada para esta idade, possibilitando a que estes satisfaçam a necessidade de **“aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”**.

2.2. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher/feto/família durante o período pré-natal.

Este objetivo foi alcançado através da realização de atividades em diferentes contextos.

No internamento de ginecologia tive a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados a 2 mulheres em situação de gravidez não evolutiva, sendo que uma foi sujeita a uma Interrupção Médica da Gravidez (IMG) e posteriormente a uma curetagem e, a outra mulher, tinha uma gravidez ectópica em local inespecífico.

Segundo Teodózio, Barth, Wendland & Levandowski (2020), durante a gravidez ocorrem diversas modificações corporais e psíquicas. Assim a mulher “altera” a sua mente para conter dentro dela também o bebé, na qual começa a investir, primeiramente num bebé ideal e, após o nascimento, no bebé real. Quando ocorre uma perda gestacional o encontro com o bebé real é interrompido e as projeções em relação ao bebé e em relação a ser mãe retornam para a mesma, sendo a perda vivenciada como a morte de uma parte de si mesma e como a negação da capacidade de procriação. Para além deste sofrimento psíquico ainda ocorre o sofrimento físico devido a expulsão do feto/embrião e a recuperação após esta expulsão.

Assim, visto a perda gestacional ser uma experiência pessoal e única, que afeta de modo diferente cada pessoa, é importante avaliar o seu significado para a mulher e família. O EO deve fornecer toda a informação possível sobre o processo, caso seja possível e o casal queira, fornecer uma recordação do feto, oferecer apoio emocional de forma sensível e individualizada conforme a situação e a resposta emocional da mulher/família, auxiliando o processo de luto.

Neste contexto pude verificar a importância de haver um cuidado especializado fornecido por um EO, nomeadamente na vigilância dos parâmetros obstétricos e apoio emocional, visto no caso da mulher sujeita a IMG e posteriormente a uma curetagem, a vigilância dos parâmetros obstétricos ter sido realizada pela equipa de saúde no dia da alta, assim como o fornecimento de informação sobre os sinais de alerta relativos a complicações e sobre método contraceptivo. Neste sentido pude auxiliar na

satisfação da necessidade **“comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, medos e opiniões”** através da prestação de apoio emocional e **“aprender de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”**, aprofundando alguns aspetos da informação fornecida pelo médico e esclarecendo as dúvidas existentes.

Tive também a oportunidade de participar na consulta de IVG, onde pude conhecer a dinâmica da consulta e observar e colaborar nos cuidados prestados. Estes consistem na realização de exames e sua avaliação, administração de terapêutica e educação para a saúde, nomeadamente sobre contraceção. É fornecida informação sobre o procedimento, de forma que o consentimento livre e esclarecido pudesse ser assinado em consciência. Deste modo, as mulheres foram auxiliadas na satisfação da necessidade **“aprender e satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”**.

Embora as consultas tivessem um tempo de duração muito reduzido, devido ao elevado número de marcações de forma a conseguir dar resposta as necessidades da população da área, foi prestado apoio emocional e questionada a necessidade ou interesse de uma referenciação para uma consulta de psicologia, auxiliando assim na satisfação da necessidade **“comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, medos e opiniões”**.

Segundo a OMS (2019), os cuidados pré-natais (CPN) constituem uma oportunidade para os profissionais de saúde comunicarem efetivamente com as mulheres/família quanto as questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais e socioculturais relacionadas com a gravidez e o parto, assim como prestar um apoio que respeite os aspetos sociais, culturais, emocionais e psicológicos. Deste modo, são considerados pela mesma organização como cuidados essenciais, visto que experiências positivas durante os mesmos e o parto podem levar à vivência de uma maternidade mais saudável.

No contexto de cuidados de saúde primários, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), tive a oportunidade de realizar e participar em várias sessões no CPPP e de realizar várias consultas pré-natais.

Estas consultas pré-natais foram realizadas quando as senhoras iam se inscrever para o CPPP ou, posteriormente, para elaboração em conjunto do plano de partos, tendo como principal objetivo a educação para a saúde e o esclarecimento de dúvidas, visto já estarem a ser vigiadas no centro de saúde ou em cuidados de saúde

num sistema privado. Nestas consultas foi realizado o exame pré-natal, com avaliação dos sinais vitais maternos, peso, medição do perímetro abdominal e altura uterina, realização das manobras de Leopold, auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF) e verificação dos exames já realizados. Através da educação para a saúde, as grávidas foram auxiliadas na satisfação de várias necessidades. Foi abordado o tema sobre hábitos alimentares de forma a auxiliar na satisfação da necessidade **“comer e beber adequadamente”**, sendo que foi proposto o encaminhamento para a dietista, sempre que as grávidas apresentavam excesso de peso no início da gravidez ou grávidas que referiam dificuldade em equilibrar a dieta. Para auxiliar na satisfação da necessidade **“movimentar-se e manter a postura correta”**, foi explicado o modo como deveriam se levantar de forma a evitar lipotimias, evitar deitar-se em decúbito dorsal, cuidados a ter com o posicionamento em repouso para diminuir os edemas dos membros inferiores e utilização de cintas de suporte da região abdominal ou da região lombar conforme as queixas ou necessidades de cada grávida.

Quanto a necessidade **“selecionar roupas adequadas”** foi realizada educação para a saúde de forma a utilizarem roupas adequadas devido ao maior risco de infecções genito-urinárias e risco de edema dos membros inferiores.

Toda a educação para a saúde realizada nestas consultas permitiu o auxílio da satisfação da necessidade **“aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”**, sendo também transmitida informação dos desconfortos e alterações mais comuns do trimestre em que se encontravam e as que poderiam ocorrer posteriormente, assim como informação sobre estratégias para aliviar essas alterações/desconfortos.

Inicialmente tive algumas dificuldades na realização destas consultas, que foram ultrapassadas com a familiarização com o boletim de saúde da grávida e exames realizados. Ao longo do ER neste contexto e com a realização das consultas, fui-me sentindo cada vez mais confiante e com maior facilidade na partilha de informação oportuna para cada situação específica.

Ainda neste contexto, tive a oportunidade de realizar várias sessões de educação para a saúde inseridas no CPPP, sendo que os temas abordados nas sessões foram: amamentação; trabalho de parto e dor/desconforto; métodos não farmacológicos para alívio da dor e realização de exercícios práticos com a bola de Pilates, com utilização em conjunto de musicoterapia e aromaterapia; cuidados no

puerpério e sexualidade pós-parto, incluindo métodos contraceptivos. Por fim cuidados ao RN, com demonstração da realização do banho e troca da fralda.

O conhecimento adquirido nestes cursos contribui positivamente para a transição que ocorre durante a adaptação a parentalidade, diminuindo as preocupações parentais e permitindo o conhecimento dos comportamentos parentais saudáveis, promovendo assim, uma relação saudável entre a tríade. Relativamente ao aleitamento materno, a OE refere que o período pré-natal é o momento ideal para transmissão de informação quanto a sua importância e práticas recomendadas para a sua promoção, de modo a promover uma tomada de decisão informada (OE, 2019).

O objetivo principal de todas as sessões foi auxiliar na satisfação das necessidades **“aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”**, através da partilha de informação, sobre todas as opções de cuidados, bem como as vantagens e desvantagens de cada uma nos diversos temas desenvolvidos, posteriormente, foram disponibilizados vários folhetos para complementar a informação e foi enviada a informação fornecida nas sessões via email, tal como *links* de *sites* para consulta caso pretendessem obter mais informação. O facto de as sessões serem realizadas em grupos, torna-se positivo pois permite a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas em conjunto, facilitando a satisfação da necessidade **“comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, medos e opiniões”**.

Um ponto positivo de ambas as consultas que realizei na UCC foi em relação à sua duração, enquanto nas consultas de vigilância pré-natal têm um tempo limitado em cerca de 15 a 20 minutos, nestas o tempo de duração da consulta foi livre, possibilitando que as grávidas pudessem esclarecer todas as dúvidas e serem abordados os vários temas acima mencionados.

No ER em contexto de internamento de medicina Materno-Fetal, tive a oportunidade de desenvolver as minhas competências através da prestação de cuidados especializados à grávida/feto/família no período pré-natal que apresentavam variadas patologias e cuidados às grávidas durante a indução de trabalho de parto (ITP).

Os diagnósticos das grávidas as quais prestei cuidados foram maioritariamente diabetes gestacional ou diabetes Mellitus tipo 1, hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, ameaça de parto pré-termo, principalmente relacionada com gravidez gemelar e colo curto, restrições do crescimento intrauterino e alterações do índice de

líquido amniótico, nomeadamente oligoâmnios. Para além disso tive necessidade de aprofundar conhecimentos relativos a exames complementares de diagnóstico, nomeadamente ecografias, para conseguir interpretar os seus resultados e relacionar os mesmos com a patologia.

Segundo Silva, Medeiros, Araújo & Torres (2020), os enfermeiros são profissionais de saúde capacitados para prestar uma assistência adequada, desempenhando um papel fundamental no cuidado e na educação de mulheres em risco. Assim, os cuidados consistem em fazer pela mulher aquilo não pode fazer por si mesma, ajudar ou auxiliar quando esta está parcialmente impossibilitada ou apenas orientar e ensinar.

Deste modo, fui responsável por auxiliar em atividades em que as grávidas se encontravam parcialmente dependentes, como por exemplo, auxiliar as grávidas em repouso absoluto ou moderado na satisfação da necessidade **“manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos”** ajudando nos cuidados de higiene e, **“eliminar os resíduos corporais”** e, orientar e ensinar, relativamente aos sinais de alarme para avisar a equipa de enfermagem, como por exemplo, aparecimento de cefaleias, escotomas, epigastrias e perdas vaginais. Para além disso, realizei a vigilância do bem-estar materno-fetal através da realização e avaliação de cardiotocografias (CTG) e avaliação dos parâmetros vitais. Procurei sempre ter o cuidado de explicar, da melhor maneira possível e de forma clara e acessível, todas as intervenções realizadas e a razão das mesmas, de forma a envolvê-las e diminuir o sentimento de ansiedade.

À gravidez de risco estão associados variados sentimentos e emoções como a ansiedade, o medo, a culpa, a insegurança, dificuldades de aceitação, provocando uma instabilidade emocional e vulnerabilidade. Quando ocorre uma hospitalização, esses sentimentos são intensificados, visto a mulher ser afastada do seu convívio doméstico e das suas rotinas, passando a estar num ambiente novo e a conviver com outras grávidas e profissionais de saúde, com avaliações diárias, fármacos, exames e procedimentos (Moreira et. al, 2020).

Deste modo, uma intervenção essencial no cuidado a estas mulheres foi o auxílio na satisfação da necessidade **“comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, medos e opiniões”** através do apoio emocional e, de forma a diminuir a ansiedade, fornecer o máximo de informação possível auxiliando assim, na satisfação da necessidade **“aprender, descobrir ou satisfazer a**

curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”.

Ainda tive a oportunidade de estar nas consultas externas, tendo observado e participado em consultas periparto, consultas de medicina materno-fetal e idade materna (grávidas com menos de 18 anos e mais de 35). Aqui pude fazer a avaliação do bem estar materno e fetal através da realização de cardiotocografias, ABCF, avaliação dos exames já realizados e atualizar o registo dos mesmos, e de realizar educação para a saúde relativamente aos sinais de alarme para vinda as urgências, sobre induções (explicação e consentimento informado), amamentação e sinais de trabalho de parto, auxiliando assim na satisfação da necessidade **“aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”.**

Devido ao fato do planeamento administrativo para a realização destas consultas limitá-las a um curto espaço de tempo, sendo ainda realizada numa sala onde são atendidas 2 grávidas em simultâneo, tornou difícil a prestação de cuidados individualizados e completos, indo de encontro ao achado no estudo de Munabi-Babigumira et. al (2018), onde é referido que a infraestrutura e os serviços de saúde podem influenciar os cuidados, pois a falta de espaço, comodidades e organização inadequada das enfermarias pode impedir os profissionais de dar respostas às expectativas da mulher. Um elevado número de atendimentos, com superlotação dos serviços, também leva a que haja uma incapacidade de prestação de cuidados de qualidade.

