



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

**O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna
e Obstetrícia na implementação do Plano de Parto**

Ana Rita Dias Garrett

**Lisboa
2023**



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

**O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna
e Obstetrícia na implementação do Plano de Parto**

Ana Rita Dias Garrett



Orientador: Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos



Lisboa
2023

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

DEDICATÓRIA

Durante este percurso pude contar com o apoio e força de muitas pessoas especiais, que me motivaram e incentivaram a não desistir e que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Dedico este trabalho, como forma de profundo agradecimento, a todas elas.

À minha família, em especial aos meus pais e irmã, por nunca duvidarem de mim, por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida, pela motivação e educação transmitidas.

Ao meu Ruben pela compreensão e pelo apoio incondicional, pelo incentivo constante, pelo amor transmitido e pelas palavras de conforto nos momentos difíceis.

Aos meus amigos Ricardo, Sara Pedro, Daniela, Inês, Rodrigo, Tânia e Patrícia pela compreensão, paciência e reforço positivo em todos os momentos.

Aos meus colegas de trabalho pela disponibilidade e cooperação nas trocas de última hora, facilitando a realização do estágio.

À Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos pela disponibilidade, orientação e apoio durante todo o percurso académico.

Aos meus orientadores clínicos pela orientação, partilha de conhecimentos e momentos de aprendizagem proporcionados, contribuído para o meu desenvolvimento enquanto Enfermeira Especialista.

A todos os profissionais de saúde com quem me cruzei ao longo deste percurso e trabalhei em equipa.

A todas as mulheres, casais e famílias que com as suas experiências de gravidez, parto e puerpério se mostraram disponíveis para me enriquecer enquanto pessoa e profissional.

Muito obrigada.

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP – *American Academy of Pediatrics*

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APA – *American Psychological Association*

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

CBF – Cuidado Baseado nas Forças

CIHG – Colestase Intra-hepática da Gravidez

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

CTG – Cardiotocografia(s)

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMO – Enfermeiro(s) Especialista(s) em Saúde Materna e Obstétrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

GE – Gravidez Ectópica

ICM – *International Confederation of Midwives*

ICN – *International Council of Nurses*

IG – Idade(s) Gestacional(ais)

IMG – Interrupção(ões) Médica(s) da Gravidez

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITP – Indução(ões) do Trabalho de Parto

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LA – Líquido Amniótico

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MPF – Maturação Pulmonar Fetal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PPT – Parto Pré-Termo

RCF – Restrição de Crescimento Fetal

RN – Recém-Nascido(s)

RPMP – Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

RESUMO

O presente Relatório de Estágio permite demonstrar, de forma crítica e reflexiva, o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

As grávidas e respetivas famílias continuam a encontrar nas maternidades públicas e privadas um excesso de medicalização e de intervenções. A assistência humanizada ao parto é a alternativa mais adequada ao modelo biomédico vigente, já que promove cuidados individualizados, mais acolhedores e humanos, que estimulam um ambiente menos medicalizado e intervencionista, e que respeitam a fisiologia do parto e da mulher. Humanizar o parto envolve tornar a mulher a protagonista do momento, dando-lhe o direito de escolha nas tomadas de decisão.

O plano de parto surgiu com o intuito de humanizar os cuidados obstétricos, sendo um documento escrito elaborado pela grávida/casal que expressa as suas preferências relativas ao parto e puerpério imediato. A investigação tem demonstrado que promove a educação, comunicação, empoderamento feminino e a participação ativa das mulheres nos seus partos, contribuindo para uma experiência de parto positiva e satisfatória. Embora reconhecido internacionalmente, a implementação do plano de parto em Portugal continua a ser controversa devido à resistência dos profissionais e instituições de saúde. Assim, este relatório pretende enquadrar a evidência científica existente sobre a temática, centrando-se também em investigar a influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto.

O referencial teórico norteador deste percurso formativo foi o Modelo de Enfermagem de Laurie Gottlieb denominado O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças. A metodologia usada consistiu na realização de uma *scoping review*, segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* com a questão de pesquisa “Qual a influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto?”, e de um estudo empírico, na maternidade onde decorreu o Estágio com Relatório, com o intuito de conhecer a perceção de mulheres sobre o plano de parto e respetiva experiência de utilização.

Da análise dos resultados obtidos constatou-se que o plano de parto é uma ferramenta promotora de uma experiência de parto positiva, associando-se a uma melhor preparação para o parto, melhor comunicação com os profissionais de saúde, melhor atendimento das expectativas e maior participação nas experiências de parto. Os resultados evidenciaram também a baixa implementação deste documento nas maternidades.

Palavras-chave: Plano de parto; Satisfação; Mulheres; Trabalho de Parto; Parto.

ABSTRACT

This document allows to demonstrate, in a critical and reflective way, the path of acquisition and development of specialized skills within the scope of the Curricular Unit Internship with Report, inserted in the 12th Master's Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing at the Lisbon Nursing School.

Pregnant women and their families continue to find in public and private maternity hospitals an excess of medicalization and interventions. Humanized childbirth care is the most appropriate alternative to the current biomedical model, as it promotes individualized, more welcoming and humane care, which encourages a less medicalized and interventionist environment, and which respects the physiology of childbirth and women. Humanizing childbirth involves making women the protagonists of the moment, giving them the right to choose when making decisions.

The birth plan emerged with the aim of humanizing obstetric care, being a written document prepared by the pregnant woman/couple that expresses her preferences regarding childbirth and the immediate puerperium. Research has shown that it promotes education, communication, female empowerment and the active participation of women in their births, contributing to a positive and satisfying birth experience. Although internationally recognized, the implementation of the birth plan in Portugal continues to be controversial due to the resistance of health professionals and institutions. Thus, this report intends to frame the existing scientific evidence on the subject, also focusing on research on the influence of the birth plan on women's satisfaction with their labor and childbirth.

The theoretical framework guiding this formative path was Laurie Gottlieb's Model of Nursing called Strengths-Based Nursing Care. The methodology used consisted of carrying out a scoping review, according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute with the research question "What is the influence of the birth plan on the woman's satisfaction with her labor and childbirth?", and an empirical study, at the maternity hospital ward where the Internship with Report took place, with the aim of knowing the perception of women about the birth plan and respective experience of use.

From the analysis of the results obtained, it was found that the birth plan is a tool that promotes a positive birth experience, associating with better preparation for childbirth, better communication with health professionals, better meeting expectations and greater participation in childbirth experiences. The results also showed the low implementation of this document in maternity hospitals.

Keywords: Birth plan; Satisfaction; Women; Labor Obstetric; Childbirth.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	21
1.1. O plano de parto.....	21
1.2. O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças de Laurie Gottlieb.....	26
2. METODOLOGIA.....	29
2.1. <i>Scoping Review</i>	29
2.1.1. Objetivo e questão de pesquisa.....	29
2.1.2. Critérios de inclusão.....	30
2.1.3. Estratégia de pesquisa e extração de dados.....	30
2.1.4. Resultados da pesquisa.....	32
2.2. Estudo empírico.....	33
2.2.1. Colheita de dados.....	33
2.2.2. Tratamento e análise de dados.....	34
2.3. Outras atividades implementadas.....	35
2.4. Considerações éticas.....	36
3. RESULTADOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	38
3.1. Desenvolvimento de competências na área de especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos diferentes contextos clínicos.....	38
3.2. Resultados obtidos na <i>scoping review</i>	60
3.3. Resultados obtidos no estudo empírico.....	63
3.3.1. Caracterização sociodemográfica.....	63
3.3.2. Caracterização obstétrica.....	65
3.3.3. Plano de parto.....	66
4. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM.....	70
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICES.....	
APÊNDICE I – <i>SCOPING REVIEW</i>	
APÊNDICE II – FERRAMENTA DE EXTRAÇÃO DE DADOS.....	

APÊNDICE III – QUADRO DE APRESENTAÇÃO DE DADOS.....	
APÊNDICE IV – RAZÕES PARA EXCLUSÃO DE ARTIGOS.....	
APÊNDICE V – <i>POSTER</i> DE DIVULGAÇÃO DO PROJETO.....	
APÊNDICE VI – FOLHETO DE DIVULGAÇÃO DO PLANO DE PARTO	
ANEXOS.....	
ANEXO I – PUBLICAÇÃO DA <i>SCOPING REVIEW</i> NA REVISTA	
ANEXO II – PARECER POSITIVO DA COMISSÃO DE ÉTICA HOSPITALAR	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama PRISMA: Resultado de pesquisa e seleção de estudos	32
Figura 2 - Gráfico da distribuição da amostra por idade.....	63
Figura 3 - Gráfico da distribuição da amostra por nacionalidade.....	63
Figura 4 - Gráfico da distribuição da amostra por estado civil	64
Figura 5 - Gráfico da distribuição da amostra por habilitações literárias	64
Figura 6 - Gráfico da distribuição da amostra por classificação profissional.....	65
Figura 7 – Gráfico da distribuição da amostra pelo tipo de parto	66
Figura 8 - Forma de conhecimento sobre o plano de parto	66
Figura 9 - Motivos para a não utilização do plano de parto pela amostra.....	67
Figura 10 - Motivos pelos quais o plano de parto influenciou positivamente a experiência de parto da amostra.....	68

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Mnemónica PCC.....	30
Quadro 2 - Critérios de inclusão de acordo com mnemónica PPC.....	30
Quadro 3 - Termos naturais e termos indexantes <i>CINAHL, MEDLINE E ACADEMIC</i>	31
Quadro 4 – Distribuição da amostra pelo número de filhos.....	65
Quadro 5 - Vigilância da gravidez da amostra	65
Quadro 6 - Conhecimento da amostra sobre plano de parto.....	66
Quadro 7 - Utilização do plano de parto pela amostra	67
Quadro 8 - Respeito pelo plano de parto pelos profissionais de saúde.....	67
Quadro 9 - Plano de parto como influenciador positivo da experiência de parto	68

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, integrada no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e pretende evidenciar o meu percurso de aprendizagem, através da análise descritiva, crítica e reflexiva do processo de aquisição de competências, bem como das atividades desenvolvidas.

O percurso descrito aconteceu entre 11 de outubro de 2021 e 8 de julho de 2022, com uma carga horária de 950 horas. Por forma a desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados especializados desta área em distintas situações, a UC Estágio com Relatório decorreu em diferentes contextos clínicos de Instituições de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, nomeadamente Ginecologia, Puerpério, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno-Fetal, Bloco de Partos e Neonatologia.

O processo formativo do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assenta na aquisição de conhecimentos baseados na melhor e mais recente evidência científica, e no desenvolvimento de um perfil de competências definidas pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e pelo Regulamento das Competências Específicas do EESMO (Regulamento n.º 391/2019), emitidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e, ainda, pelo *Essential Competencies for Midwifery Practice* produzido pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019). Para a obtenção do grau de mestre, o presente Relatório de Estágio está sujeito a apresentação e discussão pública como fixado no artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, e cuja atualização está publicada no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto.

Neste sentido, os objetivos delineados atentam nas aptidões basilares do EESMO, mas também no Projeto de Estágio desenvolvido na UC Opção II. Assim, os objetivos são:

- Desenvolver competências na área da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica definidas pela OE e pela ICM;
- Desenvolver competências do detentor de grau de mestre referidas no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados a grávidas/parturientes promotores do plano de parto.

A institucionalização do parto no ambiente hospitalar tornou o nascimento um evento de risco, potencialmente patológico, que necessita de ser controlado por um conjunto de intervenções. O saber médico foi sobreposto às particularidades do parto e às necessidades

das parturientes (Kappaun & Costa, 2020). Perante esta circunstância, nas últimas décadas, surgiram diversos movimentos no sentido de humanizar a assistência obstétrica. Várias entidades internacionais emitiram recomendações e criaram programas com a finalidade de modificar este modelo assistencial.

Embora Portugal se possa congratular pelas conquistas conseguidas ao nível da Saúde Materna, Neonatal e Infantil, a implementação de uma assistência humanizada ao parto tem-se revelado um desafio constante. As grávidas e respetivas famílias continuam a encontrar nas maternidades públicas e privadas um excesso de medicalização e de intervenções (OE, 2012). Dados estatísticos recentes demonstram que Portugal continua a ser um dos países da Europa com maiores taxas de cesarianas e episiotomias. Atingiu-se a maior taxa de cesarianas desde 2010 com 36% de partos cirúrgicos (PORDATA, 2022) e verifica-se uma prática reiterada de episiotomias com uma taxa de ocorrência de 73% (Euro-Peristat Project, 2018). Os partos distócicos correspondem à maior percentagem de partos realizados em Portugal com 54,3% contra os 45,7% de partos eutócicos (PORDATA, 2022).

Nos últimos anos, as instituições hospitalares procuraram melhorar as condições de conforto das parturientes, investindo em tecnologia, equipamentos e infraestruturas, porém continuam a realizar intervenções desnecessárias e a impossibilitar a participação ativa e consciente das mulheres num dos momentos mais marcantes da sua vida. A atenção humanizada ao parto implica um novo olhar sobre o processo de parto, compreendendo-o como uma experiência natural e fisiológica (Possati et al., 2017). Não basta reduzir o número de procedimentos e de práticas rotineiras, é necessário devolver o protagonismo às mulheres, empoderando-as e colocando-as na hierarquia do acontecimento, respeitando as suas escolhas informadas e a fisiologia do parto, e visando um cuidado individualizado (Moura et al., 2020).

O plano de parto surgiu com o intuito de humanizar os cuidados obstétricos, sendo uma ferramenta efetiva e de baixo custo que promove o empoderamento feminino e a participação ativa das mulheres nas suas experiências de parto (Cardoso et al., 2019). Também chamado de plano de nascimento, é um documento escrito onde a grávida/casal transmite os seus desejos e expectativas para o trabalho de parto (TP) e parto, podendo ser acrescentado o período puerperal imediato (Costa et al., 2021). Apesar da sua elaboração constituir uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) para uma experiência de parto positiva, os planos de parto continuam a desencadear atritos entre os profissionais de saúde e as mulheres. Um estudo realizado em Portugal concluiu que, na maioria das maternidades, a utilização do plano de parto é uma prática incipiente, pouco reconhecida e conseqüentemente pouco promovida (Pinheiro & Sardo, 2020). Apurou também que, desde a sua construção até à sua implementação, o plano de parto está repleto de limitações.

Face os factos expostos, surgiu o meu interesse por esta temática. Na prática profissional é possível constatar que, embora existam uma série de orientações a favor da humanização da assistência obstétrica, ainda impera o modelo tradicional dependente de tecnologias complexas e direccionado para a classe médica. Assim, procurando melhorar os cuidados prestados a grávidas/parturientes, rompendo com o desequilíbrio de poderes defendido pelo paternalismo deste modelo, implementei, no decorrer deste percurso de aprendizagem, o Projeto de Estágio iniciado na UC Opção II. Este projeto intitulado de “*O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na implementação do plano de parto*” procura não só aprofundar conhecimentos sobre o tema, como desenvolver uma metodologia de cuidados de enfermagem especializados às grávidas/parturientes promovendo o plano de parto, por forma a devolver a autonomia às mulheres neste momento importante e irrepetível das suas vidas.

Diante do paradigma atual dos cuidados obstétricos portugueses, percebe-se a relevância da produção de trabalhos sobre esta temática. As mulheres devem ser incluídas no processo de parto como protagonistas e não como meras testemunhas. Daí a importância do plano de parto. Desde setembro de 2019 que a Lei preconiza que os serviços de saúde que prestam cuidados a grávidas/parturientes devem seguir as recomendações da OMS para uma experiência de parto positiva e reconhece o direito das grávidas ao respeito pelas suas escolhas e preferências (Lei nº 110/2019). É então necessário diminuir as contestações e resistência em torno desta ferramenta para que possa ser implementada de forma efetiva desde o período pré-natal até ao momento do parto. De notar que, pela sua filosofia de cuidar, o EESMO deve trabalhar em parceria com a mulher, colocando-a no centro dos seus cuidados e permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões, apoiando-a nas suas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia e fornecendo um conjunto de informações imparciais que abrange as suas crenças e valores (OE, 2015a). É, portanto, o profissional de referência para a implementação do plano de parto, enquadrando-se no âmbito das suas competências.

De modo a nortear a minha prática de cuidados no decorrer deste percurso, adotei o Modelo de Enfermagem de Laurie Gottlieb denominado de “O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças” (Gottlieb, 2016). Este modelo pauta-se por quatro abordagens: cuidado centrado na pessoa, movimento de *empowerment*, cultura de promoção/prevenção da saúde e parceria colaborativa que, são também, os princípios fundamentais da filosofia de cuidados do EESMO descrita como “cuidado centrado na mulher” (OE, 2015a). No âmbito destas quatro abordagens existe a crença e a valorização da pessoa e das suas forças, devendo os cuidados atender às suas necessidades.

No que concerne à estrutura do presente relatório, este encontra-se dividido em seis capítulos. O primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico e conceptual, e destina-se ao aprofundamento de conceitos inerentes ao tema, através da evidência científica

disponível, e à apresentação do Modelo de Enfermagem escolhido. O segundo capítulo é alusivo à metodologia utilizada para o desenvolvimento do Projeto de Estágio e engloba a *scoping review*, o estudo empírico, as atividades implementadas e as considerações éticas. Em seguida, o terceiro capítulo expõe todo o percurso de aquisição de competências, bem como os resultados obtidos na *scoping review* e no estudo empírico com respetiva discussão dos mesmos. O quarto capítulo é relativo às limitações sentidas durante este percurso formativo e o quinto capítulo aborda as considerações finais. Por último, o sexto capítulo é referente às referências bibliográficas.

A redação deste documento obedece ao novo acordo ortográfico da língua portuguesa e às normas da *American Psychological Association (APA)* 7ª edição no que respeita às citações e referenciação bibliográfica.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

As crescentes demandas e complexidades da vida social exigem, cada vez mais, a formação de profissionais competentes que buscam atualizar-se continuamente e a incorporação da atividade de pesquisa no cotidiano profissional (Oliveira et al., 2016). As pesquisas científicas na área da Enfermagem estão a crescer, proporcionando uma base de conhecimento científico especializado que fortalece a sua identidade como ciência e profissão (Oliveira et al., 2018).

Este capítulo fundamenta a escolha da temática deste relatório, através do aprofundamento dos conceitos inerentes ao tema com base na evidência científica disponível, e apresenta o Modelo de Enfermagem norteador deste percurso formativo.

1.1. O plano de parto

Os cuidados prestados às mulheres durante o parto sofreram profundas alterações ao longo dos anos. Os partos, que inicialmente aconteciam nos domicílios, num ambiente íntimo e familiar, onde as mulheres podiam expressar-se, sendo somente assistidos por parteiras tradicionais, tornaram-se num evento hospitalar com intervenções e rotinas próprias e acompanhados por uma equipa especializada (Gomes et al., 2017). A evolução da ciência e da tecnologia, ocorrida na segunda metade do século XX, permitiu controlar um vasto número de complicações e riscos materno-fetais (Medeiros et al., 2019). Estes progressos foram fundamentais para diminuir as taxas de mortalidade materna e neonatal, contudo ocasionaram um processo de medicalização do corpo feminino e a adoção de práticas que privaram as mulheres da participação ativa nos seus partos (Sánchez-García et al., 2020). A experiência de nascimento, outrora privada e compartilhada entre mulheres, tornou-se numa prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas (Santos et al., 2019).

Este modelo assistencial que concebe a gravidez como uma doença e o parto como um momento crítico para a vida da mulher e do recém-nascido (RN), que necessita de ser controlado por um conjunto de intervenções, frequentemente desnecessárias, ainda é predominante atualmente (Medeiros et al., 2019). A institucionalização do parto contribuiu para que as mulheres fossem desapropriadas dos seus saberes, perdendo o controlo e o protagonismo, impossibilitando o exercício da sua autonomia e interferindo negativamente na vivência desta experiência (Pinheiro & Sardo, 2020).

Diante deste contexto de riscos associados ao binómio mãe-filho e da insatisfação com a assistência oferecida, iniciaram-se, na década de 1980, os primeiros movimentos sociais para contrariar estas práticas hospitalares (Gomes et al., 2017). Estes movimentos lutavam pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres a fim de garantir o acesso integral à saúde e o resgate da autonomia e dignidade nas suas experiências de parto. Adotou-se o

conceito de humanização do parto que envolve as atitudes, práticas e conhecimentos pautados no desenvolvimento saudável do mecanismo de parto, respeitando a individualidade e valorizando as mulheres (Possati et al., 2017). Uma abordagem centrada nas mulheres com respeito a direitos, valores, crenças, autonomia, escolhas e controlo sobre os seus corpos e sobre o processo de nascimento constituem os conceitos-chave do parto humanizado (Ferreira et al., 2019).

Nos Estados Unidos da América, promovido por Sheila Kitzinger, surge o primeiro modelo de plano de parto, um documento que pretende devolver o protagonismo às mulheres encorajando a comunicação, tomada de decisão informada e participação neste momento crucial das suas vidas (Pinheiro & Sardo, 2020). À medida que os movimentos contra a medicalização excessiva do parto se foram expandindo, o plano de parto tornou-se cada vez mais popular. Em 1996, a OMS classificou o plano de parto como uma “Boa Prática de Atenção ao Parto e Nascimento” com o intuito de humanizar os cuidados obstétricos por todo o mundo (OMS, 1996). Posteriormente, várias instituições internacionais emitiram orientações reconhecendo a sua importância e muitos países adotaram-no (Suarez-Cortés et al., 2015). O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e a *American Academy of Pediatrics* (AAP) estabeleceram que a elaboração do plano de parto não só melhora a comunicação entre as mulheres e os profissionais de saúde, como aumenta a satisfação com a experiência de parto (Pinheiro & Sardo, 2020). Nas salas de parto inglesas, o plano de parto foi rapidamente implementado (Suarez-Cortés et al., 2015).

