



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

**Plano de Parto como empoderador da grávida na
tomada de decisão**

Maria Vieira Rodrigues



**Lisboa
2024**



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

**Plano de Parto como empoderador da grávida na
tomada de decisão**

Maria Vieira Rodrigues



Orientadora: Professora Doutora Maria João Baptista dos Santos Freitas



Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Somos todos aprendizes duma arte que nunca ninguém se torna mestre.”

Ernest Hemingway

Agradecimentos

À minha orientadora, a Professora Doutora Maria João Freitas, pelo seu apoio e dedicação ao longo de todo este processo e em momentos tão difíceis para mim.

À minha família, em especial à minha mãe que foi a pessoa mais importante neste processo todo, pelo seu apoio constante e incansável, de modo a que fosse possível concretizar este objetivo.

Às minhas amigas, em especial, à Cátia Lopes, à Sara Gonçalves e à Mónica Eloy, que sempre me apoiaram incondicionalmente.

Às minhas colegas de trabalho que me motivaram e facilitaram a conciliação deste processo com o meu trabalho.

A todos os profissionais que me ajudaram a crescer a nível profissional.

A todas as família que mostraram disponibilidade para a partilha deste processo de forma a enriquecer o meu percurso.

MUITO OBRIGADA!

Lista de Siglas

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AM- Aleitamento Materno

APPT- Ameaça de Parto Pré-Termo

BP- Bloco de Partos

CDE-Código Deontológico do Enfermeiro

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

CPPP-Curso de Preparação Para o Parto e Parentalidade

CRPP- Cursos de Recuperação Pós-Parto

CSP- Cuidados de Saúde Primários

CTG- Cardiotocografia

DG-Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral de Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EC- Ensino clínico

ER – Estágio com Relatório

FIGO-Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HPV-Vírus do papiloma humano

ICM-*International Confederation of Midwives*

JBI- *Joanna Briggs Institute*

MMF-Medicina Materno-Fetal

OE-Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

PP- Plano de parto

PTGO-Prova de tolerância à glucose oral

RE-Relatório de Estágio

REPE- Regulamento de Exercício Profissional

RN-Recém-Nascido

RPM- Rutura prematura de membranas

SPG- Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SR- *Scoping Review*

TP- Trabalho de Parto

UC-Unidade Curricular

UCC-Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP-Unidade de Cuidados de Saúde Primários

UNICEF- Fundo de Emergência Internacional para as crianças das Nações Unidas

RESUMO

O presente Relatório de Estágio (RE) pretende espelhar o meu percurso formativo na Unidade curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), integrado no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo subjacente a teoria da promoção da saúde de Nola Pender, que norteou a minha prática de cuidados e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

O Plano de Parto (PP) consiste num documento escrito elaborado pela grávida/casal onde este expressa os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto (TP) e parto. Este documento permite uma melhor comunicação com os profissionais de saúde, facilitando a realização das expectativas da grávida/casal relativamente ao seu parto (OE, 2012).

Na primeira fase do estudo de investigação realizei uma *Scoping Review* (SR), segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute*, para mapear a evidência científica existente, relativamente aos contributos do PP para a grávida. Os resultados obtidos, deram suporte à construção de dois instrumentos de colheita de dados para a segunda fase da investigação (estudo descritivo de abordagem quantitativa), que teve como objetivos: descrever os contributos do PP para o empoderamento da grávida e para a tomada de decisão; analisar a implementação e o respeito do PP pelos profissionais de saúde. A amostra foi constituída por 35 participantes. Os resultados da análise dos PP evidenciaram um respeito parcial do PP por parte dos profissionais de saúde, no que diz respeito aos desejos relativos ao TP em cerca de 50 % e no respeito dos desejos relativos ao nascimento e cuidados ao RN em cerca de 75%. Todavia, 91,42% dos participantes sentiram que o seu PP foi respeitado pelos profissionais de saúde. Este estudo mostrou também que os participantes consideram que a utilização do PP lhes conferiu uma autonomia acrescida para uma tomada de decisão informada (M=3,54), ajudou a promover uma perspetiva mais positiva sobre o seu parto, aumentando o seu sentimento de controlo e empoderamento (M=3,57). Conclui-se que os resultados obtidos e alguns dos achados da SR são similares, o PP contribui para o empoderamento da grávida/casal na tomada decisão relativa às escolhas para o trabalho de parto e nascimento do seu filho, assim como, para a satisfação com a experiência de parto. Neste sentido, é fundamental que o EEESMO assuma um papel central em todo este processo, sendo o profissional de referência para apoiar a construção, discussão e implementação do PP.

Palavras chave: “Grávida”, Plano de Parto”, “mães grávidas” e “mulher grávida”

ABSTRACT

This Internship Report (RE) aims to mirror my training path in the Curricular Unit (CU) Internship with Report (ER), integrated into the 13th Master's Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing (CMESMO) at the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, based on Nola Pender's theory of health promotion, which guided my care practice and the development of Specialist Nurse skills in Maternal and Obstetric Health Nursing.

The Birth Plan (PP) consists of a written document prepared by the pregnant woman/couple where they express their wishes regarding their labor (PT) and birth. This document allows for better communication with health professionals, facilitating the fulfillment of the pregnant woman/couple's expectations regarding their birth (OE, 2012).

In the first phase of the research study, I carried out a *Scoping Review* (SR), according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute, to map the existing scientific evidence regarding the contributions of PP for pregnant women. The results obtained supported the construction of two data collection instruments for the second research phase (descriptive study with a quantitative approach), which aimed to: describe the contributions of PP to the empowerment of pregnant women and decision-making; analyze the implementation and respect of the PP by health professionals. The sample consisted of 35 participants. The results of the PP analysis showed partial respect for the PP on the part of health professionals, with regard to wishes related to labor in around 50% and respect for wishes relating to birth and care for the newborn in around 75%. However, 91.42% of the Participants felt that their PP was respected by healthcare professionals. This study also showed that participants consider that the use of PP gave them greater autonomy to make informed decisions (M=3.54), helped to promote a more positive perspective on their birth, increasing their feeling of control and empowerment (M=3.57). It is concluded that the results obtained and some of the SR findings are similar, the PP contributes to the empowerment of the pregnant woman/couple in making decisions regarding choices for labor and birth of their child, as well as to satisfaction with the birth experience. In this sense, it is essential that EEESMO assumes a central role in this entire process,

Keywords: "Pregnant", "Birth Plan", "Expectant Mothers" e "Pregnant Women

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL.....	13
1.1. Plano de parto como empoderador da grávida na tomada de decisão..	13
1.2. Modelo de promoção da saúde de Nola Pender.....	15
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	18
2.1. Scoping review.....	18
2.2. Estudo Descritivo de abordagem quantitativa.....	19
2.3. Considerações éticas.....	20
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.....	22
3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, período pré concecional e período pré-natal.....	22
3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	27
3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade com recurso ao plano de parto.....	37
3.3.1. Divulgação da temática em estudo.....	38
3.3.2. Caraterização da amostra.....	39
3.3.3. Apresentação dos resultados.....	40
3.3.4. Discussão dos resultados.....	43
3.3.5. Principais conclusões, implicações para a prática e limitações do estudo.....	45
3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	45

3.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológico.....	51
4. REFLEXÃO FINAL.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termos de pesquisa e descritores booleanos

APÊNDICE 2: *PRISMA Flow Diagram* para o processo de SR segundo as orientações da JBI

APÊNDICE 3: Síntese dos resultados obtidos após a seleção dos estudos a incluir na SR

APÊNDICE 4: Apresentação e discussão de resultados da SR

APÊNDICE 5: Instrumento de monitorização e implementação do PP

APÊNDICE 6: Questionário de satisfação de elaboração do PP

APÊNDICE 7: Síntese das tabelas, quadros e gráficos relativos à análise de dados quantitativos com recurso ao SPSS

APÊNDICE 8: Sessão de formação à equipa de enfermagem do Contexto de Medicina Materno-Fetal (Planeamento, apresentação e avaliação)

APÊNDICE 9: Sessão de formação às grávidas no contexto de Cuidados de Saúde Primários (Planeamento, apresentação e avaliação)

APÊNDICE 10: Sessão de formação à equipa de enfermagem do Contexto de Puerpério (Planeamento, apresentação e avaliação)

APÊNDICE 11: Sessão de formação à equipa de enfermagem do Contexto de Bloco de partos (Planeamento, apresentação e avaliação)

APÊNDICE 12: Folheto informativo sobre a transição para a menopausa

ANEXOS

ANEXO 1: Descrição da pesquisa na *EBSCOhost*

ANEXO2: Parecer da Comissão de Ética e autorização do Conselho de Administração

ANEXO 3: Síntese das atividades realizadas ao longo do ER

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio (RE) pretende espelhar o meu percurso formativo na Unidade curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), integrado no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estando sujeito a apresentação e discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Os cuidados de Enfermagem, atualmente assumem uma maior relevância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. “O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, p.4744).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) materializa-se com a aquisição de conhecimentos baseados na evidência científica e com a integração desses saberes no desenvolvimento das competências especializadas definidas pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), bem como pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019) e pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019).

Foi escolhida uma temática de interesse pessoal e atual que foi desenvolvida ao longo deste percurso: Plano de Parto (PP) como empoderador da grávida na tomada de decisão e emergiu devido à necessidade de dar visibilidade à importância da elaboração de um PP durante a gravidez, para planear o parto da grávida/casal, oportunizando a tomada de decisão informada e posicionando a grávida no centro de todo o processo.

De acordo com o parecer nº 7/2012 da Ordem dos Enfermeiros (OE), o PP consiste num documento elaborado pela grávida/casal, no qual é manifestado os desejos do casal referentes ao trabalho de parto (TP) e parto. Este documento é facilitador da transmissão de informação à equipa de saúde, promovendo em simultâneo a realização das expectativas do casal relativamente ao seu projeto.

Para o desenvolvimento deste projeto e das competências de EEESMO, bem como do grau acadêmico de Mestre, tive em consideração as orientações da OE, nomeadamente, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE,2019) e as da ICM (2019), tendo como base o quadro concetual e teórico orientador da prática de enfermagem-O Modelo de promoção da saúde de Nola Pender.

Durante o ER integrei vários contextos clínicos e tive como objetivos desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais de forma a cuidar a mulher, inserida na família e comunidade: a vivenciar processos de saúde/doença do foro ginecológico, no climatério; no âmbito do planeamento familiar; durante o período pré-concepcional, pré-natal, em TP, no período pós-natal; e mais especificamente com recurso ao PP.

O presente documento é constituído por três capítulos, sendo o primeiro referente ao enquadramento concetual que contempla a revisão da literatura que sustenta a temática e o referencial teórico que orientou a prática clínica.

O segundo capítulo reporta-se ao percurso metodológico, incluindo a revisão scoping, o planeamento e desenvolvimento do estudo de investigação realizado e algumas considerações éticas.

O terceiro capítulo integra a reflexão crítica sobre o desenvolvimento e aquisição de competências nos diferentes contextos clínicos, contemplando a apresentação, discussão dos resultados do estudo realizado, as principais conclusões do mesmo e a sua divulgação, evidenciando a competência "Cuida a mulher inserida na família e comunidade com recurso ao plano de parto".

Por fim, será efetuada uma reflexão final relativa ao percurso de aprendizagem e aos contributos que os diferentes contextos de estágio proporcionaram, com extrema importância para o desenvolvimento pessoal e profissional, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

Este relatório foi realizado de acordo com a norma APA 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

Este capítulo contempla uma breve revisão da literatura relativa à temática presente neste relatório seguindo-se o referencial teórico que sustenta o desenvolvimento da prática de enfermagem.

1.1. Plano de Parto como empoderador da grávida na tomada de decisão

O cuidado prestado à mulher no processo de parto sofreu modificações significativas ao longo dos anos. O parto, no princípio assistido por parteiras tracionais em ambiente familiar e íntimo, passou, a partir da segunda metade do século XX, a ser um evento hospitalar e cirúrgico. Nessa época, descobertas no campo da ciência e tecnologia procuraram controlar complicações e possíveis condições de risco materno e fetal (Medeiros et al, 2019). Tais avanços foram fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento médico, contudo levaram à instrumentalização do parto e hospitalização da parturiente. As mulheres perderam o seu protagonismo e a capacidade de conduzir esse momento. Neste enquadramento surge a necessidade de um instrumento que dê voz às escolhas das parturientes e facilite a comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres em TP (Medeiros et al, 2019).

O PP consiste num documento escrito elaborado pela grávida/casal onde este expressa os seus desejos relativamente ao seu TP e parto. Este documento permite uma melhor comunicação com os profissionais de saúde, facilitando a realização das expectativas da grávida/casal, relativamente ao seu parto. Para a sua elaboração é importante um conhecimento aprofundado da grávida/casal relativamente ao processo de parto, sendo a intervenção do EEESMO fundamental (OE, 2012).

O PP implica a reflexão da grávida/casal durante a gravidez, de modo a promover a consciencialização da relação entre as decisões e escolhas e o próprio decurso do TP, de forma a construir decisões responsáveis e informadas (OE, 2018).

A OE, em 2012, publicou um documento, que surgiu de um Projeto intitulado “Pelo Direito ao Parto Normal: uma Visão Partilhada”, cujos objetivos são orientar e ajudar o EEESMO a construir uma definição de parto normal e permitir consensos nas equipas promotoras de assistência ao parto. Em Portugal, a humanização do parto tem sido um constante desafio, pelo que se torna importante salientar o seu significado. Correia

(2011), refere que humanizar o parto é devolver o protagonismo às mulheres durante o TP, de modo a terem um papel ativo durante o mesmo.

Considerando o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE,2019), o EEESMO deve, no período pré-natal, promover o PP, aconselhar e apoiar a mulher na sua decisão (H2.1.9). O mesmo documento refere que é competência do EEESMO, durante o TP, atuar de acordo com o PP estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (H3.1.1).

Silva et al. (2012), referem que a conduta dos profissionais de saúde deve basear-se no modelo bioético da autonomia, prestando ao utente informação pertinente para que o mesmo possa tomar decisões. O PP, assenta neste modelo, uma vez que é um documento onde a grávida/casal registam as suas preferências para o TP, parto e pós-parto. Neste contexto, a tomada de decisão envolve o protagonismo no momento da grávida/casal fazer escolhas, ao serem munidos de conhecimentos importantes que permitem a escolha informada (Martins et al., 2018).

Medeiros et al. (2019), mencionam que a realização de um PP durante o período pré-natal influencia de forma positiva o processo do parto e os desfechos materno-fetais. No entanto, as expectativas irrealistas das mulheres podem causar insatisfação com a experiência e é por esse motivo que os profissionais de saúde desempenham um importante papel no apoio à elaboração de um PP. Assim, conseguindo um processo de parto natural e fisiológico, com melhor comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde, com mais consciencialização das mulheres sobre os processos envolvidos no TP e parto, maior sensação de controlo, autonomia e protagonismo e por conseguinte, melhores resultados obstétricos e neonatais com maior grau de satisfação materna. Este resultado vem de encontro ao preconizado pela OMS *"As mulheres desejam ter uma experiência de parto positiva que preencha ou exceda as suas crenças e expectativas pessoais e socioculturais. Isto inclui dar à luz um bebé saudável num ambiente clínico e psicologicamente seguro, com suporte prático e emocional contínuo por quem a acompanha no nascimento e dispor de cuidados por parte de pessoal clínico tecnicamente competente e gentil. A maioria das mulheres pretende ter um parto fisiológico e ter uma sensação de realização pessoal e envolvimento na tomada de decisão, mesmo quando são precisas e desejadas intervenções médicas."* (WHO, 2018, p.1).

Em Portugal o PP é um instrumento recomendado pela OE (OE,2012), uma vez que através deste são salvaguardadas as opções do casal relativamente ao processo de parto.

Desde a sua implementação na década de 1970, os PP têm-se tornado cada vez mais populares nos países ocidentais com o propósito de promover a autonomia das mulheres durante o parto, sendo já vários os estudos que concluem que o uso do PP pode influenciar o tipo de parto, podendo constituir-se uma ferramenta importante para a diminuição das taxas de cesarianas. Além disso, podem contribuir para o aumento da satisfação, eficácia e empoderamento das mulheres (Cortés et al., 2015). Sendo neste contexto o empoderamento entendido como um sentimento de autorrealização e uma maior independência, para desempenhar tarefas e resolver problemas, adquirida através da interação com o ambiente e com outros indivíduos, levando a um aumento da energia psicológica para alcançar a gravidez e o parto desejado (Kameda & Shimada,2008).

De acordo com Silva & Lopes (2020), ainda há um grande desconhecimento da existência do PP mas há o reconhecimento da importância do mesmo. Estes destacam a importância de se implementar uma metodologia que integre a existência da discussão entre as parteiras em vários contextos profissionais, sobre a formação de competências com entrevistas para obter as informações necessárias e promover o conhecimento sobre o processo de parto, permitindo à grávida/casal a negociação e o empoderamento.

1.2. Modelo de Promoção da saúde de Nola Pender

O Referencial teórico de enfermagem que sustenta a minha prática, é o *Modelo de promoção da saúde de Nola Pender*.

Nola Pender criou o Modelo de Promoção da Saúde em 1982, tendo sido revisto diversas vezes ao longo dos anos, sendo que a última foi em 2019.

O objetivo deste modelo é medir estilos de vida promotores de saúde. Existem processos bio-psico-sociais que motivam os indivíduos a terem comportamentos orientados no sentido da **promoção da sua saúde**. Neste modelo, **“pessoa”** é um conceito central, que se expressa de forma ímpar em conformidade com as suas representações cognitivas e perceptivas individuais e de acordo com os fatores desencadeantes de mudança, a que é exposto. O indivíduo tem um papel determinante na sua saúde, pois o **auto-cuidado** representa o modelo dominante nos cuidados de saúde (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019).

Nesse sentido, este modelo que foi desenvolvido nos Estados Unidos na década de 80, serve de alicerce para pesquisas que visam o entendimento de comportamentos promotores de saúde e a percepção de estilos de vida que precisam de ser avaliados (Lima et al., 2021, conforme citado por Carlos et al., 2023).

A aplicação do **Modelo de Promoção de Saúde** prevê como resultado de ação, mudanças comportamentais positivas nos indivíduos relacionadas com a promoção da saúde, permitindo que a pessoa desenvolva um papel ativo do seu próprio comportamento, procurando atingir um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019).

Segundo Murdaugh, Parsons & Pender (2019), o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, enfatiza a importância sobre comportamentos que melhoram o bem-estar ao longo da vida. Descreve a natureza multidimensional das pessoas, na interação com o seu ambiente físico e pessoal à medida que procuram a **saúde**. O conceito de **ambiente** é o resultado das relações do indivíduo e acesso a serviços de saúde, sociais e econômicos; **pessoa** é aquela que tem capacidade de tomar decisões e com potencial para a mudança comportamental e o conceito de **enfermagem**, são as intervenções e estratégias que o enfermeiro adota para a promoção da saúde, com enfoque no autocuidado.

Focado em 3 áreas diferentes:

-**Caraterísticas e experiências individuais**, que integram o comportamento anterior e ainda fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais.

-**Cognições específicas do comportamento e afeto**, que têm grande importância motivacional, pois podem ser modificadas por meio de intervenções e incluem benefícios e barreiras que serão essenciais para avaliar a mudança após uma intervenção.

-**Resultados comportamentais**, relacionados com a obtenção de ganhos em saúde, no sentido da promoção da mesma.

De acordo com Murdaugh, Parsons & Pender (2019), os agentes de saúde devem ter em consideração a complexidade da promoção da saúde que se foca em seis dimensões: "**indivíduo, família, comunidade, socioeconômica, cultural e ambiental**", sendo fundamental o seu contributo para empoderar o indivíduo, de modo a orientá-lo para o auto-cuidado. Estando assente na conceção da promoção da saúde, este modelo é indicado para ser utilizado ao longo do ciclo de vida, em diferentes contextos.

O modelo assenta no princípio de que o indivíduo, de acordo com a sua natureza multidimensional, deve ser visto de forma holística, mas as partes podem ser estudadas no contexto do todo, considerando que os seres humanos interagem com o ambiente e mudam-no de acordo com as suas necessidades e objetivos.

No contexto da elaboração de um PP, a sua concretização vai permitir aumentar a literacia em saúde e promover a saúde da grávida, pois ao ter mais conhecimentos, vai conseguir obter mais competências para a tomada de decisão consciente e informada, tendo um papel principal nas suas escolhas.

O modelo de Nola Pender é uma teoria que tem como conceitos: **ambiente, saúde, enfermagem e pessoa**, sendo a base para atingir estilos de vida e comportamentos que sejam promotores de saúde (Lima et al., 2020 conforme citado por Carlos et al., 2023).

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Este capítulo diz respeito à metodologia utilizada baseada em evidência científica, de forma a fundamentar a prática de cuidados, bem como o desenvolvimento das competências de EEESMO e de Mestre, e do estudo de investigação.

Está dividido em três subcapítulos: o primeiro subcapítulo corresponde à revisão da evidencia científica publicada relativa aos contributos do PP para o empoderamento da grávida na tomada de decisão relativamente ao que deseja para a sua experiência de parto, o segundo subcapítulo descreve as opções metodológicas para o desenvolvimento do estudo descritivo, de abordagem quantitativa e termina com as considerações éticas.

2.1. Scoping review

Na primeira fase da investigação, realizei uma pesquisa bibliográfica da evidência científica nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete através da plataforma EBSCOhost e B-ON (biblioteca do conhecimento online) acedida no Website da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Os termos de pesquisa foram de encontro ao tema/questão de investigação, contendo os elementos da mnemónica (PCC) relativa a população, conceitos e contexto, excluindo o contexto, pois foi considerado irrelevante para responder à questão de pesquisa. As palavras chave utilizadas foram "Pregnant", "Birth Plan", "Expectant Mothers" e "Pregnant Women" (apêndice 1). A questão de revisão foi: Quais os contributos do PP para a grávida? O contexto foi considerado irrelevante para o objetivo da pesquisa, sendo este: mapear a evidência científica publicada sobre os contributos do PP para a grávida. A revisão integrou artigos publicados consoante os critérios de inclusão: em idioma inglês, português ou espanhol, publicados a partir do ano de 2019 até 2023 e consoante os critérios de exclusão: artigos que não estejam disponíveis para consulta em texto integral e que não abordem a temática pretendida.

Assim, recorri à metodologia *scoping review* (SR) segundo as orientações de *Joanna Briggs Institute* (JBI), foi realizada uma pesquisa pelas palavras naturais e pelos termos indexados em cada uma das bases de dados separadamente. Posteriormente, dentro de cada termo da questão, combinei as palavras com o operador booleano "OR" e entre os termos da questão apliquei o operador booleano "AND". A tabela com os termos de

pesquisa e descritores é apresentada no Apêndice 1. Toda a pesquisa detalhada, nas três bases de dados, é apresentada no Anexo 1 e decorreu entre 8/10/2023 e 10/10/2023. De modo, a compreender a estratégia de pesquisa, a seriação e inclusão de artigos, elaborei o Fluxograma Prisma segundo as orientações da JBI (Godfrey et al., 2020) que se encontra no Apêndice 2.

Após aplicação de todos os critérios de inclusão e exclusão foram obtidos na CINAHL Complete 39 artigos, na MEDLINE Complete 38 artigos e na B-ON 3. Foi efetuada a remoção de duplicados em cada uma das bases de dados separadamente, tendo sido eliminados 20 artigos na CINAHL Complete, 9 artigos na MEDLINE e 1 artigos na B-ON ficando nesta fase 50 artigos. Foi realizada a triagem pelos títulos, sendo selecionados 33 artigos, tendo sido excluídos 17 artigos, por não se enquadrarem no tema de estudo. Da leitura dos resumos, considerando os critérios de inclusão, foram selecionados 23 artigos, tendo sido nesta fase, excluídos 10 artigos. Efetuou-se a leitura integral, obtendo-se 11 artigos, tendo sido destes, excluídos 5 artigos. Assim, foram incluídos nesta SR 6 artigos.

Para a extração de resultados elaborei uma tabela, segundo as orientações do JBI (Godfrey et al., 2020), apresentando a mesma no Apêndice 3. Os resultados obtidos na SR serão mobilizados para a discussão dos resultados obtidos na segunda fase desta investigação (subcapítulo 3.3), sendo também apresentados e discutidos no Apêndice 4.

2.2. Estudo Descritivo de abordagem quantitativa

Conhecendo os resultados da evidência científica, obtidos através da SR, sobre os contributos do PP para o empoderamento da grávida na tomada de decisão relativamente ao que deseja para a sua experiência de parto, desenvolvi um estudo descritivo de abordagem quantitativa com os objetivos de: Descrever os contributos do PP para o empoderamento da grávida e para a tomada de decisão; analisar a implementação e o respeito do PP pelos profissionais de saúde.

A população alvo deste estudo foram grávidas em TP que no momento da sua admissão no BP fossem portadoras de um PP. O método de amostragem utilizado foi o de conveniência, devido à facilidade de acesso aos participantes e ao tempo limitado para a pesquisa. Foram definidos como critérios de inclusão: parturiente com PP, sem complicações na gravidez, que condicionem a implementação do PP e que manifeste formalmente intenção de participar no estudo. Os critérios de exclusão foram:

Parturiente sem PP, ou com patologia durante a gravidez que condicione a implementação do PP, ou que não aceite participar no estudo.

Construíram-se dois instrumentos de recolha de dados:

- Instrumento de monitorização da implementação e respeito pelo PP, com o objetivo de avaliar em que medida os desejos e expectativas das parturientes expressas no PP são respeitadas pelos prestadores de cuidados, durante o TP. Para a conceção deste instrumento contribuíram os achados da revisão da literatura que permitiram identificar algumas das intenções e desejos das parturientes plasmados com maior frequência no PP. Foi preenchido pelo investigador durante a interação de cuidados com as parturientes nas quatro fases do TP (Apêndice 5).
- Questionário- PP como empoderador da grávida na tomada de decisão, construído no *Google Forms* (disponibilizado às participantes através de um link) com o objetivo de descrever os contributos do PP para o empoderamento da grávida e para a tomada de decisão, permitiu igualmente a caracterização da amostra em termos sociodemográficos, em termos obstétricos e a avaliação da satisfação com a elaboração do PP. O questionário continha um total de 15 questões: de escolha múltipla; de resposta fechada; dicotómica de duas opções “Sim” e “Não” e de matriz/escala de 4 pontos (1- Nada; 2- Um pouco; 3- Bastante; 4- Muito), que se encontra no Apêndice 6.

Quanto à análise de dados, foi realizada análise estatística descritiva aos dados quantitativos, com recurso ao Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS-27) – cujo relatório integral está patente no Apêndice 7.