Por fim, em contexto de bloco de partos realizado no SUOG, tive oportunidade de prestar cuidados pré-natais às grávidas internadas para indução do trabalho de parto, e grávidas internadas em trabalho de parto (TP), bem como grávidas sujeitas a cesariana eletiva. Visto os cuidados prestados a estas mulheres incluírem cuidados pré-natais e cuidados em trabalho de parto, sendo períodos que se sobrepõem, descreverei as atividades desenvolvidas no objetivo seguinte.

2.3. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher/feto/(RN)/família durante os quatro estádios do trabalho de parto.

As atividades desenvolvidas de forma a alcançar este objetivo foram realizadas em contexto de bloco de parto realizado no SUOG. Neste, tive a oportunidade de

prestar cuidados a 106 mulheres em trabalho de parto, sendo que 61 foram somente no 1º estágio de trabalho de parto, 3 apenas a partir do 2º estágio, 2 no 1º e 4º estágio, 39 em todos os estágios e 1 apenas no 4º estágio.

Sempre que prestava cuidados a mulheres em trabalho de parto, procurei realizar intervenções de modo a promover a capacitação para a tomada de decisão da grávida no trabalho de parto, quer fossem trabalhos de parto espontâneos ou induzidos, no entanto, posteriormente, só considerei para o desenvolvimento da temática os casos de trabalho de parto espontâneo, visto constar no Regulamento das competências específicas do EEESMO (2019) que o EEESMO “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher” (p.13561).

De forma a conseguir organizar a informação de cada caso, as atividades desenvolvidas com cada mulher e os resultados obtidos, utilizei um Diário de Interação, com o intuito apenas de facilitar uma posterior reflexão e não com fins de investigação, sendo que neste subcapítulo serão descritas as atividades realizadas na generalidade. A apreciação mais detalhada referente aos registos será desenvolvida no subcapítulo 2.6.

Primeiramente foi analisada a existência ou não de um plano de partos e foi realizada ao longo da prestação de cuidados uma avaliação dos conhecimentos prévios da mulher relativamente aos seus direitos, fisiologia do trabalho de parto, variedade de cuidados e condições oferecidas neste Hospital para controlo da dor, incluindo métodos não farmacológicos e farmacológicos, e intervenções previsíveis num parto normal.

Na generalidade os conhecimentos que as grávidas possuíam eram escassos, sendo que a fonte destes foram maioritariamente as experiências anteriores, informação baseada na experiência de pessoas conhecidas e em menor número, as pesquisas na *internet*. Devido a Pandemia por SARS-CoV-2, nenhuma grávida tinha participado em CPPP. Algumas referiram ter participado em CPPP na gravidez anterior.

Assim, durante a prestação de cuidados, informei às grávidas quais são os seus direitos, falando sobre o direito a informação, autonomia, consentimento informado, privacidade e dignidade.

Dependendo do estágio e da evolução do trabalho de parto tentava adequar a informação para as necessidades evidenciadas naquele momento.

Pude verificar que as grávidas, após adquirirem conhecimento sobre o direito à informação e quais os aspetos que poderiam tomar decisões no trabalho de parto, sentiam-se mais à vontade para colocar questões e expressarem as suas preferências, opiniões e sentimentos. Pude verificar que algumas grávidas se sentiam pouco à vontade para colocar questões, pelo que foi reforçado que é um direito e que só esclarecendo todas as dúvidas poderiam tomar decisões em consciência.

Segundo Pierre 2018, a partilha de informação é essencial para a tomada de decisão informada, permitindo avaliar os conhecimentos, perceções, medos e expetativas da mulher, possibilitando o esclarecimento de dúvidas e aprofundar os aspetos necessários de forma individualizada. Esta partilha deve ocorrer o mais precocemente possível, sendo recomendada a elaboração de um plano de partos de forma a facilitar a partilha da informação e promover a participação da mulher no seu parto, devendo toda a informação fornecida para a sua elaboração ser acompanhada de um documento informativo escrito.

Assim, como já foi referido, foi analisada a existência ou não de plano de partos. Muitas das mulheres por mim acompanhadas, possuíam um plano de partos numa folha que lhes foi entregue na consulta periparto do hospital, ou seja, a sua elaboração não foi realizada precocemente conforme as recomendações e com escassa transmissão de informação, resumindo-se a informação sobre quais os métodos não farmacológicos de controle da dor de que poderiam usufruir neste hospital.

Segundo Ahmadpour et. al (2020), o plano de parto tem por princípio o respeito da autonomia da mulher, sendo uma ferramenta que possibilita o envolvimento e a participação no processo de tomada de decisão, promovendo maior controlo e satisfação por parte da grávida/parturiente no seu processo de parto, visto levar a uma redução do medo e criação de *feedback* positivo.

Deste modo, quando já possuíam um plano de partos, revia todos os tópicos juntamente com a mulher e transmitia a informação necessária, conforme os conhecimentos que esta detinha e as dúvidas existentes. Quando não tinham plano de parto, sendo que algumas nem tinham conhecimento do que era, procurei avaliar os conhecimentos que possuíam, suas opiniões e expetativas, explicando as opções de intervenções mais habituais e suas vantagens e desvantagens.

Assim, primeiramente tentava perceber se estas detinham conhecimento sobre a fisiologia do parto, dependendo do estágio em que se encontrava o trabalho de parto. Ao explicar a fisiologia do trabalho de parto de forma simples e adequada para a situação percebia muitas vezes que as grávidas ficavam menos ansiosas, ao

perceberem que o trabalho de parto estava a decorrer dentro do tempo expectável. Sempre que existiu necessidade de realizar qualquer procedimento, explicava a sua necessidade, o que tinha avaliado e como se estava a desenvolver o trabalho de parto.

Avaliei os conhecimentos sobre métodos para alívio da dor, tanto farmacológicos como não farmacológicos. Informava sobre as vantagens de cada um, como poderiam contribuir para ajudar na progressão do trabalho de parto e do feto no canal de parto. Senti alguma renitência por parte das grávidas na utilização dos métodos não farmacológicos, tanto devido a falta de conhecimento como descrença da sua efetividade, mas ao explicar como estes podem aliviar o desconforto e ajudar na progressão consegui que muitas os utilizassem e comprovassem a sua efetividade. Posso referir que me senti bastante motivada quando uma mulher se envolvia no seu trabalho de parto, escolhendo os métodos que desejava utilizar conforme este ia evoluindo e conseguindo diminuir o seu desconforto e observando como a experiência do parto estava a ser vivida de modo tão satisfatório pelas mesmas. Esta observação vai de encontro aos achados do estudo de Muñoz-Sellés, Goberna-Tricas & Delgado-Hito (2016), onde as puérperas referem que é fundamental a utilização de um método adequado de alívio da dor para que a experiência de parto seja uma vivência positiva e do estudo de Colley, Kao, Gau & Cheng (2018), onde é referida a importância da comunicação entre profissional de saúde e a mulher, de forma a promover a autonomia na tomada de decisão e controle dos fatores externos, incluindo a capacitação e incentivo na mudança de posição como método de promoção do conforto, como forma de lidar com a dor, diminuição das complicações e intervenções obstétricas e diminuição da duração do trabalho de parto.

Também foi discutido com as grávidas/parturientes a implementação de 3 intervenções, nomeadamente: a clampagem do cordão umbilical, o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida. A maioria das grávidas/parturientes solicitava a clampagem tardia do cordão umbilical e o contato pele a pele, no entanto, não sabiam justificar o porquê desta escolha, pelo que foi explicado de maneira clara e simples os benefícios, bem como os constrangimentos à sua realização, como a existência de uma circular cervical apertada, necessidade de cuidados imediatos pela pediatra ou uma possível transferência para o serviço de Neonatologia.

Todas as grávidas/parturientes a que prestei cuidados solicitaram amamentação na primeira hora de vida, com pouco conhecimento relativamente aos benefícios.

Com a troca de informação pude auxiliar na satisfação da necessidade **“aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”** e **“comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, medos e opiniões”**.

Esta partilha de informação, sempre adequada a cada situação, foi realizada com todas as grávidas/parturientes. O fato de não possuírem conhecimentos prévios dificultava essa troca de informação, visto ser uma grande quantidade de informação que deveria ser dada de forma faseada e com tempo para possibilitar a reflexão sobre a sua decisão. Deste modo, senti maior facilidade nos casos das induções e grávidas em fase inicial do trabalho de parto do que nos casos em que já vinham em fase ativa do trabalho de parto, devido ao fato de haver mais tempo de contato para poder ir faseando a transmissão de informação e por estarem na maioria dos casos sem dor.

Em ambos os casos, se houvesse um conhecimento prévio seria apenas necessário esclarecer as dúvidas que iam surgindo ao longo de cada situação específica e relembrar alguns aspetos essenciais adequados também a cada situação, facilitando assim a comunicação e adequação dos cuidados, bem como a tomada de decisão por parte das grávidas/parturientes.

Através da prestação de cuidados ainda auxiliei na satisfação de outras necessidades. A necessidade **“respirar normalmente”** foi satisfeita através do ensino de técnicas respiratórias e de relaxamento, inseridas nas medidas não farmacológicas da dor. Em todos os casos foi necessário recordar constantemente como respirar eficazmente durante e após as contrações de forma a promover o relaxamento e uma boa oxigenação para a grávida e, conseqüentemente, para o feto.

A necessidade **“comer e beber adequadamente”** foi satisfeita através da oferta de líquidos cristalinos/gelatinas regularmente, conforme as recomendações da OMS.

A necessidade **“eliminar os resíduos corporais”** foi auxiliada com a vigilância das eliminações e auxílio através de esvaziamento vesical nos casos em que as grávidas/parturientes não conseguiam urinar espontaneamente.

A necessidade **“movimentar-se e manter a postura correta”** foi auxiliada com a promoção da mobilidade das grávidas/parturientes através da deambulação, alternância de posições, utilização de posições verticalizadas, com auxílio prático em algumas situações, com exemplificação de posições que proporcionem alívio ou na utilização da bola de Pilates. Estas intervenções foram sempre acompanhadas da

explicação dos benefícios tanto no alívio da dor, como para auxílio para progressão do trabalho de parto. Também o auxílio na manutenção da postura correta para realização da analgesia epidural, está inserida nesta necessidade.

A necessidade **“dormir e descansar”** foi auxiliada com a promoção de um ambiente acolhedor, com a iluminação desejada pelas grávidas/parturientes, com utilização de musicoterapia para auxílio do relaxamento, assim como das técnicas respiratórias referidas anteriormente.

A necessidade **“manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos”** foi satisfeita com o auxílio nos cuidados de higiene, principalmente na higiene perineal.

Em uma situação particular pude auxiliar também na satisfação da necessidade **“realizar práticas religiosas segundo a sua fé”**, devido ao caso de uma senhora muçulmana que solicitou que o RN fosse levado e aproximado ao pé dela numa determinada posição e assim se manter enquanto esta realizava uma reza específica da sua cultura.

Devido a pandemia, não foi permitido à grávida ter um acompanhante, pelo que muitas referiam sentirem-se sozinhas e ansiosas. Com o acompanhamento contínuo das grávidas e parturientes a qual prestei cuidados, pude verificar como este apoio emocional é importante, visto promover o desenvolvimento de uma relação terapêutica com as mesmas, possibilitando a troca de informação e contribuindo para a diminuição da ansiedade. O acompanhamento contínuo também possibilita que haja uma adequação das intervenções às necessidades que vão surgindo. Este achado, vai ao encontro dos resultados do estudo de Muñoz-Sellés, Goberna-Tricas & Delgado-Hito (2016), que refere a importância do apoio emocional e do acompanhamento adequado e contínuo prestados pela EO durante o trabalho de parto.

Para além disso, pude verificar que quando o serviço se encontrava cheio e principalmente com um grande número de parturientes na fase ativa do trabalho de parto, a falta de recursos humanos dificulta que haja esse acompanhamento contínuo e adequação dos cuidados prestados. Também foi difícil em algumas situações dar resposta às expectativas das grávidas/parturientes, pelo fato de devido a pandemia não poderem circular fora das boxes ou por vezes impossibilitando a ida ao duche.