Em Portugal, só a partir de 2010, surgiram as primeiras referências a este instrumento. Em 2012, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) emitiu um parecer reconhecendo a importância do plano de parto, contudo o apoio legal necessário para o seu reconhecimento e implementação demorou a surgir. Só recentemente, na Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro de 2019, o plano de parto foi reconhecido como um direito de todas as grávidas que deve ser assegurado por todas as instituições de saúde que lhes prestem cuidados. Um ano depois, em setembro de 2020, foi publicado pela Direção Geral de Saúde (DGS) um modelo de plano de parto que “visa constituir uma orientação para os profissionais de saúde na tarefa de apoiarem as grávidas e os casais na elaboração dos seus planos de nascimento personalizados” (DGS, 2020a, p. 33).

O plano de parto é um documento escrito, de carácter legal, onde as grávidas/casais expressam antecipadamente as suas expectativas e preferências referentes ao cuidado que gostariam de receber durante o TP, parto e puerpério imediato, considerando os seus valores, desejos e necessidades individuais (Medeiros et al., 2019). A sua elaboração deve ser efetuada depois da grávida/casal ser esclarecida sobre a gravidez, fisiologia do parto, métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, riscos de intervenções

desnecessárias e possibilidades de fazer escolhas quanto à ingestão hídrica e alimentar, posições corporais, cuidados ao RN e procedimentos médicos (Gomes et al., 2017). A literacia em saúde sobre o processo de parto é essencial para que as mulheres possam tomar decisões verdadeiramente informadas (Silva & Lopes, 2020), daí a importância da abordagem e construção do plano de parto nas consultas de vigilância da gravidez e nos cursos de preparação para o parto e parentalidade. Neste sentido, destaca-se o papel do EESMO com o propósito de garantir uma vigilância integral e de qualidade, munindo as grávidas de conhecimentos capazes de torná-las protagonistas durante todo o processo. Efetivamente, de acordo com a MCEESMO (2019), o EESMO é o profissional de referência para apoiar a construção do plano de parto.

Depois da sua concretização, o plano de parto deve ser partilhado com a equipa da maternidade onde decorrerá o parto, possibilitando decisões compartilhadas entre todos os envolvidos neste processo (Medeiros et al., 2019). Este instrumento deve ser lido e analisado, além de ajustado aos recursos disponíveis na maternidade. Diante das diversas estratégias praticadas, tendo por finalidade resgatar o parto como um processo empoderador da mulher, os EESMO exercem também um papel relevante na concretização do plano de parto. A equipa de enfermagem que acompanha o TP tem obrigação de compartilhar com os demais profissionais de saúde envolvidos os desejos expressos no plano de parto, de oferecer um cuidado qualificado que atenda ao máximo as expectativas e de exercer o direito da parturiente de ter a sua autonomia baseada em escolhas informadas (Gomes et al., 2017).

A importância do plano de parto assenta no respeito ao princípio bioético da autonomia. Concomitantemente remete-nos para a autodeterminação, direito de liberdade, privacidade, escolha individual e livre vontade (Branco et al., 2022). A construção deste documento ajuda na preparação para o parto, desmistifica dúvidas e diminui receios, *stress* e ansiedade, através da educação para a saúde e comunicação proporcionadas, além de promover um processo de reflexão e tomada de decisão (Pinheiro & Sardo, 2020). É um instrumento que torna as mulheres mais conscientes e preparadas para o seu processo de parto, constituindo uma ferramenta educacional (Silva & Lopes, 2020). O respeito pelo plano de parto contribui para as grávidas/parturientes sentirem mais controlo sobre o nascimento, promovendo uma maior satisfação com a experiência por poderem tomar decisões (Branco et al., 2022). A partir do momento em que as grávidas/parturientes sabem o que querem e o que poderá acontecer, os níveis de confiança aumentam (Mouta et al., 2017). É, portanto, uma ferramenta estratégica na promoção do empoderamento feminino e da participação ativa das mulheres durante a parturição (Medeiros et al., 2019).

Ademais, vários estudos têm demonstrado uma relação favorável entre o plano de parto e a promoção de um nascimento saudável (Santana et al., 2020), sendo também considerado uma ferramenta estratégica para a melhoria da assistência obstétrica (Meira &

Ferreira, 2022). O plano de parto favorece um parto mais fisiológico e estimula a adoção de boas práticas obstétricas, repercutindo-se em melhores desfechos maternos e neonatais (Medeiros et al., 2019). Quando os planos de parto são cumpridos, verifica-se uma diminuição de intervenções para acelerar o TP, como o uso de ocitocina ou a amniotomia, de procedimentos desnecessários e do número de cesarianas (Suárez-Cortés et al., 2015; Hidalgo-Lopezosa et al., 2017, 2021). Quanto aos resultados neonatais, constatou-se um valor de Índice de Apgar superior a 7 ao primeiro minuto, um valor de pH do cordão umbilical normal e uma redução do número de internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (Hidalgo-Lopezosa et al., 2017, 2021).

A introdução do plano de parto durante o período pré-natal ocasiona maior satisfação das mulheres com as consultas e, conseqüentemente, aumenta o interesse e procura por cuidados especializados em unidades de saúde durante a gravidez e parto (Branco et al., 2022). A aplicação deste documento permite aos profissionais de saúde compreender as necessidades individuais de cada grávida/parturiente, promovendo um cuidado individualizado (Silva & Lopes, 2020). O plano de parto estimula o diálogo entre as mulheres e os profissionais de saúde, além de promover a discussão sobre temas e preocupações relacionadas com a gestação e parto, o que contribui para o fortalecimento de uma relação de confiança (Santana et al., 2020).

Por tratar-se de um instrumento potencializador de cuidados humanizados às mulheres, o plano de parto está inserido numa posição de destaque de entre as condutas que devem ser encorajadas na gravidez pela OMS, sendo mesmo considerado uma ferramenta para uma experiência de parto positiva (OMS, 2018).

A satisfação com o parto representa uma sensação de bem-estar com o nascimento e está relacionada com um senso de participação e controlo, de sentir-se empoderada e apoiada, de ter as expectativas atendidas e da qualidade dos cuidados recebidos (White-Corey, 2013; Méndez et al., 2017). A maioria dos estudos afirma que o nível de satisfação das mulheres com o parto está diretamente associado ao cumprimento do plano de parto (Medeiros et al., 2018; Santana et al., 2020). Quanto maior for o número de preferências atendidas, melhores são os desfechos maternos e neonatais, e mais positiva se torna a experiência de parto (Sánchez-García et al., 2020). A insatisfação feminina está associada ao desrespeito pelo plano de parto durante a assistência obstétrica (Santana et al., 2020). A existência de expectativas irracionais e pedidos desinformados tornam o plano de parto vulnerável e aumenta a resistência dos profissionais de saúde relativamente à sua utilização (Mirghafourvand et al., 2019).

Assim, para melhorar o seu grau de cumprimento, é fundamental que o EESMO alerte a mulher para a natureza por vezes imprevisível do parto (Silva & Lopes, 2020) e para a necessidade de manter uma atitude flexível quando necessário (Medeiros et al., 2018). É crucial que o EESMO apoie na criação de expectativas realistas, que estejam de acordo com

os recursos existentes na maternidade escolhida para o nascimento. No desenvolvimento do plano de parto, as grávidas/casais não devem focar-se numa lista de intervenções que pretendem ou não pretendem, mas sim na aprendizagem sobre o processo fisiológico de TP e sobre as práticas baseadas na evidência que o protegem, promovem e suportam, de modo a saberem o que necessitam efetivamente para vivenciar o seu parto de forma segura, mesmo perante momentos inesperados (Silva & Lopes, 2020).

O vínculo estabelecido com a equipa e o suporte emocional fornecido também influenciam fortemente a satisfação das mulheres com as suas experiências de parto (Sánchez-García et al., 2020). Vários estudos comprovam que, independentemente das suas preferências serem todas realizadas, as mulheres valorizam o uso do plano de parto, uma vez que possibilita conversar abertamente sobre todo o processo de parto com a equipa de saúde (Mei et al., 2016; Silva & Lopes, 2020). A comunicação e negociação contínuas, desde a criação do plano de parto, no período pré-natal, até à sua utilização, durante o TP, promovem a gestão das expectativas e a diminuição de ansiedade, aumentando a confiança na equipa (Mouta et al., 2017; Silva & Lopes, 2020). Ignorar o plano de parto de uma grávida/parturiente/casal não só gera uma experiência muito negativa, como desencadeia com facilidade a perda de autocontrolo neste processo e a perda de confiança na equipa obstétrica (Pinheiro & Sardo, 2020).

O desconhecimento acerca do propósito e dos benefícios do plano de parto, tanto pelas grávidas/casais, como pelos profissionais de saúde, reflete-se na fraca adesão a esta ferramenta (Medeiros et al., 2018). Em Portugal, embora se comece a reconhecer a importância do plano de parto, a sua implementação continua a não ser respeitada na maioria das maternidades por motivos institucionais e profissionais (Pinheiro & Sardo, 2020). A relutância das equipas e instituições deve-se, sobretudo, a questões de paternalismo perante a autonomia das mulheres (Sánchez-García et al., 2020). Embora as políticas de saúde recentes apoiem um ambiente menos medicalizado e intervencionista para o processo de nascimento, os planos de parto continuam a ser alvo de controvérsia e a induzir divergências entre as grávidas/parturientes e as equipas de saúde (Pinheiro & Sardo, 2020).

A literatura é unânime sobre o facto do plano de parto ser uma ferramenta potencializadora de cuidados humanizados à mulher e RN, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos (Branco et al., 2022). Estimular a construção deste instrumento no período pré-natal e o seu grau de cumprimento nas maternidades, é essencial para favorecer experiências de parto satisfatórias (Santana et al., 2020). Neste sentido, o EESMO desempenha um papel primordial na viabilização do plano de parto. No que concerne aos cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, uma das suas competências específicas é “promove o plano de parto, aconselha e apoia na decisão” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562). Relativamente aos cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, o EESMO “atua de acordo com o

plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). Deste modo, a operacionalização desta prática poderá acontecer nos diferentes contextos de intervenção do EESMO, contribuindo para a melhoria dos cuidados obstétricos.

1.2. O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças de Laurie Gottlieb

O cuidado baseado nas forças (CBF) representa uma nova forma de pensamento em enfermagem, que rompe com o modelo de défice predominante no sistema de saúde atual. Intimamente ligado ao modelo biomédico, este modelo de défice observa a pessoa através de uma lente negativa, centrando-se na doença e cura, na resolução de problemas, na correção de fraquezas e na minimização de défices, reduzindo a pessoa a partes ao invés de atender à sua globalidade.

Diante da necessidade de superar este modelo, surgiu o CBF, um modelo que resgata os ensinamentos de Florence Nightingale e que representa um novo significado de cuidar, envolvendo a visão holística da pessoa, considerando a singularidade e humanidade de cada um, não se focando apenas na doença ou nas vulnerabilidades (Gottlieb, 2016). O CBF é uma abordagem que considera o ser humano como um todo, focando-se em trabalhar com as forças da pessoa e família para promover a saúde, recuperação, cura e bem-estar (Gottlieb, 2016). As forças são as “atitudes, atributos, capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos e traços” (Gottlieb, 2016, p. 127), podendo ser de natureza biológica, intrapessoal e interpessoal, ou social. As forças biológicas relacionam-se com as características bioquímicas, genéticas, hormonais e físicas de cada indivíduo. As forças intrapessoais e interpessoais residem na pessoa e definem a sua personalidade, sendo consideradas parte dos recursos internos da pessoa. Por fim, as forças sociais são conhecidas como os recursos ou bens que provêm do ambiente da pessoa. Cabe destacar que o CBF não ignora ou nega os problemas da pessoa, nem os défices, pelo contrário, utiliza-se destas forças para contrabalançar ou minimizar as suas fragilidades (Gottlieb, 2016). O CBF é uma abordagem de cuidar em que o enfermeiro, numa parceria colaborativa, identifica e desenvolve as forças da pessoa e família, de forma a criar condições que lhes permitam alcançar o máximo de funcionamento (Gottlieb, 2016).

O CBF é um referencial orientador da prática clínica que está pautado em quatro abordagens: cuidado centrado na pessoa, movimento de *empowerment*, cultura de promoção/prevenção da saúde e parceria colaborativa. Este modelo resgata as pessoas para o centro dos cuidados, sendo sensível e responsivo às suas necessidades, capacita-as a atingirem as suas próprias metas, a resolverem os seus próprios problemas e a mobilizar recursos para adquirirem controlo sobre as suas próprias vidas, e incentiva-as a responsabilizarem-se pela própria saúde, favorecendo uma mudança de comportamentos e

estilos de vida (Gottlieb, 2016). Além disso, o CBF redefine o papel entre o enfermeiro e o cliente. Esta abordagem reconhece e respeita o conhecimento de ambos os intervenientes, não renunciando a responsabilidade do enfermeiro perante o cliente, mas defendendo uma relação colaborativa entre ambos (Gottlieb, 2016).

No que concerne aos quatro conceitos do metaparadigma de enfermagem, o CBF baseia-se num conjunto de premissas. De acordo com Gottlieb (2016), a saúde é o melhor estado que os indivíduos, famílias e comunidades aspiram. A pessoa é entendida como um ser único, que funciona como um todo integrado e com capacidade de crescer, transformar e autocurar-se. As pessoas criam os seus próprios significados de modo a compreenderem-se a si mesmas e aos seus ambientes, possuindo forças. As forças permitem às pessoas adaptarem-se a diferentes ambientes e a uma grande variedade de desafios de saúde. Segundo Gottlieb (2016), o ambiente pode ser saudável ou tóxico e contém forças poderosas que compelem à seleção de forças ou défices específicos, os quais determinarão como uma pessoa reage a determinado ambiente. Finalmente, a enfermagem existe para cuidar dos indivíduos, famílias e comunidades de forma a ajudá-los a alcançar a saúde, facilitar a cura, aliviar o sofrimento e lidar com os problemas. Os enfermeiros trabalham com as pessoas e com os seus ambientes ao seleccionar e desenvolver forças a fim de promover a saúde e facilitar a cura. Através da sua presença e cuidados, os enfermeiros fazem parte dos ambientes das pessoas e também criam ambientes que promovem a cura (Gottlieb, 2016).

As premissas enunciadas anteriormente dão origem a oito valores fundamentais sobre a saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, que estão subjacentes ao CBF. Os valores são: saúde e cura; singularidade; holismo e *embodiment*; realidade objetiva/subjetiva e construção de significado; autodeterminação; pessoa e ambiente estão interligados; aprendizagem, preparação e *timing*; e parceria colaborativa entre enfermeiro e pessoa (Gottlieb, 2016). Estes oito valores estão interligados e trabalham em conjunto para formar um todo abrangente e coerente que sustenta o CBF. Além disso, estes valores dão informação aos enfermeiros sobre a pessoa e família, sobre aquilo em que se devem focar e em como cuidar deles.

A prática do CBF exige que o enfermeiro esteja ciente das suas próprias forças, vulnerabilidades e fraquezas. Esta consciência estende-se a um entendimento de como o comportamento do enfermeiro afeta a pessoa e como o comportamento desta afeta as respostas. Este nível de consciência é essencial para que o enfermeiro seja capaz de identificar e desenvolver as forças noutra pessoa (Gottlieb, 2016). Cada enfermeiro possui muitas forças. Algumas forças são únicas da sua própria personalidade e outras são desenvolvidas no decorrer do tempo. Além disso, na prestação de cuidados, o enfermeiro adquire um reconhecimento mais profundo das suas próprias qualidades e das qualidades

que envolvem cuidar de outro ser humano como competência, conhecimento, dignidade e respeito (Gottlieb, 2016). Estas qualidades serão adicionadas às forças dos enfermeiros.

As forças de enfermagem dividem-se em: forças de mentalidade; forças de conhecimento e saber; forças de relação; e forças de defesa. De acordo com Gottlieb (2016) as forças de mentalidade envolvem as qualidades que são requeridas para estabelecer um conjunto de atitudes, perspectivas, filosofias ou valores que afetam a maneira de alguém se comportar. As subcategorias específicas destas forças incluem *mindfulness*, humildade, abertura de espírito e atitude de não julgamento. As forças de conhecimento e saber são as qualidades necessárias para se adquirir e utilizar informações de fontes formais e da experiência, sendo as suas forças específicas a curiosidade e autorreflexão. As forças de relação são as qualidades necessárias para se conectar com os outros e criar e manter uma parceria colaborativa. As subcategorias específicas destas forças envolvem o respeito e confiança, empatia, compaixão e bondade. Por fim, as forças de defesa são qualidades necessárias para proteger, enfrentar e defender outra pessoa e família, sendo as suas forças específicas a coragem e autoeficácia (Gottlieb, 2016).

Através desta breve elucidação sobre o CBF de Laurie Gottlieb, verifica-se a proximidade deste modelo de enfermagem à filosofia de cuidar do EESMO. O “cuidado centrado na mulher” é o termo que descreve esta filosofia de cuidados em que o EESMO trabalha em parceria com a mulher. Esta filosofia dá prioridade aos desejos das mulheres, implicando uma adequação dos cuidados às suas reais necessidades, e enfatiza as escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados (OE, 2015a). Também supõe que seja evidenciado o empoderamento das mulheres e garante a acessibilidade e continuidade dos cuidados (OE, 2015a). Os cuidados prestados pelo EESMO devem ser flexíveis, criativos, de capacitação/*empowerment*, de promoção de saúde e de suporte às mulheres. Estes aspetos, tal como descrito anteriormente, constituem também a base da abordagem deste referencial teórico.

2. METODOLOGIA

A excelência na prestação de cuidados deve ser o objetivo primordial de todos os EESMO ao longo do seu percurso profissional e em todas as áreas englobadas na sua esfera de competências (OE, 2015a). Considerando que o conhecimento está em contínuo desenvolvimento, entende-se que as competências acompanham esta evolução (OE, 2018).

A prática baseada na evidência (PBE) pode ser entendida como um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que implica identificar um problema, pesquisar e selecionar a literatura científica pertinente, avaliar as evidências e decidir sobre a sua aplicação (Barría-Pailaquilen, 2013). Durante o exercício profissional, a PBE em enfermagem permite rever constantemente a prática clínica, uma vez que combina a melhor e mais recente evidência científica, com a experiência e julgamento clínico, e com os valores e preferências do cliente, garantindo cuidados consistentes e de alta qualidade (*International Council of Nurses, ICN, 2021*).

Este capítulo descreve os procedimentos metodológicos utilizados para sustentar uma PBE assente nos princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem. Para a compreensão da temática em estudo realizou-se uma *scoping review* e um estudo empírico com recurso a questionários, que espelham o conhecimento de mulheres sobre o plano de parto e respetiva experiência de utilização na maternidade onde cumpri o estágio.

2.1. *Scoping Review*

A *scoping review* é um processo de mapear a literatura ou evidência existente numa determinada área de investigação em termos do seu volume, principais fontes e tipos de informação disponível, caracterizando-se como uma revisão exploratória, metódica e ordenada (Ribeiro, 2014). Além de permitir o mapeamento da evidência existente e o esclarecimento de conceitos subjacentes a uma área de interesse, a *scoping review* possibilita também a identificação de eventuais amplitudes ou lacunas de conhecimento, sendo precursora de pesquisas futuras (Peters et al., 2020).

Para a elaboração da presente *scoping review* seguiram-se as orientações preconizadas por Peters et al. (2020) presentes no *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Importa ressaltar que a *scoping review* pode ser consultada na íntegra no apêndice I.

2.1.1. **Objetivo e questão de pesquisa**

O objetivo desta *scoping review* é mapear a evidência disponível acerca da influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu TP e parto. A questão de investigação foi formulada atendendo à mnemónica PCC em que P corresponde à população, C ao conceito e, por fim, o último C ao contexto (quadro 1). Assim a questão definida foi: “Qual a influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu TP e parto?”.

Quadro 1 - Mnemónica PCC

P (População)	C (Conceito)	C (Contexto)
Mulheres	Plano de parto	Trabalho de parto
	Satisfação	Parto

2.1.2. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos respeitam a mnemónica PCC descrita anteriormente, orientando a pesquisa para responder à questão de investigação (quadro 2). Deste modo, os critérios de inclusão definidos foram: estudos de natureza quantitativa ou qualitativa, bem como revisões da literatura, publicados desde 2010, em português, inglês ou espanhol, em formato *full-text*, que abordem a influência do plano de parto na satisfação das mulheres com o seu TP e parto.

Quadro 2 - Critérios de inclusão de acordo com mnemónica PPC

Critérios de inclusão	
População	Mulheres sem complicações obstétricas que tenham vivenciado um parto independentemente da sua idade
Conceito	Plano de parto como influenciador da satisfação das mulheres
Contexto	Trabalho de parto e parto

2.1.3. Estratégia de pesquisa e extração de dados

A estratégia de pesquisa foi efetuada em três etapas por forma a cumprir todo o rigor metodológico definido pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020). A pesquisa inicial foi realizada em maio de 2021, tendo sido posteriormente atualizada em agosto de 2022.

Na primeira etapa foi efetuada uma pesquisa limitada às bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e *ACADEMIC SEARCH Complete*, através da plataforma *EBSCOhost*, tendo por base as palavras-chave extraídas dos termos naturais da questão de investigação. Seguiu-se uma análise das palavras utilizadas nos títulos e resumos, e a identificação dos termos de indexação de cada base de dados. De modo a organizar a pesquisa foi elaborado um quadro (quadro 3) referente às palavras-chave e termos identificados.

Quadro 3 - Termos naturais e termos indexantes *CINAHL*, *MEDLINE* E *ACADEMIC*

Palavras-chave	Termos naturais	Termos indexantes <i>CINAHL</i>	Termos indexantes <i>MEDLINE</i>	Termos indexantes <i>ACADEMIC</i>
Plano de parto	<i>Birth plan</i>	-	-	-
Satisfação	<i>Satisfaction</i>	<i>Personal Satisfaction</i>	<i>Personal Satisfaction</i>	<i>Personal Satisfaction</i>
Mulheres	<i>Women</i>	<i>Women</i>	<i>Women</i>	<i>Women</i>
Trabalho de parto	<i>Labor Obstetric</i>	<i>Labor</i>	<i>Labor Obstetric</i>	<i>Labor Obstetrics</i>
Parto	<i>Childbirth</i>	<i>Childbirth</i>	<i>Parturition</i>	<i>Childbirth</i>

Na segunda etapa foi realizada uma pesquisa extensa recorrendo a todas as palavras-chave e termos de indexação, nas três bases de dados, separadamente. Uma vez que não foi encontrado termo de indexação para *birth plan*, foi utilizada a respetiva palavra-chave identificada no índice destas bases de dados. O processo de pesquisa foi igual para todas as bases de dados. Inicialmente, procedeu-se à pesquisa dos termos naturais e dos respetivos termos indexantes, cruzando-se ambos os resultados com o operador booleano “OR”. Após esta agregação para cada termo, efetuou-se uma pesquisa associando os resultando obtidos anteriormente com o operador booleano “AND”.