2.3. Considerações éticas

A Enfermagem enquanto profissão é regulada por princípios éticos, descritos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e pelo Regulamento de Exercício Profissional (REPE). Todas as questões éticas intrínsecas ao desenvolvimento do ER tiveram como base o CDE e o REPE. Durante a prestação de cuidados, solicitei sempre a autorização verbal da utente, após informação relativa ao procedimento que iria realizar. Quanto ao estudo de investigação reforcei às utentes o seu direito à confidencialidade, anonimato, autodeterminação e intimidade para recusar participar no estudo em qualquer das suas etapas. Os mesmos foram formalizados através do consentimento informado presente

no Questionário, no 1º parágrafo (Apêndice 6), dando toda a informação relativa aos objetivos do estudo, sem coação, garanti e respeitei o anonimato e confidencialidade das mesmas no registo e extração dos dados, sendo estes exclusivamente para fins académicos e de investigação

Realizei um pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital onde se desenvolveu o estudo, tendo sido deferido (Anexo 2).

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Neste subcapítulo, é pretendido relatar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, sustentada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstetrícia (Regulamento nº391/2019), assim como no documento *Essential Competencies for Midwifery Practice (2019)* do ICM.

De modo a descrever e refletir no percurso desenvolvido ao longo deste tempo, estruturei este capítulo em cinco subcapítulos: Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, durante o período pré-concepcional e pré-natal; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP; Cuida a mulher inserida na família e comunidade com recurso ao PP; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos saúde/doença do foro ginecológico.

A síntese do registo das atividades realizadas durante o ER é apresentada no Anexo 3.

3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, período pré concepcional e período pré-natal

Esta competência foi desenvolvida no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, pré concepcional e da mulher grávida.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências promotoras da saúde reprodutiva da mulher, contribuíram as atividades experienciadas no contexto clínico dos cuidados de saúde primários (CSP).

Realizei consultas no âmbito pré-concepcional. Durante as consultas era realizada a anamnese de forma a recolher todos os dados importantes pessoais e familiares, avaliada a necessidade da realização de análises, avaliação da necessidade de atualização do Plano Nacional de Vacinação e educação para a saúde sobre a toxoplasmose, sobre a alimentação saudável, sobre estilos de vida saudáveis, os aspetos familiares, psicológicos, sociais assim como evidenciar a importância da vigilância pré-natal precoce e continuada

(Direção Geral de Saúde (DGS), 2006). De acordo com o referencial de Nola Pender, esta teoria traz hábitos promotores de saúde e permite um cuidado de qualidade ao longo de um processo que envolve não só a equipa de saúde como também a própria utente (Carlos et al., 2023).

Neste contexto, o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar (Regulamento n.º 391/2019) Tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, realizar educação para a saúde e de empoderar as mulheres/casais, no sentido da “decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcepcional” (Regulamento n.º 391/2019, p.13561).

A minha prática de cuidados nos CSP, foi principalmente no acompanhamento das mulheres nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco e consultas de planeamento familiar, no aconselhamento pré-concepcional bem como na divulgação e supervisão de métodos contraceptivos, avaliação de sintomas ou desconfortos. Para além do EC desenvolvido na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), tive a oportunidade de estar presente na consulta autónoma da saúde da mulher na UCSP (Unidade de cuidados de saúde primários), dirigida para as utentes sem médico de família, de modo a dar resposta às suas necessidades. Pude realizar consultas no âmbito do rastreio do cancro do colo do útero e do planeamento familiar e nas consultas de gravidez de baixo risco.

As atividades realizadas permitiram-me desenvolver competências no âmbito da saúde sexual, ginecológica e reprodutiva, tendo tido a possibilidade de realizar colpocitologias, retirar um dispositivo intra-uterino, colocar e retirar três implantes subcutaneos (implanon). Tive ainda a oportunidade de propor e discutir alternativas contraceptivas com as utentes que o solicitavam, de realizar educação para a saúde sobre o auto-exame da mama e vacinação. De acordo com o regulamento nº 391/2019, o EEESMO informa e orienta em matéria de planeamento familiar e preconcepcional, promovendo a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional.

Em todas as situações de cuidados tive atenção em avaliar o risco pré-natal de modo a permitir a identificação precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher neste período. Desta forma, o EEESMO desempenha um papel fulcral nos inúmeros desafios e riquezas de intervenções que esta área de cuidados implica, já que

é o profissional de eleição para o cuidado especializado com conhecimentos e competências reconhecidas para cuidar da grávida e convivente significativo em situação de risco materno-fetal, por forma a potenciar a saúde da mulher no período pré-natal, detetando e tratando complicações precocemente, promovendo o bem-estar materno-fetal quer durante o período pré-natal quer em situações de abortamento (Regulamento n.º 391/2019).

No âmbito dos CPPP (Cursos de preparação para o parto e parentalidade), na UCC, as grávidas que pretendem frequentar os mesmos, são convocadas para uma consulta, que é conduzida seguindo os mesmos princípios da consulta de enfermagem pré-natal: entrevista à grávida/casal, avaliação de sinais vitais, avaliação de movimentos fetais, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, manobras de Leopold, avaliação do risco pré-natal, realização de promoção para a saúde, esclarecimento de dúvidas, registos no Boletim de Saúde da Grávida (DGS,2015) e aplicação da escala de Edimburgo no terceiro trimestre, um mês antes do parto de acordo com o Manual de Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (DGS,2005). De acordo com o score obtido (igual ou superior a 12), era proposto o encaminhamento para o psicólogo da UCC.

Os CPPP, são compostos por grupos de casais (ou apenas a grávida) e têm sessões presenciais e online dinamizadas e coordenadas pela EEESMO, com a intervenção de uma fisioterapeuta, uma enfermeira especialista em saúde infantil, uma higienista oral e um psicólogo. Os cursos são divididos em sessões/temáticas que podem ter componente prática e/ou teórica, dependendo da temática abordada.

O papel do EEESMO na dinamização destes programas assume especial importância, uma vez que são momentos essenciais para conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar intervenções que permitam à mulher/casal adquirir conhecimentos sobre as alterações físicas, psicológicas e sociais relativas à gravidez/parto e puerpério, assim como os cuidados ao recém-nascido. Facto este que permite tornar os casais com capacidade para tomarem decisões informadas e esclarecidas. Estes cursos são ministrados em grupo o que permite uma interação entre casais, a partilha de ideias, de dúvidas, de experiências e diminui a ansiedade no processo esperado. A sua componente prática permite aos casais compreenderem de forma facilitada as estratégias a adotarem no TP, parto e puerpério (Pereira, 2016). Assim, a pessoa tem um papel ativo na promoção da sua saúde, devendo estar os cuidados do enfermeiro

centrados na mesma, ao mesmo tempo que a apoia nesse processo (Murdaught, Parsons & Pender, 2019).

Segundo a DGS (2015a), a consulta de vigilância de gravidez de baixo risco está integrada nos cuidados pré-natais, tendo um especial enfoque na educação para a saúde e na preparação para o parto e parentalidade.

No âmbito pré-natal, no contexto de Medicina materno-fetal (MMF), prestei cuidados especializados às grávidas em situação de risco materno-fetal e em situações de indução de TP programadas pela consulta de obstetrícia ou planeadas no internamento.

A ameaça de parto pré-termo (APPT), de acordo com Magro et al. (2016), é definido pelo aparecimento de contratilidade uterina regular, produzindo alterações no colo uterino antes das 37 semanas de gestação, nomeadamente, afunilamento, apagamento e ou dilatação do colo.

O conhecimento e a identificação dos fatores de risco para o parto pré-termo podem contribuir para a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos no mesmo, sendo este fato importante para a sua prevenção. Devido à etiologia multifatorial da maioria dos partos pré-termo torna-se difícil identificar os diferentes fatores de risco e como tal atuar na sua prevenção não é fácil (Graça, 2017).

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), o período pré-natal é um momento de grandes alterações fisiológicas e emocionais, tanto na grávida, como na família, casal. Este momento exige reorganização na dinâmica do casal de modo a ser adaptado um novo membro e aos seus novos papéis de pais.

Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a grávidas com inúmeras patologias e situações de risco, nomeadamente grávidas com diabetes gestacional (DG), APPT(ameaça de parto pré-termo), rotura prematura de membranas (RPM), hipertensão crónica, hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, hemorragia do 2º e 3º trimestres, pielonefrite, gravidez gemelar, restrição do crescimento fetal, hidrâmnios e oligoâmnios, sendo da competência do EEESMO a vigilância materna e fetal.

No momento particular de cuidados, recorri à empatia e proximidade com a grávida/casal, sendo importante para identificar quais as necessidades de conforto se encontravam comprometidas facilitando, deste modo, o planeamento dos meus

cuidados em função das suas necessidades. Deste modo, avaliei o bem-estar materno-fetal através da avaliação dos sinais vitais, dor, peso, altura do fundo uterino e auscultação dos batimentos cardio-fetais, conforme preconizado nas competências do EEESMO (OE, 2019).

Neste seguimento, monitorizava a saúde materno-fetal com recurso ao Doppler e ao cardiotocógrafo e realizei a leitura e avaliação da cardiotocografia (CTG), cumprindo as indicações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Avaliei os parâmetros vitais, realizei as Manobras de Leopold (sempre que não estava perante uma situação de APPT) para identificar a estática fetal e auxiliar na identificação do foco para monitorizar os batimentos cardíacos e registei contratilidade uterina, cuja atuação está prevista no Regulamento nº 391/2019, visto que o EEESMO identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. Tive a oportunidade de efetuar colheitas de sangue e urina para o diagnóstico/estudo da pré-eclâmpsia (rácio pré-eclâmpsia) o que me possibilitou compreender a importância da identificação de desvios no resultado das mesmas. A prova de tolerância à glicose oral (PTGO), para despiste de DG, também foi um dos exames realizado a grávidas, sendo relevante a sua realização no despiste de futuras complicações de doença na gravidez e a transmissão da informação às grávidas, promovendo a ação perante a promoção da sua saúde.

Nos momentos de cuidados em que vigiei e monitorizei a frequência cardio-fetal, recorria à empatia e disponibilidade com a grávida/casal, sendo importante para identificar quais as necessidades da mesma naquele momento e se estavam asseguradas com as minhas ações. Deste modo, o planeamento dos cuidados em função das suas individualidades é essencial e o EEESMO tem competências para as realizar, permitindo uma relação de confiança entre a grávida e o EEESMO. Assim, as características individuais de cada pessoa devem ser consideradas, de modo a que o indivíduo consiga alcançar a sua saúde, promovendo o auto-cuidado que deve ser o centro do cuidar em saúde (Murdaught, Parsons & Pender, 2019)

O EEESMO desempenha um papel fundamental nas diferentes intervenções que esta área de cuidados implica, já que é o profissional especializado com conhecimentos e competências reconhecidas para cuidar a grávida e pessoa significativa em situação de risco materno-fetal, por forma a potenciar a saúde da mulher no período pré-natal, detetando e tratando complicações precocemente e promovendo o bem-estar materno-

fetal quer durante o período pré-natal quer em situações de abortamento (Regulamento n.º 391/2019).

De fato, várias foram as grávidas às quais prestei cuidados que estavam internadas por APPT, com indicação para repouso absoluto ou parcial (podendo ir à casa de banho de cadeira de rodas e tomar duche), internadas por várias semanas com uma visita de apenas 30 minutos por dia (insuficiente na minha perspetiva) e que era notório que as afetava emocionalmente. Como futura EEESMO, devo proporcionar o apoio emocional e compreender a necessidade e pertinência da minha atuação, sempre que a grávida manifeste essa vontade.

Todas as condicionantes existentes pela própria limitação de estarem internadas com restrições de mobilidade e de contacto com familiares, era algo que de forma evidente se manifestava, vivida com angústia pela grávida, com momentos em que era mais notório a labilidade emocional. Assim, como futura EEESMO promovi cuidados centrados na grávida, ao encontro do que eram as suas vontades e expectativas, apoiando e salvaguardando o seu bem-estar emocional, demonstrando a minha disponibilidade para a escuta ativa e compreensão. De acordo Murdaugh, Parsons & Pender (2019), o indivíduo, deve ser visto de acordo com a sua natureza multidimensional, ou seja, com a componente holística, mas as partes podem ser estudadas no contexto do todo, considerando que os seres humanos interagem com o ambiente e mudam-no de acordo com isso.

A minha percepção da experiência que pude ter no âmbito da vigilância da gravidez de baixo risco, é que ainda se espera um longo caminho pela frente, no sentido de atribuir autonomia ao EEESMO, fundamental para dar visibilidade aos nossos cuidados.

3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Esta competência foi desenvolvida principalmente no BP, mas também no internamento de MMF durante a indução de TP.

O BP desta instituição, é composto por 8 quartos individuais para o TP e parto, um quarto de recobro (com duas camas), dois blocos de cirurgia, 1 sala de reanimação neonatal.

Pude participar e prestar cuidados especializados no acompanhamento às parturientes nos diferentes estádios do TP, mantendo como objetivo principal o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO e sustentando a minha prática na teoria da promoção da saúde de Nola Pender.

Segundo o Regulamento das competências específicas do EEESMO n.º 391/2019, o foco de atuação do EEESMO é a promoção da saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extra-uterina.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996 publicou diretrizes sobre a assistência obstétrica e definiu o parto normal como:

“Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição.” (OMS, 1996, p.4).

O **primeiro estágio do TP** engloba 2 fases, a latente e a ativa. Caracteriza-se pela presença de contrações dolorosas e regulares que resultam no apagamento e dilatação do colo uterino. Conforme as orientações da OMS (2018) na fase latente ocorrem contrações uterinas dolorosas, alterações do colo uterino, apagamento e progressão mais lenta da dilatação até aos 5 cm. A fase ativa consiste no período caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, com apagamento e dilatação do colo uterino e vai dos 5 cm até à dilatação completa.

A população à qual prestei cuidados foi bastante diversificada, multicultural, com diferentes níveis de literacia em saúde. Tem sido crescente esta diversidade cultural em Portugal, sendo cada vez mais necessário adequar os cuidados de acordo com as diferentes necessidades e preferências da utente/casal.

Pude prestar cuidados a várias grávidas no 1º estágio do TP. Inicialmente consultava o processo clínico da grávida, de modo a colher dados relativos a: antecedentes obstétricos e ginecológico, hábitos de vida, vigilância da gravidez atual, preparação para o parto e parentalidade, a idade gestacional, antecedentes pessoais, resultados de parâmetros analíticos, nomeadamente as serologias (quando não estavam previamente atualizados, por exemplo), avaliava os parâmetros vitais, verificava se existia um PP e consultava o partograma. De modo, a conhecer as suas preferências em relação ao TP, questionava a mulher/casal sobre o seu PP. Pude verificar que já existem várias pessoas que o elaboram e que percebem a importância do mesmo em ser discutido

previamente com um profissional de saúde. Habitualmente, as utentes pretendiam que o seu parto fosse o mais natural possível, com o mínimo de realização de procedimentos e estavam conscientes da eventual necessidade de haver alterações nas suas preferências. Por conseguinte, procurei integrar estas informações e individualizar o planeamento de cuidados. Dessa forma, o EEESMO “atua de acordo com o PP estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.” (Regulamento nº 391/2019, p.13563). A utente promove o auto-cuidado, ao procurar a sua saúde, ao envolver-se na mesma e tomar decisões centradas em si, devendo ser acompanhada pelo enfermeiro neste processo (Murdaugh, Parsons & Pender,2019).

O PP é importante que seja refletido e elaborado pela mulher/casal durante a gravidez, de modo a promover a consciencialização da relação entre as decisões e escolhas e o próprio decurso do TP e nascimento de forma a construir decisões responsáveis e informadas (OE, 2018). Centraliza o direito à informação e à tomada de decisão na mulher, tornando-a protagonista de seu próprio parto. A aliança terapêutica estabelecida entre a parturiente e o EEESMO, possibilita a criação de vínculos e pode auxiliar na preferência da mulher em relação a vários fatores e também permite a escolha de procedimentos no momento do parto tanto em situações em que este decorre sem intercorrências como em caso de possíveis complicações (Silva et al.,2017). É neste sentido que a sua discussão deve ser realizada junto de um EEESMO, que detém conhecimentos que ajudam o casal na tomada de decisão, informada e consciente.

A avaliação do bem-estar materno-fetal constitui uma das competências do EEESMO. Sempre que prestava cuidados a uma utente, monitorizava-a e avaliava a CTG, recorrendo à categorização definida pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO,2015), o que permite a identificação do risco materno-fetal durante o TP e a referenciação de situações que estão para além da minha área de atuação (Regulamento nº 391/2019). Apesar da OMS (2018) defender a monitorização intermitente, no local de EC onde estagiei, era utilizado a CTG contínua para avaliar o bem-estar materno-fetal. Sempre que possível, de forma a promover a liberdade de movimentos, era proporcionado o uso da monitorização com telemetria. No que diz respeito ao Partograma, este é um instrumento de trabalho de grande importância no BP, visto integrar informações relevantes da parturiente, a realização de analgesia farmacológica e respetivas horas de administração, a existência de rutura prematura de

membranas, as características do líquido amniótico e a hora da rutura (sendo muito importante para a avaliação do risco de infecção da parturiente e do RN). Possibilita, também, ter uma representação gráfica da progressão do TP, o que permite uma interpretação e análise da situação de forma mais clara. Monitoriza a sua evolução, mediante a análise da dilatação cervical e da descida da apresentação fetal (Prada & Rafael, 2016). Ao longo do estágio tive sempre o cuidado de atualizar e consultar o partograma de cada utente, sendo facilitador para o planeamento de cuidados.

No que diz respeito à avaliação do colo uterino em grávidas de baixo risco, a OMS (2018) recomenda a realização do toque vaginal (posição, consistência e apagamento/dilatação) em intervalos de 4 horas (com o consentimento da parturiente), como uma forma de avaliação da progressão do TP. Esta indicação promove a diminuição do risco infeccioso devido à manipulação, e do desconforto. Inicialmente senti alguma dificuldade em identificar as características do colo uterino, sentindo a necessidade da minha orientadora validar a minha observação. No entanto, fui progredindo e evolui nesta intervenção, conseguindo de forma segura e eficaz caracterizar a evolução do TP. O toque vaginal, permite a avaliação do colo uterino, a apresentação, a variedade, o nível da apresentação fetal e as características da bacia, assim como a integridade das membranas e características do líquido amniótico. De salientar que em todas as intervenções tinha o cuidado de as explicar e de obter o consentimento da parturiente.

Ao longo do TP, a dor é um sinal vital extremamente importante e influencia a forma como é vivenciado todo o processo de TP. Assim, o EEESMO deve informar e esclarecer a grávida/casal sobre a analgesia existente no BP e apoiar a sua decisão (Guerra, 2016).

Desta forma, quando admitia as utentes no BP, que eram transferidas do internamento de Grávidas para controlo algico, (ainda em fase latente do TP) abordava-as no sentido de perceber a sua intenção ao nível do controlo da dor, sendo que habitualmente solicitavam a analgesia loco-regional. Desta forma, solicitava ao anestesista que viesse ao BP avaliar a situação da utente e apoiava o processo junto da utente, validando os riscos e benefícios da intervenção. A OMS (2018), recomenda a analgesia epidural para gestantes saudáveis que solicitam este método para alívio da dor durante o TP. A analgesia epidural, (realizada por um anestesista) consiste na punção do espaço epidural, a nível lombar e colocação do cateter epidural que permite a instilação

contínua ou intermitente de analgésicos, sendo facilitador no controlo da dor ao longo de todo o processo (Guerra, 2016).

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor podem ser utilizados em simultâneo com métodos farmacológicos. Assim, a utente era informada sobre os recursos existentes no serviço (bola de pilates, banco de parto, sacos de calor/frio, apoio contínuo, hidroterapia, técnicas de respiração, aromaterapia, entre outros e após avaliação da condição clínica da grávida e em função das suas preferências, eram disponibilizadas essas opções. Desse modo, concebi, planeei, implementei e avaliei as intervenções promotoras de conforto e bem-estar da mulher em TP (OE,2019).

A musicoterapia foi uma técnica que utilizei com todas as grávidas na sala de parto, visto ser da sua preferência. Houve uma situação específica que me transmitiu imensa harmonia e tranquilidade, naquele momento do casal, em que o mesmo tinha planeado (através do seu PP) um quarto acolhedor ao seu gosto. Ao entrar no quarto verifico a existência de um aroma maravilhoso no ar, assim como um fio pendurado com várias luzes e com luminosidade diminuída. Este ambiente era sem dúvida facilitador no controlo da dor para a utente que estava, tranquila e relaxada, era um casal totalmente centrado no seu momento de TP, tornando-os protagonistas do mesmo (Silva et al., 2017). A utente/casal, procura a sua saúde num ambiente de bem-estar, centrado nas suas próprias escolhas e decisões (Murdaugh, Parsons & Pender,2019).

No que diz respeito à avaliação do colo uterino em grávidas de baixo risco, a OMS (2018) recomenda a realização do toque vaginal (posição, consistência e apagamento/dilatação) em intervalos de 4 horas (com o consentimento da parturiente), como uma forma de avaliação da progressão do TP. Esta indicação promove a diminuição do risco infeccioso devido à manipulação, e do desconforto. Inicialmente senti alguma dificuldade em identificar as características do colo uterino, sentindo a necessidade da minha orientadora validar a minha observação. No entanto, fui progredindo e evolui nesta intervenção, conseguindo de forma segura e eficaz caracterizar a evolução do TP. O toque vaginal, permite a avaliação do colo uterino, a apresentação, a variedade, o nível da apresentação fetal e as características da bacia, assim como a integridade das membranas e características do líquido amniótico. De salientar que em todas as intervenções tinha o cuidado de as explicar e de obter o consentimento da parturiente.

Ao longo do TP, a dor é um sinal vital extremamente importante e influencia a forma como é vivenciado todo o processo de TP. Assim, o EEESMO deve informar e esclarecer a grávida/casal sobre a analgesia existente no BP e apoiar a sua decisão (Guerra, 2016).

Desta forma, quando admitia as utentes no BP, que eram transferidas do Internamento de Grávidas para obter controlo algico, (ainda em fase latente do TP) abordava a utente no sentido de perceber a sua intenção ao nível o controlo da dor, sendo que habitualmente solicitavam a analgesia loco-regional. Desta forma, solicitava ao anestesista que viesse ao BP avaliar a situação da utente e apoiava o processo junto da mesma, validando os riscos e benefícios da intervenção. A OMS (2018), recomenda a analgesia epidural para gestantes saudáveis que solicitam este método para alívio da dor durante o TP. A analgesia epidural, (realizada por um anestesista) consiste na punção do espaço epidural, a nível lombar e colocação do cateter epidural que permite a instilação contínua ou intermitente de analgésicos, sendo facilitador no controlo da dor ao longo de todo o processo.

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor podem ser utilizados em simultâneo com métodos farmacológicos. Assim, a utente era informada sobre os recursos existentes no serviço (bola de pilates, banco de parto, sacos de calor/frio, apoio contínuo, hidroterapia, técnicas de respiração, aromaterapia, entre outros e após avaliação da condição clínica da grávida e em função das suas preferências, eram disponibilizadas essas opções. Desse modo, concebi, planeei, implementei e avaliei as intervenções promotoras de conforto e bem-estar da mulher em TP (OE,2019).

O segundo estágio do TP, de acordo com a OMS (2018), é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebé, durante o qual a mulher tem uma necessidade involuntária de fazer força, como resultado das contrações uterinas expulsivas.

Acima de tudo o EEESMO pode experienciar um sentimento de grande satisfação na condução do TP e ser um elemento fundamental de apoio, sensibilidade, tornando este momento uma experiência positiva para a grávida/casal.

Ao longo deste percurso fui ganhando mais autonomia nas intervenções às parturientes, mobilizando conhecimentos teóricos, com aplicação de forma eficaz e assim, adquirindo competências como futura EEESMO. Foram várias as posições que as

parturientes adotaram no momento expulsivo do RN, entre as quais, de cócoras, de gatas, lateral, de pé, no banco, em litotomia, semi-sentada. Nesta fase, questionava a utente sobre a posição que preferia adotar, de forma a dar-lhe o poder de decisão. De acordo com Cardoso et al. (2020), os profissionais de saúde devem ter experiência em assistir partos em várias posições, de modo a não ser um fator condicionante na escolha de posições durante o TP e parto.

Durante o acompanhamento do período expulsivo, deixava a apresentação progredir até ao abaulamento do períneo, antes da coroação da apresentação. Nesta altura controlava a velocidade de saída da cabeça, utilizando a manobra Ritgen que consiste em fazer pressão com uma mão sobre o polo cefálico, de forma a prevenir a deflexão súbita da cabeça fetal e provocar lacerações da uretra e clítoris e com a outra mão protegia o períneo de forma a prevenir lacerações do esfíncter, da mucosa retal ou do reto (Fatia & Tinoco, 2016).

Relativamente à expulsão do feto, possibilitei que a parturiente participasse na extração do feto. Foram algumas situações em que as parturientes optaram por fazê-lo, colocando-o de forma autónoma, mas com a minha supervisão, no seu tórax. Com esta intervenção possibilitei que a parturiente se sentisse envolvida no processo de nascimento, procurando deste modo controlar a sua saúde e ambiente, com o intuito de promover a sua saúde (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019).

Nas situações em que identificava a existência de circular cervical apertada, tinha muito receio em causar estiramento do cordão e devido à dificuldade em exteriorizar o RN, juntamente com a minha orientadora, era tomada a decisão de clampar e cortar o cordão de forma a exteriorizar o RN rapidamente. Com a aquisição de experiência e confiança, fui capaz de resolver a maior parte dos casos de circulares largas do cordão, realizando de forma autónoma a manobra de Somersault (nas circulares cervicais apertadas, optámos por realizar clampagem e corte precoce do cordão). Após a expulsão do feto, colocava o RN em contacto pele a pele com a parturiente, indicava a hora de nascimento, avaliava o índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto e procedia à laqueação do cordão umbilical depois de este parar de pulsar (cerca de 3 minutos após o parto), questionando sempre à utente/casal se pretendiam ter um papel interventivo neste momento, de forma a envolver os mesmos em todo o processo.

A American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020) refere que a laqueação tardia do cordão (pelo menos 30 a 60 segundos) após o nascimento no RN de termo, aumenta os níveis de hemoglobina do RN e melhora as reservas de ferro nos primeiros meses de vida. Está associado a benefícios neonatais significativos em prematuros, incluindo melhor circulação de transição, melhor estabelecimento do volume de glóbulos vermelhos, menor necessidade de transfusão de sangue e menor incidência de enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular.