A falta de comunicação entre os profissionais de saúde também influenciava na continuidade e qualidade dos cuidados, por exemplo, um médico ia observar uma grávida/parturiente internada sem comunicar com a equipa de enfermagem, sendo

que esta tinha acabado de ser observada pela mesma, ocorrendo um toque vaginal que seria desnecessário, aplicação de gel para indução quando a mesma aguardava oportunidade para ir ao duche, realização de amniotomia sem explicação e sem comunicação com equipa de enfermagem, entre outras.

Estes dois achados vão de encontro ao que foi referido no estudo de Munabi-Babigumira, Glenton, Lewin, Fretheim & Nabudere (2018), sobre os vários fatores que influenciam a qualidade dos cuidados prestados durante o trabalho de parto.

2.4. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher/RN/família durante o período pós-natal.

Foram vários os contextos que possibilitaram a desenvolvimento de atividades de forma a alcançar este objetivo.

O puerpério corresponde ao período desde o nascimento do RN até seis semanas após o parto, sendo este período essencial para a avaliação do estado de saúde da puérpera e da criança e da adaptação da díade/tríade ao novo papel (Órfão, 2016). Este período pode ser subdividido em 3 períodos: o puerpério imediato que corresponde as primeiras 24 horas, o puerpério precoce que vai do 2º dia até o final da 1ª semana e o puerpério tardio, desde o início da 2ª semana até ao final da 6ª semana (Centeno, 2017).

O puerpério imediato é um período delicado que necessita de um cuidado de enfermagem mais específico e criterioso, com ênfase nas primeiras 2 horas, devendo haver uma vigilância a cada 15 minutos dos sinais vitais e palpação do globo de segurança de Pinard, devido ao risco de hemorragia pós-parto (Gomes & Santos, 2017). Tive oportunidade de efetuar esta vigilância no SUOG, visto as puérperas que tiveram um parto vaginal ou uma cesariana, permanecem duas horas após o parto numa zona denominada recobro. A mulher depende completamente do enfermeiro para este cuidado, no entanto, expliquei a razão dos procedimentos e informei os sinais de alerta, de forma a contribuir para o despiste de complicações, satisfazendo assim a necessidade **“aprender ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal”**.

Para além dessa vigilância, pude auxiliar as puérperas na primeira adaptação do RN a mama. A estimulação da primeira mamada na primeira hora de vida possibilita o fornecimento de aporte calórico para o bebé, acelera a descida do leite, aumenta a oportunidade de sucesso no aleitamento e diminui o risco de hemorragia uterina,

sendo que esta prática é recomendada pela OMS como uma estratégia prioritária para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, contribuindo ainda para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê (Silva et. al, 2020 & Rocha et. al, 2017).

Deste modo, cabe ao enfermeiro incentivar a amamentação precoce, através da orientação e auxílio ainda na sala de parto, esclarecendo as dúvidas e os mitos em relação a amamentação, buscando ouvir e compreender os medos de forma a encorajá-las (Alves & Almeida, 2020 e Santos, Santos & Bezerra, 2018).

Procurei assim, oferecer informação de modo a esclarecer as dúvidas e explicar o mecanismo de estímulo/produção do leite e composição do leite de forma simples e sucinta, sinais de boa pega, através de auxílio prático na adaptação do RN a mama, procurando desenvolver precocemente a autonomia da puérpera e auxiliando a satisfação da necessidade materna de **“aprender ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal”** e na satisfação da necessidade **“comer e beber adequadamente”** do RN.

A amamentação na primeira hora de vida é um dos cuidados imediatos que devem ser prestados ao RN, assim como o contato pele a pele e a clampagem tardia do cordão umbilical. O contato pele a pele ajuda a manter o RN aquecido, promove a vinculação mãe-bebê e o início da amamentação (Farias, Souza & Moraes, 2020). Deste modo, sempre que foi do desejo da mãe e quando havia condições desta e do RN, este contato foi realizado. Como foi referido no subcapítulo anterior, sempre que possível foi explicado os benefícios do mesmo e ao realizá-lo auxiliei na satisfação da necessidade do RN de **“manter a temperatura corporal dentro dos valores normais”**. Infelizmente, nos casos das cesarianas, devido as exigências dos pediatras de avaliação imediata do RN e devido a falta de abertura por parte dos obstetras e anestesistas, os RN não realizavam este contato, sendo apenas levados junto à mãe após já terem sido observados e vestidos e, apenas por um curto período de tempo.

Ainda relativamente ao puerpério imediato e precoce foram prestados cuidados também no internamento de Obstetrícia e nos cuidados de saúde primários.

No primeiro, dei continuidade à avaliação dos parâmetros obstétricos das puérperas, com maior ênfase nas primeiras 24 horas pós-parto e explicando sempre a razão das intervenções, de forma a haver uma partilha de informação e uma parceria nos cuidados, informando também os sinais de alerta e cuidados a ter, tanto durante o internamento como após a alta.

Também foi dada continuidade no apoio e promoção do aleitamento materno, através de auxílio prático, partilha de informação, onde foi questionada a experiência anterior no caso de múltiparas e as expectativas relativamente a amamentação.

Durante o período do puerpério é comum a puérpera sentir insegurança, ansiedade e dúvidas quanto aos cuidados ao recém-nascido, podendo ainda apresentar momentos de dependência dos cuidados de enfermagem para o autocuidado e para o cuidado ao bebé. Deste modo, o enfoque da assistência de enfermagem está na educação e orientação, de forma a promover a segurança e tranquilidade da puérpera ao assumir o seu papel de mãe. (Mercado, Souza, Silva & Anseloni, 2017).

Para além dos aspetos já mencionados, outro aspeto importante no cuidado à puérpera está relacionado com a dor no puerpério. Esta pode ser devido a ferida operatória em caso de cesariana, dor perineal devido a episiorrafia ou laceração, dor devido a involução uterina e dor nos mamilos durante a amamentação. Deste modo, pode realizar intervenções para promoção do conforto das puérperas, como a aplicação de gelo no períneo, utilização de almofadas ou outros equipamentos que facilitassem a amamentação.

Para ajudar as puérperas no cuidado ao RN foi realizada educação para a saúde com transmissão de informação individualizada e ajuda prática através da demonstração de alguns cuidados e supervisão dos cuidados prestados pela mãe.

Com todas as intervenções realizadas à puérpera e ao RN que foram mencionadas, pode promover a sua autonomia no autocuidado e nos cuidados ao RN, auxiliando na satisfação da necessidade da puérpera de **“aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal”** e **“comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, medos e opiniões”** e ao mesmo tempo as necessidades do RN, como por exemplo, necessidade de **“comer e beber adequadamente”** através do apoio a amamentação, **“movimentar-se e manter a postura correta”**, através da informação sobre posicionamento do RN no berço, **“selecionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se”** e **“manter temperatura corporal dentro dos valores normais”** através da informação sobre como escolher a roupa adequada, como verificar temperatura do RN e sobre a temperatura da habitação, **“manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos”** com a demonstração e supervisão da realização do banho ao RN, troca da fralda e cuidados para evitar lesões na pele

como dermatite da fralda, **“evitar os perigos do ambiente”** através da informação relativa a segurança do RN como utilização de cadeira de transporte adequada.

Ainda no Internamento de Obstetrícia, tive a oportunidade de participar da “consulta do puerpério” realizada pelo Hospital, cerca de 48 horas após a alta, sendo destinada às puérperas que estiveram internadas no serviço de obstetrícia deste hospital, de modo a promover a continuidade dos cuidados prestados durante o internamento, nomeadamente no apoio ao estabelecimento da amamentação, esclarecimento de dúvidas no cuidado ao RN e no autocuidado.

Este acompanhamento pós-parto para continuidade dos cuidados também foi realizado nos Cuidados de Saúde Primários, através das visitas domiciliárias. A visita domiciliar tem a vantagem de possibilitar o conhecimento do meio onde a puérpera está inserida, possibilitando intervenções simples de adaptação do domicílio que facilitem os cuidados ao RN e da realização do exame obstétrico em um ambiente mais acolhedor, sendo também reforçada a informação que foi transmitida durante o internamento, promovendo assim uma adequada transição entre o meio hospitalar e o domiciliário.

Visto a visita domiciliária não ter um limite de tempo tão rígido como a consulta, esta permitiu que houvesse tempo para observação de mamadas e possibilitou o esclarecimento das dúvidas que iam surgindo ao longo da visita.

Deste modo, os cuidados prestados por mim tanto na consulta do puerpério como na visita domiciliária, tiveram por objetivo promover a transição da puérpera da fase de dependência para a fase de independência e autonomia no autocuidado e cuidado ao RN, dando continuidade à satisfação das necessidades maternas e do RN já mencionadas.

Relativamente ao cuidado ao RN, no Serviço de Neonatologia, pude ainda observar e colaborar na prestação de cuidados ao RN pré-termo, possibilitando a aquisição e aprofundamento de conhecimentos em cuidados mais específicos como a Hipotermia Induzida, como receber um RN pré-termo na sala de partos, cuidados para a manutenção da temperatura no RN pré-termo, utilização do método Canguru, cuidados de higiene no RN pré-termo, reanimação neonatal, entre outros, assim como participar nos projetos vigentes no serviço como o “Polvo do Amor” e “Viajar em segurança da concepção à adolescência”. O desenvolvimento destes conhecimentos foi importante para a minha prática atual e para os outros contextos do ER.

2.5. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à mulher durante o período do climatério e/ou a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

Este objetivo foi alcançado através de atividades desenvolvidas no contexto de ginecologia, nomeadamente no bloco operatório central e internamento de ginecologia, nos cuidados de saúde primários, no internamento de medicina materno-fetal e no SUOG.

No bloco operatório central tive oportunidade de observar cirurgias do foro ginecológico e da especialidade de senologia, nomeadamente, histerectomias abdominais com anexotomia bilateral, laqueação de trompas e tumorectomias da mama com biópsia do gânglio axilar. Também no SUOG tive a oportunidade de observar e colaborar nos cuidados em uma cirurgia urgente a uma torção anexial devido a um quisto no ovário. As observações realizadas no bloco operatório permitiram-me ter uma melhor perceção da anatomia, e das patologias, assim como dos cuidados prestados no bloco operatório e os circuitos, possibilitando que me sentisse mais capacitada na colaboração nos cuidados no SUOG, tanto na situação mencionada como nas cesarianas.

No internamento de ginecologia, tive a oportunidade de realizar uma observação participativa nos cuidados a mulheres sujeitas a cirurgia mamária e ginecológica, colaborando na realização de educação para a saúde. Estas mulheres necessitavam de apoio na satisfação da necessidade de aprender, de forma a conseguirem satisfazer outras necessidades que foram afetadas devido a cirurgia mamária, como: **“movimentar-se e manter a postura correta”**; de respirar fundo, ou seja, de **“respirar normalmente”**; de vestir-se; tomar banho e pentear o cabelo, ou seja, de **“manter o corpo limpo e cuidado”**.

Deste modo, para conseguirem alcançar a autonomia nestas necessidades básicas, precisavam aprender a realizar os exercícios de reabilitação, de forma a minimizar as alterações funcionais provocadas pela cirurgia, assim como aprender os cuidados a ter com a cicatriz operatória, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e atingir uma saúde normal.

Assim, o meu papel nessa situação foi o papel de parceira nos cuidados, visto que supervisionava e educava para o autocuidado, fazendo com que as mulheres percebessem a importância desses exercícios, de forma a participarem ativamente

nos cuidados durante o internamento e continuarem com esses cuidados, posteriormente, no domicílio.

No entanto, a mulher como ser multidimensional também apresenta a dimensão psicológica afetada devido a doença. Pude verificar que as mulheres as quais prestei cuidados sentiam necessidade de expressar os seus sentimentos, visto grande parte delas verbalizar os seus medos devido a quimioterapia ou devido as possíveis limitações na realização das atividades de vida.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Oncologia (2007), a vivência de uma situação de cancro pode trazer alterações físicas, psicológicas e emocionais, nomeadamente, incertezas e sentimentos de medo devido as alterações físicas, da rotina diária e devido aos efeitos secundários dos tratamentos, provocando por vezes alterações do sono e do bem-estar e, consequentemente, sentimentos de ansiedade e depressão.