Por fim, na terceira etapa, foram analisadas as referências bibliográficas de todas as publicações selecionadas para identificar fontes de informação adicionais. Efetuou-se uma pesquisa de todos os artigos publicados e não publicados presentes nas referências, incluindo-se nesta *scoping review* apenas os que respeitavam os critérios de inclusão.

Depois da pesquisa, toda a bibliografia encontrada foi gerida pelo *software* de gestão bibliográfica *Mendeley* e removidos os duplicados. Os artigos encontrados foram analisados por dois revisores independentes, atendendo à relevância do título e resumo. Posteriormente, os artigos selecionados foram analisados em *full-text* e aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão foram excluídos. Esta etapa foi também duplamente verificada pelos dois revisores de modo independente, sendo as divergências resolvidas por meio de discussão.

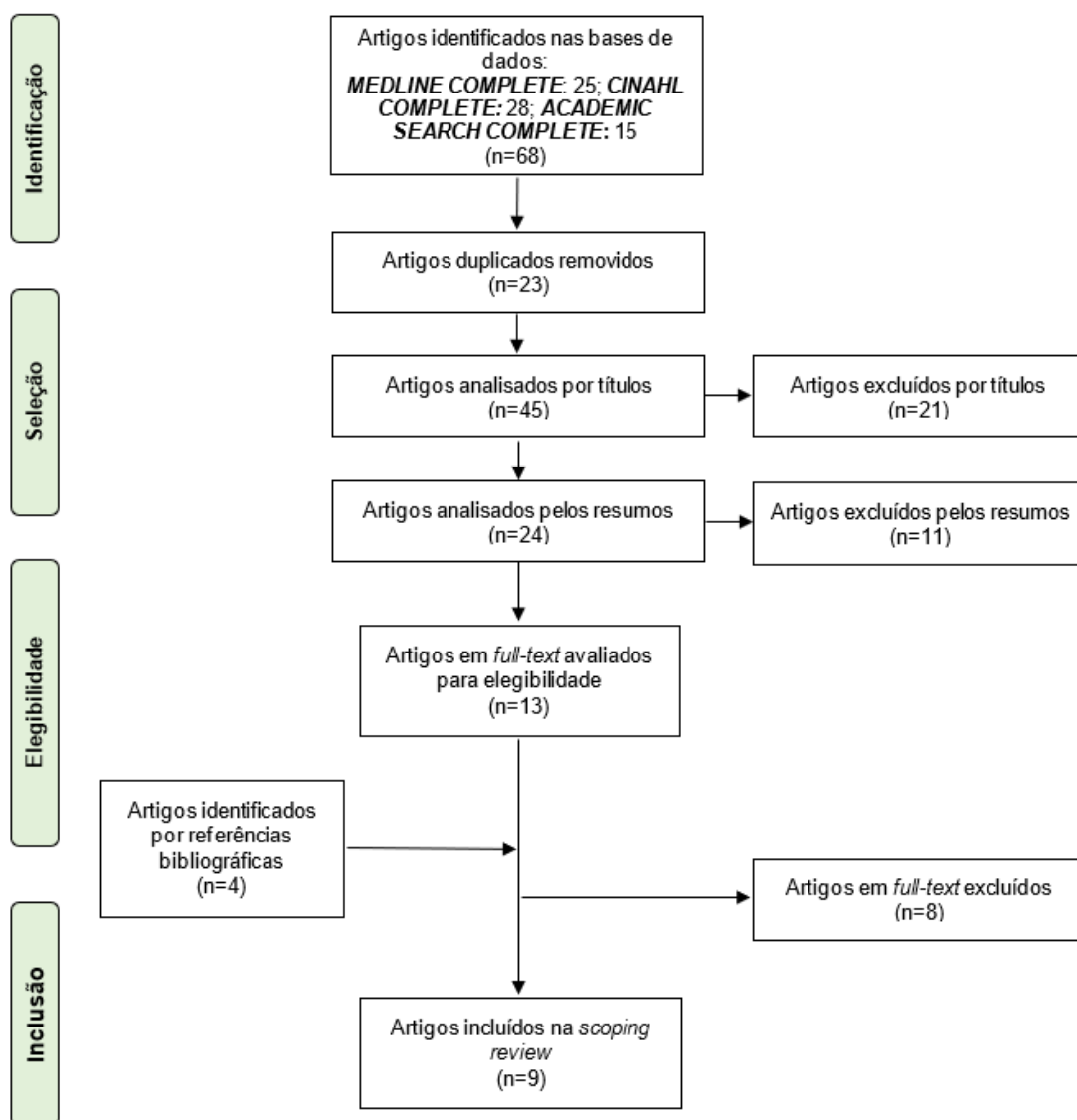
Os dados foram extraídos dos artigos através de uma ferramenta de extração de dados construída por um dos revisores independentes, de acordo com as orientações metodológicas do JBI (Peters et al., 2020). Esta ferramenta foi testada para garantir a clareza na sua utilização e o rigor nas informações obtidas, podendo ser consultada no apêndice II. Os dados extraídos dos artigos foram estruturados num formulário tabular, disponível no apêndice III, que organiza os estudos incluídos de acordo com o ano de

publicação, país de origem, idioma, tipo de estudo, objetivo, população e resultados relacionados com a questão de revisão.

2.1.4. Resultados da pesquisa

A pesquisa nas bases de dados identificou um total de 68 artigos. Depois de removidos os duplicados, 45 títulos e resumos permaneceram para análise de acordo com os critérios de inclusão. Nesta fase, foram excluídos 32 artigos e 13 foram recuperados em *full-text* para uma análise detalhada. Foram também consultadas as referências bibliográficas das publicações selecionadas, tendo sido adicionados mais 4 artigos em *full-text*. Após esta análise, foram removidos 8 artigos pelas razões detalhadas no apêndice IV. Um total de 9 artigos foram incluídos nesta *scoping review*. O diagrama PRISMA evidenciado na figura 1 descreve este processo.

Figura 1 - Diagrama PRISMA: Resultado de pesquisa e seleção de estudos



Os artigos selecionados nesta *scoping review* foram publicados entre 2010 e 2022. Todos foram publicados na forma de artigos em revistas internacionais, escritos maioritariamente em inglês, verificando-se apenas um escrito em português. Quanto à origem, os Estados Unidos da América são o país mais representado com 3 artigos, seguindo-se Brasil, Holanda, Azerbaijão, Taiwan, Egito e Espanha com 1 artigo cada. A população incluída nos estudos consistiu em mulheres primíparas e múltíparas com idade gestacional (IG) entre as 24 e 42 semanas, sem complicações obstétricas, acompanhadas nas instituições hospitalares onde decorriam os estudos, antes da experiência de parto e após este momento. A metodologia mais utilizada nos estudos consistiu na aplicação de questionários e de escalas de avaliação da satisfação com a experiência de parto, sendo que 4 estudos compararam os resultados obtidos entre o grupo de mulheres que recorreu ao plano de parto durante o TP (grupo de intervenção) e o grupo de mulheres que não utilizou este instrumento (grupo de controlo).

Da análise dos 9 artigos incluídos, a maioria, nomeadamente 6 artigos, concluíram que a utilização do plano de parto influencia positivamente a satisfação da mulher com o seu TP e parto, associando-se a uma melhor comunicação com a equipa obstétrica, melhor preparação para a experiência de parto, maior sensação de controlo sobre a mesma e a melhores desfechos materno-fetais. Os restantes 3 artigos apresentam resultados díspares. Um dos artigos concluiu que as mulheres com plano de parto registaram menos intervenções obstétricas, porém sentiram-se menos satisfeitas com o parto. Os restantes 2 artigos não obtiveram resultados que permitam refutar ou apoiar o efeito do plano de parto na satisfação das mulheres com as suas experiências de parto.

2.2. Estudo empírico

Depois de enquadrar a evidência científica existente sobre o tema, senti a necessidade de conhecer a perceção de mulheres sobre o plano de parto e respetiva experiência de utilização na maternidade onde realizei o estágio, de forma a prestar cuidados de enfermagem mais centrados nas necessidades identificadas. Assim, para cumprir este objetivo, desenvolvi um estudo exploratório com abordagem quantitativa para o qual elaborei um questionário.

2.2.1. Colheita de dados

A colheita de dados consiste em recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida escolhidos para este fim (Fortin, 2009). Como referi anteriormente, o instrumento de colheita de dados usado consistiu em questionários, uma vez que permitem “recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009, p.

380). Além disso, o facto de ser um instrumento prático e de resposta direta foi também uma consideração para a escolha, uma vez que facilitou a participação no estudo, atendendo às características das participantes, mas também porque torna os enviesamentos quase impossíveis.

A construção de um questionário exige uma definição clara do objetivo em estudo, um bom conhecimento do estado da investigação sobre o fenómeno considerado e uma ideia clara da natureza dos dados a recolher (Fortin, 2009). Depois de efetuada a *scoping review* sobre o tema e com o objetivo do estudo definido, procedeu-se à elaboração do questionário mediante as etapas de Fortin (2009): determinar a informação a colher, constituir um banco de questões, formular as questões, ordenar as questões, submeter o esboço do questionário à revisão, pré-testar o questionário e redigir a introdução e as diretrizes. As perguntas formuladas foram suportadas pelos achados da *scoping review* e estruturadas em 3 grupos: caracterização sociodemográfica, caracterização obstétrica e plano de parto. Quanto ao tipo de questões, o questionário era composto por questões fechadas, existindo, três questões em que se pedia para clarificar a opção escolhida.

Antes de iniciar o período de recolha de dados, o formulário foi submetido a apreciação pela excelentíssima professora orientadora e, posteriormente, submetido a um pré-teste junto de uma amostra de 10 puérperas. Esta etapa foi imprescindível para descobrir defeitos e efetuar correções.

No que concerne à colheita de dados, esta decorreu entre 8 de junho e 8 de julho de 2022, durante o internamento das puérperas na instituição hospitalar. Foram excluídas as puérperas com idade inferior a 18 anos ou cuja IG no momento do parto fosse inferior às 37 semanas. Após obtenção do consentimento informal, livre e esclarecido, e consoante a disponibilidade das puérperas, os questionários foram distribuídos pela investigadora e preenchidos com a sua assistência.

2.2.2. Tratamento e análise de dados

Os dados obtidos através da aplicação dos questionários foram tratados através do programa de *software Microsoft Office Excel*. Considerando a natureza do estudo, efetuou-se uma análise descritiva dos dados visto que “é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com ajuda de testes estatísticos” (Fortin, 2009, p. 410). Uma vez que se utilizou estatística descritiva, os dados obtidos foram organizados sob a forma de gráficos e quadros, estando disponíveis no subcapítulo 3.3 referente à apresentação e discussão dos resultados do estudo.

2.3. Outras atividades implementadas

Além da realização do estudo empírico, fundamental para conhecer a percepção de mulheres sobre o plano de parto e respetiva experiência de utilização, o Projeto de Estágio contemplava também a divulgação da evidência científica encontrada com a *scoping review*.

O conhecimento é fundamental para a evolução de qualquer profissão e dos seus membros, representando na área da saúde uma importância acrescida (OE, 2020). A capacidade dinamizadora e mobilizadora dos enfermeiros, numa lógica de produção e comunicação do conhecimento, não só conduz ao desenvolvimento da Enfermagem como área científica, como permite o desenvolvimento de uma PBE, a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados, e a otimização dos resultados em saúde (OE, 2020). É necessária a partilha de conhecimento para traduzir a evidência científica em prática, de modo a criar um ambiente de mudança, implementação, inovação e avaliação, procurando melhores resultados em saúde (OE, 2012). O uso de uma PBE permite-nos desafiar e sermos desafiados sobre a nossa própria prática clínica, revendo constantemente a mesma, e procurar formas mais eficazes e eficientes de tomar decisões clínicas e prestar cuidados.

Posto isto, procurei a divulgação da *scoping review* junto da comunidade científica com a publicação da mesma na Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, uma revista portuguesa desta área de especialidade e de livre acesso (anexo I). Ademais, nos diferentes contextos clínicos, procurei abordar o tema com o intuito de despertar as equipas de enfermagem para a importância da construção e consulta do plano de parto na prestação de cuidados às grávidas/parturientes. Dado que a maioria da UC Estágio com Relatório foi realizada durante o agravamento da situação pandémica, surgiram, nos diferentes contextos clínicos, várias limitações impostas pelas instituições de saúde. Uma das restrições transversal à maioria dos contextos foi a proibição de sessões de formação. Desta forma, foi necessário procurar alternativas autorizáveis pelas chefias para contornar a situação e cumprir o objetivo.

A elaboração de documentos de suporte para transmissão de informação foi a alternativa escolhida. Assim, construí um *poster* (apêndice V), que apresentei em todos os contextos clínicos para apresentar o Projeto de Estágio. Embora não fosse permitido efetuar sessões formativas, foi autorizado a divulgação informal do projeto, nomeadamente no final das passagens de turno. Além deste documento, no contexto de Cuidados de Saúde Primários, criei, em concordância com a equipa de enfermagem, um folheto sobre o plano de parto a introduzir nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco do 2º trimestre (apêndice VI).

2.4. Considerações éticas

A Enfermagem enquanto profissão autorregulada tem definidos, pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e pelo Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015b), os princípios éticos e deontológicos a respeitar no seu exercício profissional, onde se inclui também a investigação. Uma das competências comuns do enfermeiro especialista relaciona-se com o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, devendo desenvolver “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas estão presentes desde o início da investigação (Fortin, 2009). Os principais princípios éticos que devem ser considerados para projetar a investigação são: o princípio da beneficência – fazer o bem para os participantes e para a sociedade; o princípio da não maleficência – não causar dano aos participantes, avaliando os riscos possíveis e previsíveis; o princípio da justiça – proceder com equidade e não prestar apoio diferenciado aos participantes e o princípio da autonomia – os participantes têm o direito de tomar as suas próprias decisões e decidir livremente sobre a sua participação (Priyadarshini, 2020). Outros autores e associações da área acrescentam o princípio da fidelidade – estabelecer uma relação de confiança com os participantes; o princípio da veracidade – dizer a verdade, informar sobre os riscos e benefícios; e o princípio da confidencialidade – salvaguardar a informação reunida para o estudo, como igualmente fundamentais para guiar a investigação em enfermagem (*American Nurses Association*, 2015; ICN, 2021; Haddad & Geiger, 2022).

Considerando este conjunto de princípios éticos e preceitos deontológicos, orientei o meu percurso formativo, quer no âmbito da prestação de cuidados nos diferentes contextos clínicos, quer no âmbito da investigação. Ao longo deste trajeto, preocupei-me com a qualidade ética de todas as minhas intervenções, respeitando os princípios e valores das pessoas cuidadas. Esta inquietação foi também transportada para o estudo empírico, manifestando-se desde o seu planeamento até à sua execução. A relevância do estudo, o recrutamento e seleção da amostra, a metodologia usada para recolha e tratamento de dados, a exposição dos resultados, a relação risco-benefício e a garantia de respeito dos direitos dos participantes foram requisitos considerados e avaliados.

Antes de iniciar o estudo, solicitei o parecer à Comissão de Ética da instituição hospitalar onde decorria o estágio, através do preenchimento de formulários detalhados. Este aspeto foi crucial para assegurar uma avaliação independente e multidisciplinar da ética do projeto, confirmando o respeito pelos direitos humanos. Depois da Comissão de Ética emitir uma apreciação positiva (anexo II), dei início ao estudo com o recrutamento das

participantes e respetiva colheita de dados. A participação no estudo foi uma escolha esclarecida por parte das participantes, já que aconteceu depois de ser fornecida toda a informação acerca do mesmo e resultou da sua livre vontade. De modo a salvaguardar o respeito pelo princípio da autonomia, foi pedido o consentimento informado, esclarecido e livre antes do preenchimento do questionário. De notar, que todas as participantes foram informadas da possibilidade de desistência a qualquer momento.

O direito ao anonimato e confidencialidade foi igualmente assegurado. Os questionários eram anónimos, não sendo possível associar a identidade das participantes às respostas individuais. Tanto na análise e tratamento de dados, como na divulgação dos resultados, não é possível efetuar um reconhecimento das participantes. Além disso, importa também referir que a divulgação dos resultados adveio de uma autorização expressa pelas participantes.

Por fim, ao longo deste percurso formativo, estabeleci uma relação de confiança com as mulheres/ casais cuidados e com todas as participantes do estudo. Agir em concordância com os princípios éticos e deontológicos é muito mais do que cumprir o Código Deontológico dos Enfermeiros, é assumir um compromisso com a pessoa cuidada. Assim, trabalhei em parceria com as mulheres/casais, promovendo o seu empoderamento face às tomadas de decisão, legitimando o acesso à informação e o esclarecimento personalizado de dúvidas, garantindo cuidados seguros, sustentados na melhor evidência científica e consonantes com as suas preferências, e defendendo o respeito pelos seus direitos e pela sua integralidade.

3. RESULTADOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo põe em evidência o percurso de desenvolvimento de competências da área de especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do grau de mestre, através de uma análise reflexiva das experiências de cuidados à luz da evidência científica e do referencial teórico norteador deste processo formativo, e expõe os resultados obtidos na *scoping review* e no estudo empírico.

3.1. Desenvolvimento de competências na área de especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos diferentes contextos clínicos

O EESMO é responsável pelo exercício em diversas áreas de atividade, já que presta cuidados à mulher que está inserida na família e comunidade em diferentes estádios da sua vida (OE, 2015a). Atendendo à sua ampla área de intervenção, está preconizado no programa formativo que o desenvolvimento de competências específicas ocorra em diferentes contextos clínicos.

O meu percurso de desenvolvimento de competências começou pela área de Ginecologia, num serviço de internamento, onde o EESMO "cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde" (Regulamento n.º 391/2019, p.13564). Assim, procurei envolver-me profundamente na prestação de cuidados a mulheres com patologia ginecológica, consolidando os conhecimentos teóricos através da prática clínica.

Durante o período de estágio, foram frequentes os internamentos devido a doença inflamatória pélvica (DIP) e gravidez ectópica (GE). Enquanto nalguns casos o tratamento medicamentoso foi suficiente para resolver o quadro clínico, noutros foi necessário recorrer a cirurgia, aumentando o risco de complicações e interferindo com a fertilidade destas mulheres. De notar que a GE é prevalente em mulheres com idade compreendida entre os 15 e os 44 anos (Amorim et al., 2022) e a DIP entre os 15 e os 25 anos (Scheer et al., 2021). Nestas situações, as minhas intervenções foram além dos cuidados físicos, como monitorização de sinais vitais, controlo da dor, prevenção de infeção e vigilância de hemorragia, focando-se também no apoio emocional e psicológico necessário para recuperarem o equilíbrio e adaptarem-se à sua nova condição. Ademais, nos quadros clínicos de DIP, foi também crucial orientar as mulheres para a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (IST) e para a importância de alertarem os seus parceiros sexuais para o tratamento.

Embora estas condições clínicas fossem recorrentes, a maioria dos internamentos deviam-se a patologia onco-ginecológica. As situações de cancro da mama eram as mais prevalentes, seguindo-se o cancro do endométrio e o cancro do colo do útero e, por fim, o cancro do ovário. Este predomínio de doenças oncológicas está relacionado com os dados estatísticos mais recentes visto que, segundo a *International Agency for Research on Cancer* (IARC, 2020), o cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre as mulheres e o cancro do colo do útero é o quarto mais frequente. O cancro do ovário, apesar de menos usual, é considerado um dos mais letais no que respeita à mortalidade no grupo de neoplasias invasivas do aparelho genital feminino (IARC, 2020).

Os internamentos das mulheres com patologia onco-ginecológica são electivos, o que significa que estas mulheres se dirigem ao serviço em data e hora marcada, tendo antecipadamente aceite a proposta cirúrgica para a sua situação. A equipa de enfermagem acompanha a mulher durante todo o processo, sendo responsável pela sua admissão no serviço, preparação pré-operatória, transferência para bloco operatório, cuidados pós-operatórios e preparação para a alta. Deste modo, acompanhei integralmente várias mulheres neste período, sempre com base numa parceria colaborativa, prestando os cuidados correspondentes a cada etapa e congruentes com a singularidade de cada mulher. Este contacto permitiu-me uma familiarização com as múltiplas técnicas cirúrgicas existentes e com os respetivos cuidados em cada fase. Também nestas situações, as minhas intervenções foram além dos cuidados físicos, destacando-se o suporte emocional e psicológico fornecidos com o intuito de mobilizar e trabalhar as forças de cada mulher e ajudá-las a desenvolver novas para enfrentar a sua situação. A ablação de um órgão ou parte dele, mesmo quando previamente conhecida, acarreta sofrimento. Além disso, a situação de internamento e a antecipação da intervenção cirúrgica implicam níveis elevados de ansiedade e *stress*.

O diagnóstico de cancro da mama ou cancro ginecológico interfere profundamente com a vida da mulher e da sua família. Além de lidar com a doença oncológica, estas mulheres têm ainda de enfrentar as consequências físicas e emocionais que dela advêm. A mama, tal como refere Lamounier et al. (2020), é símbolo da beleza corporal, feminilidade e maternidade, e o aparelho reprodutor, segundo Tristão et al. (2017), está intimamente ligado à fertilidade e à identidade feminina. Assim, independentemente da intervenção cirúrgica realizada, observam-se sempre mudanças significativas no autoconceito, autoimagem, autoestima e relacionamento social. Esta informação é corroborada por Morgado (2021) que refere que estas cirurgias provocam alterações na relação que a mulher estabelece com o seu corpo e com a sua mente, sendo encaradas como atos mutiladores.