Quando o grupo sanguíneo da parturiente era Rh negativo, colhia sangue do cordão para o grupo do RN, de modo a saber a necessidade de administração da imunoglobulina anti-D na puérpera (se o grupo de sangue do RN for Rh positivo), de forma a diminuir os riscos de isoimunização, principalmente numa futura gravidez. Assim, é fundamental uma correta colheita de dados da parturiente, de modo a prevenir e antecipar complicações futuras. Após a colheita do sangue do cordão e enquanto aguardava a expulsão da placenta, havendo estabilidade materna e do RN, mantinha o contacto pele a pele. De acordo com Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2020), o contacto pele a pele consiste em colocar o RN estável e com boa adaptação à vida extrauterina, despido e seco, com um gorro e coberto por toalha aquecida, em decúbito ventral sobre o tórax ou abdómen da mãe. É considerado imediato quando iniciado nos primeiros 10 minutos após o nascimento. Deve ser contínuo, sem interrupções por pelo menos 60 minutos. Esta prática, demonstra benefícios na vinculação, na regulação dos parâmetros fisiológicos e do comportamento do RN e no estabelecimento e manutenção da amamentação.

O terceiro estágio do TP é a dequitação. Após os sinais de descolamento (hemorragia de separação, elevação do fundo uterino 2-3 cm acima do umbigo, presença de contrações uterinas, prolongamento evidente do cordão umbilical (quando a placenta se aproxima do introito vaginal e o útero passa de uma forma discoide para ovoide com a passagem da placenta para o segmento uterino inferior) aplicava a manobra de Brandt-Andrews, sendo que esta manobra consiste na tração cuidada do cordão com uma mão e com a outra aplicar pressão sobre o útero, acima da sínfise púbica empurrando a placenta para baixo (Fatia & Tinoco, 2016).

A OMS (2018), recomenda a tração controlada do cordão, no sentido da minimização das perdas hemáticas e foi esta conduta que utilizei neste estágio. No

momento da dequitação, estive atenta ao tipo de mecanismo em que ocorreu a mesma, sendo a mais comum a de Schulze em detrimento da de Duncan. Imediatamente, após a dequitação verificava a formação do globo de segurança de Pinard e administrava ocitocina endovenosa (segundo protocolo do serviço), de modo a prevenir a hemorragia pós-parto e a manter o bem-estar da parturiente, minimizando o risco de complicações. Em relação à placenta, verificava as membranas, os cotilédones, a inserção do cordão e o número de vasos e perguntava sempre se a utente/casal tinha interesse em observar ou fotografar a placenta e em muitas situações, tinham interesse, envolvendo-os no processo.

No terceiro estágio, as principais complicações são a retenção placentar, hemorragia pós-parto, atonia uterina, inversão uterina e coagulopatia. Neste âmbito vivenciei algumas situações de dificuldade na extração da placenta e duas situações com membranas fragmentadas e por esse motivo, com necessidade de pedir apoio clínico. É muito importante o EEESMO identificar complicações que estão para além das suas competências e deste modo, prevenir, identificar e referenciar as situações que estão para além da área de atuação (Regulamento nº391/2019).

Houve uma situação de hemorragia após a dequitação. Nesse momento iniciei de imediato massagem externa no fundo uterino, de forma a aumentar a contratilidade do útero, enquanto a minha orientadora pedia apoio a outros profissionais. A massagem externa, foi eficaz e ainda foi realizada administração de ocitocina endovenosa suplementar (após as 20 unidades de ocitocina de acordo com o protocolo da instituição), tendo conseguido controlar a hemorragia. A utente estava bem apesar da situação, o que foi sem dúvida o mais importante. Nesta altura assegurei a administração de fluidoterapia, de modo a repor a volémia, assim como avalei os sinais vitais da utente e acima de tudo, fui comunicando sempre com a mesma, de forma a transmitir-lhe calma e perceber como se sentia e felizmente no fim correu tudo bem para a utente (Mascarenhas, 2020).

O quarto estágio do TP corresponde ao puerpério imediato e é o momento em que a parturiente manifesta alívio e diminuição da tensão provocada pelo parto e o contacto pele a pele, iniciado logo após o parto pode e deve ser mantido, desde que a utente pretenda (Prada & Rafael, 2016).

Prestei cuidados à puérpera especializados, de forma a identificar desvios à normalidade da fisiologia das alterações físicas após o parto. Deste modo, promovi a saúde, diagnostiquei precocemente e preveni complicações que possam afetar negativamente a saúde da puérpera e do RN no período pós-natal (Regulamento nº 391/2019).

Esta fase diz respeito ao período de 2 horas após o parto e requer a vigilância da puérpera e do RN. Assim, realizei a observação obstétrica, avaliei os sinais vitais da puérpera, implementava medidas de controlo da dor, vigiava a contração uterina com a avaliação do globo de segurança de Pinard, a avaliação do períneo, características dos lóquios, assim com a presença de eliminação vesical após o parto e garantia que se alimentava e hidratava. Verificava ainda a adaptação do RN à vida extrauterina, assim como o apoio na amamentação (caso fosse de sua vontade).

Prestei cuidados especializados, sendo que promovi a saúde, diagnostiquei precocemente e preveni complicações que possam afetar negativamente a saúde da puérpera e do RN no período pós-natal (Regulamento nº 391/2019).

É da responsabilidade do EEESMO avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação (Regulamento n.º 391/2019).

A técnica de sutura, constituiu para mim uma das maiores dificuldades ao longo do EC, no entanto, com dedicação e apoio da minha orientadora e de outros EEESMOs consegui melhorar significativamente o meu desempenho em situações de reparação do períneo.

A correção de lacerações do períneo ocorre nesta fase, podendo ser detetados desvios à sua normalidade, como as lacerações de 3º grau e 4º grau (Prada & Rafael, 2016). Nestas situações é necessário o EEESMO recorrer a apoio médico, tendo havido essa necessidade duas vezes ao longo do EC devido a lacerações de 3º grau a duas parturientes às quais assisti o parto, não sendo possível preservar a integridade do períneo de algumas utentes através da manobra de Ritgen. Existem vários fatores associados, nomeadamente a macrossomia do feto, que têm interferência no resultado final do períneo (Mascarenhas, 2020).

Na maior parte dos partos que assisti, as utentes apresentaram lacerações de 1º e 2º grau que foram suturadas por mim. Segundo Kettle et al.,2010, conforme citado por Mascarenhas, 2020, a função mais importante da sutura perineal é manter o

encerramento dos tecidos lesionados, promovendo a cicatrização, controlo da hemorragia e reduzir o risco de infeção. É importante que nesta fase o EEESMO promova cuidados essenciais de prevenção e explique sinais de alerta à puérpera, de modo a prevenir eventuais complicações.

Neste estágio prestei apoio na adaptação do RN à mama, avaliando a presença de coordenação dos reflexos de sucção e deglutição.

Após tudo isto, eram realizados cuidados imediatos ao RN. Primeiramente, realizava a identificação do RN na presença da parturiente e pedia para confirmar o nome das pulseiras. Com o consentimento da parturiente, realizava a administração intramuscular de 1mg de vitamina k, realizava a administração de profilaxia ocular, segundo protocolo da instituição e quando indicado, colocava a fralda ao RN e quando pretendia manter o contato pele a pele, era mantido ou então vestia o RN (Rua et al., 2020).

Após estar tudo dentro da normalidade, era realizada a transferência para o internamento, transmitindo a informação clínica da utente, de forma a garantir a continuidade dos cuidados. O EEESMO “assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte” (OE, 2019).

Em síntese, prestei cuidados à mulher desde o acolhimento no BP até à sua transferência para o Internamento de Puérperas. No total realizei 41 partos eutócicos e assisti 20 partos distócicos.

3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade com recurso ao plano de parto

Neste subcapítulo, relatarei o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, no cuidar da mulher inserida na família e comunidade com recurso ao PP.

Começarei por descrever algumas iniciativas de divulgação da temática e do meu estudo nos diversos contextos clínicos, a seguir caracterizarei a amostra, seguindo-se a apresentação dos resultados e a sua discussão, utilizando como estrutura orientadora os objetivos do estudo. Por último farei referência às principais conclusões, limitações do estudo e implicações para a prática.

3.3.1. Divulgação da temática em estudo

No decorrer deste percurso, partilhei a temática subjacente ao meu estudo nos diferentes contextos clínicos, elucidado quanto aos resultados da SR e divulgando o meu estudo de investigação. Assim, planeei e desenvolvi sessões de formação formais para enfermeiros e para grávidas. Estas sessões foram realizadas em diversos contextos clínicos:

- Internamento de MMF, teve como objetivo geral “Divulgar a evidência científica sobre a importância do Plano de Parto na tomada de decisão - *Scoping Review*” e a apresentação e a avaliação da sessão encontram-se no Apêndice 8.
- No Internamento de Puerpério, foi dinamizada uma sessão de formação com o objetivo “Divulgar a evidência científica sobre a importância do Plano de Parto na tomada de decisão - *Scoping Review*”, cuja apresentação e avaliação da sessão se encontra no Apêndice 9.
- Nos CSP, pude realizar uma sessão de formação cujo objetivo geral foi “Dinamizar uma sessão de formação para as grávidas que frequentam o curso de preparação para o parto sobre o plano de parto”, a apresentação e avaliação da sessão encontram-se no Apêndice 10, tendo sido uma interação gratificante, refletida no nível de satisfação elevado por parte dos casais que participaram nas sessões de preparação para o parto.
- No BP, pude dinamizar uma sessão de formação cujo objetivo geral foi “Dinamizar uma sessão de formação para os Enfermeiros do Bloco de Partos sustentada em evidência científica” e cuja sessão e avaliação se encontra no Apêndice 11.

No internamento de MMF divulguei a minha temática, realizando uma sessão de formação para os profissionais de saúde deste serviço, recorrendo à partilha da SR realizada anteriormente. Os objetivos específicos foram: descrever os contributos do PP para o empoderamento da grávida na tomada de decisão e divulgar aos profissionais de saúde os contributos do pp para o empoderamento da grávida na tomada de decisão. Após a apresentação realizada, promovi espaço para uma discussão sobre os conhecimentos adquiridos e a importância para a sua prática. Houve uma grande adesão à discussão, na qual estiveram presentes 11 formandos e 81% consideraram ser importante para a sua prática, com elevado nível de satisfação.

No internamento de Puérperio, também foi possível divulgar a minha temática ao realizar uma sessão de formação com a elaboração de um póster, ao partilhar a SR sobre a importância do PP para o empoderamento e tomada de decisão da grávida aos profissionais de saúde deste serviço. Os objetivos específicos foram: descrever os contributos do PP para o empoderamento da grávida na tomada de decisão e divulgar aos profissionais de saúde os contributos do PP para o empoderamento da grávida na tomada de decisão de acordo com a evidência científica obtida na SR. Após a apresentação realizada, promovi espaço para uma discussão sobre os conhecimentos adquiridos e a importância para a sua prática. Na sessão estiveram 5 formandos e 100% consideraram ser uma temática importante para a sua prática, demonstrando um elevado nível de satisfação.

Nos CSP divulguei a minha temática realizando uma sessão de formação às grávidas no âmbito dos CPPP. Com os objetivos específicos: descrever os contributos do PP para uma experiência de parto positiva e transmitir a importância da elaboração de um plano de parto e aspetos relevantes (exemplos) a introduzir num plano de parto. Após a apresentação realizada, promovi espaço para uma discussão sobre os conhecimentos adquiridos e esclarecimentos, na qual foram partilhadas dúvidas dos casais. Na sessão estiveram presentes 15 grávidas e 93,3% atribuíram uma elevada importância desta temática, com elevado nível de satisfação.

No BP, divulguei a minha temática numa sessão de formação aos profissionais de saúde, com os objetivos específicos: descrever os contributos do PP para uma experiência de parto positiva e apresentar os resultados da análise de dados realizada sobre os questionários aplicados às puérperas com PP. Após a apresentação realizada, houve espaço para a discussão dos conhecimentos adquiridos, no entanto, não houve grande adesão à discussão. Apesar disto, dos 5 formandos que responderam ao questionário de satisfação, 100% referiram ser uma temática importante para a sua prática, demonstrando um elevado nível de satisfação.

3.3.2. Caracterização da amostra

- **Sociodemográfica**

A amostra é constituída por 35 participantes, a idade média das participantes situou-se nos 30,63 anos sendo o mínimo de 18 anos e o máximo de 35 anos, o Desvio Padrão

foi de 4,983. Relativamente às habilitações académicas 11,4% (N=4) tinham o ensino básico, 22,9% (N=8) o ensino secundário, 28,6% (N=10) licenciatura, 31,4% (N=11) mestrado e 5,7% (N=2) doutoramento. Quanto à nacionalidade 77,1% (N=27) eram portuguesas, 22,9% (N=8) apresentavam outra nacionalidade.

- **Obstétrica**

No que concerne ao número de filhos que as participantes têm, a média situa-se em 1,4 filhos, sendo o mínimo de 1 e o máximo de 4 filhos. Quanto ao tipo de parto, 48,6% (N=17) das participantes tiveram um parto eutócico, 22,9% (N=8) distócico por ventosa, 20% (N=7) distócico por cesariana e 8,6% (N=3), distócico por fórceps. Quanto à duração da gravidez 5,7% (N=2) das participantes tiveram gravidez pré-termo e 94,3% (N=33) gravidez de termo. No que diz respeito ao puerpério o número médio de dias decorridos foi de 11,86 dias, sendo o mínimo 1 e o máximo de 90 dias, aquando da resposta ao questionário.

- **Plano de Parto**

As participantes tiveram conhecimento do PP, através de diversas fontes: CPPP (54,3%; N=19); Internet (22,9%; N=8); amigos e família (8,6%; N=3); Consulta de Enfermagem (2,9%; N=1) e outras fontes (11,4%; N=4).

A totalidade das participantes (100%; N=35) elaborou PP, que entregaram quando foram admitidas no BP (97,1%; N=34), à exceção de uma participante (2,9%; N=1) por o seu parto ter ocorrido durante a admissão.

3.3.3. Apresentação dos resultados

Para avaliar a implementação e o respeito do PP pelos profissionais de saúde, foram analisados apenas 8 PP (do total de 35 PP da amostra em estudo), pois optei por analisar apenas os PP das parturientes em que consegui estar presente nas quatro fases do TP, excluindo as restantes, para que a informação analisada fosse o mais homogénea possível relativamente ao espaço temporal e às fases do TP em que o PP foi implementado.

Os resultados estatísticos obtidos, encontram-se no Apêndice 7.

- **Implementação e respeito do Plano de Parto pelos profissionais de saúde**

Com o objetivo de analisar a implementação e o respeito do PP pelos profissionais de saúde, foi criado um guião de análise (Apêndice 5). Para a conceção deste instrumento

contribuíram os achados da revisão da literatura que permitiram identificar algumas das intenções e desejos da parturiente, plasmados com maior frequência no PP.

Constatou-se que a totalidade dos PP (N=8; 100%) analisados tinham sido elaborados com a ajuda de um enfermeiro.

Quanto à estrutura, todos (N=8; 100%) estavam divididos em duas categorias: TP e Nascimento/RN, que agregavam itens relativos aos desejos e expectativas para cada um desses momentos/fases.

Seguidamente, identificou-se nos PP a frequência com que as parturientes clarificavam/ assinalavam as suas intenções/ desejos relativamente ao TP e nascimento, tendo sido categorizadas da seguinte forma:

Na **categoria desejos para o trabalho de parto** figuravam nos PP: Indução do TP (N=8;100%), Estratégias para condução do TP (Rutura artificial de bolsa de águas (RABA: N=8; 100%), Administração de ocitocina (N=6; 75%)), Estratégias para o alívio da dor (Epidural (N=7; 87,5%), Musicoterapia (N=7; 87,5%), Aromaterapia (N=3; 37,5%), Hidroterapia (N=5; 62,5%), Deambulação, (N=8; 100%) Bola de Pilates (N=7; 87,5%), Posições verticalizadas, (N=4; 50%), Aplicação de calor (N=6; 75%), Outras (N=1; 12,5%)) e Ingestão de alimentos na fase ativa do TP (N=8; 100%).

Na **Categoria desejos para o nascimento e RN**, constavam: Contato pele a pele (N=8; 100%), Amamentação do RN na 1ª hora de vida (N=8; 100%), Aleitamento artificial do RN (N=6; 75%), Laqueação e corte do cordão umbilical tardio (N=8; 100%), Participação do acompanhante nos cuidados ao RN (N=8; 100%), Banho do RN realizado somente após 24 horas (N=8; 100%), Alojamento conjunto com o RN (N=8; 100%), Administração de Vitamina K ao RN (N=8; 100%), Outras (N=0; 0%).

No momento seguinte da análise desenvolvida, identificou-se a frequência dos desejos/ intenções das parturientes plasmadas no PP e o seu nível de concretização/ respeito pelos profissionais de saúde.

- Na **categoria: desejos para o trabalho de parto**, apenas cerca de 50% dos desejos das parturientes, foram totalmente respeitados, sendo destes os mais respeitados a Musicoterapia-100%; Hidroterapia- 100%; Deambulação- 100%; Utilização de Bola de Pilatos- 100%; Massagem-100%; Adoção de posições verticalizadas durante o TP- 100% e Ingestão de alimentos na fase ativa do TP- 100%.

Os desejos que foram respeitados somente a algumas das parturientes foram: Não deseja Indução do trabalho de parto (37,5%); Não deseja estratégias para condução do trabalho de parto (ECTP)- RABA (37,5%); Não deseja ECTP-Administração Ocitocina para condução do TP (20%); Não deseja Estratégias para o alívio da dor (EAD)- Epidural (28,6%); Deseja EAD- Aromaterapia (33,3%); Deseja aplicação de calor para alívio da dor (66,7%).

- Na **Categoria: desejos para o nascimento e RN**, constatou-se que 75% dos desejos foram respeitados: Amamentar o RN na 1ª hora de vida- 100%; Recusa aleitamento artificial do RN- 100%; Participação do acompanhante nos cuidados ao RN- 100%; O banho do RN foi realizado somente após 24 horas- 100%; Alojamento conjunto com o RN- 100%; Administração de Vitamina K ao RN-100%. O contato pele a pele, laqueação e corte do cordão umbilical tardio não foi possível respeitar em dois RN (25%), por terem necessitado de cuidados especiais.

A grande maioria das participantes (94,2%; N=32) sentiram que o seu PP foi respeitado pelos profissionais de saúde. Porém, 5,9% (N=2) das participantes, referiram que apesar dos seus desejos e intenções estarem plasmados no PP, não foram totalmente respeitados.

Contributos do PP para o empoderamento da grávida e para a tomada de decisão

A totalidade das participantes (100%; N=35) consideraram que os conhecimentos adquiridos com a elaboração do PP, foram importantes para a tomada de decisão e para a escolha informada. Cerca de 97,14% (N=34), consideram que o PP é uma ferramenta facilitadora na comunicação com os profissionais de saúde. Porém 14,3% (N=5) mencionaram que não tiveram poder na decisão em todos os momentos do TP, pese embora 82,9% (N=29) das participantes sentirem-se incluídas e parte ativa na tomada de decisão, relativa ao decorrer do TP e nascimento.

Para avaliar a percepção das participantes relativamente aos contributos do PP como empoderador da grávida na tomada de decisão, utilizou-se uma escala de medida de 4 pontos em que 1 corresponde a Nada e 4 a Muito.

Os resultados obtidos revelam que as participantes consideram o PP:

- Muito útil para tomar decisões informadas (M=3,54; DP=0,701);
- Permite um maior envolvimento no seu próprio TP (M=3,43; DP=0,917);

- Empodera com conhecimento para compreender o decurso e os acontecimentos associados ao TP (M=3,57; DP=0,502);
- Possibilita maior satisfação com o seu desempenho durante o TP (M=3,46; DP=0,701).

3.3.4. Discussão dos Resultados

Na análise desenvolvida relativamente ao conteúdo e estrutura dos PP ficou patente a sua semelhança, o que reforça tendência de padronização dos PP, que cada vez mais solicitam rotineiramente as mesmas intervenções (Galesa & Simão, 2014, conforme citado por Medeiros et al., 2019). Porém, é uma oportunidade para o casal evidenciar as suas preferências e expectativas, para o parto e nascimento, transmitindo-as de forma clara e melhorando a comunicação com a equipa de saúde (Whitford et al., 2014, conforme citado por Medeiros et al., 2019), o que é concordante com o resultado obtido neste estudo em que 97,14% dos participantes consideram que o PP é uma ferramenta facilitadora da comunicação com os profissionais de saúde.

Os PP analisados evidenciaram um respeito parcial por parte dos profissionais de saúde, no que diz respeito aos desejos relativos ao TP em cerca de 50 % e no respeito dos desejos relativos ao nascimento e cuidados ao RN em cerca de 75%. Todavia, 91,42% dos participantes sentiram que o seu PP foi respeitado pelos profissionais de saúde.

Estes achados aparentemente incongruentes, revelam que a maioria das participantes deste estudo manifestou nos seus PP uma preferência por um parto natural, de início e decurso fisiológico (sem recurso a fármacos para condução do TP) com uso de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, em desfavor da analgesia epidural. Porém quando foram informadas sobre a necessidade dessas intervenções, tiveram a capacidade de tomar decisões informadas e dar consentimento informado, na medida em que já detinham um conhecimento prévio sobre riscos e benefícios associados a essas intervenções. Tal como é mencionado no estudo de Westergren et al. (2019), o PP também pretende servir como uma forma de "educar" as mulheres sobre o nascimento, escolhas, riscos e resultados, a fim de aumentar o seu conhecimento e, desta forma, tomar decisões informadas e dar consentimento informado a qualquer intervenção pretendida. Pese embora, 85,3% das participantes sentirem-se incluídas e parte ativa na tomada de decisão relativa ao decorrer do TP e nascimento, 14,7%

mencionaram que não tiveram poder na decisão em todos os momentos do TP, gerando sentimento de perda de controle. A este respeito Cook et al. (2012), conforme citado por Shareef et al. (2023) mencionaram que as mulheres que sentiram perda de controle durante o processo de parto não foram bem apoiadas na renegociação do seu plano de parto devido a um modelo de cuidados de saúde deficiente, alterando a sua visão geral do processo de parto. Já a discussão entre as mulheres e o seu prestador de cuidados de saúde sobre os seus desejos para o parto e nascimento potenciam a decisão partilhada (Joles et al., 2019), levando-as a sentirem-se protagonistas dos seus partos, tornando a experiência mais positiva e satisfatória.

O conhecimento adquirido por meio do desenvolvimento de um PP, faz com que o casal tome consciência das suas preocupações, anseios e das práticas hospitalares (Santos & Lopes, 2020). Contudo, nem sempre as expectativas/desejos do casal são exequíveis, assumindo especial relevância, a elaboração e discussão do PP durante a gravidez, no TP e parto, com um profissional de saúde, que detenha conhecimentos teóricos e técnicos sobre as diversas temáticas subjacentes a este processo, pois os enfermeiros e médicos são responsáveis pelos cuidados durante a gravidez, TP e parto (Duarte & Timóteo, 2023; Shareef et al., 2023; Santos & Lopes, 2020; Joles et al., 2019). Os resultados revelam que todas as participantes identificaram a necessidade de elaborar um PP com o apoio de um enfermeiro, o que vem reforçar as recomendações dos estudos citados.

Este estudo mostrou também que as participantes consideraram que a utilização do PP lhes conferiu uma autonomia acrescida para uma tomada de decisão informada (M=3,54), ajudou a promover uma perspetiva mais positiva sobre o seu parto, aumentando o seu sentimento de controlo e empoderamento (M=3,57).

A elaboração de um PP durante o período pré-natal, contribui para o empoderamento da mulher, promove a autonomia/protagonismo e influencia positivamente o processo de parto (Medeiros et al., 2019). Mouta et al., 2017, conforme citado por Medeiros et al., 2019, referem que a construção de um PP, proporciona o empoderamento das mulheres no processo de parto, pois todas se sentiram protagonistas de seus partos, tiveram a fisiologia de seus corpos respeitada tornando o momento prazeroso, menos doloroso e inesquecível.

3.3.5. Principais conclusões, implicações para a prática e limitações do estudo

Confrontando os resultados da SR com os resultados obtidos no estudo descritivo de abordagem quantitativa, é possível concluir que ambos se alinham na identificação dos importantes contributos do PP tem para o empoderamento da grávida/casal na tomada decisão relativa às suas escolhas para o trabalho de parto e nascimento do seu filho, assim como para a sua satisfação com a experiência de parto.

Neste sentido, é fundamental que o EEESMO assuma um papel central em todo este processo, sendo o profissional de referência para apoiar a construção, discussão e implementação do plano de parto. Contudo, embora o PP seja recomendado pela OMS e em Portugal pela DGS, continua a ser uma ferramenta pouco divulgada junto da nossa população, sendo necessário atribuir-lhe maior visibilidade no acompanhamento da grávida no período pré-natal (Consultas de vigilância pré-natal e CPPP). Igualmente no BP inscreve-se no âmbito das competências do EEESMO a viabilização e implementação do PP.

Como limitações, considero, que o fato de terem sido analisados apenas 8 PP (do total de 35 PP da amostra em estudo), poderá ter sido redutor no que diz respeito aos resultados obtidos. O tempo para desenvolver o estudo (colheita de dados), também, foi um fator que limitou o tamanho da amostra.

Apesar das limitações apresentadas, os objetivos propostos para o estudo foram alcançados, considerando que a investigação realizada dá visibilidade à importância da elaboração do PP, assim como a importância que o acompanhamento pelo EEESMO assume ao longo deste processo.

3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O contexto de estágio no Puerpério, permitiu-me desenvolver competências enquanto futura EEESMO, com a finalidade de cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal, através de intervenções de enfermagem que visam o potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação para a parentalidade (OE,2019). Segundo a DGS (2015), o puerpério corresponde ao período de recuperação física e psicológica com início após o nascimento do(s) RNs até às 6 semanas pós-parto ou 42 dias.

Lowdermilk & Perry (2008) reforça que o período pós-natal, é também um momento de reestruturação para a mãe, recém-nascido, casal e família, em que a mãe recupera das alterações sofridas na gravidez e parto, enquanto que o recém-nascido se adapta ao meio extra-uterino e a “nova família” se adapta a esta transição de novas dinâmicas, o processo de transição para a parentalidade que se inicia desde o período pré-natal. Neste sentido, o meu principal objetivo foi potenciar a autonomia e auto-cuidado da utente, assim como a envolvimento da tríade. Tal como é sustentado por Murdaught, Parsons & Pender (2019), procurei centralizar o auto-cuidado na utente, ao apoiá-la na promoção da sua saúde, através das suas escolhas.

Sendo o Hospital onde realizei este contexto de estágio, certificado como um Hospital Amigo dos Bebés, pelo Fundo de Emergência Internacional para as crianças das Nações Unidas (UNICEF) desde 2005, é evidente um enfoque nas intervenções que visam o apoio, promoção e proteção do aleitamento materno (AM), valorizando o alojamento conjunto, ou seja, sempre que a puérpera ou o bebé não tenham complicações que inspirem outros cuidados, permanecem lado a lado no quarto de modo a favorecer e a estabelecer a continuidade do AM. Esta certificação contempla um conjunto de 10 medidas a serem implementadas pelos hospitais, no sentido de proporcionar às famílias cuidados de saúde qualificados (OMS,1998).