Deste modo, as mulheres as quais prestei cuidados poderiam ver afetadas as suas necessidades de **“dormir e descansar”**, e **“trabalhar de modo a sentir-se realizada”**, devido as limitações físicas. De forma a evitar que essas necessidades básicas sejam afetadas, é importante satisfazer a necessidade de **“comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, medos e opiniões”**, sendo a intervenção do EO essencial, visto este estar preparado para fornecer apoio emocional individualizado e adequado de forma a ajudar a mulher e família a lidar com a situação, promovendo a adaptação a nova condição de vida, com o maior grau de autonomia possível.

O EO também deve estar atento para a necessidade de encaminhar para um apoio psicológico especializado, caso as necessidades da mulher/família ultrapasse o seu nível de competências.

Nos vários contextos tive a oportunidade de desenvolver atividades relativamente às afeções do aparelho genito-urinário. Segundo Carteiro (2016), a infeção urinária é uma patologia frequente no sexo feminino, apresentando uma maior relevância durante a gravidez e a menopausa, podendo serem, durante a gravidez, assintomáticas. As alterações fisiológicas e anatómicas que ocorrem durante a gravidez predispõem o desenvolvimento de infeções genito-urinárias, sendo por isso a gravidez um fator de risco.

Neste sentido, nos Cuidados de Saúde Primários, nas consultas de avaliação prévia para o CPPP, foi realizada educação para a saúde onde foram explicadas medidas preventivas em relação as infeções urinárias e sinais e sintomas de alarme.

Nas sessões de educação para a saúde do CPPP também foram referidos os cuidados a ter no pós-parto de forma e evitar infecções urinárias e/ou vaginais e ainda foi explicado e treinado nas aulas práticas como realizar os exercícios de Kegel, de forma a tonificar os músculos perineais preparando-os para o trabalho de parto e para prevenir, posteriormente, situações de incontinência urinária. Também elaborei um folheto que foi entregue nessas aulas para complementar a informação que foi fornecida oralmente. Estas intervenções vão ajudar na satisfação da necessidade de **“aprender de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal”** e contribuir para a prevenção de alterações na satisfação da necessidade **“eliminar os resíduos corporais”**.

No internamento de medicina materno-fetal tive a oportunidade de prestar cuidados as grávidas internadas com pielonefrite. Esta patologia complica 0,5% a 2% das gestações e está associada a um elevado risco de parto pré-termo, restrição do crescimento fetal e morte perinatal (Pinto & Passos, 2017). Deste modo, pude desenvolver intervenções com o objetivo de vigiar o bem estar materno-fetal, através da realização de cardiotocografia, ABCF, vigilância de sintomas de contratilidade uterina, educação para a saúde às grávidas sobre sinais de alerta relativamente a contratilidade uterina, diminuição dos movimentos fetais e sintomatologia sugestiva de subida de temperatura, vigilância de outros sinais vitais, administração de terapêutica, para além do apoio psicológico e emocional necessário devido a ansiedade provocada pelo internamento, situação patológica e riscos associados a patologia.

Estas mulheres apresentavam em défice na satisfação da necessidade **“aprender de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal”**, visto necessitarem aprender o que é a pielonefrite, os riscos para a gravidez e sinais e sintomas de risco, para poderem participar ativamente nos cuidados prestados.

Por fim, no SUOG tive a oportunidade de desenvolver competências no cuidado à mulher com patologias do foro ginecológico, primeiramente, na triagem, onde tive a oportunidade de realizar a triagem a algumas mulheres, sendo que os motivos de ida ao SUOG foram: queixas urinárias e algias lombares. Ainda tive a oportunidade de prestar cuidados a mulheres que estavam internadas no SUOG devido a patologias do foro ginecológico, nomeadamente, hemorragia devido a miomas uterinos.

2.6. Desenvolver competências específicas na capacitação da grávida para a tomada de decisão no trabalho de parto normal.

O desenvolvimento de atividades relacionadas a este objetivo ocorreu em diversos contextos do ER.

Conforme os resultados da SR mencionados anteriormente, a partilha de informação é a principal intervenção promotora de capacitação da grávida para a tomada de decisão no trabalho de parto, sendo os CPPP e o plano de parto ferramentas facilitadoras desta partilha. Deste modo, procurei desenvolver atividades que me permitissem a partilha de informação com a grávida, nomeadamente na participação em CPPP, incluindo nestes a promoção da utilização do plano de parto.

Os CPPP fazem parte dos CPN e tem por princípio a promoção da saúde, o empoderamento dos indivíduos, da autonomia e da tomada de decisão em saúde (OE, 2019).

Conforme o estudo de Akca et. al (2017), as mulheres que participam no CPPP apresentam uma comunicação mais eficaz com a equipa de saúde e uma participação mais ativa na tomada de decisão antes, durante e após o parto, devido a informação obtida nestes programas, associando estes fatores a uma experiência satisfatória do parto.

Neste âmbito, durante o contexto de puerpério realizado no internamento de Obstetrícia, tive a oportunidade desenvolver atividades para a promoção da capacitação da grávida para a tomada de decisão no trabalho de parto, através da participação em 2 sessões do CPPP, que foram apresentadas em 2 grupos diferentes.

Os temas abordados na primeira sessão foram os direitos das grávidas, o conceito de violência obstétrica, como proceder quando se é vítima desta e as recomendações para o parto normal, segundo a OMS, Federación de Asociaciones de Matronas de España e APEO. Estes 3 temas foram abordados no primeiro grupo, no entanto no segundo grupo, por indicação da enfermeira responsável pelo CPPP só foram abordados os temas relativos aos direitos, violência obstétrica e foi feita explicação sobre o plano de partos. Em ambos os grupos pude verificar que as grávidas não possuíam conhecimento sobre os direitos das grávidas e sobre violência obstétrica, pelo que procurei esclarecer todas as dúvidas. As grávidas demonstraram bastante interesse em obter informação sobre todos os temas abordados, incluindo o tema sobre as recomendações relativamente ao parto normal, e sinto que intervirm na satisfação da necessidade **“aprender e satisfazer a curiosidade de modo a**

conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”.

A segunda sessão realizada com estes 2 grupos foi mais prática, sendo que foi explicado as vantagens das posições verticalizadas, da deambulação e mudança de posição durante o trabalho de parto, sendo que foram demonstrados vários movimentos e posicionamentos facilitadores da progressão do mesmo, incluindo a utilização da bola de Pilates. Foram também apresentadas outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como a aromaterapia e a musicoterapia. As grávidas foram convidadas a participar e experimentar o uso da bola de Pilates, sendo que durante a sessão também foi utilizado um difusor de aromas e foi colocada uma música relaxante, para que pudessem experimentar os seus efeitos. Estas atividades auxiliaram as grávidas na satisfação da necessidade **“aprender e satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponíveis”** e **“movimentar-se e manter a postura correta”**.

Ao explicar em que consistia o plano de partos ofereci informações que possibilitarão, posteriormente, na satisfação da necessidade **“comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, medos e opiniões”**.

Em todas as sessões realizadas nos diversos contextos, procurei incluir na minha prática a evidência obtida na SR, através da realização de uma partilha de informação com as grávidas, abordando todas as opções de cuidados que poderiam ocorrer durante o trabalho de parto, assim como as vantagens e desvantagens de cada um, com disponibilização de folhetos informativos já existentes nos contextos ou por mim elaborados, com informação sobre amamentação, deambulação e mobilização durante o trabalho de parto, utilização da hidroterapia em associação com a Bola de Pilates, exercícios de Kegel, o que levar para o Bloco de Partos, e ainda envio da informação fornecida nas sessões.

Para a promoção da utilização do plano de parto, em uma das sessões foi explicado o que é o plano de parto, os pontos contidos neste, que poderiam colocar tudo o que achassem pertinente no mesmo, sendo utilizado como modelo o oferecido no hospital da área pertencente a UCC. Este plano foi oferecido no fim da sessão, juntamente com uma folha com perguntas abertas a questionar o que desejavam ou não para o seu parto e foi marcada uma consulta individual.

Na consulta realizada para elaboração do plano de parto as senhoras levavam a folha fornecida já preenchida ou para posterior preenchimento em conjunto, foram

esclarecidas as dúvidas e reforçada a informação fornecida na sessão, de forma que pudessem refletir e decidir de forma esclarecida e informada.

O EO deve prestar cuidados adequados às necessidades individuais de cada pessoa e possibilitar escolhas informadas quanto à prestação de cuidados que será sujeita, dando ênfase na capacitação da mulher de forma a esta adquirir competências pessoais, para que assim possa ser protagonista no seu trabalho de parto, participando ativamente na tomada de decisão, de forma esclarecida e consciente (OE, 2015). Deste modo, procurei centrar o meu cuidado na mulher, considerando-a um parceiro igualitário no planeamento dos cuidados, capacitando as grávidas para uma tomada de decisão informada.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a algumas destas mulheres no meu contexto de trabalho (na mesma Instituição onde realizei o contexto de SUOG), no período do puerpério e ao questionar se a informação oferecida foi suficiente, se conseguiram pôr em prática o seu plano de parto, várias referiram que no momento se esqueceram de muita informação e que não conseguiram pôr em prática muitas das suas escolhas, nomeadamente deambulação e utilização da bola de Pilates, sem perceber porque razão não o puderam fazer, referindo que também não questionaram os profissionais de saúde do porquê, afirmando que estes deveriam saber o que é melhor para ela e para o bebé.

Este feedback das puérperas demonstra a importância do reforço da informação durante o trabalho de parto, assim como do papel importante do EO na gestão das alterações necessárias no plano durante o trabalho de parto que deve ser realizada em conjunto com a mulher. O facto de não questionarem os profissionais de saúde demonstra como ainda está enraizado o sentimento de dependência da mulher face aos conhecimentos científicos dos profissionais de saúde com submissão às suas intervenções.

Por este motivo procurei adequar o modo como abordei o tema no contexto de bloco de partos e procurei na abordagem realizada com todas as grávidas sobre o direito a informação, autonomia, consentimento informado, privacidade e dignidade, dar uma maior ênfase no direito a informação como fator essencial para que pudessem tomar as suas decisões, e na importância de expressarem as suas preferências e escolhas para que fosse possível adaptar os cuidados de forma a dar resposta a elas. Ao mesmo tempo fui informando quais as decisões que poderiam tomar em relação ao seu trabalho de parto para que pudessem participar ativamente nestas.

Das 106 mulheres a quem prestei cuidados em trabalho de parto, 62 foram internadas para indução de trabalho de parto, pelo que não fazem parte da população do tema.

Comecei a realizar o diário de interação apenas após as primeiras duas semanas de ER neste contexto, devido ao período de integração e adaptação. Assim, das 44 mulheres que iniciaram um trabalho de parto espontâneo, realizei o diário de interação de 35 mulheres.

Relativamente a fonte das informações que detinham, 13 mulheres referiram que a informação que possuíam foi fornecida na consulta periparto onde receberam a folha para preenchimento do plano de parto, 3 referiram obter informação através da *internet*, 17 referiram possuir informação devido a experiências anteriores, 6 referiram obter informação de pessoas conhecidas e 8 referiram não ter recebido qualquer informação.

Conforme o estágio de trabalho de parto e a paridade, foi explicada a fisiologia do trabalho de parto, sendo que esta informação foi fornecida a 25 mulheres. Principalmente as primíparas referiram que esta explicação diminuiu a ansiedade, visto que anteriormente a explicação tinham a ideia de que o trabalho de parto era mais rápido, ou que assim que houvesse rutura de membranas da bolsa o bebé nasceria rapidamente e com a explicação perceberam que tudo estava a decorrer normalmente.

Quanto a possuírem plano de parto, 13 mulheres possuíam e as restantes 22 não possuíam. Como já referido anteriormente estes foram disponibilizados às mulheres na consulta periparto, sem haver informação sobre todos os tópicos contidos no plano de parto, explicação das vantagens e desvantagens de cada intervenção e as várias opções existentes, resumindo-se a informação sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor que poderiam usufruir neste hospital, sendo o plano preenchido por elas em casa após a consulta, sem oportunidade de esclarecimento de dúvidas e sem acompanhamento de documento informativo.

Assim, com todas foi discutido os diferentes pontos existentes no plano de parto, para confirmação da escolha com complementação da informação já possuída e para possibilitar a partilha de informação e realização da tomada de decisão por todas as mulheres.