O estágio neste contexto permitiu-me presenciar diretamente o impacto destas cirurgias na vida das mulheres. Foram recorrentes os episódios de ansiedade, tristeza, revolta, desvalorização e cansaço manifestados, observando que, tal como descrito na literatura,

quanto mais novas são as mulheres, mais difícil é o processo de adaptação (Morgado, 2021). Este facto deve-se não só à valorização excessiva da autoimagem imposta pela sociedade, mas sobretudo às possíveis implicações na capacidade futura de conceber. De forma a colmatar a sensação de perda e a promover a adaptação à nova condição, é fundamental o apoio emocional antes das cirurgias e o suporte psicossocial depois das mesmas.

No período pré-operatório, quer sejam tumorectomias, quadrantectomias, mastectomias, ooforectomias ou histerectomias, os principais sentimentos presentes são o *stress*, medo e ansiedade, intensificando-se em função do estadiamento da doença e consequente extensão da cirurgia. Neste período, centrei-me em esclarecer todas as dúvidas e inquietações, desmistificando perceções pessoais e estando presente sempre que solicitado. Uma vez que as mulheres são admitidas na tarde anterior à data da cirurgia, ou mesmo no dia da cirurgia, o período pré-operatório hospitalar é curto, permitindo que a mulher esteja junto da sua rede de apoio o maior tempo possível. Este aspeto é importante já que mune a mulher de mecanismos de *coping* para enfrentar o internamento, sobretudo o período pós-operatório que é mais complexo e duradouro.

No período pós-operatório, os cuidados vão muito além da vigilância hemodinâmica, controlo de perdas hemáticas ou tratamento de feridas cirúrgicas. É necessário apoiar estas mulheres na adaptação à sua nova condição, minimizando os impactos da cirurgia. Nas mulheres submetidas a cirurgias mamárias, sobretudo a mastectomias simples e radicais sem reconstrução, eduquei sobre os cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, como evitar carregar pesos, dormir sobre o braço operado, usar camisolas justas ou executar movimentos repetitivos, e orientei sobre os cuidados com a sutura e sinais de alarme. Além disso, de modo a minimizar o impacto na autoestima e autoimagem, o serviço dispõe de próteses mamárias externas que são fornecidas às mulheres na preparação para a alta. Assim, instruí também estas mulheres acerca dos cuidados com a prótese, sutiãs apropriados, bem como fatos de banho e biquínis, reforçando a importância de se manterem ativas na participação em atividades sociais.

No que concerne a mulheres submetidas a ooforectomias, anexectomias e histerectomias simples ou radicais, constatei uma melhor adaptação à situação, não presenciando nenhuma dificuldade de ordem psicossocial. Este facto contraria a maioria da literatura que afirma que estas cirurgias interferem na expressão da sexualidade feminina e imagem corporal (Tristão et al., 2017). A justificação que encontro para a demonstração de alívio pela remoção do órgão, ao invés da manifestação de angústia e tristeza, centra-se na faixa etária das mulheres que se encontrava entre os 55 e os 80 anos. Ao explorar os seus sentimentos, a maioria encarava os órgãos reprodutores para a função de engravidar pelo que já não eram úteis para as suas idades. Todavia, tenho plena noção que, em faixas etárias mais jovens, estas cirurgias podem desencadear profundas depressões pela perda

de identidade sexual e capacidade de engravidar. Nestas situações é importante que o EESMO amenize angústias e sofrimentos, confortando e escutando ativamente, agindo considerando a particularidade de cada mulher e solicitando apoio de outros profissionais, nomeadamente psicológico, se necessário.

De acordo com o supracitado considero que desenvolvi as competências esperadas para a área de Ginecologia, uma vez que promovi a saúde ginecológica das mulheres internadas, preveni a ocorrência de complicações, providenciei todos os cuidados necessários e procurei facilitar a adaptação à sua nova condição através de medidas de suporte emocional e psicossocial, cumprindo o definido no Regulamento n.º 391/2019. Em virtude da pandemia, não foi possível observar o impacto destas situações na família, nem envolver os conviventes significativos diretamente nos cuidados, uma vez que foram proibidas as visitas na instituição hospitalar. Esta interdição manteve-se durante o meu percurso de aquisição de competências, na maioria dos contextos clínicos, sendo suspensa a poucos meses de terminar o Estágio com Relatório.

Depois de concluído o contexto de Ginecologia, mantive-me em internamento hospitalar, desta vez na área de Puerpério, onde o EESMO "cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade" (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). O pós-parto é o período seguinte ao TP que implica ajustamentos físicos, psicoemocionais e sociais. O puerpério está compreendido no pós-parto e define-se como o período de 6 semanas após o parto no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez (Centeno, 2018). Gradualmente, o corpo da mulher recupera das modificações sofridas, retornando ao seu estado não gravídico. É um momento de extrema vulnerabilidade pois, além das alterações fisiológicas, ocorrem também profundas alterações psicológicas, emocionais e sociais. É necessária a adaptação a uma nova identidade, a adoção de um papel de grande responsabilidade, a aceitação de uma nova imagem corporal e a reorganização das relações familiares e sociais (Leitão, 2016). Por todos estes motivos, a intervenção do EESMO é crucial para a vivência deste período da melhor forma.

A curta duração dos internamentos representa um espaço temporal reduzido para a prestação de cuidados especializados. Deste modo, desde o primeiro minuto do acolhimento, prestei uma atenção rigorosa à díade mãe-bebé, centrando as minhas intervenções na promoção do conforto, na prevenção de complicações, na promoção da autonomia da mulher no autocuidado e no cuidado ao RN, na promoção da amamentação, na monitorização de comportamentos indicadores de dificuldades na transição e adaptação à parentalidade e na preparação para a alta. Para isto, estabeleci uma relação de confiança e parceria com cada puérpera, direccionando os meus cuidados à particularidade de cada uma e procurando empoderá-las para o desenvolvimento de competências parentais.

Durante o internamento, é necessário efetuar uma avaliação cuidada da puérpera e RN, não só no momento do acolhimento, mas também em todos os turnos até à alta, prevenindo assim o aparecimento de complicações. A avaliação obstétrica exige um conhecimento profundo sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores femininos e das alterações esperadas neste período, para que sejam identificadas precocemente alterações à normalidade (Santos & Batista, 2016). Inicia-se com a avaliação do estado de consciência e dos sinais vitais, seguindo-se a avaliação da pele e mucosas, mamas e mamilos, involução uterina, lóquios (quantidade, cheiro e cor), períneo (presença de edema, hematomas, evolução cicatricial de lacerações ou episiorrafias), ferida cirúrgica abdominal nos casos de cesariana, eliminação vesical, eliminação intestinal e, por fim, características dos membros inferiores (Sequeira et al., 2020). Outros componentes da avaliação incluem o estado emocional e o nível de conhecimentos quanto ao autocuidado e cuidado ao RN.

Depois de observadas as puérperas, efetuei a avaliação dos RN. Esta compreende a observação do aspeto geral e do comportamento, seguindo-se um exame físico ordenado no sentido céfalo-caudal para detetar variações à normalidade ou achados anormais. O conhecimento dos resultados normais esperados durante cada avaliação ajuda a reconhecer alterações que possam impedir o desenvolvimento do bebé no início do período pós-natal (Wheeler, 2014), permitindo atuar atempadamente. Por este motivo, realizei sempre uma avaliação rigorosa dos RN. Ademais, sempre que o RN tinha um peso igual ou superior a 2000 gramas e o consentimento materno, iniciei o plano de vacinação com a administração da vacina anti hepatite B, tal como recomendado pela DGS (2020b).

De acordo com Centeno (2018) as principais complicações obstétricas são as hemorragias pós-parto, infeções puerperais, mastites, fenómenos tromboembólicos e alterações psiquiátricas, podendo surgir em qualquer fase do puerpério. Desta forma, além de uma monitorização do estado de saúde da mulher, através de uma avaliação cuidada, também implementei intervenções preventivas para a ocorrência destes fenómenos como levantar precoce, manutenção de um ambiente limpo ou estimulação da micção espontânea. Conjuntamente, instruí as puérperas para os sinais de alerta e para os recursos da comunidade a procurar perante estas situações.

A deteção de achados anormais ou a presença de complicações neonatais são momentos de enorme *stress* para as puérperas. Nestas circunstâncias, demonstrei presença e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e anseios, orientando as puérperas sobre o quadro clínico e respetivos cuidados, fornecendo apoio emocional, através da escuta ativa, e referenciando para a Neonatologia/ Pediatria quando as situações superavam a minha área de atuação.

Embora todas as mulheres apresentem alterações fisiológicas idênticas durante o período pós-natal, desencadeando um conjunto de diagnósticos e de intervenções de enfermagem semelhantes, a experiência vivida por cada puérpera é única e as

necessidades de aprendizagem e de cuidados também. Através da relação de confiança estabelecida, ajuste as minhas intervenções às necessidades individuais de cada puérpera. Além de intervenções preventivas de complicações, centrei-me também em intervenções promotoras da saúde e do bem-estar, procurando ajudar as puérperas a reconhecer as suas potencialidades, reforçando-as positivamente, e a desenvolver novas forças, a fim de vivenciarem uma transição positiva para a parentalidade. Posto isto, conforme as vulnerabilidades manifestadas, orientei para o autocuidado e cuidados ao RN, antecipando a preparação para a alta. Em relação ao autocuidado abordei temas como: cuidados com a ferida cirúrgica abdominal ou com as lacerações perineais/ episiorrafias, higiene perineal, dieta adequada, importância de períodos de atividade e descontração *versus* períodos de repouso, e adoção de posturas corretas nas atividades de vida e nos cuidados ao RN. A puérpera não só necessita de estar atenta aos sinais de alerta, como atuar de forma a minimizar os seus desconfortos (Santos & Batista, 2016).

Apesar da importância da educação para o autocuidado, o principal interesse manifestado pelas puérperas centrou-se nos cuidados aos RN. Independentemente de serem primíparas ou múltiparas, constatei que estas mulheres estavam muito centradas nas competências maternas e nos cuidados ao bebé. Uma vez que nas primeiras 24 horas após o parto as mulheres possuem pouca disponibilidade para assimilar informação (Manning, 2008), neste período, optei por recorrer a uma linguagem simples e focar-me em temas elementares como mudança da fralda, causas de choro, medidas de conforto e amamentação. Posteriormente, à medida que as puérperas demonstravam maior capacidade de integração de conhecimentos, ia aprofundado os conteúdos e explorando novos temas igualmente relevantes como cuidados de higiene ao RN, cuidados ao coto umbilical, cuidados com as roupas, temperaturas adequadas dos espaços e prevenção de acidentes. Todos os ensinamentos foram acompanhados de folhetos informativos, disponíveis no serviço, para que as puérperas pudessem consultar a informação a qualquer instante.

O dia da alta, apesar de muito desejado, revelou-se, na maioria das situações, a circunstância em que foi solicitada maior atenção pelas puérperas para esclarecimento de dúvidas. De maneira a tranquilizá-las, clarifiquei sempre as suas incertezas e realizei revisões sobre os temas em que manifestavam mais dificuldades. Além disso, abordei também temas que considero obrigatórios neste momento, como sinais de alarme da puérpera e RN, prevenção de acidentes, prevenção do Síndrome de Morte Súbita Infantil e a segurança no transporte do bebé. Por forma a garantir o acompanhamento da mulher e RN na comunidade, informei as puérperas sobre a necessidade de marcação de várias consultas no centro de saúde da sua área de residência, nomeadamente a consulta de vigilância do bebé, a consulta de planeamento familiar e a consulta de revisão pós-parto. Adicionalmente, nas situações em que o Teste de Guthrie não foi realizado aos RN, aconselhei as puérperas a realizar o mesmo no centro de saúde.

Desde a primeira hora de vida que apoiar no estabelecimento da lactação e no suporte e manutenção da amamentação constituiu uma preocupação, visto que possui inúmeras vantagens tanto para o RN, como para a mãe. Uma dessas vantagens é proporcionar uma diversidade de interações facilitadoras da ligação mãe-filho e da vinculação do RN com a mãe (OMS, 2018). Ao longo deste período, todas as puérperas a quem prestei cuidados manifestaram interesse pelo aleitamento materno. Assim, atuei sempre no sentido da promoção da amamentação, respeitando as políticas instituídas no hospital e as diretrizes defendidas pela OMS.

Em primeira instância, procurei presenciar as primeiras experiências de amamentação, no sentido de avaliar os conhecimentos e habilidades destas mulheres sobre este processo. De acordo com os défices de conhecimentos demonstrados e com as necessidades de orientação, a minha intervenção de enfermagem centrou-se na educação sobre a composição do leite materno, o mecanismo de produção e ejeção de leite, sinais de fome e saciedade, sinais de ingestão nutricional suficiente, sinais de boa pega, posição da mulher e RN, frequência e duração das mamadas, critérios para a escolha da mama, estimulação do RN, estratégias de prevenção de complicações, cuidados com as mamas e mamilos e colocar a eructar (OMS, 2018; Levy & Bértolo, 2012).

A importância da prevenção e tratamento de complicações na amamentação foi uma das áreas que não descuidei com vista a proteger e apoiar o aleitamento materno, reforçando os ensinamentos sobre a manutenção de uma higiene adequada das mamas/mamilos e o arejamento para promover a cicatrização, aplicação de colostro após cada mamada ou utilização de lanolina, e os sinais de mastite/ingurgitamento mamário e respetivas técnicas de prevenção e alívio de sintomas, uma vez que ocorrem frequentemente depois da alta (Levy & Bértolo, 2012). Ainda neste âmbito, no momento da alta, informei as mulheres sobre a existência do Cantinho da Amamentação e da Linha SOS Amamentação na instituição.

Ao apoiar e dotar as puérperas para o autocuidado e para os cuidados ao RN, o EESMO está a promover as competências parentais (Cardoso & Néné, 2016). A sensação de domínio destas competências é essencial para uma transição saudável para a parentalidade, para além de proporcionar bem-estar emocional a todos os membros da família. Perante comportamentos desajustados ou situações sociais complexas, informei a equipa multidisciplinar, referenciando estas mulheres e RN para avaliação com assistente social do serviço.

Por conta das restrições nas visitas, já esclarecidas anteriormente, o contacto com o pai foi extremamente reduzido e com outros familiares inexistente, o que limitou a minha perceção acerca da adaptação familiar à chegada de um novo membro e obrigou a centrar as minhas intervenções nas puérperas, conseguindo ocasionalmente comunicar com os pais por videochamadas. Ainda assim, consoante o supramencionado, considero que desenvolvi

todas as competências relativas ao período pós-natal definidas no Regulamento n.º 391/2019.

O contexto clínico seguinte ocorreu num serviço de saúde da comunidade, nomeadamente numa Unidade de Saúde Familiar. Neste contexto, o EESMO assume responsabilidade pelo exercício de várias áreas de atividade, cuidando da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, pré-natal, pós-natal e climatério (Regulamento n.º 391/2019). Posto isto, à semelhança do efetuado anteriormente, irei, através da análise reflexiva das experiências de cuidados neste local, mostrar como desenvolvi as competências definidas no Regulamento n.º 391/2019 para cada período.

Uma das características fundamentais dos cuidados do EESMO neste contexto, transversal a todas as etapas da vida das mulheres, é a educação para a saúde. Quer sejam consultas de planeamento familiar, vigilância da gravidez de baixo risco ou revisão do puerpério, é fundamental garantir que as mulheres/casais têm acesso a informação baseada em evidência científica atual para que possam tomar decisões conscientes e refletidas acerca da sua própria saúde.

No âmbito da competência específica “cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional” (Regulamento n.º 391/2019, p.13561), realizei diversas consultas de planeamento familiar. Estas consultas são um meio de promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, regular a fecundidade, preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis, e reduzir a incidência das IST e as suas consequências (DGS, 2008). De acordo com as necessidades manifestadas pelas mulheres, abordei um conjunto diversificado de temas, procurando promover a sua saúde e prevenir complicações através da oferta de opções adequadas aos seus hábitos de vida. Quando o motivo da consulta estava relacionado com a contraceção a minha principal intervenção era o aconselhamento, visto que “permite a escolha informada de um método mediante o esclarecimento objetivo, correto e dirigido às expectativas da pessoa, facilitando a adesão e a continuidade consistente da utilização do método escolhido” (DGS, 2008, p.11). As informações fornecidas centraram-se no funcionamento e eficácia, modo de utilização, efeitos colaterais comuns, riscos e benefícios, sinais e sintomas que necessitem de observação pela equipa e retorno da fertilidade após interrupção do método. Ademais, aproveitava também o momento para reforçar a importância da prevenção das IST, já que a maioria dos métodos escolhidos protegem apenas de uma gravidez indesejada, sendo crucial prevenir também estas infeções debilitantes. Posteriormente, procedia ao registo no Boletim de Saúde Reprodutiva/ Planeamento Familiar e fornecia o método escolhido após validação médica da ausência de contraindicações.

Ainda neste âmbito, participei no rastreio do cancro do colo do útero. Além de informar as mulheres acerca da importância do rastreio, dos seus objetivos, procedimentos e atuações subsequentes, participei na recolha dos produtos para a análise, quer através da realização das colpocitologias, quer através da colaboração com o médico. Embora seja uma intervenção desconfortável e intimidante para a maioria das mulheres, constatei que a relação de confiança estabelecida com as mulheres tem um efeito tranquilizador e reconfortante, dando força para vivenciarem este momento.

Outra competência específica do EESMO desenvolvida neste contexto, particularmente através das consultas de vigilância da gravidez de baixo risco, foi “cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562). A assistência pré-natal assume extrema importância para a saúde materna e fetal, contribuindo não só para melhores indicadores obstétricos e neonatais (DGS, 2015a), mas também para melhorar as experiências de parto, puerpério e amamentação. Além disso, a gravidez é um período em que as mulheres estão mais receptivas a receber informações e a adotar comportamentos saudáveis (Guler et al., 2020), constituindo um momento ideal para educação para a saúde.

Um dos aspetos fulcrais na realização destas consultas é a relação terapêutica que estabelece com as grávidas/casais. Enquanto efetuava as consultas, procurei estabelecer um clima de confiança, assegurando a confidencialidade, escutando ativamente, encorajando a grávida/casal a falar e a esclarecer dúvidas, adequando a informação às suas necessidades e evitando informação excessiva, visto que “uma atmosfera de compreensão, de escuta ativa e de incentivo à autoexpressão é essencial numa assistência pré-natal de excelência” (Torgal, 2016, p.118). Embora estas consultas impliquem a realização de um conjunto de intervenções e sessões de educação para a saúde comuns a todas as grávidas, preocupei-me em individualizar estes momentos, envolvendo as grávidas/casais nas intervenções e no planeamento da assistência, fornecendo informações claras apropriadas à cultura e às necessidades manifestadas e apoiando nas suas escolhas informadas.

A gravidez é um período de profundas modificações na vida das mulheres. À medida que evolui, ocorrem diversas alterações nos sistemas orgânicos da mulher para dar resposta às solicitações metabólicas desencadeadas pelo desenvolvimento fetal (Lavaredas & Tomás, 2016). Estas transformações fisiológicas são acompanhadas de alterações psico-socio-emocionais, visto que o impacto da notícia da gravidez desencadeia uma desordem emocional e exige uma redefinição da identidade e de papéis. Uma vez que estas modificações constituem um “um estado de *stress*” para a grávida, é fundamental que o EESMO promova a saúde e a homeostasia (Sequeira et al., 2020). Deste modo, durante as consultas de vigilância da gravidez, centrei-me em oferecer medidas para prevenir ou diminuir os desconfortos resultantes das alterações gravídicas e em detetar precocemente o

aparecimento de eventuais patologias potenciadas ou agravadas por estas modificações. Atendendo aos sintomas referidos e à IG da grávida, transmiti informações sobre as alterações vivenciadas e forneci orientações para gestão dos desconfortos gravídicos, fornecendo folhetos para que a grávida/casal tivesse acesso a informação fidedigna a qualquer momento.

As orientações fornecidas nas consultas devem ir além da adaptação da mulher à nova condição, centrando-se também no desenvolvimento embrionário/fetal que é sensível a influências externas e internas (DGS, 2015a). Assim, alertei as grávidas/casais sobre a importância de uma alimentação saudável e dos cuidados alimentares seguros e adequados na gravidez, aconselhei sobre a atividade física e vestuário, esclareci sobre a sexualidade, informei sobre sinais de alerta, sinais de aborto e cuidados relacionados com a segurança rodoviária, e apurei/ aconselhei sobre os riscos de consumos nocivos como tabaco, álcool e substâncias psicoativas. Ademais, consoante a evolução da gestação, fui abordando outros temas como perceção de movimentos fetais, desafios parentais, plano de parto, fisiologia do TP e parto, amamentação, cuidados ao bebé, mala de maternidade e enxoval, sinais de alerta de ameaça de parto pré-termo, sinais de alerta de início de TP e puerpério.

A educação para a saúde é sem dúvida uma das intervenções mais relevantes na assistência pré-natal por tornar a grávida/casal mais capacitado para a tomada de decisão e para enfrentar o processo transicional inerente ao processo gravídico, contudo não é suficiente para assegurar que a gravidez decorre sem prejuízo para a saúde da mãe e do bebé. Existem um conjunto de intervenções em cada consulta de cada trimestre que, aliadas à vigilância clínica e laboratorial, permitem avaliar o bem-estar materno e fetal, bem como detetar desvios da normalidade. No que concerne às prescrições da suplementação e rastreios analíticos e ecográficos, colaborei com os médicos, orientando as grávidas/casais sobre a importância do seu cumprimento/ realização e interpretando os seus resultados. Quanto às intervenções, atendendo às competências inerentes ao título de EESMO, pude efetuar a monitorização da altura uterina e da frequência cardíaca fetal (FCF) com *doppler*.

Por fim, outra competência que este contexto permitiu aprofundar foi "cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade" (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). O desenvolvimento desta competência foi iniciado no contexto clínico anterior, como descrito, porém, através da realização de consultas de revisão pós-parto, foi possível compreender as intervenções do EESMO neste contexto comunitário.