Este serviço de puerpério, contempla utentes provenientes do BP ou Urgência Obstétrica no caso das utentes reentrarem por complicações pós-parto.

No que diz respeito à observação da puérpera na admissão, é realizado a avaliação dos sinais vitais (tensão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e dor), cor e hidratação de pele e mucosas, a avaliação da mama quanto ao tipo e integridade do mamilo, a avaliação da involução uterina (de grande importância para deteção precoce de atonia uterina e identificar complicações no pós-parto), a observação do períneo, em caso de parto vaginal, ou do penso da sutura cirúrgica abdominal, em caso de cesariana e a avaliação de lóquios quanto à quantidade, cor e cheiro. Assim como alterações emocionais importantes a serem diagnosticadas numa fase precoce. Deste modo, pude incentivar a puérpera à promoção da saúde, proporcionando-lhe um ambiente calmo e tranquilo, facilitador da sua aprendizagem neste período (Murdaught, Parsons & Pender, 2019).

A OMS e a UNICEF (2009) definem o leite materno exclusivo do latente até aos 6 meses de idade, com início na 1ª hora de vida e após os 6 meses, em complemento com uma alimentação equilibrada e diversificada até aos dois anos de idade ou mais. Deste modo, durante o EC, observei regularmente a motivação em amamentar por parte das puérperas e procurei informar das vantagens do leite materno de modo a poderem decidir de forma informada, como alimentar o seu bebé. É importante que o EEESMO saiba transmitir a informação pertinente, sem ser tendencioso, ou fundamentalista, procurando motivar a puérpera e ao mesmo tempo perceber o seu interesse e conhecimentos sobre a amamentação, adequando os cuidados às suas necessidades. Neste caso especificamente concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM (competência 4.1.4 da OE (2019)).

Assim, expliquei os sinais de boa pega e demonstrei as várias posições que existem para a melhor adaptação do RN à mama. A boca do RN deve estar bem aberta com envolvimento do mamilo e aréola, o lábio inferior do bebé deve estar virado para fora, que o nariz esteja direcionado ao mamilo, que a aréola mamária não esteja praticamente visível e o bebé bem alinhado com a mãe (OMS, 2009).

O EEESMO deve estar atento a todos os sinais físicos e psicológicos que são evidenciados no pós-parto pela puérpera, no sentido de realizar uma intervenção direcionada a cada situação. A aplicação da escala de depressão pós-parto de Edimburgo (Cepêda et al., 2005), é um procedimento que deve ser realizado sempre que o EEESMO identifique essa necessidade, avalia o risco de uma depressão pós-parto e de acordo com o score obtido (igual ou superior a 12), é realizado o encaminhamento da puérpera para outros profissionais de saúde, pelo risco de depressão (de acordo com o que a puérpera pretenda).

Pude realizar o exame objetivo ao RN que se assume como intervenção importante, uma vez que permite identificar precocemente complicações, podendo interferir com o bem-estar e saúde do RN e comprometer a adaptação do RN ao meio extrauterino. Durante o internamento é realizado o rastreio de cardiopatias congénitas após as primeiras 24h de vida do recém-nascido. Segundo Lacerda et al. (2016), o diagnóstico de verificação da oxigenação sanguínea para excluir causas metabólicas, consiste na aferição da oximetria de pulso num RN aparentemente saudável com idade gestacional superior a 34 semanas, entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar.

O teste deve ser realizado no membro superior direito e em um dos membros inferiores, sendo necessário que o RN esteja com as extremidades aquecidas e o monitor do oxímetro evidencie uma onda de traçado homogêneo com saturações superiores a 95% e a diferença dos dois locais, não pode ser superior a 3%. Caso isso não se verifique, o exame deve ser repetido após 1 hora. Caso se confirme, deve ser realizado um ecocardiograma dentro de 24 horas. Nessas situações, o RN deverá ser encaminhado para o pediatra cardiologista. Durante o meu EC, não detetei nenhuma situação de risco aparente.

A administração da 1ª dose da vacina contra a hepatite B de acordo com o plano nacional de vacinação (2020) é realizada aquando a admissão no serviço. É importante estar atenta ao diagnóstico e tratamento de problemas neonatais, como sejam a icterícia neonatal, procedendo às colheitas de sangue para avaliação da bilirrubina quando solicitado pelo pediatra e cuidados com a fototerapia, quando aplicada (não presenciei nenhuma situação).

O diagnóstico precoce é realizado de preferência na comunidade, no Centro de Saúde de referência, no entanto quando o internamento se prolonga por algum motivo, é realizado no Hospital. De acordo com Vilarinho et al. (2021), o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, através da realização do rastreio neonatal, está preconizado que seja realizado ao RN entre o 3º e o 6º dia de vida. Antes do 3º dia os valores dos marcadores existentes no sangue do RN podem não ter valor diagnóstico. Após o 6º dia alguns marcadores perdem sensibilidade.

Tive oportunidade de prestar cuidados a uma puérpera com DG medicada com metformina. Existe um protocolo no serviço que consiste no planeamento da avaliação da glicémia capilar à puérpera e ao RN após o parto. Devendo a avaliação da glicemia ao RN ser após 2h, 4h e 6h e caso se verifique necessidade, após isso. Após a alta, a puérpera deve ser "reclassificada", ou seja, deve repetir a prova de tolerância de glicose oral (PTGO)) 6 a 8 semanas após o parto, devendo o obstetra encaminhar nesse sentido. As mulheres com antecedentes de DG têm um risco aumentado de desenvolver numa gravidez subsequente. Apresentam risco acrescido de desenvolver hiperglicemia intermédia, diabetes tipo 2 ou síndrome metabólica (Almeida et al., 2017). O EEESMO tem um papel preponderante ao prevenir, antecipar complicações futuros, alertando para os riscos e para a necessidade da continuação dos cuidados após o parto.

É importante identificar possíveis situações de risco, no que diz respeito às infecções neonatais, puérperas com febre intraparto, streptococcus B positivos, sendo bastante importante o conhecimento científico do EEESMO de forma a prevenir complicações e estar atento, colaborando na avaliação céfalo-caudal do RN e participando na visita médica pediátrica e obstétrica, garantindo um trabalho em equipa fundamental para a identificação de necessidades e promotor da continuidade de cuidados.

No decorrer deste contexto de estágio, foi-me possível prestar cuidados a puérperas com patologias associadas, nomeadamente, pré-eclampsia, hipertensão. Estas utentes necessitam de cuidados especiais, com necessidade de vigilância assídua da tensão arterial e sintomatologia associada presente, de modo a haver despiste de possíveis complicações. Nesses casos em específico concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante (competência 4.3.5 da OE (2019)).

A preparação do regresso a casa deve ser um processo contínuo que se constrói desde a admissão da utente. Por este motivo foram privilegiados os momentos de interação com a puérpera e RN, para a educação para a saúde no sentido da promoção da autonomia no autocuidado e nos cuidados ao RN. Contudo, importa não esquecer que a preparação do regresso a casa deve atender às necessidades individuais de cada tríade. É fundamental que a puérpera seja ensinada, instruída e treinada na identificação de sinais e complicações, bem como, nas intervenções a adotar em caso de necessidade. Nesta situação, concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção e adaptação ao pós-parto (competência 4.1.5 da OE (2019)).

Assim, intervi no âmbito da promoção da saúde da puérpera e RN (Regulamento n.º 391/2019), através de informação e orientação sobre sexualidade e contraceção, apoio ao AM e adaptação no pós-parto (Regulamento n.º 391/2019), o desenvolvimento do RN, sinais e sintomas de alarme que deve estar atenta para regressar ao hospital, tanto da utente como do RN. Assim como sustenta Murdaugh, Parsons & Pender (2019), pois a pessoa procura a promoção da sua saúde e para isso contribui todas as suas experiências anteriores.

Após a alta existe uma consulta de puerpério realizada após 48h, através de um telefonema ou de forma presencial, sendo realizado um contato por uma enfermeira

desde serviço, que questiona sobre como está a decorrer o regresso a casa, em relação à puérpera e ao RN e se existem dúvidas que possam ser esclarecidas. É também durante esta consulta que se identificam situações que exigem outro tipo de intervenção (nomeadamente a necessidade de internamento por icterícia do RN, complicações na adaptação à mama, entre outras). Deste modo, considerei pertinente a existência desta consulta, que promove a continuação dos cuidados da díade nas várias vertentes.

No âmbito dos CSP, pude participar nos CRPP (cursos de recuperação pós-parto) e identifiquei a sua importância durante as sessões pois em algumas situações era um momento de partilha de angústias e necessidades que os casais aproveitavam para expor e solicitar apoio. Em algumas situações esse pedido de apoio era identificado pela EEESMO e não pelo próprio casal, que posteriormente era abordado e convidado a marcar uma consulta. Aquando da identificação destas situações, eram combinadas consultas de forma a garantir a privacidade do casal, sempre que o mesmo o pretendia. Assim, o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto (OE,2019).

O cantinho da amamentação é um local de apoio às puérperas, ao qual recorrem utentes com dificuldades e dúvidas na amamentação. Após anamnese e observação da mamada, são dadas alternativas para melhor estabelecimento da amamentação, nomeadamente em situações de dificuldade na adaptação à mama. São sugeridas estratégias e posicionamentos alternativos na amamentação, de modo a promover a autonomia da díade na adaptação à amamentação. Deste modo o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno (OE,2019).

Houve uma situação de uma puérpera com sintomatologia de depressão pós-parto que recorreu a uma consulta com a EEESMO, tendo sido identificados pela própria obstáculos no vínculo materno com a sua filha recém-nascida, o que a impossibilitava de se sentir bem emocionalmente. Após solicitar ajuda com cariz urgente, foi aplicada a escala de depressão pós-parto de Edimburgo que segundo Cepêda et al. (2005), é um procedimento que deve ser realizado sempre que o EEESMO identifique a necessidade de avaliar o risco de depressão pós-parto. O score obtido nesta situação foi superior a 12, sendo encaminhada para o psicólogo, uma vez que a puérpera aceitou. Deste modo, o

EEESMO Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (Regulamento nº 319/2019).

Neste contexto, pude ter contato com o projeto de Banco de Leite em Portugal surgiu em 2009 estando alojado num Hospital Central. O Banco de leite é um local refrigerado onde se guarda o leite materno, para posteriormente ser pasteurizado, de forma a garantir uma maior segurança do alimento após ser sujeito a vários testes. Deste modo, garante a alimentação a muitos recém-nascidos prematuros que estão nas Unidades de Neonatologia com leite materno e com os benefícios inerentes do mesmo para a sua recuperação.

Neste EC tive a possibilidade de ter contato com utentes que tinham interesse em doar leite materno, cujo projeto era divulgado por profissionais de saúde, amigos, conhecidos das utentes. Após aplicação de um questionário de modo a serem consideradas elegíveis para a integração no projeto de doação de leite humano, era realizada uma visita domiciliária de modo a garantir a correta extração do leite, a ser realizada de forma asséptica e o esclarecimento de dúvidas. Esta visita era realizada após uma consulta médica que verificava a ausência de patologias de saúde impeditivas de doar, assim como de terapêutica regular que não seja compatível e a confirmação de serologias negativas. A recolha do leite materno era posteriormente realizada no domicílio das utentes. É reforçada a importância de priorizarem o leite materno extraído para a alimentação ao seu filho e posteriormente a doação que pode ser realizada até um ano de vida do bebé.

3.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológico

O contexto onde realizei o EC de ginecologia, foi maioritariamente de internamento cirúrgico, nomeadamente com situações de neoplasia diagnosticadas. O meu foco foi assistir no apoio emocional e empoderar as utentes para a alta, na promoção da saúde e complicações futuras com vista a dar seguimento aos cuidados necessários.

O EEESMO, privilegia entre outras intervenções, a educação para a saúde e a integração da evidência científica no planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados à mulher, família e comunidade (ICM, 2019). Deste modo, assenta na promoção

da saúde, com a utente/casal a terem o papel principal o que gera bem-estar e conhecimento (Murdaugh, Parsons & Pender,2019).

O EEESMO tem uma visão mais abrangente do cuidar, pois tem um olhar mais profundo na avaliação das situações devido às suas competências específicas e foi neste sentido que desenvolvi as mesmas. Prestei cuidados a utentes com patologia ginecológica, executando o planeamento, a implementação, avaliação das intervenções realizadas e o seu respetivo registo de forma pertinente e adequada.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, considera que o EEESMO é o profissional mais capacitado para a prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde, nomeadamente, providencia cuidados à mulher com afeção no aparelho genito-urinário, facilitando a sua adaptação à nova situação (OE, 2019).

Consultei informação pertinente das utentes de modo a direcionar os cuidados, sendo para isso fundamental uma correta colheita de dados para a elaboração de um plano de cuidados individual, nomeadamente na admissão, onde é fundamental estar atenta a todos os antecedentes pessoais, obstétricos e situação social e familiar.

O processo do internamento é realizado através da referenciação das utentes da consulta externa, de modo eletivo. No internamento é realizado o acolhimento das utentes ao serviço, explicadas as rotinas pré-operatórias e realizada a colheita de dados, que é fundamental no conhecimento de cada utente, direcionando assim os cuidados adequados. Durante esta abordagem, questionava se tinham conhecimento sobre a cirurgia à qual iam ser submetidas, se tinham toda a informação sobre a sua situação ou se havia dúvidas que pudessem ser esclarecidas. O apoio emocional no pré-operatório e no pós-operatório é fundamental, nomeadamente quando existe a possibilidade de efeitos secundários devido à intervenção a que as utentes vão ser sujeitas, como a possibilidade de uma menopausa induzida pela cirurgia (anexetomia bilateral) Silva et al. (2018).

A transição para a menopausa ou climatério consiste num período de tempo variável que se inicia com as alterações da regularidade do ciclo menstrual e que termina com a última menstruação (SPG, 2021). Neste sentido, é importante falar do climatério, que corresponde à fase de transição entre a fase reprodutiva e o seu termo, estando

associado um conjunto de sinais e sintomas aos quais o EEESMO deve estar atento de modo a apoiar da forma mais pertinente a vivência de toda a situação (SPG, 2021).

Neste seguimento considerei pertinente a realização de um folheto informativo sobre a transição para a menopausa (apêndice 12), com os objetivos de capacitar e preparar as utentes para esse processo que nem sempre é conhecido pelas mesmas antes da intervenção, de acordo com o que fui constatando através do diálogo com as mesmas.

Tive a oportunidade de prestar cuidados especializados, colaborando com toda a equipa multidisciplinar no serviço de internamento de ginecologia, na consulta do EEESMO da patologia do cancro do colo do útero e na consulta de senologia da Enfermeira Especialista em Reabilitação.

De fato, o EEESMO assume um papel importante nos processos de saúde e doença ginecológica, assim como na transição para a menopausa, em que o climatério é uma fase muito sensível na vida da mulher sexualmente ativa, no que diz respeito à adaptação a novos desafios e mudanças (OE, 2019).

A DGS (2019), definiu o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas com a missão de reduzir a mortalidade associada a tumores preventivos através da: implementação e aumento da acessibilidade dos rastreios oncológicos; cobertura a 100% para os cancros da mama, colo do útero, colon e reto; integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares e, finalmente na redução de pelo menos 10% as cirurgias que são realizadas após o tempo definido.

No internamento prestei cuidados especializados a mulheres com o diagnóstico de: carcinoma da mama, do endométrio, do colo e ovários, miomas uterinos. Face aos diagnósticos, as intervenções cirúrgicas frequentemente observadas foram: histerectomia total abdominal ou radical ou histerectomia por via vaginal; ooforectomia; salpingectomia; mastectomias radicais e bilaterais; tumorectomia. Neste sentido, é evidente que a área da ginecologia, nomeadamente, ao nível do internamento é de grande complexidade pela diversidade de patologias/diagnósticos, sendo necessário conhecimentos e competências aprofundados com vista à qualidade dos cuidados prestados às utentes, sempre com o intuito de promover a sua saúde e o auto-cuidado.

Prestei cuidados a uma utente com endometrioma (quisto do ovário preenchido com líquido acastanhado, sendo mais frequente antes da menopausa). De acordo com

Álvares (2021) os endometriomas são quistos benignos do ovário de conteúdo hemorrágico espesso e coloração acastanhada e as utentes com endometriomas podem apresentar infertilidade, dor pélvica crónica, dismenorreia e/ou dispareunia. Existe uma relação entre endometriose e endometrioma, neste caso a utente já tinha o diagnóstico de endometriose, havendo uma relação com a transformação maligna que ocorre na endometriose que de acordo com a evidência científica atual, maioritariamente limitada à endometriose ovárica, com origem em endometriomas (Álvares, 2021). Estive atenta aos sintomas de dor pélvica, perdas hemáticas, infecção, aumento dos parâmetros inflamatórios e ao mesmo tempo capacitá-la de cuidados para a alta (Álvares, 2021).

De acordo com a OE (2019) o EEESMO providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais e problemas de fertilidade, existindo nesta situação o risco de infertilidade e por esse motivo, a utente foi alertada para esse fato e foram explicados esses mesmos riscos e a importância de salvaguardar o seu futuro em termos de fertilidade, tendo sido orientada para o centro de fertilidade deste hospital.

Gostaria de ter integrado a família no cuidar, mas senti dificuldade em fazê-lo devido ao curto tempo de visita dos familiares, no contexto de internamento. O meu papel como futura EEESMO, pode e deve ser dinamizador e alvo de reflexão entre a equipa no sentido de questionar práticas. Deve ser ponderado, com limites definidos e conhecidos, mas com o foco no melhor para o utente, pela percepção das situações e o impacto que assumem na vida dos utentes. Neste sentido, é possível que a minha contribuição seja considerada e discutida com vista à melhoria dos cuidados, devendo ser esse o principal foco de todos os profissionais de saúde (EEESMO), corretamente sustentada e fundamentada.

A dinâmica familiar no contexto de recuperação pós cirúrgico e o caráter emocional que acarreta, torna imprescindível a envolvimento com os familiares ou a pessoa significativa de cada utente, de modo a empoderar os mesmos nos cuidados necessários e assim estarem atentos a qualquer desvio da normalidade e alertar para essa situação (Silva et al., 2018). Os cuidados devem ser centrados no utente, na família, de modo a promover a sua saúde e assim o auto-cuidado (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019).

Prestei cuidados a utentes com patologia da mama, com neoplasias da mama propostas para mastectomia total ou quadrantectomia mamária de acordo com o diagnóstico e decisão médica e foi neste sentido que senti o interesse em ir observar a

consulta de senologia, de forma a perceber a intervenção da enfermeira nesta consulta e a sua pertinência.

A continuidade dos cuidados em enfermagem é muito importante, principalmente para o EEESMO, especificamente numa situação em que prestei cuidados no âmbito do internamento e que por coincidência, quando estive presente na consulta de senologia (pós cirurgia), consegui acompanhar de algum modo os cuidados do Enfermagem, na qual há um acompanhamento e seguimento pós cirurgico, que permite diagnosticar problemas, dificuldades, dar respostas e seguimentos necessários. Nesta consulta a enfermeira observa a evolução da cicatrização da sutura da mama, assim como retira os drenos existentes sempre que o conteúdo presente já não justifique a sua presença (por norma abaixo de 25 ml de acordo com informação dada pela enfermeira), sendo realizada a promoção da saúde e avaliada a necessidade da utente voltar à consulta. Se necessário, é articulado com o centro de saúde de referência da utente (em situações em que as pessoas referem dificuldade em deslocar-se com frequência ao Hospital, por exemplo).

Segundo Mendes et al. (2017), a continuidade dos cuidados inicia-se no serviço onde a pessoa é atendida, o que exige a necessidade de se efetivarem contatos e de operacionalizar a preparação precoce da alta. A família é um elo fundamental, sendo necessário refletir sobre a informação prestada, tendo em conta o estado de vulnerabilidade da mesma. São vários os benefícios atribuídos à continuidade de cuidados, nomeadamente uma maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e a melhoria da relação entre utentes e prestadores de cuidados e por outro lado, aumenta a satisfação dos utentes com o serviço e do profissional de saúde com o seu trabalho.

A integração da família desde o diagnóstico e durante todo o processo é fundamental para obter melhores resultados. Durante a consulta de senologia, consegui observar isso mesmo, pois o acompanhante é um elo muito importante de suporte em todo o processo. Ao englobar a pessoa significativa nos cuidados e vigilância necessários, estamos também a prevenir complicações e a promover competências necessárias à continuidade dos cuidados, no domicílio. Embora tenha sido uma conduta de observação, fui participante ao questionar e interagir com as utentes sempre que era possível.

A consulta autónoma da EEESMO na qual participei, extraí imensa informação e percebi a importância que a interação entre o profissional e o utente assume na

prevenção da doença. Desta forma, a área ginecológica detém um papel de excelência na questão de abordagem preventiva e diagnóstica, assim, como refere a competência 6 do Regulamento de competências do EEESMO (OE, 2019) em que define que o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde, intervindo a nível da elaboração, planeamento, coordenação, supervisão, implementação e avaliação de programas e intervenções de rastreio, bem como diagnóstica, monitoriza potenciais riscos e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama e coopera com outros profissionais de saúde.

A SPG (2014) considera o rastreio do colo do útero uma intervenção sanitária preventiva eficiente quando o custo por ano de vida poupada é inferior ao PIB per capita da população. Podem ser utilizados como métodos de rastreio a citologia convencional, a citologia em meio líquido e o teste de vírus do papiloma humano (HPV) ou a associação dos dois últimos. De acordo com SPG (2014) a citologia deve ser realizada em mulheres a partir dos 21 anos (quando já iniciaram vida sexual) de 3 em 3 anos ou apenas aos 25 anos, sendo que a partir dos 30 anos deve ser realizada com a pesquisa de HPV e no caso de mulheres com HPV positivo, o rastreio deve ser realizado de forma anual. Neste Hospital, as utentes são seguidas em consulta até terem alta (HPV negativo) com encaminhamento para o seu centro de saúde, no qual será feita a continuação dos rastreios de acordo com a sua situação e idade.

Acima de tudo deve ser realizada a prevenção primária através da vacinação profilática contra o HPV, no âmbito do Plano Nacional de Vacinação (SPG, 2014). A SPG (2014) recomenda a vacinação profilática contra o HPV fora do Plano Nacional de Vacinação e a prevenção secundária, com a realização de um teste de rastreio do colo do útero. A consulta de enfermagem de saúde da mulher realizada neste âmbito é uma consulta de follow up, que consiste na promoção e capacitação da mulher pela sua saúde, com a realização de rastreio de HPV e follow up pós tratamento. Nesta consulta, são abordados todos os assuntos que sejam pertinentes para a mulher ou que a EEESMO considere importante.

É explicada a importância da adesão à prevenção no sentido de empoderar o utente a ter um papel participativo na promoção da sua saúde, de forma a ter poder de decisão sobre o impacto que a prevenção assume. As utentes devem ser capacitadas para a promoção da sua saúde, através de informações pertinentes dadas pelo profissional de saúde, que vão potenciar o interesse na sua própria saúde (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019).

4. REFLEXÃO FINAL

A finalização deste relatório, reflete o percurso realizado do desenvolvimento das competências do EEESMO, cuja análise e reflexão me permitiram alcançar maturidade profissional que foi fundamental para o meu crescimento enquanto enfermeira e futura EEESMO.

A diversidade de situações com que me deparei ao longo dos contextos clínicos foi essencial, visto ter conseguido desenvolver a minha capacidade crítica e reflexiva ao longo de todo o ciclo reprodutivo da mulher, perspetivando os cuidados de forma individualizada e ética e ao mesmo tempo promovendo o desenvolvimento da autonomia da mulher na tomada de decisão esclarecida e apoiada.

O desenvolvimento da minha autonomia ao longo deste processo foi gradual, o que permitiu atuar na resolução de problemas, com a capacidade de tomada de decisão, sustentada na evidência científica pertinente e atual.