Conforme o estágio e as necessidades, foram discutidos os métodos não farmacológicos de alívio da dor e os farmacológicos. Os métodos não farmacológicos incluem: a musicoterapia, sendo utilizada por 28 mulheres; a massagem, sendo

utilizada por 2 mulheres; deambulação, sendo utilizada por 23 mulheres; bola de Pilates, sendo utilizado por 11 mulheres e técnicas de respiração e relaxamento, sendo utilizada pelas 35 mulheres, incluindo exercícios respiratórios, alternância de movimentos e utilização do duche.

Todas aderiram bem a utilização de técnicas de respiração para alívio da dor, para uma boa oxigenação do feto no intervalo entre contrações e durante o período expulsivo, sendo que relembrou constantemente como realizar a respiração. A bola de Pilates foi utilizada para alívio da dor e mesmo quando já tinham realizado analgesia epidural, foi utilizada para relaxamento através da liberdade de movimentos e para auxiliar na progressão do trabalho de parto. Muitas recusaram utilizar a bola, referindo insegurança no seu uso mesmo após demonstração, o que demonstra a importância dos exercícios práticos com a mesma ainda durante os CPN.

Relativamente aos métodos farmacológicos de alívio da dor, 11 mulheres já possuíam analgesia epidural quando fui prestar cuidados, sendo que foi abordado este tópico com 23 mulheres e tive oportunidade de colaborar com o anestesista na técnica de analgesia epidural a 11 mulheres.

Embora a presença de pessoa significativa seja um aspeto de extrema importância não foi discutido com as mulheres pelo fato que, devido a pandemia não ser autorizada a presença desta, sendo informado as grávidas ainda na admissão. No entanto, esta ausência foi parcialmente colmatada com a possibilidade de videochamadas e procurei passar o máximo de tempo possível a acompanhar as mulheres com presença física de forma que se sentissem mais acompanhadas.

A ingestão hídrica foi realizada por 33 mulheres.

O tópico não realização de episiotomia ou realização apenas quando necessária foi abordado com 29 mulheres, visto que quando contactava com mulheres já em fase ativa do trabalho de parto só discutia a sua realização quando verificava a necessidade de realização da mesma. Foi realizada episiotomia a 5 mulheres, após obter o seu consentimento.

Foi discutido com todas a clampagem tardia do cordão, o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, sendo que a clampagem tardia do cordão foi realizada a 34 RN, sendo que a exceção foi uma mulher que pretendia colheita de células estaminais. Todos os RN realizaram contato pele e pele, com uma duração de tempo variável devido a vontade da mãe, condicionantes do serviço e adaptação extrauterina do RN.

Relativamente as restantes intervenções previsíveis num parto normal, estas foram abordadas conforme a necessidade de cada caso. Deste modo, 33 mulheres foram informadas sobre monitorização externa, 33 sobre os toques vaginais, 16 sobre amniotomia, sendo que realizei 2, sempre após explicar a razão da intervenção e obter o consentimento da mulher, 21 mulheres foram informadas sobre utilização de uterotónicos, sendo que 4 iniciaram perfusão com ocitocina aquando dos meus cuidados, após explicação e consentimento.

Relativamente ao *feedback* das mulheres quanto as atividades por mim desenvolvidas com vista a capacitá-las para a tomada de decisão, questionei se a informação fornecida possibilitou a tomada de decisão informada apenas às senhoras com as quais tive um contacto mais duradouro, pelo que 25 referiram que contribuiu, sendo que 7 referiram uma diminuição da ansiedade, 11 referiram que sentiram que as suas decisões foram respeitadas. Tive dificuldade em obter *feedbacks*, pois quando as questionava ainda no bloco de partos, sentia que se sentiam pressionadas a dar uma resposta positiva e quando questionava já após o nascimento do RN estavam tão felizes e focadas no RN que respondiam sempre positivamente a tudo, com respostas curtas. Muitas nem respondiam à pergunta feita, referindo apenas a importância de perceber o que se ia passando ao longo do trabalho de parto e sobre como a informação reduziu a ansiedade.

Nas múltiparas, quando questionadas em que medida esta experiência de nascimento foi diferente da anterior, referiam-se a diferença de tempo do trabalho de parto, ou a fato de ter sido mais positivo por ter realizado analgesia epidural, a falta do acompanhante como algo negativo, nunca fazendo referência a informação fornecida.

2.7. Desenvolver competências para obtenção do grau de mestre.

O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

1. Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que:
 - a. Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - b. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.
2. Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

3. Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
4. Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a ela subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
5. Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Diário da República, 2018, p. 4162).

Deste modo, ao longo do curso tive a oportunidade de desenvolver e aprofundar os conhecimentos relativos à área específica da saúde materna e obstétrica, sendo que alguns já haviam sido adquiridos no curso de licenciatura em enfermagem, assim como de adquirir novos conhecimentos. Esta aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos ocorreu através das aulas teóricas e práticas desenvolvidas ao longo do CMESMO e posteriormente, na aplicação destes na prática nos diversos contextos do ER.

Nestes pude desenvolver conhecimentos específicos relacionados com cada contexto, de forma a dar resposta as diversas situações novas com que me deparei e de aplicar os conhecimentos de diversas formas, como através de educação para a saúde já planificadas como as realizadas nos CPPP ou ao longo da prestação de cuidados, da realização de folhetos, de trabalhos para exposição à turma, incluindo a elaboração de um póster sobre fatores condicionantes da sexualidade no puerpério.

Demonstrei superar os pontos 2 e 3 acima referidos nos diversos contextos de ER, conforme pode ser verificado na superação dos objetivos propostos para cada um deles e que já foram sujeitos a avaliação. Ao longo do curso desenvolvi a capacidade de reflexão sobre a minha prática, quer através da discussão de situações com a equipa de saúde e docentes orientadoras, quer através da elaboração dos diversos relatórios referentes ao percurso de aprendizagem em cada contexto.

Estes relatórios, a elaboração de trabalhos escritos e apresentados para a turma durante o CMESMO, a realização de sessões de educação para a saúde e de folhetos nos diversos contextos de ER, assim como a elaboração deste relatório final demonstram como desenvolvi a minha capacidade de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a ela subjacentes como referido no ponto 4.

Por fim, para que os demais pontos tenham sido alcançados com sucesso foi de extrema importância desenvolver competências a nível da aprendizagem, através por

exemplo, da aprendizagem da realização de uma pesquisa organizada de modo a obter o máximo da evidência científica disponível em relação ao tema pretendido aquando da sua realização. O desenvolvimento desta competência me possibilitará continuar a desenvolver as competências específicas na área da saúde materna e obstétrica ao longo da minha profissional, de um modo auto-orientado e autónomo, como referido no ponto 5.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as evidências encontradas na realização da *Scoping Review* relativamente a temática em estudo, pode-se concluir que a transmissão/partilha de informação é essencial para a capacitação da grávida para a tomada de decisão no parto normal.

Sinto que consegui nos diversos contextos do ER realizar intervenções que promovessem esta transmissão/partilha de informação de forma a capacitar as grávidas para a tomada de decisão no trabalho de parto.

Como já referi anteriormente, no contexto em SUOG senti dificuldade nesta partilha devido a deparar-me muitas vezes com parturientes em fase ativa do trabalho de parto, havendo muita informação para ser transmitida em pouco tempo, sendo que as mulheres estavam focadas na dor e no nascimento da criança.

Embora atualmente haja uma grande quantidade de organizações, tanto nacionais como internacionais, a emitir recomendações de forma a promover a participação da mulher na tomada de decisão no trabalho de parto, referindo que esta deve se iniciar o mais precocemente possível durante a gravidez, pude verificar que, de um modo geral, todas as grávidas em trabalho de parto as quais prestei cuidados no SUOG, tinham um grande défice de informação e a pouca informação que possuíam era incompleta e fornecida já no fim da gravidez.

No entanto, pude perceber que muito pode ser feito mesmo quando existe este défice. Foi possível implementar intervenções que potenciasssem a participação da grávida/parturiente na tomada de decisão.

Quando questionei as mulheres, já após o nascimento da criança, se sentiram que a informação que lhes foi fornecida possibilitou que tomassem decisões no seu trabalho de parto, grande parte delas referiram que sim e muitas referiram sentirem-se menos ansiosas e receosas face ao momento do parto, devido à partilha de informação e ao acompanhamento contínuo por parte do EESMO. Na generalidade, referiram que a experiência de parto foi satisfatória.

Considero que ao longo de todo o CMESMO consegui desenvolver as competências comuns e específicas para obtenção do título de EESMO e para o grau de mestre, sendo que tenho consciência que adquiri uma base que ainda será aprimorada ao longo do meu futuro percurso profissional.

Como aspeto positivo e facilitador da aprendizagem realço o fato de grande parte dos contextos de ER serem realizados na instituição em que trabalho, visto ter

facilitado a articulação com os horários laborais e com a minha vida pessoal, mas também a possibilidade de continuar a prestação de cuidados a muitas das mulheres/casais aos quais prestei cuidados, por nesta altura me encontrar a trabalhar no internamento de Obstetrícia.

Posso ainda referir que consegui alcançar a meta preconizada no Artigo 27º da Diretiva 89/594/CEE de 30 de outubro de 1989, visto ter realizado: 149 exames pré-natais; 42 partos eutócicos, tendo ainda colaborado em 4 partos distócicos por ventosa e em 8 cesarianas; realizado treino de parto em apresentação pélvica em contexto de prática simulada; realizado 14 episiotomias; 32 perineorrafias; vigilâncias e cuidados à 106 parturientes, 42 mulheres grávidas em situação de risco, 100 puérperas, 105 RN incluindo cuidados ao recém-nascido com necessidade de cuidados especiais e 34 mulheres com situações patológicas no campo da ginecologia e obstetrícia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadpour, P., Mosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, 17(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00989-6>
- Akca, A., Corbacioglu Esmer, A., Ozyurek, E., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H., Akbayir, O., & Ozyurek, E. S. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 295(5), 1127–1133. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4345-5>
- Arraes Jardim, M. J., Arraes Silva, A., & Barros Fonseca, L. M. (2019). The Nurse's Contributions in Prenatal Care Towards Achieving the Pregnant Women Empowerment. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 11(2), 432–440. <https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.432-440>
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto. (2015). *Experiências de Parto em Portugal*. Lisboa. [s.n]. https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf
- Baghini, F. K., Khosravani, Mahboobeh, & Amiri, A. (2018). Evaluation of the effect of the provided training in delivery preparation classes on awareness and attitude of pregnant mothers toward delivery type in Razi Hospital of Saravan. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 13(6), 534–537.
- Barata, C. (2020). “A mãe está calada!” O que revelam as experiências de parto das mulheres? *Público*. Obtido a 10 setembro de 2020 de <https://www.publico.pt/2020/08/02/sociedade/noticia/mae-calada-revelam-experiencias-parto-mulheres-1925770>
- Bonill de las Nieves, C., & Amezcua, M. (2014) Virgínia Henderson. *Gomeres*. <http://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>
- Braga Rocha, L., da Silva Araujo, F. M., Oliveira Rocha, N. C., Dantas de Almeida, C., Oliveira dos Santos, M., & Roriz da Rocha, C. H. (2017). Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 6(3), 384-394.
- Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (de 7 de junho de 2016). *Jornal Oficial da União Europeia*, C202/389. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=EN>