À semelhança das consultas de vigilância da gravidez de baixo risco, a consulta de revisão do puerpério é composta por um conjunto de intervenções que, aliadas a medidas de educação para a saúde, permitem assegurar a recuperação física materna, validar o aleitamento materno, validar o estado emocional e promover o início da contraceção (DGS,

2015a). Desta forma, nestas consultas, realizei o exame físico à puérpera, incluindo a observação das mamas e do períneo, procurei sinais e sintomas de patologias frequentes no pós-parto, avaliei o estado emocional e a rede de apoio, avaliei o histórico vacinal e questionei sobre o retorno à fertilidade. Também informei acerca de estilos de vida saudáveis, estado nutricional, aleitamento materno/artificial, exercícios de fortalecimento pélvico, importância da rede de apoio, transformações emocionais e reinício da atividade sexual. Uma vez que estas consultas concluem o acompanhamento das mulheres/casais nesta etapa, é fundamental garantir a ausência de complicações na saúde da mulher e RN e a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel. De salientar, mais uma vez, que o estabelecimento de uma relação de parceria foi crucial nestas consultas para identificar as potencialidades das puérperas/casais, mas também para reconhecer as suas fragilidades, a fim de mobilizar forças que facilitem a adaptação às mudanças impostas neste período.

Quase na recta final deste percurso formativo, o contexto clínico seguinte permitiu continuar a desenvolver a competência "cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal" (Regulamento n.º 391/2019, p.13562), contudo numa situação de gravidez de risco ou de aborto, já que aconteceu num serviço de internamento para grávidas/casais em situação de risco materno-fetal.

A gravidez é considerada um evento fisiológico natural que ocorre, na maioria dos casos, sem intercorrências, porém, em algumas situações, existe probabilidade de evolução desfavorável tanto para a mulher como para o feto, configurando uma gravidez de risco (Vieira, et al., 2019). Esta é definida por uma série de condições clínicas, obstétricas ou sociais que podem acarretar complicações ao período gestacional, ameaçando o bem-estar materno-fetal e comprometendo o desfecho da gravidez (Rodrigues et al., 2017). Por esta razão, estas mulheres necessitam de uma vigilância mais frequente ao longo de todo o ciclo gravídico, por forma a garantir a deteção precoce de complicações e os cuidados adequados para resultados maternos e perinatais satisfatórios.

Embora mais frequente e criteriosa, a vigilância de uma gravidez de médio/alto risco, assenta nos pressupostos da vigilância da gravidez de baixo risco, uma vez que também devemos assegurar a realização dos rastreios analíticos e ecográficos, a vacinação contra a tosse convulsa entre as 20 e as 36 semanas de gestação, a profilaxia da isoimunização Rh às 28 semanas nas grávidas Rh negativas e o rastreio do *streptococcus* β hemolítico do grupo B entre as 35 e 37 semanas, quando aplicável (DGS, 2015a). Além disso, as alterações fisiológicas desencadeadas pela gravidez, bem como os desconfortos, são comuns a todas as gestações, pelo que continuei a educar estas mulheres para os cuidados inerentes ao estado gravídico, como suplementação, alimentação saudável, orientações para gestão destes incómodos ou sinais de alarme.

Ainda que algumas das intervenções e da educação para a saúde efetuadas sejam comuns às integradas na vigilância da gravidez de baixo risco, existe um conjunto de

competências técnico-científicas próprias deste contexto. Durante este estágio deparei-me com uma vasta variedade de situações clínicas que podem motivar o internamento destas mulheres. Estas situações clínicas podem ser de gênese materna e/ou fetal e impõem uma vigilância rigorosa pelo risco de complicações tanto para si mesmas, como para os fetos (Vieira, et al., 2019).

Ao longo deste período, as patologias mais frequentes foram a ameaça de parto pré-termo (APPT), a rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT), as hemorragias de 3º trimestre, a restrição de crescimento fetal (RCF), a colestase intra-hepática da gravidez (CIHG), a pré-eclâmpsia e os distúrbios no líquido amniótico (LA), nomeadamente oligoâmnios e polidrâmnios. Também surgiram alguns internamentos por pielonefrite e hiperémese gravídica, tratando-se de quadros clínicos com tempos de internamento mais curtos. As demais patologias impõem internamentos prolongados verificando-se, regularmente, que estas mulheres permanecem no serviço até ao dia do parto.

Nesta perspetiva, um dos procedimentos mais realizados como atitude terapêutica de algumas patologias mencionadas foi a maturação pulmonar fetal (MPF). A indução da MPF é recomendada entre as 24 semanas de gestação e as 33 semanas+6 dias em todas as situações em que existe risco de parto pré-termo (PPT) nos 7 dias seguintes (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 2018). Antes de proceder à administração, esclareci a grávida sobre o mau desfecho neonatal associado à IG e sobre o efeito acelerador dos corticosteroides sobre a maturação do sistema pulmonar, cardiovascular, nervoso e gastrointestinal, considerando que a resposta fetal ao fármaco depende da IG e da dose administrada (Graça, 2018). Uma vez que durante este intervalo podem surgir efeitos adversos, alertei as grávidas para a possibilidade de diminuição da FCF e, nas grávidas diabéticas, para a ocorrência de hiperglicémias, exigindo uma avaliação mais rigorosa das glicémias capilares.

Outro procedimento bem protocolado no serviço e comum a todas as situações clínicas é a avaliação da vitalidade fetal através da auscultação da FCF com *doppler* e da cardiotocografia (CTG). Apesar da ACOG (2021) não recomendar o uso rotineiro da CTG em grávidas de alto risco, neste serviço, é efetuada uma vez por turno, por um período no mínimo de 20 minutos a partir das 32 semanas de gestação. No período entre as 14 semanas de gestação e as 31 semanas+6 dias, é realizada auscultação da FCF, também uma vez por turno, durante no mínimo 1 minuto. Estas intervenções permitem-nos avaliar o estado fetal e são momentos muito entusiasmantes e desejados pelas grávidas, dado que possibilitam “ouvir o coração do bebé”, sendo uma forma de comunicação entre a mãe e o feto (Sequeira et al., 2020), que fortalece o vínculo e as tranquiliza sobre o bem-estar fetal. Outra forma de comunicação entre a mãe e o feto com grande impacto na vinculação e indicadora da vitalidade fetal são os movimentos fetais (Sequeira et al., 2020). Por este motivo, em todos os turnos, questionei as grávidas acerca da perceção destes movimentos,

quando IG adequada, e orientei-as para relatar mudanças abruptas no padrão de movimentação.

Ainda que estas intervenções sejam cruciais na vigilância do bem-estar fetal, é necessário uma série de outros procedimentos para promover a saúde e diminuir a ocorrência de complicações. Consoante o grau evolutivo do quadro clínico, existe um conjunto de cuidados específicos que são necessários adotar, pelo que envolvi a grávida no seu plano de cuidados, personalizando-o à sua individualidade, explicando a fisiopatologia e respetivos riscos, bem como a importância de determinadas atitudes terapêuticas para assegurar o melhor desfecho possível. Estas informações demonstraram-se essenciais para a adesão aos cuidados.

A hospitalização é um acontecimento significativo na vida destas grávidas com implicações tanto para si, como para a sua família. Embora seja fundamental a realização de um conjunto de intervenções específicas durante a vigilância do bem-estar materno-fetal, é também de extrema importância assegurar o apoio emocional. Segundo Vieira et al. (2019), a presença de risco para a mãe ou para o feto desencadeia sentimentos de ansiedade, preocupação, medo e *stress*. Se a gravidez é um processo de mudança que induz *stress* físico e psicológico, mesmo sem intercorrências, é espectável que nestas situações possa causar desordens emocionais e sociais. Além disso, a gravidez de risco pode também criar ruturas na vida familiar pela diminuição de recursos financeiros e pela necessidade de apoio externo para gerir rotinas (Gadelha et al., 2020). Atendendo a estes factos, durante a minha prestação de cuidados, não descurei da dimensão psico-socio-emocional das grávidas. A relação de parceria estabelecida gerou um ambiente de confiança que permitiu a partilha de pensamentos íntimos e sentimentos de maior vulnerabilidade. Através desta partilha, ajudei cada uma das grávidas a identificarem e usarem as suas forças e recursos para enfrentar a situação vivida. Ademais, informei sobre os direitos parentais e referenciei para outros profissionais de saúde, como psicólogo ou assistente social, quando a situação ultrapassava a minha área de atuação.

O internamento em contexto pandémico veio agravar estes sentimentos e perceções, deixando as grávidas numa condição ainda mais vulnerável. Durante a maior parte do tempo de estágio neste serviço, as visitas foram totalmente proibidas, limitando os contactos com a rede de apoio a telefonemas e videochamadas. Com recurso ao diálogo, à presença e ao apoio emocional procurei minimizar as angústias, medos e sofrimento, apurando que a relação de confiança desenvolvida assumiu uma enorme importância nas suas vidas, visto que facilitou a vivência, adaptação e enfrentamento das suas condições.

Embora a maioria das hospitalizações neste serviço se devam a condições obstétricas e/ou fetais que implicam uma monitorização do bem-estar materno-fetal, também ocorrem internamentos para vigilância de interrupções médicas da gravidez (IMG). Uma vez que o serviço não dispõe de quartos privativos, não existindo possibilidade de distanciar as

mulheres a vivenciar estas situações de perda das demais, apenas são transferidas em casos extremos de falta de vagas no Bloco de Partos.

No decorrer do meu estágio neste contexto, tive possibilidade de vivenciar uma situação de IMG às 27 semanas de gestação por malformação fetal e adrâmnia. O diagnóstico de malformação fetal desencadeia um processo emocional que exhibe os sinais clássicos do luto psicológico (Medeiros et al., 2021). Na prestação de cuidados a esta mulher/casal estavam presentes sentimentos de profunda tristeza e angústia. Estes sentimentos são comuns nestas situações, devido ao imaginário do filho perfeito confrontado com a realidade de uma incompatibilidade com a vida (Patrício et al., 2019).

Considerando toda a situação, foram bloqueadas duas unidades de internamento, garantindo um quarto privativo, e autorizada a permanência do marido. Estas medidas foram fulcrais para a vivência deste processo de interrupção pelo casal. Além de garantir a privacidade neste momento de dor, permite que o casal se apoie um no outro e possibilita que o EESMO esteja atento ao pai, visto que os seus sentimentos são frequentemente esquecidos, sofrendo tanto quanto as mulheres (Medeiros et al., 2021). Ainda que seja uma experiência extremamente difícil e exigente para quem presta cuidados, procurei estar disponível, recorrendo à escuta ativa e ao toque, fornecendo apoio emocional, e respeitando sempre os tempos e necessidades do casal. Dado que o feticídio tinha ocorrido nessa manhã, o casal demonstrava muitas dúvidas e receios com o restante procedimento. Deste modo, recorri a uma linguagem clara e a informações concretas para colmatar as suas necessidades. Tal como Patrício et al. (2019, p.137) refere “é fundamental que a mulher se sinta acolhida e tratada com cuidado e respeito, recebendo, ao mesmo tempo, informações detalhadas sobre o diagnóstico do feto e sobre o procedimento de interrupção da gravidez quando desejado”. Além disso, orientei também para a possibilidade de acompanhamento psicológico na instituição hospitalar.

Em conformidade com supracitado considero que desenvolvi as competências específicas para a prestação de cuidados a mulheres/casais em situação de risco materno-fetal e abortamento visto que, através dos meus cuidados, promovi a sua saúde, preveni a ocorrências de complicações e ajudei no defrontamento da sua situação.

Por fim, o último contexto clínico, ocorreu no serviço de Urgência Obstétrica/ Bloco de Partos, onde o EESMO presta cuidados em todas as suas áreas de intervenção, permitindo não só aprimorar as competências descritas anteriormente, como desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados à parturiente e RN. Deste modo, em seguida, mediante a análise reflexiva das experiências de cuidados neste contexto, demonstrarei como desenvolvi a competência “cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13562).

O TP é um conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez iniciados, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Machado & Graça, 2018). Mais do que um acontecimento físico, o parto é também um evento psico-socio-emocional, tratando-se de uma experiência marcante e transformadora na vida da mulher. A experiência de dar à luz é tão importante que, durante anos, o evento e os sentimentos experienciados durante o nascimento do bebé são lembrados nos mínimos detalhes (Nogueira et al., 2020). A potencialidade de acarretar benefícios ou danos psicológicos está presente em cada parto e, portanto, há mais envolvido no processo do que a saúde e integridade física da mãe e do RN (Rodrigues, 2016). O parto é considerado um momento determinante no processo de vinculação com o RN e no processo de transição para a maternidade por inúmeros fatores. Assim sendo, considerando o impacto positivo ou negativo que o parto pode repercutir durante toda a vida, o EESMO deve proporcionar às parturientes e respetivos acompanhantes a melhor experiência possível (OE, 2015a).

Tendo plena consciência deste facto, percebi que a importância das minhas intervenções se iniciava com o momento da admissão no Bloco de Partos. A maioria das mulheres era proveniente do serviço de Urgência Obstétrica, porém também podiam ser encaminhadas da consulta ou do serviço de internamento das grávidas em situação de risco materno-fetal. Independentemente da sua proveniência constatei que, a maioria das mulheres, se sentia ansiosa, vulnerável e conseqüentemente pouco confiante, pelo que optei por um atendimento harmonioso e hospitaleiro, recorrendo a linguagem simples e objetiva. A minha primeira intervenção consistia na realização do acolhimento ao serviço, apresentando-me a mim e à equipa, e dando a conhecer o espaço físico e o funcionamento do serviço. Depois desta breve apresentação e já no quarto, procedia à anamnese de forma a conhecer os antecedentes pessoais, história ginecológica e obstétrica, grupo sanguíneo, alergias, vigilância da gravidez e respetivas vivências, consultando também o Boletim de Saúde da Grávida e todos os rastreios analíticos e ecográficos para preenchimento do processo clínico e do cabeçalho do partograma. Posteriormente, procurei conhecer as expectativas das grávidas/casais com o TP e momento do nascimento, de forma a envolvê-los em todo o processo e todas as decisões e prestar cuidados personalizados.

Nesta perspetiva, questioneei sobre o plano de parto por ser um documento que expressa as preferências e expectativas da grávida/casal referentes aos cuidados que gostariam de receber durante o TP e parto, considerando os seus valores, desejos, cultura e necessidades individuais, tratando-se de uma ferramenta valiosa para o EESMO, particularmente quando não conhece previamente a grávida/casal que está a assistir (Medeiros et al., 2019; Silva & Lopes, 2020). Embora recorrentemente não fosse apresentado, sendo uma realidade praticamente desconhecida pela maioria das mulheres a quem prestei cuidados, encorajei as grávidas/casais a pronunciarem-se acerca das suas

expectativas e desejos, nomeadamente sobre a presença do acompanhante, estratégias de alívio da dor, posições para TP, corte do cordão umbilical, contacto pele-a-pele e aleitamento materno, dando suporte e oportunidade para abordar estes e outros temas. Esta parceria estabelecida com a mulher/casal promoveu um ambiente de confiança e ajudou a mulher a sentir-se valorizada e envolvida nas tomadas de decisão sobre si própria e sobre o seu parto, contribuindo, tal como defendido pela OE (2015a), para uma experiência de parto positiva. Mesmo sem um plano de parto formal, o diálogo com as grávidas/casais permitiu clarificar dúvidas e receios, e proporcionar um momento de reflexão sobre todo o processo, diminuindo a ansiedade sentida e permitindo vivenciar o TP e parto de modo mais consciente.

Em Portugal, é reconhecido à mulher grávida o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada por si durante todas as fases do TP (Lei n.º 110/2019). Atendendo ao contexto pandémico vivido no momento do Estágio com Relatório, este direito esteve dependente da realização de testes COVID-19, sendo que ambos os intervenientes tinham de ter testes negativos para que fosse permitida a entrada do acompanhante. A presença de uma pessoa significativa é determinante para a vivência deste momento por proporcionar apoio físico e emocional à parturiente. O apoio emocional torna a mulher mais confiante para o parto e mais empoderada para verbalizar os seus sentimentos e opiniões aos profissionais de saúde (Gomes et al., 2019). Além disso, ameniza a sensação de solidão e vulnerabilidade, diminuindo o nervosismo associado ao parto e ao ambiente hospitalar (Rosa et al., 2020). Em todas as interações com as parturientes, promovi a presença do acompanhante, encarando-o também como um parceiro de cuidados e envolvendo-o no apoio ou em atividades como massagens, exercícios de respiração e relaxamento, deambulação ou adoção de outras posições.

O acompanhamento contínuo do EESMO durante o TP é outro aspeto crucial para uma experiência positiva, o que observei no decorrer deste estágio através da prestação de cuidados especializados a mais de 100 parturientes. Considera-se início de TP quando se instalam as contrações uterinas regulares e com sensação dolorosa, em frequência e intensidade, simultaneamente à extinção cervical e início da dilatação (Fatia & Tinoco, 2016). O TP divide-se em quatro estádios de características bem definidas. O primeiro estágio inicia-se com as contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo, encontrando-se também dividido na fase latente e na fase ativa (Machado & Graça, 2018). A passagem da fase latente para a fase ativa varia consoante o autor, existindo autores que consideram a fase latente a que decorre desde o início das contrações regulares até ao momento em que o colo está apagado e com cerca de 3 cm de dilatação (Machado & Graça, 2018), enquanto outros autores consideram até o colo ter 4 cm de dilatação (Fatia & Tinoco, 2016) e outros 5 cm de dilatação (ACOG, 2014). A fase ativa inicia-se alcançada esta dilatação e termina com a dilatação completa – 10 cm – tendo um ritmo e duração

previsível, e sendo acompanhada pela descida e rotação do feto ao longo da pelve (Machado & Graça, 2018).

A maioria das parturientes admitidas no Bloco de Partos encontravam-se no primeiro estágio de TP, na fase ativa, sendo protocolado nesta instituição que esta se inicia com uma dilatação cervical acima de 3 cm. A observação física e obstétrica necessária ao longo do internamento pressupõe sempre o consentimento da mulher. Embora na admissão seja assinado um consentimento informado, livre e esclarecido para o parto, aquando realização de qualquer procedimento, obtive sempre consentimento verbal junto da parturiente. As mais recentes orientações da OMS (2018) recomendam que o toque vaginal seja efetuado em intervalos de 4 em 4 horas como forma regular de avaliação da progressão do TP. Este permite avaliar as características do colo uterino, a integridade das membranas, a estática fetal conjugada com a realização das Manobras de *Leopold*, a altura da apresentação fetal com base nos Planos *De Lee* e as características do assoldado pélvico e da bacia (Sequeira et al., 2020). Durante a minha prestação de cuidados a parturientes/casais, respeitei o processo fisiológico do TP e adotei uma postura de *hands-off*, executando o toque vaginal mediante as queixas e comportamento da parturiente, uma vez que é um procedimento invasivo, desconfortável e com risco aumentado de infeção. Em cada avaliação, constatei a ansiedade sentida pela parturiente e respetivo acompanhante em relação à evolução do TP, que colmatei com recurso a uma linguagem positiva, mantendo a crença na capacidade do seu corpo vivenciar esta experiência.

Alguns dos internamentos no Bloco de Partos foram também eletivos, sendo referentes a situações de indução do trabalho de parto (ITP). O principal motivo para as induções foram as gestações superiores a 41 semanas e, nos casos de ITP antes deste período, algumas condições obstétricas e/ou maternas como RCF, CIHG e pré-eclâmpsia, constatando que todas as situações clínicas respeitavam as indicações da DGS (2015b). Nestas circunstâncias, procurei conhecer os conhecimentos e expectativas da parturiente/casal sobre o processo, dando todas as orientações necessárias e elaborando um plano de cuidados individualizado. Assim, consoante a avaliação do Índice de Bishop, realizei tanto maturação cervical, quando o *score* era ≤ 5 , como indução do parto, quando o *score* > 5 (Fonseca, 2016), recorrendo apenas a métodos farmacológicos. Antes de iniciar o processo, forneci informações sobre o fármaco prescrito, efeitos e riscos associados, e iniciei a vigilância do bem-estar materno-fetal e da contractilidade uterina, assegurando um ambiente seguro. A utilização de métodos mecânicos para maturação cervical, nomeadamente cateter de *foley*, não é usado na instituição pelo risco aumentado de infeção materna e pela menor taxa de sucesso (Dy, 2014).

A vigilância do bem-estar materno-fetal é uma competência específica do EESMO que, embora desenvolvida no contexto anterior com a realização de CTG anteparto, foi possível aprimorar neste serviço, já que é protocolo hospitalar a CTG contínua intraparto

independentemente da classificação de risco da gravidez. Assim que admitida em fase ativa de TP, iniciei a monitorização a todas as parturientes, sendo apenas interrompida para deslocções à casa de banho. As mais recentes evidências científicas afirmam que, na gravidez de baixo risco, a auscultação da FCF durante o TP é um método seguro de avaliação do bem-estar materno-fetal (Santana & Figueiredo, 2016; OMS, 2018). Todavia, a generalização da analgesia epidural, as preocupações com as implicações legais, e falta de recursos humanos e materiais impossibilitam a adoção deste método nas maternidades portuguesas, pelo que foi impossível discutir esta possibilidade com as parturientes e acompanhantes. Apesar de não existirem equipamentos de monitorização por telemetria, todos os cardiocógrafos estão ligados a uma central de monitorização, que permite a vigilância do bem-estar materno-fetal sem invadir a privacidade, e dispõem de fios suficientemente grandes para permitir a deambulação das grávidas pelos quartos.

Durante o TP, o bem-estar materno-fetal pode ser colocado em causa, visto que as contrações uterinas podem interromper o fluxo sanguíneo materno-fetal, ocorrendo períodos intermitentes de redução da oxigenação fetal (Santana & Figueiredo, 2016). Através da interpretação dos traçados, em tempo real, foi possível identificar situações de bradicardia, taquicardia, desacelerações, variabilidade reduzida ou taquissístolia, reconhecendo possíveis fatores causadores e adotando atempadamente medidas corretivas para diminuir os efeitos adversos no feto.