Este trabalho poderá contribuir para um maior reconhecimento da importância que o PP assume e a importância que os profissionais de saúde lhe devem conferir. Ainda há um longo caminho a fazer neste sentido, mas acredito que o mais importante seja elevar a literacia da mulher/casal, proporcionando-lhes ferramentas e conhecimentos que lhe permitam decidir quanto aos seus desejos e escolhas para o TP e nascimento do seu filho e deste modo, estarem preparados para intercorrências no decurso do seu TP e parto, que exijam alterações às suas expectativas iniciais. Enquanto futura EEESMO pretendo contribuir para a divulgação e implementação do PP, incentivar as grávidas/casais a estarem preparados para o seu TP, parto e puerpério e capacitar os profissionais de saúde para a necessidade de estarem envolvidos e motivados para esta temática, de forma a serem receptivos e colaborarem com as grávidas/casais neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M, C., Dores, J & Ruas, L., (2017) Consenso diabetes gestacional 2017 *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2017; 12 (1): 24-38. [https://i023590.pdf \(spmi.pt\)](https://i023590.pdf (spmi.pt))
- Álvares, C,S,L (2021) *Do endometrioma ao carcinoma do ovário – mecanismos biológicos* [Mestrado integrado em Medicina]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. [https://Tese de Mestrado Cláudia Álvares.pdf \(uc.pt\)](https://Tese de Mestrado Cláudia Álvares.pdf (uc.pt))
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133 (2) 164 - 173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- Cardoso,V.,Mineiro, A. L., Carracha, S., Monteiro, M. J., Santos, M., Carneiro, E., Varela, V., Sequeira, A., & Santos, M. E. (2020). Posicionamento da parturiente no período expulsivo. In Sequeira, A., Pousa, O. e Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 123-130). Lisboa: Lidel
- Carlos,C,V,O.,Rosário,M,L,T.,Sousa,C,N,S.,Barros,R,J,M,L.,Silva,Y,L,M.,Pereira,L,S.,Bessa,R,C ,X,M., & Rodrigues,D,P.(2023) *A teoria de Nola Pender na atenção à saúde da gestante: um estudo reflexivo*. <http://www.DOI:10.55905/revconv.16n.12-063>
- Cepêda T, Brito I., & Heitor MJ. *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de Orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS; 2005 <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008180.pdf>
- Correia, R. (2011). *O desafio da humanização do parto em Portugal: questões essenciais na atualidade*. <http://eces.revues.org/1240>
- Cortés, M., Barranco, D., Roche, M., & Jordana, M. (2015). *Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process*. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-526p. <https://doi.org.10.1590/0104-1169.0067.2583>

- Direcção Geral da Saúde (2005). Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- Direcção Geral da Saúde (2006). *Circular Normativa nº 02/DSMIA de 16/1/2006: Prestação de Cuidados Pré-concepcionais*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras. Ordem dos Enfermeiros
- Direcção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras. Ordem dos Enfermeiros
- Direcção Geral da Saúde (2019). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- Direcção-Geral da Saúde. Cursos De Preparação Para o Parto e Parentalidade- CPPP e Cursos de Recuperação Pós-parto – CRPP (2020). Equidade na Transição Para a Maternidade e a Paternidade. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>
- Duarte, B, A., & Temoteo, R, C, A. (2023) *O uso do plano de parto por mulheres durante o pré-natal: scoping review*. *ev. Enferm.* 97(2):e023049. <https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1439>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, M. A. Batista (Eds.) *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 308-319). Lidel
- Ferreira, S. S. C. H. (2016). Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M. A. (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.416-424). Lisboa: Lidel;
- FIGO (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 131 (1), p.13-24. <http://doi:10.1016/j.ijgo.2015.06.020>

- Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., & Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020 <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Graça, L. M.; Machado, M. H. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M., Graça (Ed.) *Medicina Materno Fetal* (5ª ed., pp. 220-228). Lidel
- Guerra, A. (2016). Analgesia e Anestesia em Obstetrícia. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M. A. (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.425-431). Lisboa: Lidel
- Inácio, I (2016). Diabetes Gestacional. In Marques, R., Néné, M. & Sequeira, C. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (pp. 200-205). Lidel
- International Confederation of Midwives* (2019). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Acedido a 20/07/2023, disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- Jolles, M., Vries, M., Hollander, M., & Dillen, J (2019) *Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands* *Wiley Periodicals, Birth issues in perinatal care Inc* 46, 686-692. <https://doi:10.1111/birt.1245>
- Kameda, Y., Shimada, K., (2017) *Development of an empowerment scale for pregnant women* Vol.32(1) p. 39-48. <http://hdl.handle.net/2297/10997>
- Lacerda, L.F., Ferreira, A.L.C., Lisboa, C.B., Lúcio, I.M.L., Batista, J.C.L., & Melo, L.O., (2016) *Triagem neonatal de cardiopatias congênicas: Percepção dos profissionais de saúde do alojamento conjunto- Revista de Enfermagem UFPE*, 10(7):2420-7 <http://doi:10.5205/reuol.9106-80230-1-SM1007201616>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ªed.). Loures: Lusodidacta

- Magro,C.,Guerreiro,E.,& Fidalgo,F.,(2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. In Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (pp.211). Lidel
- Martins,A,P,C.,Jesus,M,V,N.,Júnior,P,P,P., & Passos,C,M.,(2018). Aspetos que influenciam a tomada de decisão sobre o tipo de parto. *baiana enferm*, 32:e25025.
<http://doi10.18471/rbe.v32.25025>
- Mascarenhas,C.(2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica - episiotomia) traumática - laceração de 1.º e 2.º graus). In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 142-148). Lisboa: Lidel
- Medeiros, R. Figueiredo, G. Correa, A & Barbieri, M. (2019) Repercussions of using the birth plan in the parturition process. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40 1-12.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.2018023>
- Mendes, F.R., Gemito, M.LG.P, Caldeira, E.C, Serra, I,C & Casas-Novas, M.V. (2017) *A continuidade dos cuidados de saúde na perspetiva dos utentes*. Ciência e saúde colectiva. 841-853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019). Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (1996). Care in Normal Birth: a practical guide. Organização Mundial de Saúde. [https://Care in Normal Birth: A Practical Guide – Maternal Health Task Force \(mhtf.org\)](https://Care in Normal Birth: A Practical Guide – Maternal Health Task Force (mhtf.org))
- Organização Mundial de Saúde (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva: Organização Mundial de Saúde
- Organização Mundial de Saúde (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260215/WHO-RHR-18.04-eng.pdf;jsessionid=168F7FEC936932431C0F2AF3F72519E2?sequence=1>

Ordem dos Enfermeiros (2012). Documento de Consenso: "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma visão partilhada". Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2018) -Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Parecer n.º7/2012 (2012). Plano de Parto. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

[http://MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf\(ordemenfermeiros.pt\)](http://MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf(ordemenfermeiros.pt))

Pereira, M. (2016) Métodos de preparação para o nascimento e parentalidade. In: Nené, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel

Prada, F., Rafael, M. (2016). Partograma. In Nené, M, Marques, R & Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp.348-352. Lisboa: Lidel

Regulamento nº 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª série (nº85 de 3 de maio de 2019), 13561-13565 <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>

Rua, M., Carvalho, M. M., Santos, M. J., & Amaral, C. F. (2020). *Cuidados imediatos ao recém-nascido*. In Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 209-214). Lisboa: Lidel

Sequeira, A., Prata, A. P., Correia, T. I., Henriques, C. M. G., & Monteiro, M. J. (2020). Terceiro estágio do Trabalho de parto (dequitação). In Sequeira, A., Pousa, O. e Amaral, C. F. (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 162-169). Lisboa: Lidel

Silva, J., Dias, A., Machado, A., Fonseca, R., & Mendes, R. (2012). A importância da autonomia como princípio Bioético. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade

- do Porto Silva, A. Neves, A. Sgarbi, A & Souza.R (2017) *Plano de Parto: Ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de Enfermagem*. Revista de Enfermagem da UFSM,1, 144-151. <http://doi:10.5902/2179769222531>
- Shareef,N.,Scholten,N.,Nieuwenhuijze,M.Stramrood,C.,Vries,M.,&Dillen.,J.,V(2023) *The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review* (327-333). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.008>
- Silva, A. Neves, A. Sgarbi, A., & Souza.R (2017) Plano de Parto: Ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM,1*, 144-151. [http://PLANO DE PARTO: FERRAMENTA PARA O EMPODERAMENTO DE MULHERES DURANTE A ASSIS...: Sistema de descoberta para FCCN \(ebSCOhost.com\)](http://PLANO DE PARTO: FERRAMENTA PARA O EMPODERAMENTO DE MULHERES DURANTE A ASSIS...: Sistema de descoberta para FCCN (ebSCOhost.com))
- Silva, G.F.,Bastos, K,D, Araújo, A.J.S., Bispo, T.C.F., Oliveira, G.R.S.A &Schulz, R.S (2018) *Mulheres submetidas à mastectomia: aspectos sentimentais e emocionais*. Rev Enferm Contemp:7(1):72-80. <https://doi:10.17267/2317-3378rec.v7i1.1213>
- Silva, T., & Lopes, M. (2020) *The couple's expectations for the birth plan: A qualitative, exploratory-descriptive study*. Revista de Enfermagem Referência, 2, 1-8. <https://doi.10.12707/RIV19095>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2014). *Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021). *Consenso Nacional sobre a Menopausa*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia
- Vilarinho, L., Garcia, P., & Pinho, P. (2021) Programa Nacional de Diagnóstico Precoce: [Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde] [http://Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde: Programa Nacional de Rastreio Neonatal: relatório 2020 \(insa.pt\)](http://Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde: Programa Nacional de Rastreio Neonatal: relatório 2020 (insa.pt))

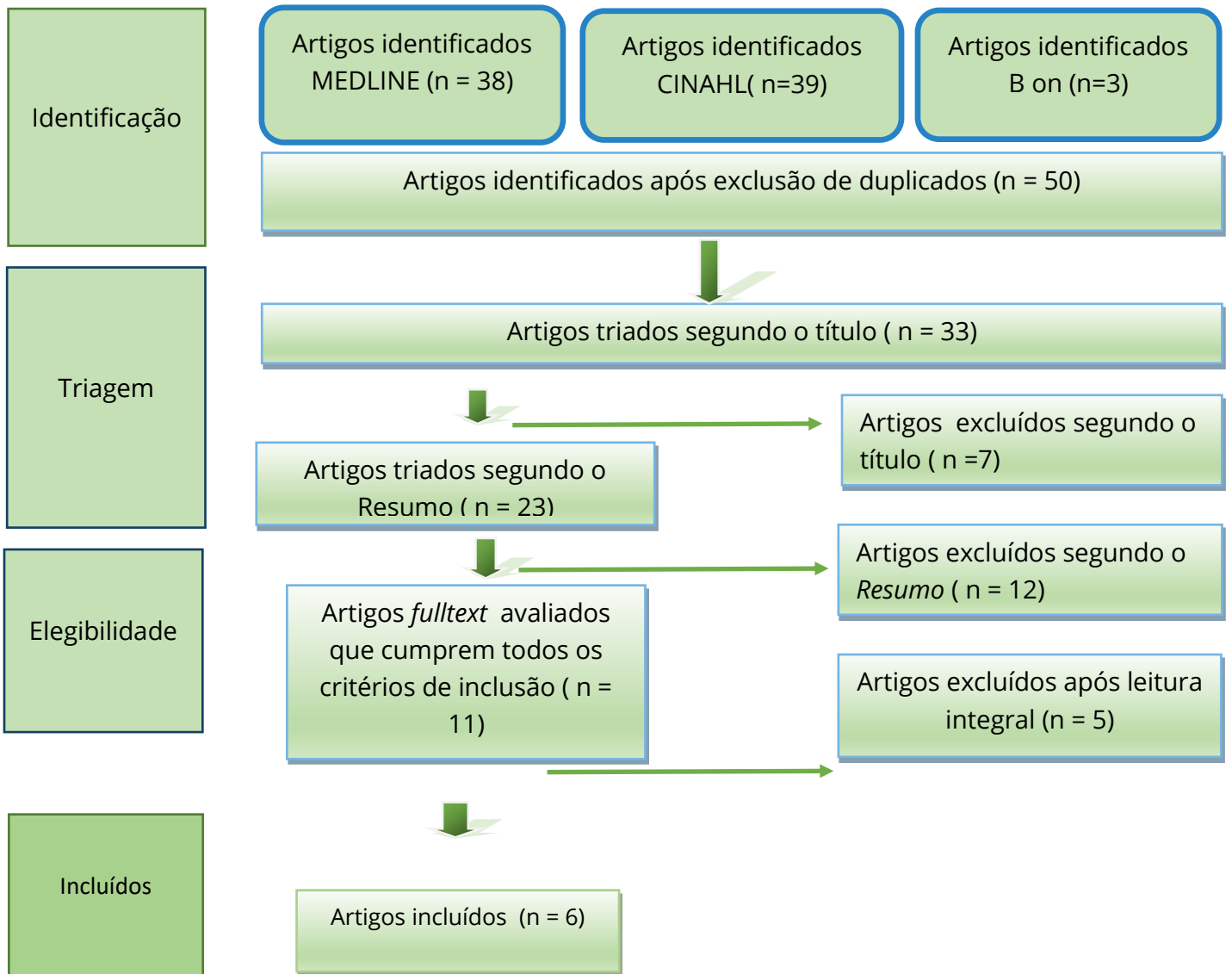
Westergren, A. Edin, K., Walsh, D., & Christianson, M (2018) *Autonomous and dependent-
The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden*. *Midwifery*, 68, 56-
64. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.008>

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termos de pesquisa e descritores booleano

PCC	Termos naturais	Termos indexados da CINAHL	Termos indexados MEDLINE	Termos B- On
<p><u>População</u></p> <p>Grávida</p>	Pregnant	(MH "Expectant Mothers") <i>"or"</i> Pregnant	(MH "Pregnant Women") <i>"or"</i> Pregnant	Pregnant
	<i>"And"</i>	<i>"And"</i>	<i>"And"</i>	<i>"And"</i>
<p><u>Conceito</u></p> <p>Contributos do plano de parto</p>	Birth plan	"birth plan"	"birth plan"	"Birth plan"

APÊNDICE 2: *PRISMA Flow Diagram* para o processo de SR segundo as orientações da JBB



APÊNDICE 3: Síntese dos resultados obtidos após a seleção dos estudos a incluir na RS

Autor Ano Título País	Objetivo do estudo	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Metodologia	Resultados
<p>Jolles, M., Vries, M., Hollander, M., Dillen, J. (2019)</p> <p>Holanda</p> <p>Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands</p>	<p>Avaliar o uso do plano de parto na Holanda.</p>	<p>Estudo retrospectivo em 2017 realizado num hospital Holandês</p> <p>Foram incluídas mulheres que pariram após as 33 semanas de idade gestacional (N = 1159)</p>	<p>Características sócio-demográficas, médicas e obstétricas relevantes foram recolhidos e relacionados com os resultados no pós-parto e o plano de parto.</p> <p>A satisfação pós-parto foi pontuada numa escala de 0 a 10.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A satisfação com o parto foi elevada nos dois grupos de mulheres (90% com pontuação ≥ 8 numa escala de avaliação até 10). - A diferença na satisfação com o parto entre mulheres com plano de parto e mulheres sem plano de parto não é significativa (8.33 vs. 8.26 respetivamente). Uma explicação pode ser o fato de a avaliação ter ocorrido em diferentes alturas. - Mulheres com plano de parto e um parto vaginal espontâneo atribuíram uma pontuação mais alta na satisfação pós-parto. Isto deveu-se ao facto das mulheres terem recorrido ao plano de parto para manifestarem o desejo de um parto sem indução do TP e, quando este desejo se concretizou, sentiram-se mais satisfeitas. - Apenas 34,7% das mulheres tinham realmente um plano de parto e em 7,5% não foram encontradas evidências de que este tenha sido discutido com um profissional de saúde. - Aumentar a utilização de planos de parto por si só corre o risco de torná-los um indicador numa lista de verificação, ao passo que a necessidade real de planos de parto é iniciar a discussão entre as mulheres e o seu prestador de cuidados de saúde de modo a potenciar a decisão partilhada. - O objectivo dos planos de parto, de facilitar a tomada de decisões partilhadas, não é, portanto, plenamente concretizado. - São necessárias estratégias de implementação para aumentar a adopção de planos de parto para todas as mulheres. - O ponto de corte de 34 semanas de gravidez foi escolhido porque neste hospital as mulheres são orientadas a fazer um plano de parto durante a consulta pré-natal de 30 semanas, e o conteúdo do plano é então discutido na consulta seguinte. Portanto, a partir das 34 semanas pode-se esperar que as mulheres tenham tido a oportunidade de redigir um plano de parto e de discuti-lo com o seu cuidador.

Autor Ano Título País	Objetivo do estudo	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Metodologia	Resultados
Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, A., Barbieri, M. (2019) Brasil Repercussions of using the birth plan in the parturition process	Avaliar as repercussões da utilização do plano de parto	Revisão da literatura	Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados LILACS, PUBMED, CINAHL e SciELO, compreendendo 13 artigos publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, no período de 2008 a 2018.	<p>-A construção do plano de parto durante o período pré-natal influencia positivamente o processo de parto e os desfechos materno-fetais proporcionando maior satisfação com o processo de parto.</p> <p>-O estudo encontrou relação positiva entre a utilização do Plano de Parto e o aumento do contato pele a pele, assim como a clampagem tardia do cordão umbilical e a taxa de partos vaginais. Além disso, reforçou a autonomia das mulheres (Suárez-Cortés et al,2015).</p> <p>-Todas as publicações analisadas apresentaram benefícios decorrentes da utilização do Plano de Parto. A discussão e a obtenção de informações, contribui para o empoderamento da mulher e promove a autonomia/protagonismo da mulher durante o processo de trabalho de parto.</p> <p>-As grávidas podem fazer escolhas quanto à posição adotada durante o trabalho de parto, ingestão de alimentos ou líquidos, e até mesmo recusar alguns procedimentos, o que gera segurança e menos ansiedade.</p> <p>Mouta et al (2017), referem que a construção de um Plano de Parto proporcionou o empoderamento das mulheres no processo de parto, pois todas se sentiram protagonistas de seus partos, tiveram a fisiologia de seus corpos respeitada tornando o momento prazeroso, menos doloroso e inesquecível.</p> <p>-Hidalgo-Lopezosa et al (2017)-à medida que aumenta o cumprimento do Plano de Parto, as taxa de cesariana diminuem.</p> <p>-Anderson et al (2017)- Os scores de comunicação, confiança e satisfação foram elevados após o parto.</p> <p>-Afshar et al (2017)- Embora tenham menos intervenções obstétricas (oxitocina intravenosa, amniotomia e peridural), aquelas que tiveram Plano de Parto estavam menos satisfeitos com a sua experiência quando comparada a mulheres sem planos.</p> <p>-Divall et al (2017)- Os planos eram: aumentando a comunicação com profissionais de saúde permite a consciência das opções disponíveis e sensação</p>

				<p>de controlo durante o parto. No entanto, muitos entrevistados acreditam que a ideia de “planeamento” do parto é problemática e relutam em realizá-lo.</p> <p>-Mei et al (2016-)Ter um maior número de solicitações atendidas esteve associado a uma experiência positiva de parto e sensação de controlo.</p> <p>-Suárez-Cortés et al (2015) O estudo encontrou relação positiva entre a utilização do Plano de Parto e o aumento do contato pele a pele, clampagem tardia do cordão umbilical e taxa de partos normais. Além disso, reforçou a autonomia das mulheres.</p> <p>-Whitford et al (2014)-Oportunidade de destacar preferências, melhorar a comunicação, estimular a discussão e lidar com ansiedades.</p> <p>Galesa & Simão (2014)- os Planos de parto estão a tornar-se 'padrão' ao solicitar rotineiramente as mesmas coisas (parto sem intervenção), algumas parturientas sentem-se pressionadas por este documento.</p> <p>-Aragon et al (2013)- a ferramenta de comunicação e educação. Contudo, os entrevistados notaram que as mulheres podem ficar desapontadas ou insatisfeitas se um Plano de Parto não poder ser implementado.</p> <p>-Magoma et al (2013)- A implementação de Planos de Parto durante a gravidez pode aumentar a procura de serviços qualificados de parto e pós parto sem afectar negativamente a satisfação das mulheres e dos prestadores.</p> <p>Pennel et al (2011)-A maioria das mulheres concordou que o plano de parto melhorou as suas experiências de parto, o sentido de controlo e a comunicação com os prestadores de cuidados foi uma ferramenta esclarecedora.</p> <p>-Kuo et al (2010)-Realizar um Plano de Parto sem apoio profissional pode parecer desafiador para mulheres que não possuem confiança e conhecimento para fazer escolhas, como é o caso das primigestas.</p> <p>No geral, o número de mulheres que a apresentam ainda é baixo, embora haja evidências de que esteja aumentando lentamente em vários países. A falta de utilização desse instrumento pelas mulheres deve-se principalmente ao desconhecimento sobre o Plano de Parto e sua finalidade, bem como à falta de apoio profissional necessário para compreender as opções disponíveis e expressar as preferências.</p>
--	--	--	--	---

Autor Ano Título País	Objetivo do estudo	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Metodologia	Resultados
<p>Westergren,A., Edin,K.,Walsh, D.,Christianson, M., (2019)</p> <p>Autonomous and dependent–The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden</p> <p>Suécia</p>	<p>Descrever as percepções das mulheres grávidas sobre o plano de parto expressas nos seus planos de parto e analisar as suas expectativas.</p>	<p>Estudo qualitativo</p> <p>132 puérperas que pariram entre Março e junho de 2016</p>	<p>Utilização de uma análise qualitativa, identificando subcategorias, categorias e um tema global em dados recolhidos a partir de planos de parto escritos pelas 132 puérperas em estudo.</p>	<p>-As mulheres envolvidas no estudo expressaram o seu desejo em serem envolvidas na tomada de decisão.</p> <p>-A maioria das mulheres deste estudo manifestou nos seus planos de parto uma preferência por um parto natural, com uso de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor. Também queriam ter liberdade de movimentos, a existência de música, luzes fracas, na sala de parto.</p> <p>-A mulher deseja permanecer no controlo da situação e ao mesmo tempo confiar na enfermeira obstetra para a tomada de decisão.</p> <p>-O plano de parto também pretendia servir como uma forma de educar as mulheres sobre o nascimento, escolhas, riscos e resultados, a fim de aumentar sua capacidade de tomar decisões informadas e dar consentimento informado a qualquer intervenção pretendida.</p> <p>-Descreve o desejo das mulheres em permanecerem independentes e auto-suficientes com integridade intacta numa situação única e muitas vezes exigente e, por outro lado, demonstra a renúncia das mulheres à sua autonomia, confiando à parteira e ao parceiro a tomada de decisões em relação aos seus próprios corpos. A luta ambígua pela autonomia dependente é visível à medida que as mulheres tentam transmitir uma imagem de quem são e das expectativas que têm, fornecendo à parteira informações que as ajudarão a manter o controlo e a parteira a respeitar as suas escolhas de nascimento.</p> <p>-As mulheres sublinharam a centralidade da presença de uma parteira para apoio e segurança emocional, informação sobre o progresso do trabalho de parto e apoio ao parceiro e o trabalho em equipa do casal. Valorizam o apoio contínuo e ter uma parteira conhecida e confiável em trabalho de parto devido à gestão não farmacológica de alívio da dor.</p> <p>-A maioria das mulheres deste estudo manifestou nos seus planos de parto uma preferência por um parto natural e não medicamentoso e um desejo por um modelo relacional de cuidados, baseado na interação próxima entre mulher, parceiro e parteira.</p> <p>-A inter-relação entre mulher, parteira e parceiro é, portanto, fundamental para as expectativas das mulheres em relação ao nascimento, uma vez que as mulheres descrevem o desejo de um trabalho em equipa.</p>

Autor Ano Título País	Objetivo do estudo	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Metodologia	Resultados
Duarte & Temoteo (2023) O uso do plano de parto por mulheres durante o pré-natal: scoping review Brasil	Analisar as repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição por mulheres durante o pré-natal, por meio da literatura.	Descritivo Analisadas 16 publicações	Scoping review	<p>-Propõe que deve-se fornecer formação eficaz às parteiras qualificadas na aplicação das estratégias não farmacológicas de alívio da dor, comunicação efetiva com os clientes e promoção da participação das mulheres na tomada de decisões sobre seus cuidados durante todo o processo de parto (Colley et al 2018).</p> <p>-Tendo em vista os benefícios promovidos pelo uso do plano de parto, notou-se que a sua realização contribui para o empoderamento feminino e promove a autonomia/protagonismo das mulheres durante o processo de parto (Medeiros et al , 2019).</p> <p>-Orientadas sobre as possibilidades disponíveis, as gestantes podem optar quanto ao seguimento do processo de parto, desde as posições durante o trabalho de parto, a recusa a procedimentos desnecessária, gerando segurança e menor ansiedade (Suárez-Cortés et al, 2015).</p> <p>Feeley & Thomson (2022)- Indicam que os serviços de maternidade fornecem apoio às mulheres que sofreram uma experiência traumática anterior. As partes também precisam ajudar a restaurar os relacionamentos com as mulheres e criar planos de parte que permitam às mulheres serem agentes ativas em suas decisões de parto.</p> <p>Loiola et al (2020)-Propõe que o plano de parto seja um instrumento implantado em todos os pré-natais, sejam eles privados ou públicos, para que sejam utilizados por todos os profissionais de saúde como ferramenta de tecnologia de cuidado às mulheres, com o intuito de individualizar o cuidado, respeitando a autonomia feminina.</p> <p>Naanyu et al (2020)- Sugerem que os enfermeiros utilizem mais tempo informando às mulheres durante o pré-natal sobre o desenvolvimento e melhoria de um plano de parto, tornando possível parir em instalações consistentes com as suas preferências.</p> <p>Colomar et al (2021)- Sugerem que os profissionais de saúde forneçam educação e aconselhamento em saúde a mulheres, para minimizar os medos, incertezas associadas ao parto vaginal.</p>

				<p>López-Toribio et al (2021)-Desenvolver estratégias para promover a participação das mulheres na tomada de decisão compartilhada, bem como, para melhorar o uso de planos de parto e o desenvolvimento de outras ferramentas de comunicação.</p> <p>Heidi et al (2018)- Importância de reconhecer as crenças das mulheres sobre o parto e a interferência que as mesmas assumem nas suas escolhas. O plano de parto deve ser um meio que possibilite a diminuição destes efeitos.</p> <p>Garcia et al (2021)-Sugere que os planos de parto sejam construídos com mais frequência, através de informações dadas pelos profissionais de saúde.</p> <p>Hidalgo-Lopezosa et al(2022)-O conhecimento adquirido pelas mulheres pode influenciar a gravidez subsequente, com a elaboração de um plano de parto.</p> <p>-Colley et al (2018)-Propõe que seja necessário fornecer formação eficaz sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor, comunicação eficaz com os clientes e promoção da participação das mulheres na tomada de decisões sobre os seus cuidados durante todo o processo de parto.</p> <p>Bhatta (2013)- Devem existir estratégias que envolvam os homens na saúde materna, com o objetivo de serem incluídos na elaboração do plano de parto e entenda eventuais complicações.</p> <p>Aragon et al (2013)-Refere a necessidade de estudos mais aprofundados sobre os efeitos positivos ou negativos com a utilização do plano de parto, embora este estudo tenha apresentado mais resultados positivos.</p> <p>Silva & Lopes (2020)- Importância de estudar a perspectiva dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia sobre o plano de parto, de forma a serem compreendidas dificuldades e estratégias.</p> <p>Cordeiro & Soares (2020)- Refere a importância da existência de formação e qualificação dos profissionais de saúde na construção do plano de parto.</p>
--	--	--	--	--

Autor Ano Título País	Objetivo do estudo	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Metodologia	Resultados
Silva & Lopes (2020) Portugal The couple's expectations for the birth plan	Descrever a expectativa do casal sobre o trabalho de parto	Estudo qualitativo tipo exploratório-descritivo 10 casais que frequentaram o curso de preparação para o parto	O instrumento de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada e a análise dos dados, realizada com o método de análise de conteúdo de Bardin e com o software NVivo10.	<p>-Neste estudo, ficou evidente a importância atribuída ao plano de parto, sendo reconhecido como uma estratégia facilitadora para orientar a mulher/casal no processo de parto, promovendo uma relação mais próxima com profissionais de saúde e aumentando o empoderamento e a satisfação das mulheres nesta experiência, tornando-a mais positiva.</p> <p>-Quando discutido com o enfermeiro nos cursos de preparação para o parto, torna-se facilitador para a tomada de decisão.</p> <p>-Este estudo mostrou que as mulheres consideram que a utilização do Plano de parto lhes confere uma autonomia acrescida para uma tomada de decisão e empoderamento.</p> <p>-O conhecimento adquirido por meio do desenvolvimento de um Plano de parto, faz com que o casal tome consciência de suas preocupações, anseios e práticas hospitalares. Este estudo mostrou também que as mulheres consideram que a utilização do plano de parto lhes confere uma autonomia acrescida para uma tomada de decisão informada e ajuda a promover uma perspectiva mais positiva sobre o seu parto, aumentando o seu sentimento de controlo e empoderamento.</p> <p>-Quando ocorrem alterações necessárias ao plano de parto, as mães participantes neste estudo também reconheceram algumas desvantagens, embora de forma menos significativa, nomeadamente o sentimento de insatisfação, caso o plano não possa ser cumprido.</p> <p>-A reflexão do casal e da mulher é importante para consciencializar a relação entre as decisões e escolhas e o próprio decurso do trabalho de parto, para tomar decisões responsáveis e informadas.</p> <p>-Promover a comunicação, não causar atritos entre profissionais e mulheres/casais, sendo que os melhores resultados advindos de um Plano de parto, dependem da flexibilidade e do apoio dado na discussão durante a gravidez e o trabalho de parto.</p> <p>-A comunicação deve também centrar-se no processo de tomada de decisão da mulher/casal, incluindo o consentimento informado que é um elemento fundamental para a promoção do cuidado individualizado.</p> <p>A literacia em saúde no processo de parto é essencial para garantir que as mulheres/ casais possam tomar decisões verdadeiramente informadas. A comunicação deve também centrar-se no processo de tomada de decisão da mulher/casal, incluindo o consentimento informado.</p> <p>Os cuidados obstétricos centrar-se-ão cada vez mais nas escolhas seguras de casais devidamente informados, contribuindo para melhores resultados obstétricos e neonatais.</p>