- Carteiro, D. (2016). Infecção geniturinária. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (pp206-210) Lisboa: Lide
- Caselato Mercado, N., Domingos da Silva Souza, G., de Jesus Silva, M. M. & Grangeira Anseloni, M. (2017). Cuidados e orientações de enfermagem às puérperas no alojamento conjunto. *Revista de enfermagem UFPE online*, Vol 11(9), pp 3508-3515.
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234480>
- Cassiano, A. do N., Santos, M. G. dos, Santos, F. A. P. S. dos, Holanda, C. S. M., de Leite, J. B. C., Maranhão, T. M. de O., & Enders, B. C. (2016). Expressões da violência institucionalizada ao parto: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*, 15(44), 465–477.
- Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In Mendes da Graça, L. *Medicina Materno Fetal*. pp 280-287. Lisboa: Lidel.
- Colley, S., Kao, C.-H., Gau, M., & Cheng, S.-F. (2018). Women's perception of support and control during childbirth in The Gambia, a quantitative study on dignified facility-based intrapartum care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 413.
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2025-5>
- Conselho da União Europeia (1989). Directiva 89/594/CEE do Conselho de 30 de Outubro de 1989 que altera as Directivas 75/362/CEE, 77/452/CEE, 78/686/CEE, 78/1026/CEE e 80/154/CEE, relativas ao reconhecimento mútuo dos diplomas, certificados e outros títulos de médico, enfermeiro responsável por cuidados gerais, dentista, veterinário e parteira, respectivamente, bem como as Directivas 75/363/CEE, 78/1027/CEE e 80/155/CEE, que têm por objectivo a coordenação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes às actividades de médico, de veterinário e de parteira.
<https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/287eb78f-7e68-46ce-a5cf-d7bfa03e5605>
- Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (de 3 de janeiro de 2001). Decreto do Presidente da República n.º 1/2001. *Diário da República – I SÉRIE – A, N.º 2*.
<https://dre.pt/application/file/a/235068>
- Cordeiro da Cunha, M., Alves Veleza, A., Machado Teles, J., & Fernandes Coelho, D. (2019). A cultura do nascimento como evento biomédico e a violência obstétrica

- Vivências e resistências. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, Vol. 5(4). Doi: <http://dx.doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29670>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (de 16 de agosto de 2018). Regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1ª série – Nº 157. <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar*. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>
https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/287?poi_id=2240
- Direção Geral da Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS. <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracepcao/saude-reprodutivaplaneamento-familiar-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>
- Henderson, V. A. (1994). *La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años despues*. McGraw-Hill-Interamericana. <https://docplayer.es/35660499-Reflexiones-25-anos-despues.html>
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hunter, A., Devane, D., Houghton, C., Grealish, A., Tully, A., & Smith, V. (2017). Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 322. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1521-3>
- International Confederation Of Midwives (2019). *Competencias esenciales para la práctica de la partería*. Edición 2018. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-es-screens-2.pdf>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>
- Leahy-Warren, P., Mulcahy, H., Benefield, L., Bradley, C., Coffey, A., Donohoe, A., Fitzgerald, S., Frawley, T., Healy, E., Healy, M., Kelly, M., McCarthy, B., McLoughlin, K., Meagher, C., O'Connell, R., O'Mahony, A., Paul, G., Phelan, A., Stokes, D., ... Savage, E. (2017). Conceptualising a model to guide nursing and midwifery in the community guided by an evidence review. *BMC Nursing*, 16, 35. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0225-3>

- Lei n.º 110/2019 (de 9 de setembro de 2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério. *Diário da República*, 1ª série – Nº 172. <https://dre.pt/application/file/a/124539748>
- Marriner Tomey, A. (2002). Virgínia Henderson – Definição de Enfermagem. In Marriner Tomey, A., Raile Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (pp111-125). LUSOCIÊNCIA, Loures.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019). *Livro de Bolso: Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto*. Ordem dos Enfermeiros.
- Midwifery Unit Network & City, University of London (2018). *Midwifery Unit Standards*. Midwifery Unit Network. <http://www.midwiferyunitnetwork.org/wp-content/uploads/PDFs/LY1309BRO-MUNET-Standards-PRINT-opt.pdf>
- Moreira Rodrigues, A. R., Paiva Rodrigues, D., Moura da Silveira, M. A., de Maria Gomes Paiva, A., de Melo Fialho, A. V., & Azevedo Queiroz, A. B. (2020). Hospital admission in high-risk pregnancies: the social representations of pregnant women. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20040>
- Mota de Sousa, L. M.; Mendes Marques, J.; Furtado Firmino, C.; Frade. F.; Sousa Valentim, O. & Antunes, A. V. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*. 31-39. <https://docplayer.com.br/170299084-Modelos-de-formulacao-da-questao-de-investigacao-na-pratica-baseada-na-evidencia.html>
- Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Lewin, S., Fretheim, A., & Nabudere, H. (2017). Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD011558. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011558.pub2>
- Muñoz-Sellés, E., Goberna-Tricas, J., & Delgado-Hito, P. (2016). La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas. *Matronas Profesion*, 17(2), 51–58.
- Netto, L., Silva, K. L., & dos Santos Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309>

- Oliveira Mouta, R. J., de Almeida Silva, T. M., da Silva Melo, P. T., de Souza Lopes, N., & dos Anjos Moreira, V. (2017). Plano De Parto Como Estratégia De Empoderamento Feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(4), 1–10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- Órfão, A. (2016). Determinação do Risco Materno-fetal. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coor.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (2016). Lisboa: Lide
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Palharini, L. A., & Figueirôa, S. F. de M. (2018). [Gender, history, and the medicalization of childbirth: the exhibition “Women and Health Practices”]. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(4), 1039–1061. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>
- Peixoto, N. M. dos S. M., & Peixoto, T. A. dos S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>

- Pereira Alves, E., & Oliveira Almeida G. (2020). A Importância do aleitamento na primeira hora de vida. *Faculdade Sant'Ana em Revista*. Vol. 4, pp 101-108. <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/index>
- Pierre, F. (2018). Woman's information and consent in obstetrics: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines. *Gynecologie, Obstetrique, Fertilité & Senologie*, 46(12), 986–993. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.025>
- Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Pereira da Silva Martins, M. M. F., Rizzato Tronchin, D. M., & Novatzki Forte, E. C. (2018). O Olhar Dos Enfermeiros Portugueses Sobre Os Conceitos Metaparadigmáticos De Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Pinto, L. & Passos, F. (2017). Infeciologia na gravidez. In Mendes da Graça, L. *Medicina Materno Fetal*. pp 389-410. Lisboa: Lidel.
- Ramalho, S. M. F. (2018). *A educação para a saúde na prevenção do cancro do colo do útero nas mulheres em idade adulta*. ESEL, Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/27933>
- Regulamento n.º 140/2019 (de 6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série – N.º 26. <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Regulamento n.º 391/2019 (de 3 de maio de 2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. *Diário da República*, 2ª série – N.º 85. <https://dre.pt/application/file/a/122216819>
- Reichembach Danski, M. T.; Lemes Rodrigues de Oliveira, G.; Pedrolo, E.; Lind, J. & Johann, D. A. (2017). Importância da Prática Baseada em Evidências nos Processos de Trabalho do Enfermeiro. *Ciência Cuidado e Saúde*. 16 (2). DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304
- Santos Silva, A. L., Rosendo do Nascimento, E., & Cardoso Coelho, E. de A. (2015). Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. *Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(3), 424–431. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>
- Silva, A. F., De Assis, B. F., Melo, N. G. R., De Oliveira, R. D. A. B., Bezerra, P. V. V., De Oliveira, T. C., & Bacelar, L. F. (2018). Atuação Do Enfermeiro Obstetra Na

- Assistência Ao Parto: Saberes E Práticas Humanizadas. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 23(3), 87–93.
- Silva Sarmiento, R., Medeiros da Silva, W., Araújo Gomes, M., & Torres de Melo, L. N. (2020). Pré-eclâmpsia na gestação: ênfase na assistência de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 19(3), 261-267. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.4127>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2014). *Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*. Coimbra: Moutinho
- Takács, L., Seidlerová, J. M., Smolík, F., Hoskovicová, S., Antonín, P., Vařáková, J., Valová, A., Svoboda, T., & Dočkalová, J. (2015). [Satisfaction with perinatal care in Vysočina region in the period between October 2013 and September 2014]. *Ceska Gynekologie*, 80(6), 426–435.
- UNESCO, 2006. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa: Comissão Nacional da UNESCO – Portugal. <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>
- Vargas da Silva, C. P., Almeida Fettermann, F., Kurz de Assumpção, P., Berger da Rosa, A., Nunes da Silva Fernandes, M. & Saldanha da Silva Donaduzzi, D. (2020). Aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida do recém-nascido. *Saúde (Santa Maria)*, Vol. 46(1), 1-14. Doi:10.5902/2236583441745
- Vieira Farias, R., Silva do Nascimento Souza, Z. C. & Cedraz Moraes, A. (2020). Prática de cuidados imediatos ao recém-nascido: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health*. Vol. 56, pp 1-10. <https://doi.org/10.25248/reas.e3983.2020>
- Vieira Santos, F. C., Silva Santos, O. & Bezerra, F. D. (2018). A importância do enfermeiro na orientação da amamentação no puerpério imediato: revisão integrativa. *Journal of Health Connections*, Vol. 6(5), pp 1-12. <http://periodicos.estacio.br/index.php/journalhc/article/viewArticle/5054>
- White Ribbon Alliance (2011). Respectful Maternity Care Charter. <https://www.whiteribbonalliance.org/respectful-maternity-care-charter/>

ANEXOS

ANEXO I – Histórico de Pesquisa na Base de Dados CINAHL Complete

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S31	S23 AND S24 AND S25 AND S26 AND S27 AND S28	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101- 20191231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	13
S30	S23 AND S24 AND S25 AND S26 AND S27 AND S28	Limitadores - Data de Publicação: 20150101- 20191231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	14
S29	S23 AND S24 AND S25 AND S26 AND S27 AND S28	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	32
S28	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	245,763
S27	S20 OR S21	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	142,347
S26	S17 OR S18 OR S19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	89,536

S25	S14 OR S15 OR S16 OR S22	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	293,503
S24	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	66,889
S23	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,710,746
S22	patient education	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	74,746
S21	decision making, patient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	15,230
S20	decision making	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	142,347
S19	delivery, obstetric	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	10,053
S18	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	35,483

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S17	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	56,147
S16	training	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	222,263
S15	capacitation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	104
S14	capacitacion	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	634
S13	midwifery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	43,919
S12	obstetric nurse	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	274
S11	midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	39,448

S10	nurse midwifery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,809
S9	nurse midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	13,026
S8	nursing interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	15,573
S7	nursing care plans	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,020
S6	care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,425,854
S5	nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	62,198
S4	interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	441,297
S3	expectant mothers	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	8,648

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S2	pregnancy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	237,217
S1	pregnant	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	51,667

ANEXO II - Histórico de Pesquisa na Base de Dados MEDLINE Complete

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S33	S25 AND S26 AND S27 AND S28 AND S29 AND S30	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101- 20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	18
S32	S25 AND S26 AND S27 AND S28 AND S29 AND S30	Limitadores - Data de Publicação: 20150101- 20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	20
S31	S25 AND S26 AND S27 AND S28 AND S29 AND S30	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	62
S30	S23 OR S24	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	217,095
S29	S19 OR S20 OR S21 OR S22	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	177,433
S28	S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	689,106

S27	S10 OR S11 OR S12 OR S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	79,014
S26	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,122,439
S25	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	998,260
S24	decision making, patient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	412
S23	decision making	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	217,015
S22	delivery, obstetric	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,473
S21	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	26,838
S20	parturition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	41,862

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S19	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	129,150
S18	patient education as topic	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	84,903
S17	health education	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	100,764
S16	training	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	517,646
S15	capacitation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,086
S14	capacitacion	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	381
S13	obstetric nurse	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	184

S12	midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	22,531
S11	midwifery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	67,945
S10	nurse midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,816
S9	nursing interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6,623
S8	care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,467,998
S7	patient care planning	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	38,610
S6	nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	52,703
S5	interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	916,975

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S4	expectant mothers	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6,013
S3	pregnancy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	974,367
S2	pregnant women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	97,832
S1	pregnant	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	206,221

ANEXO III - Histórico de Pesquisa na Base de Dados MedicLatina

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S34	S26 AND S27 AND S28 AND S29 AND S30 AND S31	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101- 20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	2
S33	S26 AND S27 AND S28 AND S29 AND S30 AND S31	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	2
S32	S26 AND S27 AND S28 AND S29 AND S30 AND S31	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	2
S31	S24 OR S25	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	1,064
S30	S20 OR S21 OR S22 OR S23	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	2,359
S29	S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	4,496
S28	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	246

			Avançada Base de dados - MedicLatina	
S27	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	21,799
S26	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	4,649
S25	decision making, patient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	12
S24	decision making	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	1,038
S23	delivery, obstetric	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	151
S22	parturition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	62
S21	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	830
S20	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	1,677
S19	health education	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	761