A dor no TP constitui um dos maiores receios da parturiente, porém pode ser considerada como guia e protetora, pois estimula a adoção de novos posicionamentos como forma de alívio (Pedro & Oliveira, 2016). A liberdade de movimentos é a resposta fisiológica mais relevante à dor. Atendendo a este facto, ainda no primeiro estágio do TP, as minhas intervenções centraram-se essencialmente na deambulação, verticalidade, movimento e mudanças de posição, uma vez que têm demonstrado melhores desfechos obstétricos e neonatais (OE, 2015a; Sequeira et al., 2019). Deste modo, procurei avaliar o nível de dor da parturiente, conhecer o seu estado emocional, bem como as suas intenções relativas às estratégias de alívio da dor. Perante dúvidas e anseios, informei as parturientes acerca das vantagens e desvantagens dos métodos existentes e possíveis no serviço, dando-lhes assim recursos para decidirem conscientemente acerca da melhor estratégia para si.

Os exercícios na bola de *pilates* e a deambulação pelo quarto foram as estratégias mais solicitadas, seguindo-se a hidroterapia e musicoterapia, contudo, à medida que a dilatação cervical progredia, a maioria das parturientes optou pela analgesia loco-regional. Também neste procedimento permaneci junto das mesmas numa perspetiva de suporte contínuo, preparando o material, apoiando no posicionamento materno e administrando a terapêutica. Embora a analgesia loco-regional exija um período de repouso de 15 minutos após a administração da terapêutica, findo esse período, incentivei as parturientes a alternar períodos de descanso com a adoção de posições verticalizadas, o que foi bem aceite.

Incentivar a parturiente a deambular e a alternar posições durante o TP promove a sua evolução, na medida em que beneficia da força da gravidade, tornam as contrações uterinas mais eficazes, favorece um alinhamento do feto no canal de parto e aumenta os diâmetros da pelve (Amaro et al., 2021). De notar que grande parte do sucesso do parto depende de todo o trabalho realizado previamente pelo EESMO, nomeadamente da sua capacidade e habilidade para conduzir o TP através da utilização de diversas técnicas não farmacológicas e farmacológicas (Sequeira et al., 2019).

O segundo estágio de TP, designado como período expulsivo, inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto (Graça, 2018). A duração deste estágio é variável de mulher para mulher, no entanto, na primípara pode durar até 3 horas e na múltipara até 2 horas (OMS, 2018). O EESMO é um profissional habilitado com competências científicas, técnicas e humanas para assistir de forma autónoma e executar técnicas adequadas no parto normal de baixo risco, criando um ambiente seguro e garantindo as necessidades de conforto e segurança, bem como o desenvolvimento de um parto com o mínimo de intervenções e intercorrências (Regulamento n.º 391/2019).

O parto normal é um “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 42 semanas completas de gravidez” (OE, 2012, p. 18). A concretização de um parto vaginal resulta do mecanismo de parto, sendo este uma sequência de movimentos passivos da apresentação fetal que permitem a passagem através do canal de parto (Fatia & Tinoco, 2016). Nesta fase, a parturiente deve ficar concentrada nos esforços expulsivos, que são intensificados à medida que a descida do feto progride e comprime os nervos sacrais e obturadores (Oppenheimer & Black, 2014).

No decorrer deste período de estágio, tive possibilidade de assistir 40 partos eutócicos, sendo uma das experiências mais gratificantes e enriquecedoras de todo este percurso. Recordando o primeiro parto, e comparando-o ao quadragésimo, foi clara a minha evolução, conseguindo, focar-me em todos os aspetos inerentes ao período expulsivo, ao invés de centrar-me exclusivamente no mecanismo de parto ou no períneo. De facto, o momento do parto não se restringe à mera execução de técnicas, mas sim à arte e sensibilidade para conciliar a relação humana, articulando a atitude e postura com os conhecimentos e perícia técnica, e respeitando a dignidade da mulher enquanto participante ativa no seu parto.

Neste estágio, ajudei as parturientes a encontrarem uma posição confortável para realizarem esforços expulsivos, incentivando novamente as posições verticalizadas, já que aumentam a eficiência e participação das parturientes, diminuem as taxas de parto assistido e a duração do período expulsivo (Amaro et al., 2021). Quando os esforços expulsivos tiveram início, preparei-me para assistir o parto, organizando o espaço físico, material e equipamentos. Uma vez que sentimentos de excitação e medo são característicos, mantive sempre uma postura calma e confiante, respeitando a privacidade, informando sobre o que

estava a acontecer e reconhecendo as capacidades das parturientes, dando reforço positivo. Durante este estágio, centrei-me também na CTG, mas com conhecimento que as desacelerações precoces de rápida recuperação, com variabilidade mantida entre as contrações, são fisiológicas neste período (Graça, 2018; OE, 2015a), evitando assim intervenções desnecessárias.

Enquanto observei e avalei a descida da apresentação fetal, apurei simultaneamente a elasticidade dos tecidos do períneo, adotando uma postura de *hands-off*, e facultando tempo para os tecidos relaxarem e distenderem sob pressão da cabeça fetal. Atendendo que a adoção de medidas protetoras do períneo é aconselhada por várias *guidelines* (OMS, 2018), cumpro esta proteção através da Manobra de *Ritgen* Modificada. Deste modo, considero que promovi a integridade perineal através da não manipulação do períneo, da verticalidade, dos esforços expulsivos espontâneos e, nas situações ineficazes, dirigidos, e da episiotomia seletiva.

Depois da expulsão da cabeça fetal, procurei a existência de circulares cervicais, decidindo a conduta a adotar consoante a situação. A maioria das circulares pode ser resolvida passando o cordão pela cabeça do RN, porém, caso não seja possível, pode ser necessário optar pelo corte prematuro do cordão umbilical ou pela Manobra de *Somersault* (Oppenheimer & Black, 2014). Na assistência destes 40 partos, tive algumas situações de circulares cervicais, mas apenas efetuei a laqueação precoce duas vezes, visto que este procedimento está associado ao risco acrescido de hipovolémia, hipoxia e anemia (Camargo et al., 2020). Nas demais situações, nomeadamente nas circulares cervicais largas, optei por passar o cordão umbilical por cima da cabeça fetal e, nas restantes situações de circulares cervicais apertadas, realizei a Manobra de *Somersault*, permitindo que o cordão mantivesse a perfusão sanguínea e, conseqüentemente, favorecendo a adaptação à vida extrauterina.

Após a saída dos ombros, o resto do corpo fetal é expulso pelo esforço materno, sem mecanismo especial e sem dificuldade. Para a exteriorização do ombro anterior, segurei a apresentação e fiz ligeira tração no sentido descendente e para fora, na direção do reto, até visualizar o ombro anterior sob o púbis. De seguida, efetuei o mesmo movimento para cima, de modo a libertar o ombro posterior. Todo este procedimento procurei realizar com segurança e perícia, mas, igualmente, de forma lenta e controlada, para reduzir o risco de traumatismo perineal. Com o culminar iminente da expulsão do feto, e na ausência de complicações, incentivei as parturientes a participarem na extração do corpo fetal. Esta intervenção possibilitou que as parturientes se sentissem envolvidas no processo, reforçando a sua capacidade de ajudar no nascimento do filho, fortalecendo o vínculo mãe-bebé e umentando a sensação de bem-estar e satisfação com a experiência. Importa referir que não ocorreu nenhuma situação de distócia de ombros.

Durante o nascimento do corpo fetal, e mais uma vez na ausência de complicações, apoiei o corpo do RN no corpo da mãe, iniciando precocemente o contacto pele-a-pele pelos

benefícios que apresenta para os dois intervenientes (OMS, 2018; Ayres et al., 2021). De seguida, assegurei os cuidados essenciais ao RN, nomeadamente desobstrução das vias áreas, manutenção da temperatura corporal e laqueação do cordão umbilical. Também neste último procedimento, envolvi a parturiente e acompanhante, proporcionando o corte pelos mesmos, sempre que desejado e possível. Considerando as recomendações da OMS (2013), a clampagem do cordão foi retardada, sendo realizada entre o primeiro e terceiro minuto após o nascimento, com o intuito de reduzir a deficiência de ferro, anemia e outras complicações futuras. Esta atuação foi sempre respeitada, visto que, ao longo deste período, não tive nenhuma experiência de colheita de sangue do cordão para células estaminais.

A avaliação imediata do RN e implementação de medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina, bem como a realização de manobras de reanimação em emergências, cooperando com outros profissionais nas situações que estão além da sua área de atuação, é uma competência específica do EESMO. Assim, procurei prestar os cuidados imediatos a praticamente todos os RN cujas parturientes participei no parto, assim como às que o parto culminou em distócico, cooperando com o médico pediatra. Além dos cuidados essenciais descritos, avalei o Índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minuto, e efetuei outros procedimentos de identificação do RN, administração de vitamina K por via intramuscular, avaliação ponderal e exame físico/ neurológico (Alden, 2008).

O terceiro estágio do TP, denominado de dequitação, inicia-se desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta (Graça, 2018). O tempo de descolamento e expulsão da placenta é variável, podendo durar entre 5 minutos e uma hora, se as perdas sanguíneas não forem excessivas (Fatia & Tinoco, 2016). Relativamente à condução deste estágio existe alguma controvérsia podendo, por um lado, adotar-se uma conduta ativa, efetuando tração controlada do cordão umbilical e administração de uterotónicos para diminuir o risco de hemorragia pós-parto (OMS, 2014), ou assumir uma atitude expectante, respeitando o tempo fisiológico deste processo. Caso se opte por uma gestão ativa, a dequitação pode demorar até 30 minutos, enquanto na gestão expectante pode aguardar-se até uma hora (Sequeira et al., 2019). O protocolo hospitalar impõe uma conduta ativa, porém pode aguardar-se pela expulsão da placenta até 45 minutos.

Deste modo, após a expulsão do feto, mantive um ambiente calmo, possibilitando a manutenção do contacto pele-a-pele e posicionando a parturiente confortavelmente em *semi-fowler*. Embora seja mandatório a gestão ativa deste estágio, aguardei pelos sinais de deslocamento placentário até 45 minutos para executar a tração controlada do cordão. Após observar hemorragia de separação, elevação do fundo uterino 2-3 cm acima do umbigo, prolongamento evidente do cordão ou contrações uterinas (Sequeira et al., 2019), realizei a Manobra de *Brandt-Andrews*, apoiando a sua expulsão no próprio peso e vigiando as perdas hemáticas. Terminado este procedimento, verifiquei o globo de segurança de *Pinard* e

observei rigorosamente as características das estruturas placentárias e o tipo de deslocamento, nomeadamente *Duncan* ou *Schultz*, apurando também as particularidades do cordão umbilical. De seguida, conforme protocolo da instituição, procedi à administração de um uterotónico – 20U de ocitocina por via endovenosa – para melhorar o tónus uterino e diminuir o risco de hemorragia pós-parto, minimizando o risco de complicações (OMS, 2014). Por último, procurei conhecer o desejo da parturiente de visualizar a sua placenta e membranas, possibilitando o registo fotográfico das mesmas.

É competência específica do EESMO avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação (Regulamento n.º 391/2019) por forma a melhorar a condição pós-parto da mulher e prevenir problemas físicos, psicológicos e sexuais. O traumatismo perineal é um fenómeno recorrente e consiste na lesão dos tecidos da região perineal, podendo ocorrer espontaneamente durante o parto ou ser induzido cirurgicamente, através da realização da episiotomia (Sequeira et al., 2019). O desenvolvimento desta competência foi, sem dúvida alguma, uma das maiores dificuldades ao longo do Estágio com Relatório, contudo, considero que existiu uma evolução gradual, tornando-me autónoma na identificação das estruturas anatómicas e tecidulares, assim como na realização da respetiva técnica de sutura, assegurando a gestão da dor e necessidade de conforto da puérpera.

A maioria dos traumatismos perineais presenciados consistiram em lacerações de primeiro grau, verificando, ocasionalmente, de segundo grau. Estes resultados podem relacionar-se com a adoção de posturas verticalizadas no segundo estágio do TP, dado que estas estão associadas a uma diminuição da incidência de lacerações profundas (Rocha et al., 2020). Em relação à incisão cirúrgica, apenas realizei duas episiotomias médio-laterais, tendo sido executadas criteriosamente com o objetivo de encurtar o segundo estágio do TP por sofrimento fetal. Depois de concluída a reparação perineal, garanti os cuidados de higiene e conforto, promovendo, de acordo com as preferências da puérpera, a crioterapia local para redução do edema e alívio de desconforto. Nesta fase, procurei também realizar educação para a sobre a higiene perineal, métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio de desconforto, mudança frequente de penso higiénico, características dos lóquios e identificação de complicações.

O quarto e último estágio do TP corresponde ao puerpério imediato, sendo referente às primeiras duas horas após o parto (Graça, 2018), onde se iniciam os processos hemostáticos maternos e a adaptação do RN à vida extrauterina, sendo crucial uma vigilância cuidadosa da díade (Fátia & Tinoco, 2016). Neste período, procurei aprimorar, uma vez mais, a competência “cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (Regulamento n.º 391/2019, p.13563), por forma a fortalecer as competências relativas ao puerpério imediato. Aproveitei também o momento para avaliar a experiência de parto e as técnicas de correção do períneo.

No que concerne à avaliação dos RN, centrei-me na manutenção do contacto pele-a-pele e na promoção da amamentação precoce, quando desejado pela puérpera. Uma vez que a instituição hospitalar é creditada como Hospital Amigo dos Bebés, é dever do EESMO e da restante equipa multidisciplinar cumprir as diretrizes preconizadas. Nesta lógica, colaborei na adaptação dos RN à mama, avaliando os sinais de prontidão, bem como os reflexos e sinais de boa pega, realizando educação para a saúde à puérpera/casal no que respeita à autovigilância e ao autocuidado. Ademais, avaliei também o bem-estar geral dos RN e vigiei as eliminações.

Em relação aos cuidados especializados às puérperas, efetuei uma avaliação centrada numa lógica céfalo-caudal com a avaliação dos sinais vitais, pele e mucosas, observação das mamas e mamilos, confirmação do globo de segurança de *Pinard* e involução uterina, verificação dos lóquios, observação do períneo e restabelecimento da função vesical. Sempre que possível, foram proporcionadas as melhores condições para uma transição para a parentalidade positiva como a permanência da tríade até transferência para o internamento. De facto, este período pós-parto é desafiante, já que tem implícito inúmeras mudanças físicas, psíquicas e sociais, particularmente, exigente para a tríade que experimenta novos papéis. De acordo Alden (2008) a mulher e o seu RN não estão somente a recuperar do processo físico do TP e parto, como também se estão a conhecer e a estabelecer relações. Esta transição de vida tão peculiar merece particular atenção do EESMO no planeamento dos cuidados para a promoção de uma parentalidade positiva. A relação de confiança com a mulher/casal possibilitou a partilha de sentimentos e receios, permitindo identificar e mobilizar as forças para enfrentarem esta etapa. Embora este estágio seja um momento privilegiado de intervenção do EESMO, constatei que é cada vez mais menosprezado pelas equipas, sendo delegado aos enfermeiros de cuidados gerais.

Por último, terminando este estágio, procedia à transferência das puérperas e RN para o serviço de internamento numa lógica de manutenção da continuidade dos cuidados, tal como é competência específica do EESMO.

3.2. Resultados obtidos na *scoping review*

Como referido no subcapítulo 2.1, dos 9 artigos incluídos na *scoping review*, a maioria, nomeadamente 6 artigos, concluíram que a utilização do plano de parto influencia positivamente a satisfação da mulher com o seu TP e parto. Os estudos de Kuo et al. (2010) e de Farahat et al. (2015), realizados em países distintos, dividiram as participantes pelo grupo de intervenção e pelo grupo de controlo. As mulheres do grupo de intervenção construíram planos de parto, discutiram-nos com a equipa obstétrica e receberam cuidados atendendo aos desejos manifestados neste documento, enquanto o grupo de controlo não elaborou planos de parto e recebeu cuidados de rotina. Ambos os estudos demonstraram

que a satisfação com o parto era superior no grupo de intervenção, registrando-se melhor comunicação, preparação e controlo neste grupo. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Mei et al. (2016) que, analisando as solicitações dos planos de parto de um grupo de mulheres, bem como a influência destes nas suas experiências de parto, concluíram que o preenchimento do plano de parto teve um impacto positivo na satisfação das mulheres com as suas experiências, proporcionando-lhes maior sensação de controlo. O estudo de Anderson et al. (2017) adotou uma metodologia distinta, uma vez que avaliou a comunicação, satisfação e confiança de um grupo de grávidas, através de uma escala virtual analógica, antes do preenchimento de planos de parto padronizados e após as suas experiências de parto. Também neste estudo ocorreu um aumento destes três parâmetros após o preenchimento e utilização do plano de parto. A revisão integrativa da literatura desenvolvida por Medeiros et al. (2019) corrobora com estes quatro estudos e conclui que a construção do plano de parto influencia positivamente o processo de parto e os desfechos materno-fetais, proporcionando maior satisfação com o processo de parturição. Mais recentemente, o estudo de Alba-Rodríguez et al. (2022) que entrevistou um grupo de mulheres que utilizaram o plano de parto nas suas experiências de parto concluiu que, a utilização deste documento, propicia mais conhecimentos sobre o processo de parto, diminui a ansiedade sentida com o parto, facilita a comunicação com a equipa de saúde, melhora a expressão das suas preferências e sentimentos, e proporciona a participação ativa das mulheres nas tomadas de decisão, melhorando os níveis de satisfação com a experiência.

Apesar da utilização do plano de parto ser recomendada universalmente, este instrumento tem recebido algumas críticas devido a resultados contraditórios. O estudo de Afshar et al. (2017) que comparou os resultados entre um grupo de intervenção e um grupo de controlo quanto ao tipo de parto, procedimentos obstétricos e satisfação, concluiu que as mulheres que apresentaram planos de parto registaram menos intervenções obstétricas, porém sentiram-se menos satisfeitas com a experiência de parto comparativamente às mulheres que não recorreram a este documento. Os restantes 2 artigos não obtiveram conclusões concretas. 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. Já a revisão sistemática da literatura elaborada por Mirghafourvand et al. (2019) confirma a disparidade de resultados acerca do tema, concluindo que não existe evidência suficiente para apoiar ou refutar o efeito do plano de parto na satisfação das mulheres com os seus partos.

A satisfação com o parto representa uma sensação de bem-estar com o nascimento e resulta de um senso de participação e controlo, do cumprimento das expectativas e do sentimento de empoderamento, confiança e apoio (White-Corey, 2013; Méndez et al., 2017). A maioria das publicações analisadas evidenciaram que as mulheres que adotaram planos de parto relataram maior satisfação com a experiência de parto. Os principais motivos

identificados foram o maior sentimento de controlo sobre o parto, a aquisição de conhecimentos obstétricos com maior envolvimento nas tomadas de decisão, as expectativas melhores 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 (Kuo et al., 2010; Farahat et al., 2015; Mei et al., 2016; Anderson et al., 2017; Medeiros et al. 2019; Alba-Rodríguez et al. 2022). Estes resultados estão de acordo com o estudo de Sánchez-García et al. (2020) que afirma que a autoaprendizagem, a verbalização e cumprimento das expectativas, o sentimento de estar envolvida, de poder decidir e de manter o controlo sobre o parto, aspetos promovidos pelo plano de parto, relacionam-se positivamente com a satisfação das mulheres com todo o processo. O plano de parto é reconhecido pela OMS (2018) como uma ferramenta para uma experiência de parto positiva, contribuindo para o empoderamento e satisfação das mulheres.

Embora a maioria dos estudos indiquem maior satisfação com o processo parturitivo entre as mulheres que construíram planos de parto, um estudo obteve resultados contrários, relatando menos intervenções obstétricas nestas mulheres, mas também menor satisfação com a experiência de parto (Afshar et al., 2017). Não foram exploradas as razões para este facto, o que constitui uma limitação do estudo, porém os autores propõem a presença de expectativas elevadas como uma hipótese. Alguns estudos têm demonstrado preocupações com este facto. Aragon et al. (2013) relata que, apesar das mulheres reconhecerem as vantagens do plano de parto, muitas temem a sua utilização pela possibilidade de criarem expectativas que possam não ser cumpridas, provocando uma falsa sensação de controlo e consequente insatisfação. Pinheiro e Sardo (2020) 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 equipas de saúde, são fatores que mais influenciam negativamente a experiência do parto.

A qualidade dos cuidados recebidos pela mulher durante o processo de parto influencia a formação de sentimentos e opiniões sobre a sua experiência (Cardoso et al., 2019). As lembranças das mulheres sobre o momento do parto estão mais relacionadas com o poder de decisão e controlo, do que com intervenções específicas necessárias durante o TP (Ahmadpour et al., 2020). Mei et al. (2016) afirma que a presença de expectativas irrealistas ou a impossibilidade de cumprir alguma solicitação podem ser ultrapassadas através da comunicação proativa com as mulheres. Silva e Lopes (2020) corroboram demonstrando no seu estudo que, independentemente das suas preferências serem todas cumpridas ou não, a maioria das mulheres considerou vantajoso a utilização do plano de parto por aumentar a sua literacia em saúde, facilitar a comunicação com a equipa e possibilitar a manifestação dos seus desejos. Quando ocorrem mudanças ao planeado no plano de parto, o sentimento de controlo que a mulher possui sobre essas mudanças é tão importante como a mudança em si (Cook & Lommis, 2012).