Autor Ano Título País	Objetivo do estudo	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Metodologia	Resultados
Shareef,N., Scholten, N., Nieuwenhuije,M, Stramrood, C., Vries,M., Dilen,J,V. (2023) Women and Birth Países Baixos	Sintetizar as descobertas atuais sobre o papel dos planos de parto para a tomada de decisões compartilhadas em torno das escolhas de nascimento de mulheres grávidas durante a maternidade.	Estudos quantitativos, qualitativos e mistos (21 artigos)	Scoping Review	<p>-Os planos de parto foram, na maioria dos estudos, descritos como um documento escrito que incluía preferências, desejos e especificações para a gestão do trabalho de parto, nascimento ou cuidados para as mulheres e o bebê após o parto.</p> <p>-Na maioria dos estudos, os planos de parto continham informações sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, nascimento , amamentação e modo de nascimento no que diz respeito ao tipo de parto.</p> <p>-Uma consulta com o profissional de saúde sobre o plano de parto permitiu ao casal negociar com os seus prestadores de cuidados e informar-se sobre as diferentes possibilidades durante o trabalho de parto e após o nascimento. Quando um plano de parto é construído, discutido e posto em prática, pode potencialmente contribuir para o envolvimento das mulheres nos cuidados e afectar positivamente a experiência de parto das mesmas.</p> <p>-Brown et al. (1998)- Várias mulheres mencionaram que, quando confrontadas com a tomada de decisões sob stress, era mais fácil fazer as escolhas apropriadas porque tinham avaliado todas as opções no seu plano de parto com os seus prestadores de cuidados antes do parto .</p> <p>-Campos Silva et al (2020)- A realização de consulta de plano de parto antes do nascimento, na qual o plano de parto foi discutido, foi recomendada como rotina na assistência à maternidade e permitiu ao casal negociar com os seus prestadores de cuidados e informar-se sobre as diferentes possibilidades durante e após o nascimento.</p> <p>-Cook et al. (2012)- mencionaram o efeito sobre as mulheres da perda de controle durante o parto. As mulheres que sentiram perda de controlo durante o processo de parto não foram bem apoiadas na renegociação de seu plano de parto devido a um protocolo de saúde deficiente que não estava sob o controlo da mulher. Esta descoberta destaca uma possível conexão entre o controlo das mulheres sobre as mudanças no plano de parto e sua visão geral do processo de parto.</p>

			<p>-Doherty et al. (2020)- também mencionou que um plano de parto pode ser uma ferramenta preparatória para o relacionamento entre profissionais de saúde e mulheres grávidas: Os profissionais de saúde estão em posição de promover a participação do cliente na tomada de decisões em relação a um plano de parto através da interação nas consultas pré-natais.</p> <p>-Moore et al. (1995)- recomendou o plano de parto a outras mulheres porque elas acharam o plano de parto útil porque as encorajou a fazer perguntas ao profissional de saúde, antes de tomar decisões sobre o parto.</p> <p>-Hollander et al (2017)-muitas mulheres atribuíram a causa da sua experiência traumática de parto principalmente à falta e/ou perda de controlo e a questões de comunicação e apoio prático/ emocional. Muitas mulheres acreditavam que o seu trauma poderia ter sido reduzido ou evitado através de uma melhor comunicação e apoio do seu prestador de cuidados ou se elas próprias tivessem solicitado mais ou menos intervenções.</p> <p>-Rodrigues de Loiola et al. (2020)- descreveu que a elaboração do plano de parto proporcionou ações para fortalecer o vínculo entre gestantes, seus familiares e profissionais de saúde. O fortalecimento do vínculo também foi facilitado com informações sobre boas práticas no parto e direitos da mulher, como a presença de acompanhante.</p> <p>-Aragão et al. (2013)- exploraram que o uso de planos de parto poderia potencialmente ter um papel essencial na transmissão eficaz das preferências das mulheres e, assim, facilitar a tomada de decisões informadas, o que poderia levar a uma melhor experiência para as mulheres e seus prestadores de cuidados.</p> <p>-As mulheres tomam consciência das suas preocupações e desejos ao desenvolver um plano de parto porque escrevem e pensam sobre as suas preferências e desejos. Quando as mulheres tomam consciência das suas preocupações, desejos e preferências, podem ter uma conversa melhor com os seus prestadores de cuidados, porque sabem o que é importante para elas. Isto pode levar a fazer melhores escolhas com os seus prestadores de cuidados.</p>
--	--	--	--

				<p>-Rodrigues et al. (2020), observou que o plano de parto não gera autonomia real para as mulheres, mas poderia melhorar o controle das mulheres sobre o processo de parto, pois esta ferramenta pode reduzir os medos das mulheres e criar um ambiente e uma filosofia que favoreçam a assistência obstétrica individualizada, garantindo o respeito às escolhas das mulheres por serviços obstétricos qualificados cuidados desde o pré-natal. Para realmente gerar autonomia para as mulheres, parecia necessária uma mudança nas atitudes das mulheres e dos prestadores de serviços em relação à tomada de decisões durante o trabalho de parto e nascimento.</p>
--	--	--	--	--

Autores	CATEGORIAS								
	Tomada de decisão	Empoderamento	Autonomia	Melhoria da comunicação com os profissionais de saúde	Conhecimento	Discussão do Plano de parto no pré-natal	Experiência positiva de parto	Apoio contínuo	Estratégias não farmacológicas de alívio da dor
Joles et al (2019)				X		X			
Medeiros et al (2019)	X	X	X	X	X	X	X		
Westergren et al (2019)	X	X		X	X	X		X	X
Silva & Lope (2020)	X	X	X	X		X		X	
Shareef & Dilen (2023)		X		X		X	X		X
Duarte & Timoteo (2023)	X	X	X	X	X	X			X

APÊNDICE 4: Apresentação e discussão de resultados da SR

Apresentação e discussão de resultados

Após a leitura integral dos artigos selecionados, foi realizada a análise do conteúdo e a extração de elementos que dão resposta à questão de investigação.

A revisão integrativa da literatura desenvolvida por Medeiros et al. (2019) conclui que a construção do PP influencia positivamente o processo de parto e os desfechos materno-fetais, proporcionando maior satisfação com o processo de parto. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Shareef et al (2023).

Os estudos de Shareef et al (2023) e Duarte & Timoteo (2023), concluíram que, a utilização deste documento, propicia mais conhecimentos sobre o processo de parto, tornando as mulheres mais preparadas, com redução da ansiedade no momento e facilita a comunicação com a equipa de saúde sobre a expressão das suas preferências e sentimentos. Proporciona a participação ativa das mulheres nas tomadas de decisão, melhorando os níveis de satisfação com a experiência. Os PP foram, na maioria dos estudos, descritos como um documento escrito que incluía preferências, desejos e especificações para a gestão do trabalho de parto, nascimento ou cuidados para as mulheres e o bebé após o parto. Os motivos identificados para uma experiência de parto positiva, foram o maior sentimento de controlo sobre o parto, a aquisição de conhecimentos obstétricos com maior envolvimento nas tomadas de decisão, as expectativas melhor atendidas, o respeito pela fisiologia do corpo, os melhores desfechos materno-fetais, a qualidade dos cuidados prestados, a boa comunicação e o suporte da equipa.

Por outro lado, o estudo de Jolles et al. (2019) que usou uma metodologia semelhante, não registou diferenças significativas na satisfação com o parto entre os dois grupos de participantes, visto que ambos demonstraram pontuações elevadas não sendo possível concluir se a elaboração do PP contribuía para aumentar a satisfação com o parto.

Duarte e Timoteo (2023) referem que o plano de parto deve ser implementado nas consultas pré-natal, utilizados por todos os profissionais de saúde como ferramenta de cuidado às mulheres, com o intuito de individualizar o cuidado, respeitando a autonomia feminina.

De acordo com Silva, e Lopes, (2020), a enfermagem obstétrica destaca a importância de se implementar uma metodologia que integre a importância da discussão

entre as parteiras em vários contextos profissionais, sobre a formação de competências com entrevistas para obter as informações necessárias e promover a alfabetização sobre o processo de parto, permitindo ao casal a negociação e o empoderamento.

Apresentando uma visão diferente dos outros estudos, segundo Westergren. et al (2019), existe uma dicotomia entre a autonomia e a dependência durante o processo de trabalho de parto, por um lado o desejo das mulheres de serem auto-suficientes numa situação única e frequentemente exigente e por outro lado demonstram a necessidade que têm que a tomada de decisão seja apoiada pela Enfermeira e pelo companheiro. Neste estudo, é destacada a importância do apoio da Enfermeira para a tomada de decisão, cuja importância dada é igual ou mais do que a própria autonomia da mulher.

Joles et al. (2019) defendem que é necessário avaliar não só a utilização dos próprios planos de parto, mas também o efeito real dos planos de parto e o seu conteúdo. Apenas 34,7% das mulheres tinham realmente um PP e 7,5% das pessoas com um PP, não foram encontradas provas de que tivesse sido discutido com um profissional de saúde. Apenas 28,8% das mulheres que foram transferidas dos cuidados de saúde primários, tinham um PP. Idealmente o PP deve ser discutido durante a gravidez e no parto, uma vez que os prestadores de cuidados (parteiras e médicos) são responsáveis pelos cuidados durante a gravidez e o parto. De fato, a importância da comunicação entre a mulher grávida e os profissionais de saúde, é identificada como outra estratégia essencial de uma boa experiência da aplicação de um PP, por todos os autores.

Nos seis artigos selecionados, foi evidente a importância que as mulheres grávidas atribuíram à realização do PP para a aquisição de conhecimentos que ajudem na tomada de decisão, no entanto embora os planos de parto sejam recomendados para todas as grávidas, ainda não é uma prática diária e recorrente. Devido a esta situação, é ainda necessário que haja um grande investimento nesta área, sobretudo na promoção da saúde com a divulgação e informação do PP. Há um grande desconhecimento da existência do PP mas há o reconhecimento da importância do mesmo e em como gera mais benefícios ao nível da comunicação entre a grávida/casal e os profissionais de saúde.

Apesar da maioria dos estudos indicarem maior satisfação com a experiência de parto entre as mulheres que construíram planos de parto, o estudo de Afshar et al. (2017) citado por Medeiros et al. (2019), obteve resultados contrários, relatando menos intervenções obstétricas nestas mulheres, mas também menor satisfação com a

experiência de parto. Shareef et al. (2023), Duarte & Timoteo (2023) e Westergren et al. (2019), afirmam que a presença de expectativas irrealistas e não coincidentes com a realidade das maternidades, bem como o desrespeito pelas solicitações presentes nos planos de parto pelas equipes de saúde, são fatores que mais influenciam negativamente a experiência do parto.

Por outro lado, Silva & Lopes (2020), demonstram no seu estudo que, independentemente do cumprimento das suas preferências, a maioria das mulheres considera vantajoso a utilização do plano de parto por aumentar a literacia em saúde, facilitar a comunicação com a equipa de saúde e possibilitar a manifestação dos seus desejos.

APÊNDICE 5: Instrumento de registo de monitorização do PP

Instrumento de monitorização de implementação do PP

Questões	Sim	Não	Concretizado		Não? Justificação
			Sim	Não	
Grupo 1 -Elaboração					
O PP foi efetuado com o apoio de um Enfermeiro					
O plano de parto elaborado está dividido para as fases de trabalho de parto, parto e puerpério					
Grupo 2- Alívio da dor					
Musicoterapia					
Aromoterapia					
Hidroterapia-Banho de Imersão					
Deambulação					
Bola de Pilates					
Aplicação de calor					
Posições verticalizadas					
Outra					
Grupo 3- Alimentação na fase ativa do TP					
Ingerir sumos, gelatinas, água					
Grupo 4- Condução do TP					
Indução Trabalho de Parto					
Rutura artificial de membranas					
Uso de Fármacos (epidural/ocitocina)					
Outra					
Grupo 4-Nascimento					
Contato pele a pele					
Amamentar na 1ª hora de vida					
Pretende usar leite Artificial					
Laqueação e corte do cordão umbilical tardia					
Participação do acompanhante nos cuidados ao RN					
Outra					
Grupo 5-Cuidados ao RN					
O banho do RN só será realizado após 24 horas					
O RN fica sempre ao pé da mãe					
Administração de Vitamina K ao recém-nascido					
Outro					
Grupo 6- Outras situações					
Em todas as opções foi informada das escolhas e suas consequências					
Aceitou as alterações necessárias ao PP					

Apêndice 6: Questionário de satisfação de elaboração do PP

Questionário: Plano de Parto como empoderador da grávida na tomada de decisão

Este questionário encontra-se inserido no projeto Plano de Parto como empoderador da grávida na tomada de decisão que está a ser desenvolvido pela Enfermeira Maria Rodrigues no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no biénio 2022/2023. O presente projeto está a ser orientado pela Professora Doutora Maria João Freitas e tem como principal objetivo promover a adesão ao plano de parto de forma a dar mais competências à mulher e casal. Este estudo é realizado no âmbito académico, para obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem e Saúde Materna e Obstétrica, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pretende compreender a importância do Plano de Parto no empoderamento da mulher. Este questionário destina-se a ser respondido por puérperas que estejam no serviço de puerpério. É anónimo, e resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo.

A sua colaboração é fundamental!

Caso tenha alguma dúvida, por favor não hesite em contactar a investigadora. Pode fazê-lo através do endereço eletrónico (mariavrodrigues1@msn.com)

*Obrigatório

1. 1.Autorização de utilização dos dados fornecidos para fins académicos e de * investigação.

Marcar tudo o que for aplicável.

Declaro que li e tomei conhecimento do objetivo deste questionário. Autorizo que os dados fornecidos sejam utilizados para fins pedagógicos e/ou de investigação.

2.Dados sociodemográficos

2. Idade *

3. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

4. Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- Ensino básico
- Ensino secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. Nacionalidade *

Marcar apenas uma oval.

- Portuguesa
- Outra

6. Data do parto *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

7. Tipo de Parto *

Marcar apenas uma oval.

- Eutócico/Vaginal/Normal
- Fórceps
- Ventosa
- Cesariana

3.Caraterização Obstétrica.

Este grupo de perguntas pretende obter informação de cariz obstétrico da respondente

8. Tipo de parto (no nascimento deste filho) *

Marcar apenas uma oval.

- Eutócico
- Ventosa
- Fórceps
- Cesariana

4. Este grupo de perguntas pretende obter informação acerca do Plano de Parto e da sua utilização.

9. Como teve conhecimento do Plano de Parto

Marcar apenas uma oval.

- Curso de Preparação para o parto
- Internet
- Consulta de Enfermagem
- Amigos/família

10. Para o nascimento deste filho, entregou um plano de parto na maternidade?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

De uma forma geral, acha que o plano de parto que elaborou, foi *
respeitado pelos profissionais de saúde?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

10. Considera que o Plano de Parto foi facilitador para a comunicação com os profissionais de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Outra:

11. Considera que os conhecimentos que adquiriu para a elaboração de um plano de parto, foram importantes para a tomada de decisão e para a escolha informada?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5.Sentimentos com a utilização da elaboração de um Plano de Parto

Assinale a resposta que corresponde à sua opinião, considerando: 1-Nada; 2-Um pouco; 3-Bastante; 4- Muito

12. Sentiu-se envolvida no seu próprio Trabalho de Parto/ Parto, no sentido da Tomada de decisão? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

Nada Muito

13. Sentiu que a elaboração do seu Plano de Parto, foi útil? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

Nada Muito

14. Sentiu-se satisfeita com o seu desempenho durante o trabalho de parto? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4

Nada Muito

15. Sentiu que teve poder na decisão em todos os momentos do trabalho de parto/parto? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. Sentiu medo e/ou ansiedade durante o trabalho de parto/dilatação? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Considera que teve o conhecimento necessário para perceber o que * estava a acontecer?

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

Obrigada pela sua participação!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE 7: Síntese das tabelas, quadros e gráficos relativos à análise de dados quantitativos com recurso ao SPSS

Relatório de Resultados

“Plano de parto como empoderador da grávida na tomada de decisão”

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Idade	35	18	39	30,63	4,983
Dia do Pós-parto em que se encontra	35	1	90	11,86	22,579
Número de filhos que tem	35	1	4	1,40	,695
N válido (de lista)	35				

Escolaridade		
	N	%
Básico	4	11,4%
Secundário	8	22,9%
Licenciatura	10	28,6%
Mestrado	11	31,4%
Doutoramento	2	5,7%
	35	

Nacionalidade		
	N	%
Portuguesa	27	77,1%
Outra	8	22,9%

Idade gestacional quando ocorreu o parto		
	N	%
<37 semanas completas	2	5,7%
>38 semanas e < de 42 semanas completas	33	94,3%

Tipo de Parto		
	N	%
Eutócico	17	48,6%
Ventosa	8	22,9%
Fórceps	3	8,6%
Cesariana	7	20,0%

Como teve conhecimento do Plano de Parto		
	N	%
CPPP	19	54,3%
Internet	8	22,9%
Consulta de Enfermagem	1	2,9%
Amigos/família	3	8,6%
Outra	4	11,4%

Entrega do plano de parto na maternidade		
	N	%
Não	1	2,9%
Sim	34	97,1%

PP respeitado pelos profissionais de saúde		
	N	%
Não	2	5,7%
Sim	33	94,3%

PP facilitador para a comunicação com os profissionais de saúde		
	N	%
Não	2	5,7%
Sim	33	94,3%

Poder na decisão em todos os momentos do TP		
	N	%
Não	5	14,3%
Sim	29	85,7%

Conhecimentos que adquiriu para a elaboração de um plano de parto, importantes para a tomada de decisão e para a escolha informada		
	N	%
Sim	35	100,0%

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Envolvimento no seu próprio Trabalho de Parto/ Parto, no sentido da Tomada de decisão	35	1	4	3,43	0,917
A elaboração do Plano de Parto foi útil	35	2	4	3,54	0,701
Satisfação com o seu desempenho durante o trabalho de parto	35	2	4	3,46	0,701
Conhecimento necessário para perceber o que estava a acontecer	35	3	4	3,57	0,502
N válido (de lista)	35				

O PP foi efetuado com o apoio de um Enfermeiro

	N	%
Sim	8	100,0%

O plano de parto elaborado está dividido para as fases de trabalho de parto, parto e puerpério

	N	%
Sim	8	100,0%

Categoria: desejos para o trabalho de parto		
	N	%
Indução do trabalho de parto	8	100
Estratégias para condução do trabalho de parto (ECTP)- RABA	8	100
ECTP-Administração Ocitocina	6	75
ECTP- Outras	0	-
Estratégias para o alívio da dor (EAD)- Epidural	7	87,5
EAD- Musicoterapia	7	87,5
EAD- Aromaterapia	3	37,5
EAD- Hidroterapia	5	62,5
EAD- Deambulação	8	100
EAD- Bola de Pilates	7	87,5
EAD- Posições verticalizadas	4	50
EAD- Aplicação de calor	6	75
EAD- Outras (massagem com óleo essencial)	1	12,5
Ingestão de alimentos na fase ativa do TP	8	100
Categoria: desejos para o nascimento e RN		
Contato pele a pele (parturiente/RN)	8	100
Amamentação do RN na 1ª hora de vida	8	100
Aleitamento artificial do RN	6	75
Laqueação e corte do cordão umbilical tardio	8	100
Participação do acompanhante nos cuidados ao RN	8	100
Banho do RN realizado somente após 24 horas	8	100
Alojamento conjunto com o RN	8	100
Administração de Vitamina K ao RN	8	100
Outros	0	0

Categoria: desejos para o trabalho de parto					
	Desejado		Respeitado		Justificação
	N	%	N	%	
Não deseja Indução do trabalho de parto	8	100	3	37,5	
Não deseja estratégias para condução do trabalho de parto (ECTP)- RABA	8	100	3	37,5	
Não deseja ECTP-Administração Ocitocina	5	83,3	1	20	

Deseja ECTP-Administração Ocitocina	1	16,7	1	100	
Não deseja ECTP- Outras	0	0	0	0	
Não deseja Estratégias para o alívio da dor (EAD)- Epidural	7	100	2	28,6	
Deseja EAD- Musicoterapia	7	100	7	100	
Deseja EAD- Aromaterapia	3	100	1	33,3	
Deseja EAD- Hidroterapia	5	100	5	100	
Deseja EAD- Deambulação	8	100	8	100	
Deseja EAD- Bola de Pilates	7	100	7	100	
Deseja EAD- Posições verticalizadas	4	100	4	100	
Deseja EAD- Aplicação de calor	6	100	4	66,7	
Deseja EAD- Outras (massagem com óleo essencial)	1	100	1	100	
Deseja ingestão de alimentos na fase ativa do TP	8	100	8	100	
Categoria: desejos para o nascimento e RN					
	Desejado		Respeitado		Justificação
	N	%	N	%	
Pretende efetuar contato pele a pele (parturiente/RN)	8	100	6	75	
Pretende Amamentar o RN na 1ª hora de vida	8	100	8	100	
Recusa aleitamento artificial do RN	6	100	6	100	
Pretende laqueação e corte do cordão umbilical tardio	8	100	6	75	
Pretende a participação do acompanhante nos cuidados ao RN	8	100	8	100	
Pretende que o banho do RN seja realizado somente após 24 horas	8	100	8	100	
Pretende alojamento conjunto com o RN	8	100	8	100	
Pretende Administração de Vitamina K ao RN	6	75	6	100	
Não Pretende Administração de Vitamina K ao RN	2	25	2	100	
Outros	0	0	0	0	

APÊNDICE 8: Sessão de formação à equipa de enfermagem do Contexto de Medicina Materno-Fetal (Planeamento, apresentação e avaliação)

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Plano de Parto como empoderador da grávida na tomada de decisão--
Scoping Review

Local: [REDACTED] **Data:** 2/11/2022 **Hora:** 15 h

Objetivo geral:

Divulgar a evidência científica sobre a importância do Plano de Parto na tomada de decisão - *Scoping Review*

Objetivos específicos:

- Descrever os contributos do Plano de Parto para o empoderamento da grávida na tomada de decisão
- Divulgar aos profissionais de saúde os contributos do plano de parto para o empoderamento da grávida na tomada de decisão


Programa	Métodos e técnicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
<p>INTRODUÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sumário; - Justificação da temática; 	Método expositivo	Meios audiovisuais: computador e projetor	5´	Maria Rodrigues Mestranda CMESMO/ESEL
<p>DESENVOLVIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento teórico e justificação da temática; <p><i>Scoping Review:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Questão de investigação; - Objetivo da revisão - Resultados e discussão - Implicações para a prática de cuidados; 			10´	
<p>CONCLUSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo do tema abordado; - Discussão/comentários e esclarecimento de dúvidas; 			25´	
<p>AVALIAÇÃO</p>			10´	

Plano de parto como empoderador da grávida na tomada de decisão

13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Maria Vieira Rodrigues nº 10961

Orientado por:
Professora Doutora Maria João Freitas
EESMO: Mónica Antunes




Almada, Novembro de 2022

1

SUMÁRIO

- Objetivos
- Justificação da temática
- Enquadramento teórico
- Revisão da literatura: Scoping review
- Conclusão
- Referências bibliográficas



2




OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Divulgar a evidência científica sobre os contributos do Plano de Parto para uma experiência positiva – Scoping Review

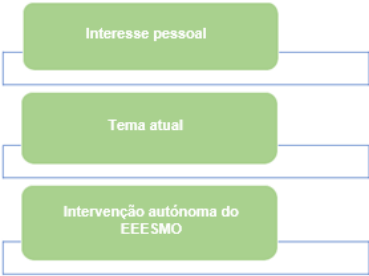
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever os contributos do plano de parto para o empoderamento da grávida na tomada de decisão
- Divulgar aos profissionais de saúde os contributos do plano de parto para o empoderamento da grávida na tomada de decisão



3


Justificação e contextualização da temática



Interesse pessoal

Tema atual

Intervenção autónoma do EESMO



4

Enquadramento teórico

Um plano de parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Preferências de Parto) consiste num texto personalizado, elaborado voluntariamente pela grávida ou, sempre que possível, pelo casal, em que são expressas vontades e preferências relativamente ao tipo de envolvimento pessoal e à assistência clínica durante o trabalho de parto e pós parto (DGS 2018).

É importante que seja refletido pela mulher/casal durante a gravidez, de modo a promover a consciencialização da relação entre as decisões e escolhas e o próprio decurso do TP, de forma a construir decisões responsáveis e informadas (OE, 2018).



5

Enquadramento teórico

Lei 110/2019

O Plano de Parto é um documento:

Em que a mulher /casal decide, após devidamente informado, acerca do seu TP e parto, onde são descritas as suas expectativas, preferências e necessidades, baseadas em boas práticas obstétricas;

Flexível, sem estrutura pré-definida, intransmissível, voluntário elaborado pelo casal;

Pode ser elaborado em qualquer fase da gravidez;

Preferencialmente discutido com a equipa da maternidade;

Integrado no Programa de Vigilância da Gravidez;



6

Enquadramento teórico

Parecer N°7/2012 (MCEESMO,2012):

É uma intervenção autónoma do EEESMO a formulação dos planos de parto e de parentalidade, no âmbito das consultas de vigilância pré natal e PPPP .

A taxa de grávidas que frequentam Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP) e elaboram um plano de parto, é um indicador de qualidade dos cuidados prestados no âmbito da saúde materna e obstétrica;



7

Enquadramento teórico

O plano de parto:

É facilitador para a transição entre a gravidez (o bebé imaginário e o bebé real) e o puerpério;

Promove a autonomia da grávida/casal na transição para a parentalidade;

Promove o empoderamento da grávida e do casal através da tomada de decisão;

Ajuda na gestão das expetativas.