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	
S18	patient education	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	126
S17	training	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	3,441
S16	capacitation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	20
S15	capacitacion	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	779
S14	obstetric nurse	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	6
S13	midwifery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	105
S12	midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	155
S11	nurse midwifery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	1
S10	nurse midwife	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	62

		assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	
S9	nurse interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	12
S8	nursing care plans	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	25
S7	care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	18,335
S6	nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	795
S5	interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	5,312
S4	pregnant women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	2,191
S3	expectant mothers	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	344
S2	pregnancy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	3,981

S1	pregnant	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MedicLatina	2,596
----	----------	--	---	-------

**ANEXO IV - Histórico de Pesquisa na Base de Dados COCHRANE Database of
Systematic Reviews**

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S27	S21 AND S22 AND S23 AND S24 AND S25 AND S26	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S26	S19 OR S20	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	168
S25	S15 OR S16 OR S17 OR S18	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	817
S24	S12 OR S13 OR S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	814
S23	S8 OR S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	434
S22	S4 OR S5 OR S6 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	8,433

			Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S21	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1,170
S20	decision making, patient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S19	decision making	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	168
S18	delivery, obstetric	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	48
S17	parturition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	18
S16	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	795

S15	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	403
S14	health education	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	84
S13	patient education	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	139
S12	training	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	635
S11	midwifery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	421
S10	midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	23
S9	midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	23

			Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S8	nurse midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	4
S7	nursing interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	7
S6	care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	4,713
S5	nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	11
S4	interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	6,658
S3	pregnant women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	275

S2	pregnancy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1,097
S1	pregnant	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	340

APÊNDICES

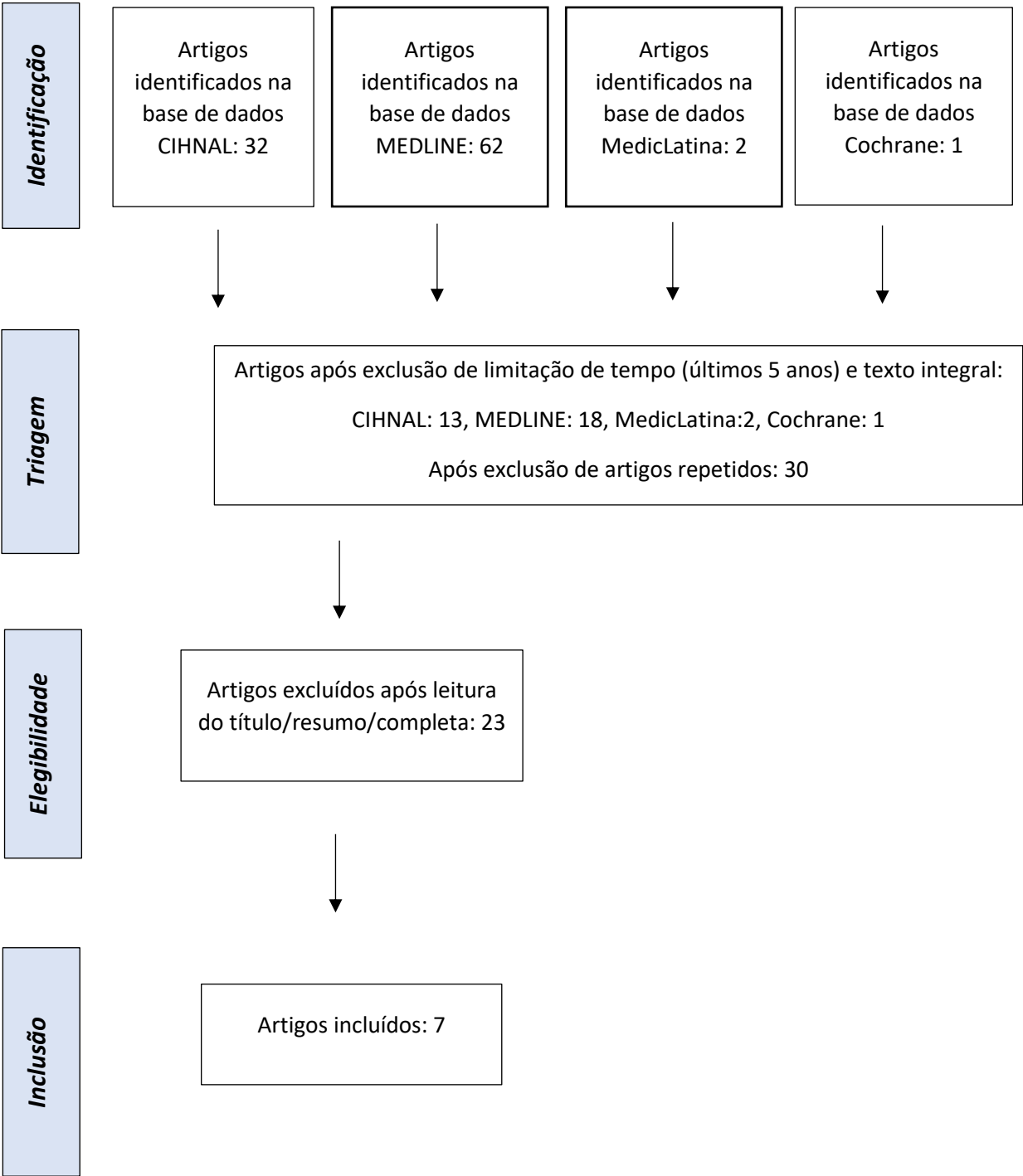
APÊNDICE I – Palavras-chave, termos de pesquisa e termos indexados.

Palavras-chave	Termos de Pesquisa Base de Dados			
	CINAHL	MEDLINE	MEDICLATINA	COCHRANE
Grávida Pregnant Women	<u>Linguagem natural</u> - Pregnant <u>Termos indexados</u> - Pregnancy - Expectant mothers	<u>Linguagem natural</u> - Pregnant - Expectant mothers <u>Termos indexados</u> - Pregnancy - Pregnant women	- Pregnant - Pregnancy - Expectant mothers - Pregnant women	- Pregnant - Pregnancy - Pregnant women
Intervenções Interventions	<u>Linguagem natural</u> - Interventions - Care <u>Termos indexados</u> - Nursing care - Nursing care plans - Nursing interventions	<u>Linguagem natural</u> - Interventions - Care - Nurse interventions <u>Termos indexados</u> - Nursing care - Patient care planning	- Interventions - Nursing care - Care - Nursing care plans - Nurse interventions	- Interventions - Nursing care - Care - Nursing interventions
EO Nurse Midwife	<u>Linguagem natural</u> - Midwife - Obstetric nurse <u>Termos indexados</u> - Nurse midwives - Nurse midwifery - Midwifery	<u>Linguagem natural</u> - Midwife - Obstetric nurse <u>Termos indexados</u> - Nurse midwives - Midwifery	- Nurse midwife - Nurse midwifery - Midwife - Midwifery - Obstetric nurse	- Nurse midwife - Midwife - Midwives - Midwifery
Educação, Utente Education, Patient	<u>Linguagem natural</u> - Capacitation - Capacitacion - Training <u>Termos indexados</u> - Patient Education	<u>Linguagem natural</u> - Capacitation - Capacitacion women - Training <u>Termos indexados</u> - Patient education as topic - Health Education	- Capacitacion - Capacitation - Health Education - Patient Education - Training	- Health Education - Patient Education - Training

Tomada de decisão <i>Decision making</i>	<u>Linguagem</u> <u>natural</u> ----- <u>Termos</u> <u>indexados</u> - <i>Decision making</i> - <i>Decision making, patient</i>	<u>Linguagem</u> <u>natural</u> - <i>Decision making, patient</i> <u>Termos indexados</u> - <i>Decision making</i>	- <i>Decision making</i> - <i>Decision making, patient</i>	- <i>Decision making</i> - <i>Decision making, patient</i>
Trabalho de Parto <i>Labor, Obstetric</i>	<u>Linguagem</u> <u>natural</u> ----- <u>Termos</u> <u>indexados</u> - <i>Labor</i> - <i>Childbirth</i> - <i>Delivery, obstetric</i>	<u>Linguagem</u> <u>natural</u> - <i>Labor</i> - <i>Childbirth</i> <u>Termos indexados</u> - <i>Parturition</i> - <i>Delivery, obstetric</i>	- <i>Labor</i> - <i>Childbirth</i> - <i>Parturition</i> - <i>Delivery, obstetric</i>	- <i>Labor</i> - <i>Childbirth</i> - <i>Parturition</i> - <i>Delivery, Obstetric</i>

APÊNDICE II – Fluxograma de pesquisa

FLUXOGRAMA DE PESQUISA



APÊNDICE III – Grelhas de extração de dados da Revisão *Scoping*

“The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction”

Autores: Aysu Akca, Aytul Corbacioglu Esmer, Eser Sefik Ozyurek, Arife Aydin, Nazli Korkmaz, Husnu Gorgen, Ozgur Akbayir.

Ano de publicação: 2017

Origem/País de origem: Alemanha

Objetivos: Avaliar a influência de um programa sistemático e multidisciplinar de preparação para o nascimento na satisfação com a experiência do parto. Detetar fatores que afetam a satisfação do parto.

Participantes:

População: 2 grupos: grupo 1 com grávidas que concluíram o programa de preparação para o nascimento de 4 meses e o grupo 2 (grupo controle) com grávidas que não realizaram o programa. Todas pariram no Hospital escolhido para o estudo.

Tamanho da amostra: 2 grupos – grupo 1 com 77 grávidas e grupo 2 (grupo controle) com 75 grávidas.

Metodologia/ Método: Quantitativo

Tipo de intervenção: Aplicação de 2 questionários preenchidos com entrevistas presenciais realizadas 48 horas após o parto. O primeiro questionário com perguntas sobre a percepção da participante sobre a sua experiência de nascimento e escala visual analógica para a dor e o segundo questionário com 20 itens (Lista de itens de Salmon) que classifica a experiência do parto como satisfatória ou insatisfatória.

Duração da intervenção: entre agosto de 2014 e março de 2016.

Resultados que se relacionam com a pergunta de revisão de Scoping:

As mulheres que participaram no programa de preparação para o nascimento experimentaram melhor comunicação com a parteira ou obstetra durante o parto e a informação proporcionada pelo programa permitiu que as mulheres participassem mais ativamente na tomada de decisão antes, durante e após o parto, em comparação com as mulheres que não participaram no programa, sendo que estes fatores foram associados a uma experiência satisfatória do parto.

“La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas.”

Autores: Ester Muñoz-Sellés, Josefina Goberna-Tricas, Pilar Delgado-Hito.

Ano de publicação: 2016

Origem/País de origem: Espanha

Objetivos: Compreender as experiências vividas pelas mulheres em relação as terapias alternativas e complementares durante o trabalho parto, descrever a percepção das mulheres em relação a efetividade destas terapias e identificar as fontes de informação das grávidas quanto aos métodos de alívio da dor no trabalho de parto.

Participantes:

População: puérperas com mais de 18 anos que pariram na Cataluña entre os anos de 2011 e 2013.

Tamanho da amostra: amostra composta por 12 puérperas.

Metodologia/ Método: Qualitativo.

Tipo de intervenção: Entrevistas individuais.

Duração da intervenção: Informação não disponibilizada

Resultados que se relacionam com a pergunta de revisão de Scoping:

Conforme as puérperas deste estudo, para que a experiência do parto seja uma vivência positiva, é fundamental a utilização de um método adequado de alívio da dor. Mas, para que sejam autónomas na tomada de decisão quanto ao método que desejam utilizar, é imprescindível obter informações sobre as várias opções existentes, sendo que esta informação foi, maioritariamente, recebida através das parteiras aquando dos cursos de preparação para o parto.

Deste modo, a parteira deve possuir formação adequada relativamente as terapias existentes, de forma a conseguir ajudar a grávida a tomar uma decisão esclarecida. No entanto, possuírem apenas formação para transmissão da informação não é suficiente. Estas também valorizam o facto de as parteiras, durante o trabalho de parto, prestarem apoio emocional, um acompanhamento adequado e contínuo, estabelecendo uma relação de confiança e de respeito em relação a tomada de decisão e capacidade de autonomia das grávidas.