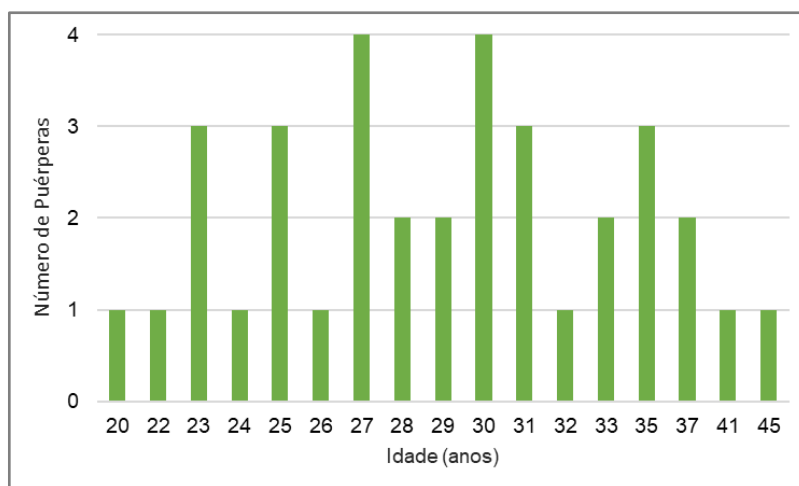
3.3. Resultados obtidos no estudo empírico

Como mencionado no subcapítulo 2.2., a colheita de dados decorreu entre 8 de junho e 8 de julho de 2022, durante o internamento das puérperas na instituição hospitalar, através da aplicação dos questionários. A amostra foi constituída por 35 puérperas e todos os questionários foram considerados válidos.

3.3.1. Caracterização sociodemográfica

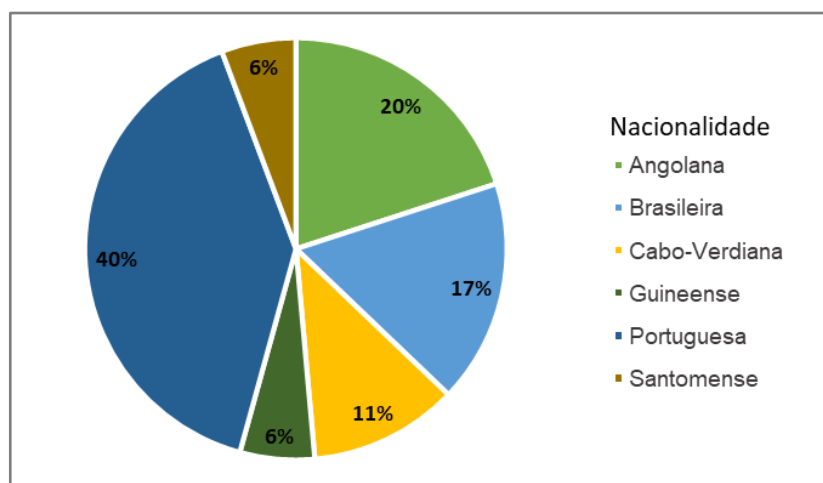
No que concerne à distribuição das puérperas por idades verifica-se que a média de idades é de 29,54 anos. O gráfico abaixo (figura 2) mostra que as puérperas que participaram no estudo tinham idades compreendidas entre os 20 e os 45 anos.

Figura 2 - Gráfico da distribuição da amostra por idade



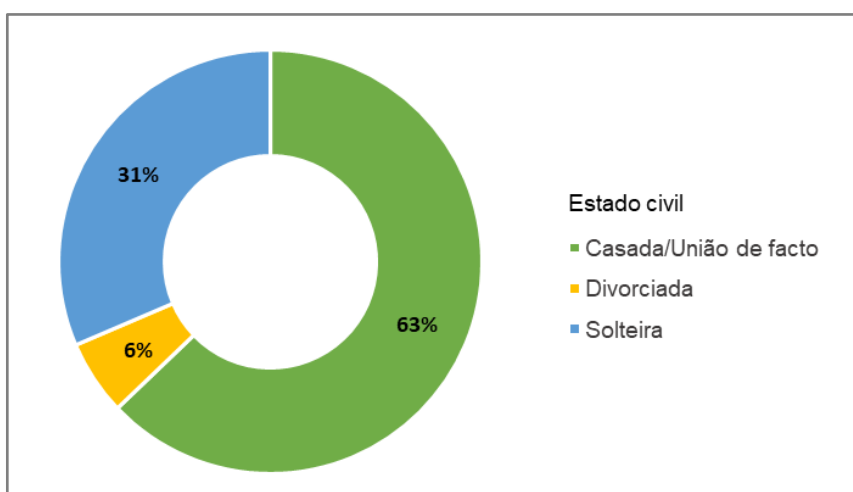
Relativamente à nacionalidade, a maioria das participantes tem nacionalidade portuguesa (40%). Em seguida, 20% das participantes tem nacionalidade angolana, 17% nacionalidade brasileira, 11% nacionalidade cabo-verdiana e 6% nacionalidade guineense e nacionalidade santomense, tal como representado no gráfico abaixo (figura 3).

Figura 3 - Gráfico da distribuição da amostra por nacionalidade



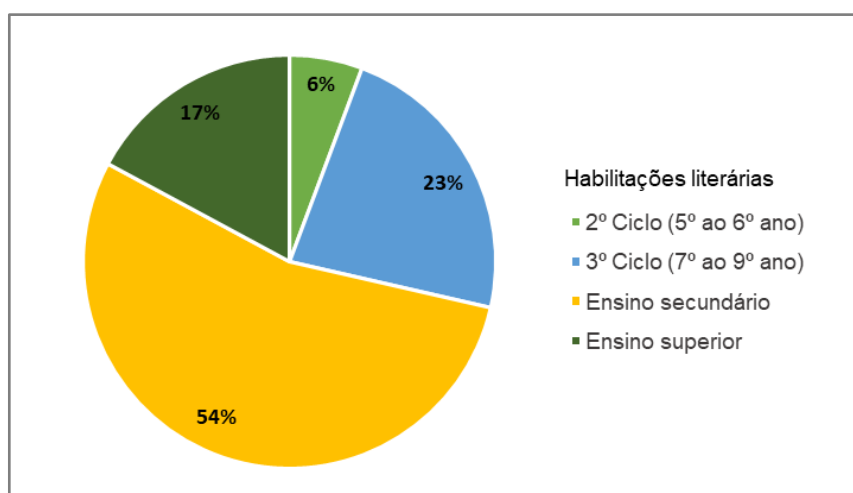
No que respeita ao estado civil, 63% das participantes são casadas ou vivem em união de facto, 31% estão solteiras e apenas 6% são divorciadas (figura 4).

Figura 4 - Gráfico da distribuição da amostra por estado civil



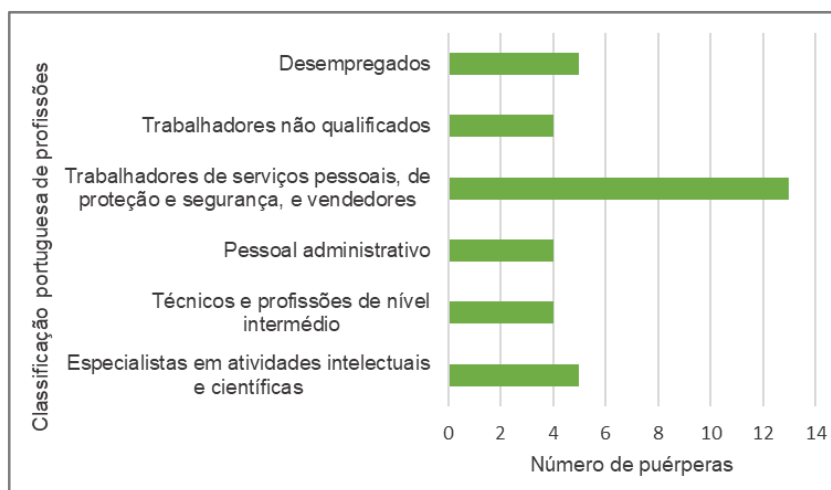
Em relação às habilitações literárias, constata-se que mais de metade da amostra possui o ensino secundário (54%). Seguidamente, através da leitura do gráfico abaixo (figura 5), verifica-se que 23% da amostra tem o 3º ciclo e 17% tem o ensino superior. Somente 6% da amostra possui o 2º ciclo.

Figura 5 - Gráfico da distribuição da amostra por habilitações literárias



De forma a sintetizar a informação recebida sobre a profissão das participantes, estas foram agrupadas conforme a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011), podendo ser consultadas no gráfico abaixo (figura 6). De todas as classes profissionais, a maioria das participantes enquadra-se nos trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança, e vendedores.

Figura 6 - Gráfico da distribuição da amostra por classificação profissional



3.3.2. Caracterização obstétrica

Das 35 puérperas inquiridas, 16 são primíparas (45,71%), enquanto as restantes 19 são múltiparas (54,29%). O quadro abaixo (quadro 4) permite apurar a distribuição da amostra pelo número de filhos.

Quadro 4 – Distribuição da amostra pelo número de filhos

Número de filhos	Frequência	Percentagem
1	16	45,71%
2	11	31,43%
3	5	14,29%
4	3	8,57%
Total	35	100%

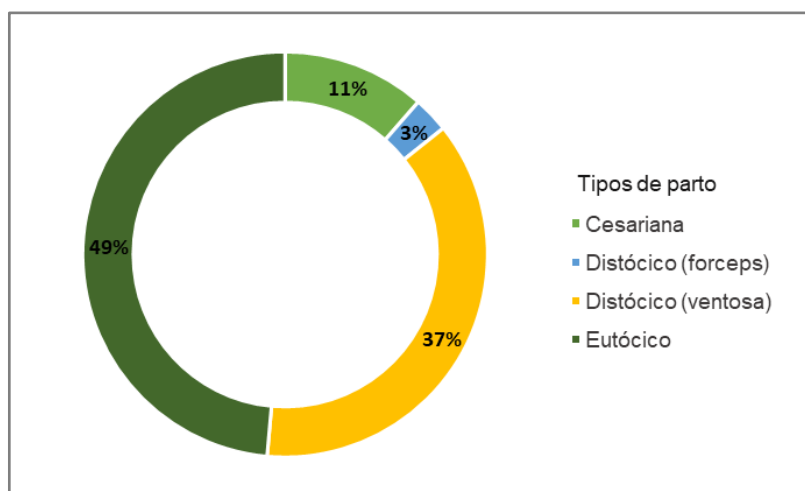
Quanto à vigilância da gravidez, a maioria das participantes (77,14%) teve a gestação vigiada numa instituição de saúde. Como demonstrado no quadro seguinte (quadro 5), 8 participantes (22,86%) não vigiaram a gravidez.

Quadro 5 - Vigilância da gravidez da amostra

Vigilância da gravidez	Frequência	Percentagem
Sim	27	77,14%
Não	8	22,86%
Total	35	100%

No que alude ao tipo de parto, a maioria das inquiridas (51%) experienciaram um parto distócico. As restantes vivenciaram um parto eutócico (49%). O gráfico abaixo (figura 7) permite constatar a percentagem de cada tipo de parto.

Figura 7 – Gráfico da distribuição da amostra pelo tipo de parto



3.3.3. Plano de parto

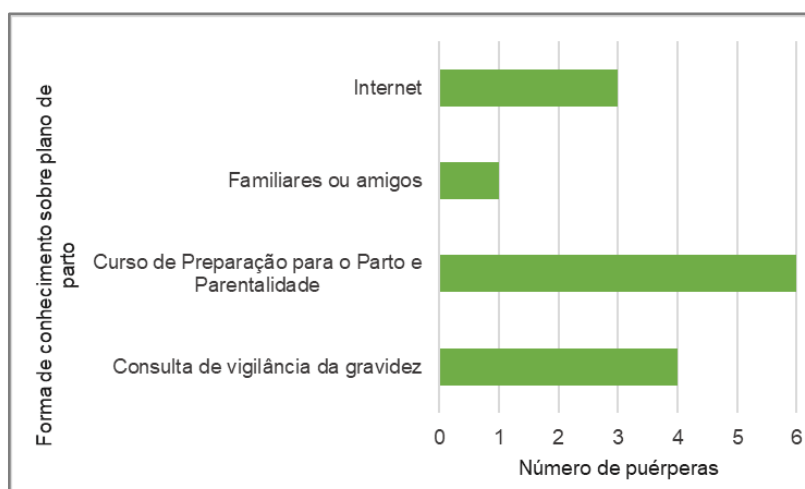
Quando questionadas as participantes sobre o plano de parto, 60% responderam que não conheciam o documento e 40% afirmaram que sabiam o que era o instrumento.

Quadro 6 - Conhecimento da amostra sobre plano de parto

Plano de parto	Frequência	Porcentagem
Sim	14	40%
Não	21	60%
Total	35	100%

As 14 puérperas que responderam afirmativamente continuaram o preenchimento do questionário. Em seguida, procurou-se saber como tiveram conhecimento acerca desta ferramenta. O gráfico abaixo (figura 8) espelha como estas puérperas souberam da existência do plano de parto.

Figura 8 - Forma de conhecimento sobre o plano de parto



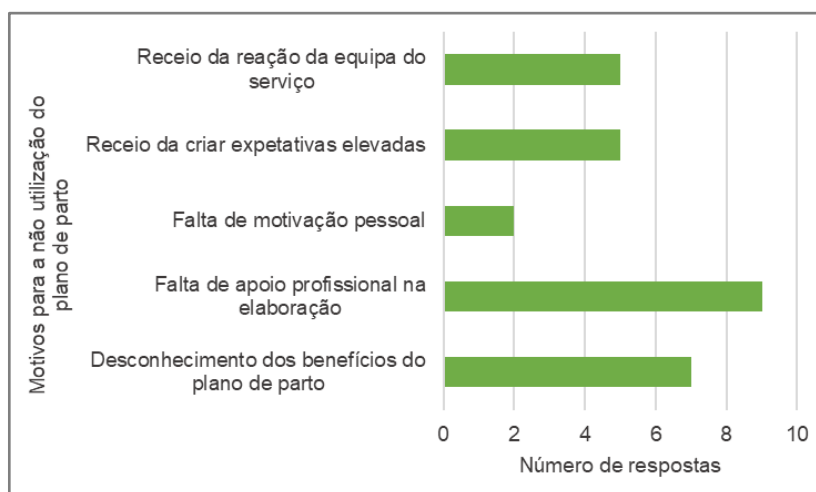
Posteriormente, procurou-se saber se as puérperas utilizaram este documento nesta experiência de parto. O quadro seguinte (quadro 7) apresenta as respostas, verificando-se que apenas 4 puérperas (28,57%) elaboraram e entregaram o plano de parto à equipa multidisciplinar.

Quadro 7 - Utilização do plano de parto pela amostra

Utilização do plano de parto	Frequência	Percentagem
Sim	4	28,57%
Não	10	71,43%
Total	14	100%

Às 10 participantes que não utilizaram o plano de parto, questionaram-se os motivos para a não adesão a esta ferramenta, estando as suas respostas demonstradas no gráfico abaixo (figura 9). De salientar que cada puérpera podia referir mais do que uma razão.

Figura 9 - Motivos para a não utilização do plano de parto pela amostra



O preenchimento do questionário continuou apenas pelas 4 puérperas que utilizaram este instrumento, dado que as próximas questões eram relativas à sua experiência de utilização. Os quadros seguintes (quadro 8 e quadro 9) são referentes às respostas às duas perguntas: “sentiu que o plano de parto foi respeitado pelos profissionais de saúde?” e “sentiu que o plano de parto influenciou positivamente a sua experiência de parto?”, respetivamente.

Quadro 8 - Respeito pelo plano de parto pelos profissionais de saúde

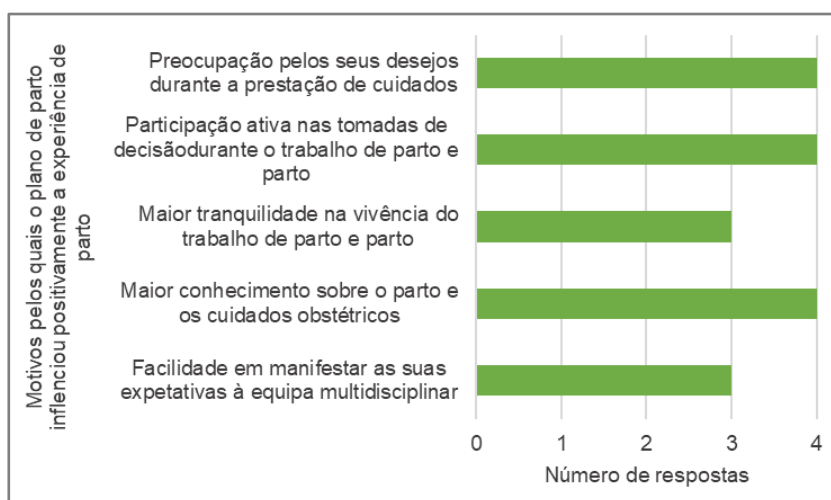
Respeito pelo plano de parto apresentado	Frequência	Percentagem
Sim	4	100%
Não	0	0%
Total	4	100%

Quadro 9 - Plano de parto como influenciador positivo da experiência de parto

Plano de parto influenciou positivamente a experiência de parto	Frequência	Porcentagem
Sim	4	100%
Não	0	0%
Total	4	100%

Todas as inquiridas que entregaram o seu plano de parto, não só sentiram que este documento foi respeitado pela equipa multidisciplinar, como consideraram que a sua utilização influenciou positivamente as suas experiências de parto. De modo a enriquecer o estudo, as participantes tinham de indicar as principais razões para afirmarem que o plano de parto influenciou positivamente as suas experiências. As respostas estão representadas no gráfico abaixo (figura 10), sendo que à semelhança de uma questão anterior, cada puérpera podia mencionar mais do que um motivo.

Figura 10 - Motivos pelos quais o plano de parto influenciou positivamente a experiência de parto da amostra



Embora a amostra do estudo fosse muito pequena, não permitindo efetuar generalizações para a população, é interessante observar que os resultados obtidos relativos ao plano de parto são consonantes com a evidência científica encontrada.

Em primeira instância, a maioria da amostra (60%) não conhecia o conceito de plano de parto, facto também identificado no estudo de Silva e Lopes (2020) sobre as perspetivas dos casais portugueses sobre o plano de parto, em que dos 20 participantes, 70% não conheciam este instrumento. É igualmente interessante constatar que apenas 4 puérperas utilizaram o plano de parto nas suas experiências de parto, sendo um número francamente reduzido. Este aspeto foi similar nos estudos de Kuo et al. (2010), Afshar et al. (2017) e

Jolles et al. (2019), dado que, nas suas amostras, o grupo de mulheres que utilizaram este documento também foi inferior. Apesar de nenhum dos estudos explorar as razões deste facto, o estudo de Pinheiro e Sardo (2020) sobre a perspetiva dos EESMO sobre o plano de parto em Portugal concluiu que, as principais dificuldades para a elaboração desta ferramenta pelas mulheres/casais são: o receio da reação dos profissionais de saúde à apresentação do plano de parto, a falta de coincidência entre as expetativas das mulheres e os recursos disponíveis, o desconhecimento das mulheres sobre o propósito do plano de parto e o desconhecimento dos casais sobre os seus direitos e sobre as práticas hospitalares. Como é possível verificar na figura 9, os motivos identificados pelas puérperas para a não utilização deste instrumento são coincidentes, centrando-se com a falta de apoio profissional para a construção, com o desconhecimento dos benefícios do plano de parto e com os receios de criar expetativas elevadas ou da reação das equipas obstétricas à sua entrega.

No que concerne ao respeito pelo plano de parto pelos profissionais de saúde, tal como é possível observar no quadro 8, as 4 participantes consideraram que os seus documentos foram respeitados. Este resultado é contraditório ao estudo de Pinheiro e Sardo (2020) já que, a maioria dos seus inquiridos, afirmou que o plano de parto não é respeitado na maioria das maternidades portuguesas por causas institucionais e profissionais. No estudo de Silva e Lopes (2020), 10% da amostra referiu que o seu plano de parto não foi aceite pela equipa obstétrica.

Por fim, relativamente à influência do plano de parto na satisfação das mulheres com o seu TP e parto, tema da *scoping review*, as 4 puérperas responderam positivamente, afirmando que a utilização deste instrumento tornou as suas experiências positivas. Também este resultado é congruente com os resultados obtidos na *scoping review*, já que a maioria dos estudos concluiu que a utilização deste documento torna a experiência de parto mais satisfatória. As razões mencionadas pelas puérperas para justificar a sua opinião, presentes na figura 10, relacionam-se com os motivos identificados nos estudos (Kuo et al., 2010; Farahat et al., 2015; Mei et al., 2016; Anderson et al., 2017; Medeiros et al. 2018; Alba-Rodríguez et al. 2022), descritos no subcapítulo anterior 3.2. A aquisição de mais conhecimentos sobre todo o processo de parto e cuidados obstétricos, as expetativas melhor atendidas durante a prestação de cuidados e o maior envolvimento nas tomadas de decisão são aspetos fortemente apreciados, promovendo o empoderamento feminino e a participação ativa das mulheres durante a parturição

4. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

No decorrer deste percurso formativo surgiram algumas limitações que exigiram readaptações no processo de aprendizagem planejado. Os principais obstáculos resultaram do contexto pandêmico vivido, uma vez que a UC Estágio com Relatório ocorreu no ano-letivo 2021/2022. Durante este período, verificou-se um agravamento da situação epidemiológica a nível nacional e internacional, o que obrigou a reestruturações nas instituições de saúde com impacto tanto no funcionamento e organização dos diferentes contextos clínicos, como em algumas das atividades planejadas no Projeto de Estágio.

Como já mencionado neste relatório, uma das medidas adotadas, comum a praticamente todos os contextos, foi a proibição de visitas nos serviços de internamento e de acompanhantes nas consultas, limitando o contacto da equipa de enfermagem e da própria mulher com a sua rede de apoio. Esta situação tornou as mulheres mais vulneráveis já que, independentemente da etapa de vida em que se encontram, a presença de uma pessoa significativa acalma e fornece suporte emocional, ajudando na vivência e enfrentamento das suas situações (Ferreira et al., 2011; Castro et al., 2022). O recurso à tecnologia, nomeadamente às videochamadas, foi a solução adotada pelas mulheres para contactar com a rede de apoio, porém considero que o envolvimento do acompanhante nos cuidados foi muito restrito durante este período.

Ainda neste âmbito, outra medida instituída, igualmente referida anteriormente, foi a interdição das sessões de formação, uma das atividades planejadas para divulgação do Projeto de Estágio. De forma a ultrapassar este impedimento, elaborei um *poster*, que mobilizei em todos os contextos clínicos como já explanado.