8

Revisão da literatura: SCOPING REVIEW

TÍTULO: Contributos do plano de parto como empoderador da grávida na tomada de decisão: uma scoping review

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Quais os contributos de um plano de parto para o empoderamento da grávida na tomada de decisão?



OBJETIVOS:
Mapear a evidência científica publicada sobre os contributos da elaboração de um plano de parto para a grávida.
Descrever esses achados.



9

SCOPING REVIEW

Critérios de Inclusão

Estudos qualitativos quantitativos e mistos

Que respondam à população e conceitos da questão de investigação

Idioma Inglês, português e espanhol

Critérios de Exclusão

Artigos que não cumpram a metodologia do tipo de estudo

Artigos que não estejam disponíveis para consulta em texto integral

Artigos anteriores a 2017

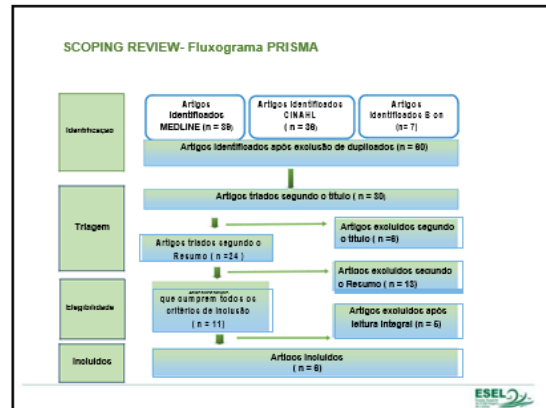


10

SCOPING REVIEW

PCC	Termos naturais	Termos Indexados da CINAHL	Termos Indexados MEDLINE	Termos B-On
População-Grávida	Pregnant	(MH "Expectant Mothers")	(MH "Pregnant Women")	Pregnant
Conceito-Contributos do plano de parto	Birth plan	"birth plan"	"birth plan"	"Birth plan"

11



12

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 1: Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherland

População: Foram incluídas mulheres que pariram após as 33 semanas

Amostra: N=1159

RESULTADOS

Recomendado o PP para todas as grávidas, mas nem todas o utilizam.

Apenas 34,7% das mulheres utilizaram um PP e em 7,5% destas, não foram encontradas evidências de que tivesse sido discutido com um profissional de saúde.

28,8% das mulheres vigiadas nos CSP, tinham um PP.

A maioria das mulheres referiu ser uma vantagem a realização de um PP, mas consideram que não é totalmente facilitador para a tomada de decisão.

13

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 1: Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherland

CONCLUSÕES

É necessário adotar um PP para cada mulher, estratégias de implementação e estudos adicionais também são necessários.

Os profissionais de saúde nos cuidados primários e secundários devem encorajar a utilização do PP.

O PP deve ser discutido durante a gravidez e no parto com os prestadores de cuidados médicos (parteiras e médicos).

É necessário avaliar não só a utilização dos PP, mas também os conteúdos que integra e o seu real efeito.

14

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 2: Repercussions of using the birth plan in the parturition process

Revisão Integrativa da literatura realizada nas bases de dados LILACS, PUBMED, CINAHL e SCIELO (13 artigos publicados no período de 2008 a 2018).

RESULTADOS

A elaboração do PP durante o período pré-natal, influencia positivamente o processo de parto.

Os índices de comunicação, confiança e satisfação foram elevados com a utilização do PP.

A construção de um PP, proporcionou o empoderamento das mulheres durante o processo de parto, uma vez que todas se sentiram protagonistas dos seus partos.

Algumas parteras sentem-se pressionadas por este documento.



15

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 2: Repercussions of using the birth plan in the parturition process

CONCLUSÕES

Observa-se uma tendência para padronizar o PP, solicitando de forma rotineira as mesmas coisas.

Todos os estudos demonstraram benefícios do PP de parto, sendo uma ferramenta educacional, que estimula a discussão e a obtenção de informação, contribuindo para a autonomia e empoderamento da mulher.

Ter um maior número de solicitações atendidas foi associado a uma experiência de parto positiva e sensação de controlo.



16

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 2: Repercussions of using the birth plan in the parturition process

CONCLUSÕES

Favorece um processo de parto natural e proporciona melhores resultados obstétricos e neonatais com a redução da taxa de cesariana.

Apresentar um PP não significa apenas um parto com menos intervenções, mas além de repercussões clínicas favoráveis, desenvolve questões psicoemocionais, uma vez que se sentem mais preparadas, expressam confiança, autonomia e maior participação no processo de parto.

Existem resistências e desafios a serem superados, o número de mulheres que apresentam o PP ainda é pouco significativo.



17

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 2: Repercussions of using the birth plan in the parturition process

CONCLUSÕES

O decurso do processo de TP é imprevisível.

Perante complicações inesperadas, pode ser necessário desconsiderar os pedidos.

Pode suceder tensão gerada entre a parturiente e o profissional, devido a uma suposta perda de autonomia deste último, o que pode atuar como uma barreira na interação entre ambos.

O diálogo sobre as opções do TP é fundamental. O

PP deve ser entendido como algo dinâmico.



18

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 3: Plano de Parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de Enfermagem

Revisão da Literatura (23 estudos publicados entre 2006 e 2016)

RESULTADOS

Enquanto ferramenta, o PP centraliza o direito à informação e à decisão na mulher, tornando-a protagonista de seu próprio parto. Assim, é garantido o respeito ao princípio bioético de autonomia e às decisões da mulher, contribuindo para o seu empoderamento no processo de parto.

No planeamento do parto, a aliança terapêutica estabelecida entre a parturiente e o enfermeiro possibilita a criação de vínculos e pode auxiliar na preferência da mulher em relação a vários fatores e também permite a escolha de procedimentos no momento do parto tanto em situações em que este decorre sem intercorrências como em caso de possíveis complicações.



19

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 3: Plano de Parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de Enfermagem

Revisão da Literatura (23 estudos publicados entre 2006 e 2016)

CONCLUSÕES

A reflexão contribui para justificar o uso do PP pelos profissionais da área de saúde, principalmente o enfermeiro, que poderá utilizá-lo como estratégia para sustentar a sua prática.

Salienta-se a necessidade de estudos, pautados na autonomia do enfermeiro e de outros profissionais envolvidos no processo de parto, sendo estes agentes fomentadores da conquista da autonomia da mulher durante todo o processo, tornando-a protagonista do seu próprio parto (cuidado centrado na mulher).



20

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 3: Plano de Parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de Enfermagem

CONCLUSÕES

Para alguns autores, a elaboração de PP precisa ser estimulada por profissionais que acreditam na evidência científica e nos direitos das mulheres, para que a proposta do PP não seja transformada em mais um formulário a ser preenchido de maneira burocrática e sem valor.



21

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 4: The couple's expectations for the birth plan

Amostra: 10 casais que frequentaram o curso de preparação para o parto

RESULTADOS

Ainda há um grande desconhecimento da existência do PP mas há o reconhecimento da importância do mesmo.

Apesar de todo o interesse pelo tema demonstrado pelos casais durante a entrevista, apenas metade das mães conhecia o conceito de PP, o que permite inferir que a informação e promoção do PP ainda parece não ser realizada de forma contínua nas consultas de vigilância da gravidez nem na PPP.

No entanto, tanto as mães como os pais que participaram neste estudo também reconheceram algumas desvantagens na utilização do PP, embora de forma menos significativa, nomeadamente o sentimento de insatisfação, caso o plano não possa ser cumprido.



22

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 4: The couple's expectations for the birth plan

CONCLUSÕES

É necessário implementar uma metodologia que integre a importância da discussão entre as parteiras em vários contextos profissionais, sobre o desenvolvimento de competências para promoverem a utilização do PP e, permitir ao casal a sua negociação e o empoderamento.

Seria importante investigar a perspetiva das parteiras sobre o PP, de modo a serem conhecidas as dificuldades na promoção e validação desta estratégia.



23

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 5: Autonomous and dependent—The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden

Amostra: 132 puérperas que pariram entre Março e junho de 2016

RESULTADOS

Nos PP, as mulheres expressaram o seu desejo em serem envolvidas na tomada de decisão.

Nos PP as mulheres expressaram o desejo de permanecer no controlo da situação e ao mesmo tempo confiar na enfermeira obstetra para a tomada de decisão.

Surgiram três categorias na análise dos desejos expressos no PP: a integridade íntata e o diálogo com a enfermeira obstetra, a necessidade de um parto apoiado por uma enfermeira obstetra e o ajudar o parceiro a ajudar em todo o processo.



24

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 5: Autonomous and dependent—The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden

CONCLUSÕES

Existe uma dicotomia entre a autonomia e a dependência durante o processo de trabalho de parto, por um lado o desejo das mulheres de serem auto-suficientes numa situação única e frequentemente exigente e por outro lado demonstram a necessidade que têm que a tomada de decisão seja apoiada pela Enfermeira e pelo companheiro.

Existe uma evidência da necessidade e importância que é atribuída à Enfermeira em todo o processo de trabalho de parto.



25

SCOPING REVIEW- Síntese de resultados

Artigo 6: El plan de nacimiento, según las madres, mejora el conocimiento del proceso de parto y la comunicación con las profesionales

Amostra: 204 puérperas que tinham realizado um PP
Estudo Transversal e descritivo

RESULTADOS

O PP está associada a uma maior percepção da melhoria da comunicação.

O PP foi cumprido em 71,1% das participantes que afirmaram que as suas escolhas foram respeitadas e os itens que não puderam ser realizados, foram explicados.



26

Análise da sessão de formação no Serviço de Medicina Materno-Fetal

Na sessão de formação estiveram presentes 11 formandos. Para avaliar a sessão foi utilizado um questionário construído no google forms, sendo aplicada uma escala de cinco pontos, de 1 a 5 em que 1- nada satisfeito e 5-muito satisfeito.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

Sobre a questão: " os conteúdos abordados foram do seu interesse"- 81% responderam com Muito satisfeito (5 pontos) e 19% consideraram 4 valores.

Sobre a questão: "os conhecimentos adquiridos são importantes para a sua prática" – 81% responderam com Muito satisfeito (5 pontos) e 19% consideraram 4 valores.

Sobre a questão "O formador demonstrou capacidade para motivar os participantes: " 72% consideraram 5 valores e 28% 4 valores.

Sobre a questão: " Os meios audiovisuais foram adequados", 90% consideraram 5 valores e 10% 4 valores.

Sobre a questão : "o horário e a duração da sessão foram adequados", 90% consideraram 5 valores e 10% 4 valores.

Sobre a questão: " Adquiriu conhecimentos sobre a intervenção do Enfermeiro Obstetra no âmbito do plano de parto"- 63% demonstrou 5 valores, 27% 4 valores e 10% 3 valores.

No que diz respeito a sugestões, não foram referidas nenhuma nesta avaliação.

APÊNDICE 9: Sessão de formação às grávidas no contexto de Cuidados de Saúde Primários (Planeamento, apresentação e avaliação)

ESEL 



PLANO DE PARTO COMO EMPODERADOR DA GRÁVIDA NA TOMADA DE DECISÃO


Mestranda Maria Vieira Rodrigues

13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Orientado por:
Professora Doutora Maria João Freitas
EESMO: [REDACTED]


[REDACTED] etro de 2023

1

ESEL 

Objetivos da Sessão

- Descrever os contributos do Plano de Parto para uma experiência de parto positiva.
- Trasmitir a importância da elaboração de um plano de parto e os aspetos relevantes a introduzir.



2

ESEL 

Plano de Parto

- Um plano de parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Preferências de Parto) consiste num texto personalizado, elaborado voluntariamente pela grávida ou, sempre que possível, pelo casal.
- São expressas vontades e preferências relativamente ao tipo de envolvimento pessoal e à assistência clínica durante o trabalho de parto e pós parto.
- É importante que a sua elaboração seja acompanhada por um EESMO.



DGS (2018) 

3

ESEL 

Plano de Parto

- É um documento em que a mulher /casal decide, após devidamente informado, acerca do seu trabalho de parto e parto, onde são descritas as suas expectativas, preferências e necessidades, baseadas em boas práticas obstétricas;
- Flexível, sem estrutura pré-definida, intransmissível, voluntário elaborado pelo casal;
- Pode ser elaborado em qualquer fase da gravidez;
- Preferencialmente discutido com a equipa da maternidade;
- Integrado no Programa de Vigilância da Gravidez.



Lei 110/2019 

4

Legislação- Lei 110/2019

Artigo 12.º-E

Previdência de cuidados para a elaboração do plano de nascimento


- 1 - Os serviços de saúde que acompanham mulheres grávidas ou casais garantem o seu direito a um plano de nascimento, salvo se os mesmos declararem expressamente que não pretendem ter um plano de nascimento.
- 2 - Na elaboração do plano de nascimento é prestado apoio à mulher grávida ou ao casal, tendo por base um diálogo construtivo, no respeito pelo contexto cultural e pessoal da grávida, informando e encorajando a grávida ou o casal nas consultas de seguimento da gravidez ou nos cursos.
- 3 - A vontade manifestada por parte da mulher grávida ou do casal no plano de nascimento deve ser respeitada, salvo em situações excecionais que o desaconselham, tendo em vista preservar a segurança da mãe, do feto ou do recém-nascido, as quais devem ser sempre comunicadas à grávida ou ao casal, estando condicionada aos recursos logísticos e humanos disponíveis no momento do parto.
- 4 - O plano de nascimento deve contemplar práticas aconselhadas pelas conclusões científicas, que sejam benéficas ao normal decorrer do processo do parto e que não coloquem em risco a saúde e a própria vida da mãe, do feto ou do recém-nascido, assim como englobar procedimentos para os quais a equipa de saúde considere ser necessária ou essencial para realizar com segurança.
- 5 - Em todo o processo do parto é assegurado o cumprimento do consentimento informado, esclarecido e livre, por parte da mulher grávida.
- 6 - A mulher grávida pode a todo o tempo, inclusive durante o trabalho de parto, modificar as preferências manifestadas previamente no plano de nascimento.
- 7 - Para efeitos do disposto nos números anteriores, a DGS deve definir: atitudes de orientação e normas técnicas; o conselho orientador do modelo do plano de nascimento, garantindo ao progressivamente a desmaterialização dos suportes nesta matéria.



5

Plano de Parto

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a elaboração de um Plano de Nascimento é uma conduta claramente útil e que deve ser encorajada, uma vez que *“os mulheres devem participar nas decisões sobre o nascimento e o parto”*.




World Health Organization (WHO), Gender Annex, Personal and Reproductive Care, Training Module, Regional Office for Europe.

6

Importância do Plano de Parto- Evidência científica

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- 40% das mulheres não tiveram informação sobre opções de parto;
- 33% dos partos, os companheiros não estiveram presentes;
- 40% das mulheres não foram consultadas sobre as intervenções durante o trabalho de parto e parto;
- 10% das mulheres não se sentiu respeitada pelos profissionais de saúde;
- 15% das mulheres não se sentiram seguras durante o parto;
- 13% das mulheres não se sentiram cuidadas;
- 43% das mulheres, afirmaram não ter tido o parto que queriam.




Agência - 3378
01/01/2012 e
31/03/2015

7

Contributos do Plano de Parto- Evidência científica

- Enquanto ferramenta, o PP centraliza o direito à informação e à decisão na mulher, tornando-a protagonista de seu próprio parto.
- No planeamento do parto, a aliança terapêutica estabelecida entre a parturiente e o enfermeiro possibilita a criação de vínculos e pode auxiliar na preferência da mulher em relação a vários fatores e também permite a escolha de procedimentos no momento do parto tanto em situações em que este decorre sem intercorrências como em caso de possíveis complicações.



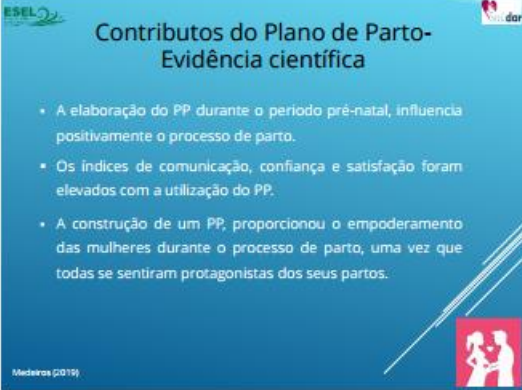
Grávida

8

Contributos do Plano de Parto- Evidência científica

- A elaboração do PP durante o período pré-natal, influencia positivamente o processo de parto.
- Os índices de comunicação, confiança e satisfação foram elevados com a utilização do PP.
- A construção de um PP, proporcionou o empoderamento das mulheres durante o processo de parto, uma vez que todas se sentiram protagonistas dos seus partos.

Medeiros (2019)



9

O QUE É PRECISO GARANTIR NA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE PARTO?

- Compreender que o plano de parto deve ser elaborado num registo de flexibilidade, dada a natureza imprevisível de alguns eventos associados ao trabalho de parto, parto, pós-parto e parentalidade.
- Garantir a segurança e o bem-estar materno-fetal e neonatal.



MOSESMO (2019)



10

COMO POSSO ELABORAR O PLANO DE PARTO?

- A grávida/casal deverá ser incentivada a desenvolver o seu plano de parto escrito.
- Existem diferentes formas de apresentar um plano de parto, sendo os mais comuns o plano-tabela, plano-parágrafos, plano-tópicos, em formato livre, ou através de um documento específico de cada instituição.



MOSESMO (2019)



11

O que posso incluir no plano de parto?

Expetativas/desejos relativos:

- Acompanhamento
- Privacidade
- Informação/ Consentimento
- Período de dilatação
- Controlo da dor
- Indução do Parto
- Período Expulsivo
- Nascimento
- Aleitamento
- Puerpério



MOSESMO (2019)



12

O que posso incluir no plano de parto

Plano de Parto

Após Nascer

Cuidados do Recém Nascido

Françoalino de parto - Bing Images

13

Exemplos de um Plano de Parto

Plano de Parto da [nome]

14

Exemplos de um Plano de Parto

PLANO DE PARTO

Eu, _____, acredito como _____, acredito como _____ de que o parto pode tomar diferentes rumos, sendo isto as preferências em relação ao parto e nascimento do meu filho, caso tudo corra bem.

Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaria de ser devidamente avisado e consultado a respeito das alternativas.

Sala de Parto

- Ter consigo a presença de meu marido;
- Quer música e ter luzes suaves;
- Usar a sala;

Trabalho de Parto

- Ser informado de todos os procedimentos cirúrgicos;
- Consultar ao médico o número de exames vaginais (limpez);
- Não ser anestesiado a epidural, a não ser que eu a solicite;
- Não induzir o parto ou utilizar qualquer processo para a induzir, a não ser em caso de absoluta necessidade;
- Não seja efectuada uma episiotomia, a não ser em caso de absoluta necessidade;

Mãe Parto

- Que a lactação esteja sempre acompanhada por mim no parto;
- Não oferecer suplemento ou chucha ao bebé até o meu consentimento;

Agradecimentos desde já a todos a minha equipa.

15

Exemplos de um Plano de Parto



Identificação da Mulher Casal (se aplicável)

Nome: _____ Nº de identificação: _____ Data de nascimento: _____
 Nº de celular: _____
 Endereço: _____
 Nº de celular: _____
 Nº de identificação: _____
 Nº de celular: _____
 Endereço: _____

A - Anamnese/Exame de rotina: antecedentes da família que afetem a saúde gestacional significativa.

Desejos e trabalho de parto, a receber parturida:

Quero acompanhar o parto em um quarto de parto (Quarto 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000/1001/1002/1003/1004/1005/1006/1007/1008/1009/1010/1011/1012/1013/1014/1015/1016/1017/1018/1019/1020/1021/1022/1023/1024/1025/1026/1027/1028/1029/1030/1031/1032/1033/1034/1035/1036/1037/1038/1039/1040/1041/1042/1043/1044/1045/1046/1047/1048/1049/1050/1051/1052/1053/1054/1055/1056/1057/1058/1059/1060/1061/1062/1063/1064/1065/1066/1067/1068/1069/1070/1071/1072/1073/1074/1075/1076/1077/1078/1079/1080/1081/1082/1083/1084/1085/1086/1087/1088/1089/1090/1091/1092/1093/1094/1095/1096/1097/1098/1099/1100/1101/1102/1103/1104/1105/1106/1107/1108/1109/1110/1111/1112/1113/1114/1115/1116/1117/1118/1119/1120/1121/1122/1123/1124/1125/1126/1127/1128/1129/1130/1131/1132/1133/1134/1135/1136/1137/1138/1139/1140/1141/1142/1143/1144/1145/1146/1147/1148/1149/1150/1151/1152/1153/1154/1155/1156/1157/1158/1159/1160/1161/1162/1163/1164/1165/1166/1167/1168/1169/1170/1171/1172/1173/1174/1175/1176/1177/1178/1179/1180/1181/1182/1183/1184/1185/1186/1187/1188/1189/1190/1191/1192/1193/1194/1195/1196/1197/1198/1199/1200/1201/1202/1203/1204/1205/1206/1207/1208/1209/1210/1211/1212/1213/1214/1215/1216/1217/1218/1219/1220/1221/1222/1223/1224/1225/1226/1227/1228/1229/1230/1231/1232/1233/1234/1235/1236/1237/1238/1239/1240/1241/1242/1243/1244/1245/1246/1247/1248/1249/1250/1251/1252/1253/1254/1255/1256/1257/1258/1259/1260/1261/1262/1263/1264/1265/1266/1267/1268/1269/1270/1271/1272/1273/1274/1275/1276/1277/1278/1279/1280/1281/1282/1283/1284/1285/1286/1287/1288/1289/1290/1291/1292/1293/1294/1295/1296/1297/1298/1299/1300/1301/1302/1303/1304/1305/1306/1307/1308/1309/1310/1311/1312/1313/1314/1315/1316/1317/1318/1319/1320/1321/1322/1323/1324/1325/1326/1327/1328/1329/1330/1331/1332/1333/1334/1335/1336/1337/1338/1339/1340/1341/1342/1343/1344/1345/1346/1347/1348/1349/1350/1351/1352/1353/1354/1355/1356/1357/1358/1359/1360/1361/1362/1363/1364/1365/1366/1367/1368/1369/1370/1371/1372/1373/1374/1375/1376/1377/1378/1379/1380/1381/1382/1383/1384/1385/1386/1387/1388/1389/1390/1391/1392/1393/1394/1395/1396/1397/1398/1399/1400/1401/1402/1403/1404/1405/1406/1407/1408/1409/1410/1411/1412/1413/1414/1415/1416/1417/1418/1419/1420/1421/1422/1423/1424/1425/1426/1427/1428/1429/1430/1431/1432/1433/1434/1435/1436/1437/1438/1439/1440/1441/1442/1443/1444/1445/1446/1447/1448/1449/1450/1451/1452/1453/1454/1455/1456/1457/1458/1459/1460/1461/1462/1463/1464/1465/1466/1467/1468/1469/1470/1471/1472/1473/1474/1475/1476/1477/1478/1479/1480/1481/1482/1483/1484/1485/1486/1487/1488/1489/1490/1491/1492/1493/1494/1495/1496/1497/1498/1499/1500/1501/1502/1503/1504/1505/1506/1507/1508/1509/1510/1511/1512/1513/1514/1515/1516/1517/1518/1519/1520/1521/1522/1523/1524/1525/1526/1527/1528/1529/1530/1531/1532/1533/1534/1535/1536/1537/1538/1539/1540/1541/1542/1543/1544/1545/1546/1547/1548/1549/1550/1551/1552/1553/1554/1555/1556/1557/1558/1559/1560/1561/1562/1563/1564/1565/1566/1567/1568/1569/1570/1571/1572/1573/1574/1575/1576/1577/1578/1579/1580/1581/1582/1583/1584/1585/1586/1587/1588/1589/1590/1591/1592/1593/1594/1595/1596/1597/1598/1599/1600/1601/1602/1603/1604/1605/1606/1607/1608/1609/1610/1611/1612/1613/1614/1615/1616/1617/1618/1619/1620/1621/1622/1623/1624/1625/1626/1627/1628/1629/1630/1631/1632/1633/1634/1635/1636/1637/1638/1639/1640/1641/1642/1643/1644/1645/1646/1647/1648/1649/1650/1651/1652/1653/1654/1655/1656/1657/1658/1659/1660/1661/1662/1663/1664/1665/1666/1667/1668/1669/1670/1671/1672/1673/1674/1675/1676/1677/1678/1679/1680/1681/1682/1683/1684/1685/1686/1687/1688/1689/1690/1691/1692/1693/1694/1695/1696/1697/1698/1699/1700/1701/1702/1703/1704/1705/1706/1707/1708/1709/1710/1711/1712/1713/1714/1715/1716/1717/1718/1719/1720/1721/1722/1723/1724/1725/1726/1727/1728/1729/1730/1731/1732/1733/1734/1735/1736/1737/1738/1739/1740/1741/1742/1743/1744/1745/1746/1747/1748/1749/1750/1751/1752/1753/1754/1755/1756/1757/1758/1759/1760/1761/1762/1763/1764/1765/1766/1767/1768/1769/1770/1771/1772/1773/1774/1775/1776/1777/1778/1779/1780/1781/1782/1783/1784/1785/1786/1787/1788/1789/1790/1791/1792/1793/1794/1795/1796/1797/1798/1799/1800/1801/1802/1803/1804/1805/1806/1807/1808/1809/1810/1811/1812/1813/1814/1815/1816/1817/1818/1819/1820/1821/1822/1823/1824/1825/1826/1827/1828/1829/1830/1831/1832/1833/1834/1835/1836/1837/1838/1839/1840/1841/1842/1843/1844/1845/1846/1847/1848/1849/1850/1851/1852/1853/1854/1855/1856/1857/1858/1859/1860/1861/1862/1863/1864/1865/1866/1867/1868/1869/1870/1871/1872/1873/1874/1875/1876/1877/1878/1879/1880/1881/1882/1883/1884/1885/1886/1887/1888/1889/1890/1891/1892/1893/1894/1895/1896/1897/1898/1899/1900/1901/1902/1903/1904/1905/1906/1907/1908/1909/1910/1911/1912/1913/1914/1915/1916/1917/1918/1919/1920/1921/1922/1923/1924/1925/1926/1927/1928/1929/1930/1931/1932/1933/1934/1935/1936/1937/1938/1939/1940/1941/1942/1943/1944/1945/1946/1947/1948/1949/1950/1951/1952/1953/1954/1955/1956/1957/1958/1959/1960/1961/1962/1963/1964/1965/1966/1967/1968/1969/1970/1971/1972/1973/1974/1975/1976/1977/1978/1979/1980/1981/1982/1983/1984/1985/1986/1987/1988/1989/1990/1991/1992/1993/1994/1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001/2002/2003/2004/2005/2006/2007/2008/2009/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100/2101/2102/2103/2104/2105/2106/2107/2108/2109/2110/2111/2112/2113/2114/2115/2116/2117/2118/2119/2120/2121/2122/2123/2124/2125/2126/2127/2128/2129/2130/2131/2132/2133/2134/2135/2136/2137/2138/2139/2140/2141/2142/2143/2144/2145/2146/2147/2148/2149/2150/2151/2152/2153/2154/2155/2156/2157/2158/2159/2160/2161/2162/2163/2164/2165/2166/2167/2168/2169/2170/2171/2172/2173/2174/2175/2176/2177/2178/2179/2180/2181/2182/2183/2184/2185/2186/2187/2188/2189/2190/2191/2192/2193/2194/2195/2196/2197/2198/2199/2200/2201/2202/2203/2204/2205/2206/2207/2208/2209/2210/2211/2212/2213/2214/2215/2216/2217/2218/2219/2220/2221/2222/2223/2224/2225/2226/2227/2228/2229/2230/2231/2232/2233/2234/2235/2236/2237/2238/2239/2240/2241/2242/2243/2244/2245/2246/2247/2248/2249/2250/2251/2252/2253/2254/2255/2256/2257/2258/2259/2260/2261/2262/2263/2264/2265/2266/2267/2268/2269/2270/2271/2272/2273/2274/2275/2276/2277/2278/2279/2280/2281/2282/2283/2284/2285/2286/2287/2288/2289/2290/2291/2292/2293/2294/2295/2296/2297/2298/2299/2300/2301/2302/2303/2304/2305/2306/2307/2308/2309/2310/2311/2312/2313/2314/2315/2316/2317/2318/2319/2320/2321/2322/2323/2324/2325/2326/2327/2328/2329/2330/2331/2332/2333/2334/2335/2336/2337/2338/2339/2340/2341/2342/2343/2344/2345/2346/2347/2348/2349/2350/2351/2352/2353/2354/2355/2356/2357/2358/2359/2360/2361/2362/2363/2364/2365/2366/2367/2368/2369/2370/2371/2372/2373/2374/2375/2376/2377/2378/2379/2380/2381/2382/2383/2384/2385/2386/2387/2388/2389/2390/2391/2392/2393/2394/2395/2396/2397/2398/2399/2400/2401/2402/2403/2404/2405/2406/2407/2408/2409/2410/2411/2412/2413/2414/2415/2416/2417/2418/2419/2420/2421/2422/2423/2424/2425/2426/2427/2428/2429/2430/2431/2432/2433/2434/2435/2436/2437/2438/2439/2440/2441/2442/2443/2444/2445/2446/2447/2448/2449/2450/2451/2452/2453/2454/2455/2456/2457/2458/2459/2460/2461/2462/2463/2464/2465/2466/2467/2468/2469/2470/2471/2472/2473/2474/2475/2476/2477/2478/2479/2480/2481/2482/24

ESEL  **Exemplos de um Plano de Parto** 

1. Identificação da Enfermeira

Nome: _____ Nº de identificação: _____

2. Identificação da mulher

Nome: _____ Nº de identificação: _____

3. Identificação do parceiro


Nome: _____ Nº de identificação: _____

4. Identificação da gestação



Idade da gestante: _____ Semanas de gestação: _____

5. Identificação da instituição

Nome: _____ Nº de identificação: _____



17

ESEL  **Exemplos de um Plano de Parto** 

1. Identificação da Enfermeira

Nome: _____ Nº de identificação: _____

2. Identificação da mulher

Nome: _____ Nº de identificação: _____

3. Identificação do parceiro


Nome: _____ Nº de identificação: _____

4. Identificação da gestação



Idade da gestante: _____ Semanas de gestação: _____

5. Identificação da instituição


Nome: _____ Nº de identificação: _____





18

ESEL  **Exemplos de um Plano de Parto** 

- Enviar plano de parto para a EnFª Ana Lúcia Torgal para ser revisto e colocar logotipo e frase.
- O plano de parto deve ser entregue na maternidade ao Enfermeiro do Bloco de Partos no H.S.F.X, no dia do parto.