Por fim, os recursos existentes nos hospitais também são tidos em consideração, visto que o conhecimento destes pode influenciar a tomada de decisão quanto ao hospital em que desejam parir.

“Woman’s information and consente in obstetrics: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines”

Autores: F. Pierre.

Ano de publicação: 2018

Origem/País de origem: França

Objetivos: Analisar a literatura, textos regulamentares e práticas relativas à informação da mulher no trabalho de parto.

Metodologia/ Método: Revisão sistemática

Resultados que se relacionam com a pergunta de revisão de Scoping:

A partilha de informação entre profissionais de saúde e mulher é essencial para uma tomada de decisão informada, seja ela para consentir ou recusar os cuidados oferecidos e recomendados. Deste modo, ambos devem partilhar informações entre si, de forma ao profissional saber quais são os conhecimentos da mulher/casal, percepções, medos e expectativas e assim, poder esclarecer as dúvidas e aprofundar os aspetos necessários de forma personalizada, expondo ao paciente todas as opções possíveis, para que este expresse as suas preferências. A informação fornecida pelos profissionais deve descrever os cuidados e a sua organização, as intervenções planeadas e a existência ou não de alternativas, o objetivo das intervenções, utilidade, grau de urgência, vantagens e desvantagens, precauções recomendadas, monitorização e suas modalidades dependendo das soluções previstas.

Embora haja dificuldades em haver uma verdadeira tomada de decisão informada em situações de emergência, sob influência de dor ou de analgésicos, os profissionais de saúde devem garantir que esta seja tomada de forma esclarecida.

Sempre que possível, a informação deve ser acompanhada de um documento informativo que possua essa informação de forma curta, clara e compreensível. O documento nunca substitui a troca de informação oral. É importante que haja um registo da informação trocada com o paciente, de forma a que todos os profissionais envolvidos nos cuidados tenham acesso, com o fim de promover a consistência, complementaridade da informação e continuidade dos cuidados.

É importante que esta partilha de informação se inicie o mais precocemente possível ainda durante a gravidez, e a elaboração de um plano de parto é recomendado, sendo um importante instrumento que facilita esta partilha, ficando nele

registado os desejos, emoções, percepções de cada mulher, o contexto em que está inserida e o ambiente envolvente, promovendo a participação ativa da mulher no projeto de nascimento. O plano de parto tem como maior objetivo fortalecer a autoestima, o pensamento crítico, a capacidade de tomada de decisão e a capacidade de ação da mulher/casal. A elaboração precoce de plano de partos leva a que haja uma personalização precoce no apoio, uma maior continuidade dos cuidados e melhor coordenação entre profissionais.

É importante informar a mulher/casal que poderão mudar de ideias a qualquer momento e que, conforme a evolução do trabalho de parto, pode ocorrer necessidade de uma decisão médica urgente.

“Women’s perception of support and control during childbirth in The Gambia, a quantitative study on dignified facility-based intrapartum care”

Autores: Saffie Colley, Chien-Huei Kao, Meeiling Gau, Su-Fen Cheng.

Ano de publicação: 2018

Origem/País de origem: Gâmbia

Objetivos: Explorar a percepção das mulheres de apoio e controle durante o parto na Gâmbia e identificar fatores relacionados que influenciam as percepções de apoio e controle durante o parto.

Participantes:

População: mulheres entre 18 e 35 anos, sem complicações médicas ou obstétricas durante a gravidez, se admitidas por pelo menos três horas antes do parto em uma grande instituição de saúde pública nas regiões oeste e baixo rio.

Tamanho da amostra: 200 mulheres.

Metodologia/ Método: Quantitativa descritiva transversal.

Tipo de intervenção: questionário com utilização da escala suporte e controle no nascimento aplicado através de entrevista presencial.

Duração da intervenção: de agosto de 2016 a setembro de 2016.

Resultados que se relacionam com a pergunta de revisão de Scoping:

A comunicação eficaz entre o profissional de saúde e a mulher é um fator essencial para a partilha de informação, promovendo assim a autonomia na tomada de decisão durante o parto, sendo a falta desta uma forma de maus-tratos e de perda de dignidade, impedindo que a mulher alcance um controlo dos fatores externos.

Capacitar e incentivar as mulheres a mudar de posição durante o primeiro e o segundo estágio do trabalho de parto é parte integrante da assistência intraparto de qualidade, visto a mudança de posição atuar como um mecanismo de enfrentamento da dor e promover o conforto, sendo que a utilização de posições como a posição vertical, durante o segundo estágio do trabalho de parto, minimiza complicações e intervenções obstétricas, diminui a duração do trabalho de parto e reduz a sensação de dor.

A falta de conhecimento e competência na realização de partos usando posições diferentes da posição supina por parte dos profissionais de saúde pode ser uma das barreiras a prestação de cuidados com qualidade.

“Satisfaction with perinatal care in Vysočina region in the period between October 2013 and September 2014”

Autores: Takács, L.; Mlíková Seidlerová, J.; Smolík, F.; Hoskovcová, S.; Antonín, P.; Vařaková, J.; Valová, A.; Svoboda, T.; Dočkalová, J.

Ano de publicação: 2015

Origem/País de origem: República Checa (Praga)

Objetivos: Avaliar a satisfação das mulheres com os cuidados perinatais prestados nas maternidades da região de Vysočina; identificar as áreas com altos índices de satisfação, bem como aquelas que requerem melhorias; descrever os fatores que influenciam a satisfação e insatisfação das mulheres com os cuidados prestados durante o parto e nascimento, e no puerpério imediato.

Participantes:

População: todas as mulheres que deram à luz nas maternidades da região de Vysočina entre outubro de 2013 e setembro de 2014.

Tamanho da amostra: 1366 mulheres.

Metodologia/ Método: Quantitativa.

Tipo de intervenção: questionário.

Duração da intervenção: de outubro de 2013 a setembro de 2014.

Resultados que se relacionam com a pergunta de revisão de Scoping:

Quando os cuidados prestados pelos profissionais de saúde à mulher durante o trabalho de parto incluem um fornecimento de informação insuficiente ou incompleta, estes não promovem a participação desta na tomada de decisão, diminuindo assim a

satisfação da mulher em relação aos cuidados. Deste modo, é de extrema importância que os profissionais demonstrem disponibilidade no fornecimento de informações e que estas sejam oportunas e de fácil compreensão.

“Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women’s and clinician’s experiences”

Autores: Andrew Hunter, Declan Devane, Catherine Houghton, Annmarie Grealish, Agnes Tully and Valerie Smith.

Ano de publicação: 2017

Origem/País de origem: Irlanda

Objetivos: Explorar o conceito de Cuidados Centrados da Mulher durante a gravidez e o parto no contexto irlandês e, através das opiniões, experiências e perspectivas das mulheres e dos médicos, identificar os elementos-chave destes cuidados para que ele possa ser melhor compreendido.

Participantes:

População: mulheres no período pós-parto, parteiras, obstetras e clínicos gerais, sendo que estes foram amostrados propositadamente de duas maternidades geograficamente distintas, mas com abordagens filosóficas e organizacionais semelhantes.

Tamanho da amostra: amostra composta por 31 participantes, sendo que 11 são mulheres do período pós-parto, 10 são parteiras, 5 obstetras e 5 são clínicos gerais.

Metodologia/ Método: Qualitativo descritivo

Tipo de intervenção: Entrevistas presenciais e individuais ou por telefone e entrevistas em grupos (2 grupos de parteiras e 1 grupo com participantes). Entrevistas foram gravadas, transcritas e depois realizada uma análise temática.

Duração da intervenção: informação não disponibilizada.

Resultados que se relacionam com a pergunta de revisão de Scoping:

Este artigo identificou vários temas que indicam estratégias para se prestar cuidados centrados na mulher. Os temas são os seguintes:

- Protegendo a normalidade – todas as participantes do estudo identificaram a importância de normalizar a gravidez e o parto, ou seja, estes serem vistos como eventos fisiológicos e naturais e não como uma doença. Entre as

estratégias identificadas para haver esta normalização se destacam o respeito pela mulher, sendo que esta deve ser vista como um ser com experiências passadas, preferências e medos. Também deve haver respeito pelo plano de parto elaborado pela mulher, devendo este ser aplicado, com o mínimo de intervenções possíveis, sendo importante também para essa normalização o ambiente, que deve ser pacífico e silencioso.

- Educação e tomada de decisão – este tema salienta a importância da educação das mulheres quanto as opções e alternativas de cuidados, através de uma partilha de informação que deve existir entre toda a equipa multidisciplinar, de modo a promover uma parceria entre a mulher e os profissionais de saúde e permitir uma tomada de decisão verdadeiramente esclarecida.
- Capacitação para os cuidados centrados na mulher – neste estudo se verificou que uma verdadeira escolha dos cuidados por parte da mulher é limitada pela falta de opções, tanto nos planos de parto, na localização dos cuidados, como também devido a regras inflexíveis e hierárquicas dentro dos serviços. Outro aspeto que é referido neste tema é o fato de o poder, o controlo, o conhecimento poderem influenciar a tomada de decisão informada. Deste modo, a escuta ativa por parte dos profissionais e tomada de decisão compartilhada serão atitudes que colocam a mulher no centro dos cuidados. Por fim, refere a comunicação como elemento importante na partilha de informação e trabalho em parceria, possibilitando que haja um atendimento individualizado e que escolhas informadas possam ser feitas.
- Capacidade para os cuidados centrados na mulher – este tema refere-se à capacidade dos profissionais de prestar cuidados centrados na mulher, referindo que a forma de trabalho pode levar a uma falta de continuidade nos cuidados e, conseqüentemente, incapacitar os profissionais de prestar este tipo de cuidados. Também a falta de capacidade de comunicação dos profissionais, tanto para com as mulheres como entre os próprios, pode limitar o fornecimento de informação quanto as opções de escolha, e assim, afetar a qualidade do atendimento. Outro fator mencionado neste tema é o nível de experiência do profissional, que pode potenciar ou limitar cuidados centrados na mulher. Por fim, o artigo concluiu que o cuidado centrado na mulher pode ser afetado negativamente pelas estruturas organizacionais e diferenças entre profissionais relativamente a filosofia de cuidados, experiência e habilidades.

“Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study”

Autores: Parivash Ahmadpour, Sanaz Mosavi, Sakineh Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Shayesteh Jahanfar, Mojgan Mirghafourvand.

Ano de publicação: 2020

Origem/País de origem: Irão

Objetivos: Avaliar a implementação do plano de parto em mulheres no Irão na cidade de Tabriz.

Participantes:

População: mulheres grávidas, com idade gestacional entre as 32 e 36 semanas, utentes do Hospital de Taleghani na cidade de Tabriz.

Tamanho da amostra: amostra composta por 106 mulheres grávidas.

Metodologia/ Método: Estudo misto (uma fase quantitativa e uma fase qualitativa)

Tipo de intervenção: Fase quantitativa: Divisão dos participantes em 2 grupos. O grupo de intervenção desenvolverá o plano de parto que será implementado no parto e o grupo de controle não, recebendo cuidados de rotina. Para ambos serão preenchidos questionários de informação sobre o parto, informações neonatais, Escala de Medo do Parto, Questionário de Experiência de Parto, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e Escala de Sintomas de PTSD. Fase qualitativa: entrevistas individuais semiestruturadas apenas as mulheres do grupo de intervenção.

Duração da intervenção: informação não disponibilizada.

Resultados que se relacionam com a pergunta de revisão de Scoping:

A participação na tomada de decisão ocorre quando a equipa de saúde e a mulher participam no processo de tratamento em conjunto, utilizando as melhores evidências científicas disponíveis. Deste modo, a equipa de saúde se encontra em uma posição única para fornecer informação, treinamento e apoio para as mulheres e suas famílias, de forma a melhorar o nível de atendimento, envolvendo-as no seu processo de cuidado. O plano de parto neste sentido, demonstra ser uma ferramenta que possibilita este envolvimento e participação, tendo por princípio o respeito à autonomia da mulher, proporcionando maior controlo e satisfação por parte desta no seu processo de parto.

A elaboração do plano de partos promove a troca de informação e a comunicação entre profissionais de saúde e a mulher, levando a uma redução do

medo, criação de um *feedback* positivo para as mulheres e potencializando a participação do processo de tomada de decisão para o parto.