19

ESEL  **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 

Associação Portuguesa Pelo Direito da Mulher do Gravidez e Parto (2015). O Plano de Parto, O Plano de Recrutamento, O Plano de Preferências de Parto. Recuperado a 04/03/2017 de Associação Portuguesa Pelo Direito da Mulher do Gravidez e Parto <http://www.associaçãopelodireitodamulherdo.gravidezeparto.org/humanizacao/parto/plano-de-parto.pdf>

Assembleia da República. Lei nº112/2016 [Internet]. 2016 [citado 2017]; Disponível em: https://www.dgs.gov.pt/legislaçao/leis/leis_112_2016.php?tema=leis&num=112&pag=1&leis=1

Direção-Geral de Saúde. (2015). Curso, preparação para o parto e parentalidade, recuperação após parto, maternidade, paternidade, plano do nascimento, género e equidade. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Lista do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Inteira e Obstétrica. (2016). Programa de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e pós-parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Meléndez, R., Figueroa, G., Corrao, A., Barber, M.J. (2016) Reproduction of using the birth plan in the parturition process. *Revista Colombiana de Enfermería*, 49 (1-1). <https://doi.org/10.15605/003-5637.2016.1210003>

Sing, A., Henkel, A., Sperti, A., Sauer, J. (2017). Plano de Parto: Ferramenta para o empoderamento de mulheres durante o parto. *Revista de Enfermagem de UFPA*, 1, 144-151. Recuperado de <https://doi.org/10.26401/revista.ufpa.v1i1.144-151>

20

Análise da sessão de formação nos Cuidados de Saúde Primários

Nesta sessão de formação estiveram presentes 15 formandos. Para avaliar a sessão foi utilizado um questionário, sendo aplicada uma escala de cinco pontos, de 1 a 5 em que 1- nada satisfeito e 5-muito satisfeito.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

Sobre a questão: " os conteúdos abordados foram do seu interesse"- 93,3% responderam com Muito satisfeito (5 pontos) e 6,7% consideraram 4 valores.

Sobre a questão: "os conhecimentos adquiridos são importantes para a sua prática" – 80% responderam com Muito satisfeito (5 pontos) e 13,3% consideram 4 valores e 6,7% 3 valores.

Sobre a questão " O formador demonstrou capacidade para motivar os participantes: " 66,7% consideraram 5 valores e 33,3% 4 valores.

Sobre a questão: " Os meios audiovisuais foram adequados", 60% consideraram 5 valores , 33,3% 4 valores e 6,7% 3 valores.

Sobre a questão : " o horário e a duração da sessão foram adequados", 73,3% consideraram 5 valores , 20% 4 valores e 6,7% 3 valores.

Sobre a questão:" Adquiriu conhecimentos sobre a intervenção do Enfermeiro Obstetra no âmbito do plano de parto"- 80% demonstrou 5 valores e 20% 4 valores.

É com satisfação que vi serem colocadas sugestões que irão servir para melhorar futuras sessões.

Críticas/ Sugestões/ Comentários:

"O curso superou as nossas expectativas, achámos que a maneira como foram abordados os temas foram bastante claros e os conteúdos dos mesmos muito interessantes. Hoje em dia há tanta informação, que não sabemos bem como geri-la e o curso veio guiar-nos, enquanto pais, nesta nova fase da nossa vida. E ficámos muito satisfeitos com a disponibilidade dos técnicos durante e após o curso. Muito obrigada! Mafalda e Pedro Mostrou um slide com várias coisas que podemos colocar no plano de parto mas foi rápido, penso que seria mais útil explicar esses itens um pouco mais. A parte de mostrar exemplos de plano de parto foi muito boa."

APÊNDICE 10: Sessão de formação à equipa de enfermagem do Contexto de Puerpério (Planeamento, apresentação e avaliação)

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Plano de Parto como empoderador da grávida na tomada de decisão--
Scoping Review

Local: [REDACTED] **Data:** 12/12/2022 **Hora:** 15 h

Objetivo geral:

Divulgar o póster sobre a importância do plano de parto para o empoderamento e tomada de decisão da grávida

Objetivos específicos:

- Descrever os contributos do Plano de Parto para o empoderamento da grávida na tomada de decisão
- Divulgar aos profissionais de saúde os contributos do plano de parto para o empoderamento da grávida na tomada de decisão de acordo com a evidência científica obtida na scoping review

Programa	Métodos e técnicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
1-INTRODUÇÃO: 2-OBJETIVOS 3-METODOLOGIA 4- RESULTADOS E DISCUSSÃO 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS 6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Avaliação da sessão	Método expositivo	Meios audiovisuais: computador e projetor	5´ 10´ 10´ 5´	Maria Rodrigues Mestranda CMESMO/ESEL

Análise da sessão de formação no serviço de Puerpério

Nesta sessão de formação estiveram presentes 5 formandos. Para avaliar a sessão foi utilizado um questionário, sendo aplicada uma escala de cinco pontos, de 1 a 5 em que 1- nada satisfeito e 5-muito satisfeito.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

Sobre a questão: " os conteúdos abordados foram do seu interesse"- 100% responderam com Muito satisfeito (5 pontos).

Sobre a questão: "os conhecimentos adquiridos são importantes para a sua prática" – 100% responderam com Muito satisfeito (5 pontos)

Sobre a questão " O formador demonstrou capacidade para motivar os participantes: " 100%, 5 pontos.

Sobre a questão: " Os meios audiovisuais foram adequados", 100% consideraram 5 valores.

Sobre a questão : "o horário e a duração da sessão foram adequados", consideraram 100% 5 pontos.

Sobre a questão: " Adquiriu conhecimentos sobre a intervenção do Enfermeiro Obstetra no âmbito do plano de parto"- 100%, 5 pontos.

No que diz respeito a sugestões, não foram referidas nenhuma nesta avaliação.

APÊNDICE 11: Sessão de formação à equipa de enfermagem do Contexto de
Bloco de partos (Planeamento, apresentação e avaliação)

Planeamento da sessão de Formação

Tema: Plano de Parto como empoderador da grávida na tomada de decisão

Local: [REDACTED] **Data:** 13/7/2023 **Hora:** 14h

Objetivo geral:

- Dinamizar uma sessão de formação para os Enfermeiros do Bloco de Partos sustentada em evidência científica;

Objetivos específicos:

- Descrever os contributos do Plano de Parto para uma experiência de parto positiva;

- Apresentar os resultados da análise de dados realizada sobre os questionários aplicados às puérperas com plano de parto;

Programa	Métodos e técnicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
<p>INTRODUÇÃO: -Objetivos da sessão</p> <p>DESENVOLVIMENTO: Pertinência da temática - Enquadramento teórico -Análise de resultados</p> <p>CONCLUSÃO: - Discussão/comentários e esclarecimento de dúvidas;</p> <p>AVALIAÇÃO da sessão</p>	Método expositivo	Meios audiovisuais: computador	5' 20' 15'	Maria Rodrigues Mestranda CMESMO/ESEL

ESEL



Plano de parto como empoderador da grávida na tomada de decisão

13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Mestranda:
Maria Vieira Rodrigues nº 10961


Orientadora:
Professora Doutora Maria João Freitas

EEESMO: [REDACTED]

[REDACTED] Julho de 2023

1

Objetivos da apresentação



OBJETIVO GERAL:

- Dinamizar uma sessão de formação para os Enfermeiros do Bloco de Partos sobre o plano de parto para a tomada de decisão, sustentada em evidência científica;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:


- Descrever os contributos do Plano de Parto para uma experiência de parto positiva;
- Partilhar os resultados preliminares do estudo descritivo quantitativo;

ESEL

2

Justificação e contextualização da temática

- Interesse pessoal
- Tema atual
- Intervenção autónoma do EEESMO



Lei 110/2019 O Plano de Parto é um documento:

- Em que a mulher /casal decide, após devidamente informado, acerca do seu TP e parto, onde são descritas as suas expectativas, preferências e necessidades, baseadas em boas práticas obstétricas;
- Flexível, sem estrutura pré-definida, intransmissível, voluntário e elaborado pelo casal;
- Pode ser elaborado em qualquer fase da gravidez;
- Preferencialmente discutido com a equipa da maternidade;
- Integrado no Programa de Vigilância da Gravidez;

ESEL

3

Enquadramento teórico- Plano de Parto

Parecer N.º7/2012 (MCEESMO,2012):

- É uma intervenção autónoma do EEESMO a formulação dos planos de parto e de parentalidade, no âmbito das consultas de vigilância pré natal e Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade.
- É um indicador de qualidade dos cuidados prestados no âmbito da saúde materna e obstétrica.



ESEL

4

Enquadramento teórico- Plano de Parto

- Um plano de parto consiste num texto personalizado, elaborado voluntariamente pela grávida ou, sempre que possível, pelo casal, em que são expressas vontades e preferências relativamente ao tipo de envolvimento pessoal e à assistência clínica durante o trabalho de parto e pós parto (DGS, 2018).
- É importante que seja refletido pela mulher/casal durante a gravidez, de modo a promover a consciencialização da relação entre as decisões e escolhas e o próprio decurso do TP, de forma a construir decisões responsáveis e informadas (OE, 2018).



5

Enquadramento teórico- Tomada de decisão

- Enquanto ferramenta, o Plano de Parto centraliza o **direito à informação** e à **tomada de decisão** da mulher, tornando-a protagonista do seu próprio parto.
- No planeamento do parto, a **aliança terapêutica** estabelecida entre a parturiente e o EESMD, possibilita a criação de vínculos e pode auxiliar na preferência da mulher em relação a vários fatores e também permite a escolha de procedimentos no momento do parto tanto em situações em que este decorre sem intercorrências como em caso de possíveis complicações.

Silva, 2017



6

Enquadramento teórico- Empoderamento

- O empoderamento surge através da **obtenção de informação**, de conhecimento que desta forma contribui para a autonomia da mulher (casal), tornando-a com mais "poder" ao longo do processo.
- Permite a **autonomia da mulher (casal)** durante todo o processo, tornando-a protagonista do seu próprio parto.

Silva, 2017



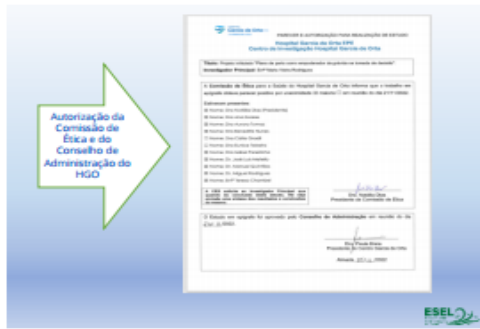
7

Estudo de abordagem quantitativa descritivo e analítico, desenvolvido em três fases:

- **1ª fase:** Revisão da literatura com recurso à metodologia Scoping Review (JBI, 2020), para mapear a evidência científica publicada sobre os contributos do PP para o empoderamento da mulher na tomada de decisão. Os resultados obtidos permitiram o aprofundamento de conhecimentos e ancoraram a construção dos instrumentos de coleta de dados. Ao longo dos ensaios clínicos, foi divulgado às grávidas e profissionais de saúde, de forma a cativá-los para a elaboração e apoio na implementação de um PP.
- **2ª fase:** Para monitorizar a implementação do PP construí um instrumento de registo, para ser aplicado a todas as parturientes que no decorrer do estudo no contexto de Bloco de Partos, tenham um PP e manifestem a sua concordância em participar no estudo.
- **3ª fase:** Para avaliar os contributos do PP como empoderador para a tomada de decisão e para uma experiência de parto positiva, aplicarei a todas as participantes durante o internamento no serviço de Puerpério um Questionário.



8



9

Revisão da literatura: SCOPING REVIEW

TÍTULO: Contributos do plano de parto como empoderador da grávida na tomada de decisão: uma scoping review

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Quais os contributos de um plano de parto para o empoderamento da grávida na tomada de decisão?

População
• Grávida

➔

Conceito
• Plano de parto

➔

Contexto
• Considerado irrelevante

OBJETIVOS:


- Mapear a evidência científica publicada sobre os contributos da elaboração de um plano de parto para a grávida.
- Descrever esses achados.

10

Revisão da literatura: SCOPING REVIEW

Principais resultados dos estudos analisados

- A elaboração de um plano de parto durante o período pré-natal, influencia positivamente o processo de parto.
- A construção de um PP proporcionou o empoderamento das mulheres durante o processo de parto, uma vez que todas se sentiram protagonistas dos seus partos.
- Os índices de comunicação, confiança e satisfação foram elevados.




Julles, 2019

11

Revisão da literatura: SCOPING REVIEW

Principais resultados dos estudos analisados

- Enquanto ferramenta, o PP centraliza o direito à informação e à decisão na mulher, tornando-a protagonista de seu próprio parto. Assim, é garantido o respeito ao princípio biológico de autonomia e às decisões da mulher, contribuindo para o seu empoderamento no processo de parto.
- O acolhimento e a escuta realizadas são itens essenciais na prática de humanização e quando realizados adequadamente, corroboram para o fortalecimento de vínculos e para a continuidade dos cuidados.



Madeira, 2019

12

Revisão da literatura: SCOPING REVIEW

Principais resultados dos estudos analisados

- O PP é visto positivamente pelas mulheres, visto melhorar os seus conhecimentos gerais relacionados com o processo de nascimento e também permite uma melhor comunicação com o profissional de saúde.
- A adesão ao PP também está associada a uma maior percepção da melhoria da comunicação.



Silva, 2017



13

Revisão da literatura: SCOPING REVIEW

Principais resultados dos estudos analisados

- O Plano de parto é um contributo positivo para as mulheres, visto melhorar os seus conhecimentos gerais relacionados com o processo de nascimento e também permite uma melhor comunicação com o profissional de saúde.



Xingu, 2017



14

Análise dos resultados obtidos

Caraterização Sociodemográfica

Média- 31 anos



15

Caraterização Sociodemográfica

Nível elevado de formação académica



16



17



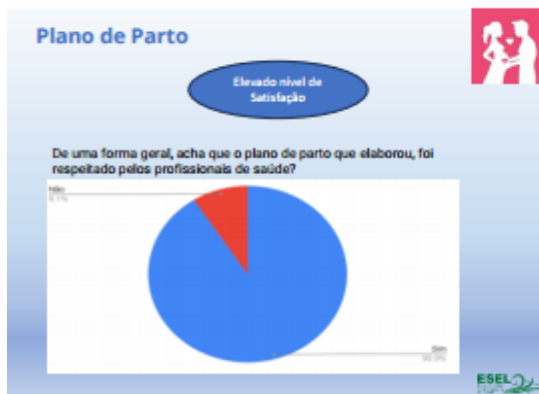
18



19



20



21



22



23



24



25



26



27



28

Considerações



- A elaboração do Plano de Parto é importante para a grávida e casal;
- Os indicadores obtidos através da evidência científica, foram avaliados de forma satisfatória e consistente, o que traduz o nível de satisfação da utente que elaborou um plano de parto;
- Os resultados obtidos demonstram a relevância na tomada de decisão e no empoderamento;
- O nível de Satisfação é elevado e importante para uma experiência de parto positivo;
- A amostra pretendida ainda não está totalmente adquirida e analisada (30);



29

Referências Bibliográficas



- Assembleia da República. Lei n.º 13/2010 (alteração). 2010 [atualizado 2022]. Disponível em: https://www.dgs.gov.pt/leis/leis_mostra_articulado.php?tab=leis&id=2164&q=&id=1&id=1
- Correia, R. (2011). O decurso da humanização do parto em Portugal: questões essenciais na atualidade. Recuperado de <https://doi.org/10.1108/0950-0804201108001>
- Cortez, M., Barroso, D., Rocha, M. & Jordano, M. (2016). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 24(4), 529-536.
- Direção Geral de Saúde. (2020). Curso, preparação para o parto e parentalidade, recuperação pós parto, maternidade, paternidade, plano de nascimento, género e equidade. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Jansen, M., Wang, M., Hollander, M., Dillon, J. (2019) Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *Midwifery*, 68, 488-490. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.001>
- Medeiros, R., Figueiredo, S., Correia, A., Barbieri, M.J. (2019) Repertoires of using the birth plan in the parturition process. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1-12). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-20170218023>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materno e Obstétrica. (2019). Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



30

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!



31

Análise da sessão de formação no serviço de Bloco de Partos

Nesta sessão de formação estiveram presentes 5 formandos. Para avaliar a sessão foi utilizado um questionário, sendo aplicada uma escala de cinco pontos, de 1 a 5 em que 1- nada satisfeito e 5-muito satisfeito.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

Sobre a questão: " os conteúdos abordados foram do seu interesse"- 100% responderam com Muito satisfeito (5 pontos).

Sobre a questão: "os conhecimentos adquiridos são importantes para a sua prática" – 100% responderam com Muito satisfeito (5 pontos)

Sobre a questão " O formador demonstrou capacidade para motivar os participantes: " 60%, 5 pontos e 40% 4 pontos.

Sobre a questão: " Os meios audiovisuais foram adequados", 100% consideraram 5 valores.

Sobre a questão : " o horário e a duração da sessão foram adequados", consideraram 100% 5 pontos.

Sobre a questão:" Adquiriu conhecimentos sobre a intervenção do Enfermeiro Obstetra no âmbito do plano de parto"- 60%, 5 pontos e 40%, 4 valores.

No que diz respeito a sugestões, não foram referidas nenhuma nesta avaliação.

APÊNDICE 12: Folheto informativo sobre a transição para a menopausa



O QUE É A MENOPAUSA?

- A menopausa é a fase da vida da mulher que ocorre quando os ovários deixam de ser funcionais e tem como consequência uma paragem da menstruação.
- Existem alterações hormonais, nomeadamente a diminuição acentuada da produção de estrogénios.
- Os estrogénios são importantes no equilíbrio físico e psicológico da mulher e por isso a vigilância é essencial, pois havendo manifestação de sintomas, é possível atuar em conformidade e evitar maiores complicações.

Existem quatro tipos de menopausa:

- **Espontânea** - Ocorre naturalmente entre os 45-55 anos.
- **Induzida** - Cessação da menstruação como consequência da remoção cirúrgica dos ovários (com ou sem remoção do útero) ou após paragem da função dos ovários (quimioterapia ou radiação).
- **Precoce** - Ocorre antes dos 45 anos.
- **Tardia** - Ocorre após os 55 anos.

DIAGNÓSTICO

- Após um ano de ausência de menstruação (amenorreia) na mulher entre os 45/55 anos desde que não haja outra coisa suspeita.

- O diagnóstico de **menopausa**, é realizado nos casos de ausência de menstruação no período igual ou superior a 12 meses, não existindo contraceção hormonal.



Referências Bibliográficas: Imagens: Fonte: Menopausa: quais os sintomas e o que é reposição hormonal (kompa.com.br) e canva
SPG (2021) Consenso_Menopausa , disponível em Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf (spginecologia.pt)
amenopausa.pt (2018), disponível em
www.amenopausa.pt/eueamenopausa/#OQueEMenopausa

Serviço: Ginecologia
Elaborado por: Maria Rodrigues (Mestranda ESMO da ESEL)
Docente Orientadora: Maria João Freitas
Data de elaboração: 19/11/2022

TRANSIÇÃO PARA A MENOPAUSA

SINTOMAS MAIS COMUNS

A menopausa é manifestada por alterações físicas e psicológicas decorrentes do hipostrogenismo (diminuição dos estrogénios) e envelhecimento. Estas queixas são mais acentuadas nos primeiros 2 ou 3 anos e atingem 80% das mulheres. (é variável em cada mulher).

Os sintomas mais frequentes são:

- Afrontamentos
- Sudação noturna
- Alterações sexuais (secura vaginal)
- Dispareunia (dor na relação sexual)
- Diminuição da libido (desejo sexual)
- Sintomas urológicos
- Problemas osteoarticulares

EU E A MENOPAUSA

A menopausa é um acontecimento natural, mas que pode causar algumas perturbações e complicações e por isso é essencial:

- **Exercício Físico regular**
- **Controlo do peso**
- **Dieta Saudável**
- **Evitar fumar**
- **Socializar e manter-se ativa**
- **Hidratação cutânea e vulvar (uso de gel lubrificante na secura vaginal).**
- **Rastreio oncológico**
- **Rastreio de Osteoporose**
- **Rastreio cardiovascular**
- **Vigilância de atrofia urogenital**

TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO HORMONAL (TSH)

A escolha da TSH deve ter em conta o perfil de risco, a preferência pessoal e as características da TSH (avaliação feita pelo seu médico que acompanha a mulher)

Riscos da TSH

- Doença coronária
- Trombose Venosa Profunda
- Embolia Pulmonar
- AVC (Acidente vascular cerebral)
- Cancro da mama
- Cancro do endométrio
- Demência

Benefícios da TSH

- Diminuição da sintomatologia urogenital
- Diminuição das perturbações do sono
- Diminuição do risco de cancro colo-rectal



ANEXOS

ANEXO 1: Descrição da pesquisa na *EBSCOhost*

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S9	S5 AND S6	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	39
S8	S5 AND S6	Limitadores - Data de Publicação: 20180101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S7	S5 AND S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S6	S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S5	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S4	"birth plan"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	Ecrã

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S3	birth plan	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
S2	(MH "Expectant Mothers")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	Ecrã
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	Ecrã

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Última Execução Por	Resultados
S8	(SU birth plan) AND (S3 AND S6)	Limitadores - Data de Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	3
S7	(SU birth plan) AND (S3 AND S6)	Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	Ecrã
S6	SU birth plan	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	Ecrã
S5	SU birth plan	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20220101- Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	Ecrã
S4	SU birth plan	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20190101-20231231	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa -	Ecrã

		Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	
S3	SU pregnant	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	Ecrã
S2	SU pregnant	Limitadores - Texto Integral Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	Ecrã
S1	SU pregnant	Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	Ecrã

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S8	S5 AND S6	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	38
S7	S5 AND S6	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20180101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã
S6	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	Ecrã
S5	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã
S4	"birth plan"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã
S3	birth plan	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	Ecrã

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S2	(MH "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	Ecrã
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	Ecrã

ANEXO 2: Parecer da Comissão de Ética e autorização do Conselho de Administração do Hospital onde foi realizado o estudo e colheita de dados

ANEXO 3: Síntese das atividades realizadas ao longo do ER

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>35</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>135</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>41</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>0</u>
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>0</u>
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>20</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>0</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>25</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>46</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>15</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>4</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>105</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>105</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>14</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>21</u>

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 2
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 2
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 13

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 2
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 1
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 2
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 1
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 1

Lisboa, 8 / 2 / 2024

Estudante/*Student*

Maria Vieira Rodrigues

Docente/*Teacher*

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

Assinado por: **Maria João Baptista dos Santos Freitas**
 Num. de Identificação: 06253666
 Data: 2024.02.09 14:04:07+00'00'

Assinado por: **Maria Anabela Ferreira dos Santos**
 Num. de Identificação: 03069744
 Data: 2024.02.09 16:08:13+00'00'