A realização do estudo, outra atividade delineada, teve também contratempus. Em primeira instância, a Comissão de Ética da instituição hospitalar demorou vários meses a emitir o parecer positivo para a realização do estudo. Posteriormente, aquando da aprovação do mesmo, houve um retrocesso pela direção de um dos serviços envolvidos, obrigando a alterações no planeamento do estudo e a uma reformulação do pedido junto da Comissão de Ética, ocorrendo mais uns longos meses de espera. Perante estas barreiras, o período temporal para execução do estudo foi encurtado, existindo um menor número de participantes. Além disso, a baixa adesão e conhecimento sobre o plano de parto, diminuiu ainda mais a amostra, coincidindo, porém, com o descrito na literatura.

Por fim, uma barreira encontrada com implicações futuras tanto para os EESMO, como para as mulheres por si cuidadas, centra-se no desaproveitamento das suas competências diferenciadas, em determinadas áreas, como Ginecologia e Puerpério, onde existe um número cada vez mais reduzido de EESMO ou até mesmo ausente em algumas das equipas. Esta situação também acontece nos Cuidados de Saúde Primários, onde os enfermeiros prestam todos os cuidados independentemente da sua área de especialidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório traduz o percurso de aprendizagem cumprido ao longo da UC Estágio com Relatório, que culminou com o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas da área de especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e, ainda, das competências do detentor do grau de mestre. Todo este percurso formativo foi suportado pela prática reflexiva, pelo pensamento crítico, pelos princípios ético-deontológicos da profissão e pela melhor e mais recente evidência científica, atuando com base na PBE e no modelo concetual adotado.

Apesar deste percurso ter sido desenvolvido durante uma fase de pandemia mundial, o que impôs limitações tanto nos diferentes contextos clínicos, como na execução das atividades planeadas no Projeto de Estágio, considero que o balanço final é extremamente positivo, não só pelos desafios que emergiram que exigiram readaptações, mas também pelas inúmeras e diversificadas oportunidades de aprendizagem.

No decorrer da UC Estágio com Relatório, vivenciei diversas situações, frequentemente complexas, que me permitiram prestar cuidados especializados a mulheres, inseridas na família e comunidade, nas diferentes etapas do seu ciclo de vida, mobilizando, consolidando e transpondo para a prática clínica os conhecimentos técnico-científicos que fundamentam as intervenções, trabalhando em equipa e refletindo criticamente sobre os processos de tomada de decisão em prol da melhoria dos cuidados prestados. Concomitantemente, considero que promovi a aprendizagem contínua, minha e das equipas de enfermagem que me acolheram e enriqueceram com o seu conhecimento e perícia, através do desenvolvimento do Projeto de Estágio e da respetiva divulgação.

A escolha da temática deveu-se ao meu interesse pessoal pelo plano de parto, um documento efetivo, de baixo custo, que promove o empoderamento feminino e a participação ativa das mulheres nas suas experiências de parto, estando associado a uma melhoria da assistência obstétrica. Embora constitua uma recomendação da OMS para uma experiência de parto humanizada e positiva, o plano de parto continua envolto em contestações, sobretudo pelos profissionais e instituições de saúde, o que se traduz numa diminuída promoção e implementação. Este facto, evidenciado nos estudos realizados em Portugal, foi sentido por mim no desenvolvimento do projeto. Além dos obstáculos iniciais que impuseram reestruturações no planeamento do estudo, os resultados do mesmo refletem esta baixa implementação, seja pela ausência de conhecimento acerca desta ferramenta, seja pela baixa adesão à sua construção, sendo o principal motivo apontado pelas participantes a falta de apoio profissional. Ademais, a própria divulgação do projeto constituiu um desafio pela relutância de alguns profissionais de saúde ao tema.

No que respeita à influência do plano de parto na satisfação das mulheres com a sua experiência de parto, a maioria da literatura mapeada comprova este impacto positivo, facto

igualmente afirmado pelas participantes do estudo que utilizaram este documento. Este senso de satisfação relaciona-se, principalmente, com a melhor preparação para o parto, com a atenção dada pela equipa obstétrica às suas preferências e com a maior participação nas suas experiências de parto, aspetos proporcionados por esta ferramenta.

O EESMO é o profissional de referência para viabilizar o plano de parto, já que a operacionalização desta prática ocorre nos seus diferentes contextos de atuação, estando, inclusive, no âmbito das suas competências. No decorrer deste percurso formativo, procurei clarificar a importância deste documento desde o período pré-natal até ao momento do parto, através da investigação e respetiva divulgação dos resultados, tanto junto da comunidade científica, como junto das equipas de enfermagem dos diferentes contextos clínicos. De notar que a partilha de conhecimento é crucial para promover a mudança, o desenvolvimento de uma PBE, a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e melhores resultados em saúde. Assim, considero extremamente importante continuar a produzir trabalhos sobre a temática, nomeadamente em Portugal, devido à escassez de estudos publicados.

No que atende ao futuro, almejo dar continuidade a este projeto, continuando a divulgação dos resultados alcançados, quer em eventos científicos e académicos, quer em sessões de formação na instituição hospitalar destinadas às equipas multidisciplinares deste departamento. Conjuntamente, pretendo manter a atualização de conhecimentos, através da pesquisa de nova evidência, e a mobilização destes para a prática clínica, visto que a formação é contínua e não cessa com o término desta etapa.

Em suma, considero que alcancei todos os objetivos definidos, adquirindo um conjunto de recursos que me permitem manter um processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional. O percurso formativo nos diferentes contextos clínicos permitiu-me desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EESMO, enquanto a componente de investigação do Projeto de Estágio possibilitou-me alcançar as competências do detentor do grau de mestre. Concluo este Relatório de Estágio com o sentimento de dever cumprido e com uma vontade incessante de ingressar nesta área profissionalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afshar, Y., Mei, J., Gregory, K., Killpatrick, S., & Esakoff, T. (2017). Birth plans – Impact on mode of delivery, obstetrical interventions and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *BIRTH Issues in Perinatal Care*, 45, 43-49. <http://doi.org/10.1111/birt.12320>
- Ahmadpour, P., Mosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergente mixed study. *Reproductive Health*, 17(138), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00989-6>
- Alba-Rodríguez, R., Coronado-Carvajal, M., & Hidalgo-Laperoza, P. (2022). The Birth Plan Experience – A Pilot Qualitative Study in Southern Spain. *Healthcare*, 10(1), p. 1-8. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010095>
- Alden, K. R. (2008). Avaliação e Cuidados ao Recém-Nascido. In D. L. Lowdermilk, & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7th ed, p. 587-647). Lusodidacta
- Amaro, C., Dias, H., Santos, M., Nelas, P., & Coutinho, E (2021). Benefícios da Verticalização do Parto. *INFAD Revista de Psicologia*, 1(1), 485-502. <http://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>
- American College of Obstetricians and Gynecologists & Society for Maternal-Fetal Medicine. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 693-711.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Antepartum Fetal Surveillance. Practice Bulletin*. ACOG
- American Nurses Association. (2015). *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*. American Nurses Association
- Amorim, I., Gomide, M., Oliveira, M., Azeredo, L., & Siqueira, E. (2022). Uma abordagem geral da Gravidez Ectópica. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 16, 1-6. <https://doi.org/10.25248/reamed.e10801.2022>
- Anderson, C., Monardo, R., Soon, R., Lum, J., Tschann, M., & Kaneshiro, B. (2017). Patient Communication, Satisfaction and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 76(11), 305-309. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29164014/>

- Aragon, M., Chhoa, E., Dayam, R., Kluffinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. (2013). Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 979-985. [http://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30785-4](http://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30785-4)
- Ayres, L., Crossen, R., Passos, C., Lima, V., Prado, M., & Beirigo, B. (2021). Factors associated with early skin-to-skin contact in a maternity hospital. *Escola Anna Nery*, 25(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>
- Barría-Pailaquilen, R. M. (2013). Practice Based on Evidence: An opportunity for quality care. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 181-182. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105228089002>
- Branco, J. S., Silva, L. S., Silva, J. L., Sousa, K. K., Sousa, M. C., Araújo, R. V., & Gomes, R. C. (2022). The importance of a birth plan for the parturient's autonomy. *Research Society and Development*, 11(7), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30102>
- Camargo, G., Ponce, E., Escalera, C., & Lujan, J. (2020). Características del cordón umbilical simple en neonatos de partos eutócicos atendidos en servicio de primer nivel. *Revista Científica de Salud Unitec*, 7(2), 14-19. <http://doi.org/10.36716/unitepc.v7i2.70>
- Cardoso, A., & Néné, M. (2016). Promover o desenvolvimento de competências parentais. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p. 481-484). LIDEL
- Cardoso, G. V., Silva, R. C., Reis, R. P., Rodrigues, T. M., & Bezerra, D. G. (2019). Plano de parto e nascimento: Benefícios ao binômio mãe-bebê. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 25(3), 54-60. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190206_202208.pdf
- Castro, V., Fonseca, J., Durans, K., Silva, D., Silva, J., & Pasklan, A. (2022). Perception of pregnant and parturient women about the importance of a companion during childbirth and postpartum. *Research, Society and Development*, 11(6), 1-12. <http://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28843>
- Centeno, M. (2018). Puerpério e Lactação. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal*, (5th ed, p. 280-287). LIDEL
- Cook, K., & Lommis, C. (2012). The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>

- Costa, E. S., Medeiros, R. R. P., Pereira da Silva, A., Carvalho, L. F. F., & Sousa da Silva, G. N. (2021). Análise da importância do plano de parto na assistência de enfermagem: revisão integrativa. *Saúde Coletiva*, 11(60), 4556-4560. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i60p4556-4565>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4148. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases de financiamento do ensino superior) Assembleia da República. *Diário da República*, I-A Série (N.º 60 de 24-03-2006), 2242-2257. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Número 002/2015. Indução do Trabalho de Parto*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2020a). *Curso de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto – CRPP. Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2020b). *Programa Nacional de Vacinação*. Direção-Geral da Saúde
- Dy, J. (2014). Indução do Parto. In G. D. Posner, J. Dy, A. Y. Black, & G. D. Jones (Eds.), *Trabalho de Parto & Parto* (6th ed, p. 151-168). AMGH Editora
- Euro-Peristat Project. (2018). *European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. https://www.europeristat.com/images/Comunicado_imprensa_EUROPERISTAT.pdf
- Fatia, A., & Tinoco, L (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p. 308-323). LIDEL

- Farahat, A., Mohamed, H., Elkader, S., & El-Nemer, A. (2015). Effect of Implementing a Birth Plan on Womens Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Practice*, 6(6), 24-31. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1083654.pdf>
- Ferreira, D., Farago, F., Reis, P., & Funghetto, S. (2011). Our life after breast cancer: perceptions and repercussions from the perspective of the couple. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 536-544. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300018>
- Ferreira, M. C., Monteschio, L. V., Teston, E. F., Oliveira, L., Serafim, D., & Marcon, S. S. (2019). Perceptions of nursing professionals about humanization of childbirth in a hospital environment. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041409>
- Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p. 353-355). LIDEL
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta
- Gadelha, I., Aquino, P., Balsells, M., Diniz, F., Pinheiro, A., Ribeiro, S., & Castro, C (2020). Qualidade de vida de mulheres com gravidez de risco durante o cuidado pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0595>
- Gomes, I., Padoin, S., Langendorf, T., Paula, C., Gomes, C., & Ribeiro, A. (2019). Benefits of the presence of a companion during the process of labor and delivery: integrative review. *REUFMS*, 9(61), 1-18. <http://doi.org/10.5902/2179769234170>
- Gomes, R. P., Silva, R. S., Oliveira, D. C., Manzo, B. F., Guimarães, G. L., & Souza, K. V. (2017). Plano de parto em rodas de conversas: Escolhas das mulheres. *Revista Mineira de Enfermagem*, 21, 1-8. <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20170043>
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças - Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Lusodidacta
- Graça, L. (2018). Maturidade Fetal. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed, p. 191-197). LIDEL
- Guler, D., Sahin, S., Ozdemir, K., Unsal, A., & Yuvaci, H. (2020). Health literacy and knowledge of antenatal care among pregnant woman. *Health and Social Care Community*, 29(6), 1815-1823. <https://doi.org/10.1111/hsc.13291>
- Haddad, L. M., & Geiger, R. A. (2022). *Nursing Ethical Considerations*. StatPearls Publishing LLC <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/>

- Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2017). O cumprimento do plano de parto e sua relação com os resultados maternos e neonatais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-6. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>
- Hidalgo-Lopezosa, P., Cubero-Luna, A. M., Jiménez-Ruz, A., Hidalgo-Maestre, M., Rodríguez-Borrego, M. A., & López-Soto, P. J. (2021). Association between Birth Plan Use and Maternal and Neonatal Outcomes in Southern Spain: A Case-Control Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1-8. <http://doi.org/10.3390/ijerph18020456>
- International Agency for Research on Cancer. (2020). *Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020*. <https://gco.iarc.fr/>
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice. 2019 Update*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses. Revised 2021*. https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Instituto Nacional de Estatística
- Jolles, M., Vries, M., Hollander, M., & Dillen, J. (2019). Prevalence, characteristics and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *BIRTH Issues in Perinatal Care*, 46, 686-692. <http://doi.org/10.1111/birt.12451>
- Kappaun, A., & Costa, M. M. (2020). The Institutionalization of Labor and Its Contributions in Obstetric Violence. *Revista Paradigma*, 29(1), 71-86. <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>
- Kuo, S., Lin, K., Hsu, C., Yang, C., Chang, M., Tsao, C., & Lin, L. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. *Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012>
- Lamounier, C., Hanna, G., Daia, I., Felipe, J., Oliveira, L., & Moura, L. (2020). Efeitos psicológicos da mastectomia nas mulheres. *Revista Educação em Saúde*, 8(1), 1-8. <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/4626/3213>

- Lavaredas, A., & Tomás, V. (2016). Alterações Fisiológicas na Gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p. 58-67). LIDEL
- Lei n.º 110/2019 (2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 172 de 09-09-2019), 94-101. <https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre/pt/html>
- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas do Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p.443-454). LIDEL
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. UNICEF
- Machado, M., & Graça, L. (2018). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed, p. 221-228). LIDEL
- Manning, B. (2008). Transição para a parentalidade. In D. L. Lowdermilk, & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7th ed, p. 521-556). Lusodidacta
- Medeiros, A., Vitorino, B., Spoladori, I., Maroco, J., Silva, V., & Salles, M. (2021). Sentimento materno ao receber um diagnóstico de malformação congénita. *Psicologia em Estudo*, 26, 8-12. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.45012>
- Medeiros, R. M., Figueiredo, G., Correa, A. C., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
- Mei, J., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2016). Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *BIRTH Issues in Perinatal Care*, 43(2), 144-150. <http://doi.org/10.1111/birt.12226>
- Meira, E. M. ; & Ferreira, E. A. (2022). Aspectos positivos e negativos da aplicação clínica do plano de parto: Revisão integrativa da literatura. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, 7(2), 1-11. <http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/article/view/824>
- Méndez, F. S., Ferrer, L. T., Muñoz, M. M., Gómez, J. A., & Jaime, A. A. (2017). El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Revista*

- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2012). *Parecer N.º7/2012. Plano de parto*. Ordem dos Enfermeiros
- 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*. Ordem dos Enfermeiros
- Mirghafourvand, M., Charandabi, S. M., Ghanbari-Homayi, S., Jahangiry, L., Nahae, J., & Hadian, T. (2019). Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. *International Journal Nursing Practice*, 25, 1-9. <http://doi.org/10.1111/ijn.12722>
- Morgado, M. B. (2021). Problemas sexuais na mulher com cancro da mama e cancro ginecológico: revisão narrativa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(4), 314-328. <http://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i4.12888>
- Moura, J. W., Leite, J. C., Oliveira, V. R., & Silva, J. P. (2020). Humanização do parto na perspetiva da equipa de enfermagem de um centro de parto normal. *Enfermagem em Foco*, 11(3), 204-211. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.3256>
- Mouta, R. J., Silva, T. M., Melo, P. T., Lopes, N. S., Moreira, V. A. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(4), 1-10. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>
- Nogueira, A., Araújo, C., Correia, L. (2020). Women's perception about patient escort in labor. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 11316-11327. <http://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-377>
- Oliveira, J. L. C., Magalhães, A. M. M.; & MisueMatsuda, L. (2018). Mixed methods in nursing research: Application possibilities according to Creswell. *Text & Context Nursing*, 27(2), p. 1-8. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>
- Oliveira, M.; Silva, I., & Albuquerque (2016). Pesquisa científica no curso de Enfermagem: revisão integrativa. *Revista Práxis*, 8(16), p. 115-121. <https://core.ac.uk/download/pdf/277484948.pdf>
- Oppenheimer, L., & Black, A. (2014). Segundo período do trabalho de parto. In G. D. Posner, J. Dy, A. Y. Black, & G. D. Jones (Eds.), *Trabalho de Parto & Parto* (6th ed, p. 235-241). AMGH Editora
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Documento de Consenso: "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma visão partilhada"*. Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Regulamento da Estrutura para a Qualidade, Inovação e Promoção da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Organização Mundial de Saúde
- Organização Mundial de Saúde. (2013). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Organização Mundial de Saúde
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Organização Mundial de Saúde
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Organização Mundial de Saúde
- Patrício, S., Gregório, V., Pereira, S., & Costa, R. (2020). Malformação fetal com possibilidade de interrupção legal: dilemas maternos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 132-138. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0234>
- Pedro, L., & Oliveira, S. (2016). A Dor no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1 st ed, p. 412-415). LIDEL
- Peters, M. J. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Review. In: Aromataris E., Munn, Z. (Eds). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Pinheiro, A., & Sardo, D. (2020). Plan de Nascimento: Una mirada de los profesionales de la Salud en Portugal. *Revista ROL de enfermería*, 43(1), 24-31. <http://hdl.handle.net/10400.26/31329>
- PORDATA Base de Dados Contemporâneo. (2022). *Partos nos hospitais: total e por tipo*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>

- Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017). Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>
- Priyadarshini, P. (2020). Ethics in Nursing Research. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(7), 6080-6088. https://ejmcm.com/article_6005.html
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº. 26 de 06-02-2019), 4744-4745.
- Regulamento n.º 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº. 85 de 03-05-2019), 13560-13565
- Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, saúde & doenças*, 15(3), 672-683. <http://doi.org/10.15309/14psd150309>
- Rocha, B., Zamberlan, C., Pivetta, H., Santos, B., & Antunes, B. (2020). Posiciones verticales en el parto y prevención de laceraciones perineales: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, 1-12. <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>
- Rodrigues, A., Dantas, S., Pereira, A. Silveira, M., & Rodrigues, D. (2017). Gravidez de alto risco: Análise dos determinantes de saúde. *SANARE*, 16(1), 23-38. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135/620>
- Rodrigues, S. (2016). Tipos de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p. 392-399). LIDEL
- Rosa, S., Lima, P., & Silva, G. (2020). The presence of the companion in labor, delivery and postpartum: understanding of pregnant women. *Revista Pró-Universus*, 11(1), 21-26 - <http://doi.org/10.21727/rpu.v11i1.2099>
- Sánchez-García, M. J., Martínez-Rojo, F., Galdo-Castiñeiras, J. A., Echevarría-Pérez, P., & Morales-Moreno, I. (2020). Social perceptions and bioethical implications of birth plans: A qualitative study. *Clinical Ethics*, 0(0), 1-9. <http://doi.org/10.1177/1477750920971798>
- Santana, A.; & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do Bem-Estar Materno-Fetal. In M. Néné, R. Marques, M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1 st ed, p. 392-399). LIDEL

- Santana, W. N., Azevêdo, J. A., Holanda, V. R., Gomes, A. L., & Albuquerque, G. P. (2020). Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: Revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, 1-10. <http://doi.org/10.18471/rbe.v33.32894>
- Santos, F. S., Souza, P. A., Lansky, S., Oliveira, B. J., Matozinhos, F. P., Abreu, A. L., Souza, K. V., & Pena, E. D. (2019). Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(6), 1-11. <http://doi.org/10.1590/0102-3111X00143718>
- Santos, M., & Batista, M. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-Nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p. 455-472). LIDEL
- Scheer, I., Lira, J., Legatti, J., Chaves, G., Sousa, I., Silva, C., Gil, F., & Amâncio, N. (2021). Pelvic inflammatory disease approach: a literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 169-187. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-016>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL
- Silva, T. M., & Lopes, M. I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1-8. <http://doi.org/10.12707/RIV19095>
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2018). *Corticoterapia para Maturação Pulmonar Fetal. Normas de Orientação*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-526. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>
- Torgal, A. (2016). Assistência no 1º Trimestre da Gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p. 117-122). LIDEL
- Tristão, F., Machado, M., Gracia, O., & Lima, D. (2017). Vivências da mulher frente à histerectomia: Aspectos emocionais. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 11(1), 1-22. <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/4379/2423>
- Viera, V., Barreto, M., Marquete, V., Souza, R., Fischer, M., & Marcon, S. (2019). Vulnerability of high-risk pregnancy in the perception of pregnant women and their

families. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 22, 1-10.
<https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040207>

Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed, p. 240-293). Lusociência

White-Corey, S. (2013). Birth plans: Tickets to the or? *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 38(5), 268-273.
<http://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31829a399d>

APÊNDICES

APÊNDICE I – SCOPING REVIEW

A INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO NA SATISFAÇÃO DA MULHER COM O SEU TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA SCOPING REVIEW

Autor

Ana Rita Garrett, Enfermeira Generalista no Serviço de Medicina I/ Infeciologia do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE.

Mestranda do 12º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (agarrett@campus.esel.pt)

Abstract

Objetivo: Mapear a evidência disponível acerca da influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto.

Introdução: O plano de parto é um documento escrito elaborado pela grávida e/ou casal que expressa as suas preferências relativas ao parto. A investigação tem demonstrado que promove a educação, o empoderamento feminino e a participação ativa e efetiva das mulheres nos seus partos, contribuindo para uma experiência de parto positiva e satisfatória. Embora seja amplamente reconhecido, a implementação do plano de parto continua a ser controversa, verificando-se incoerências na literatura e resistência pelas instituições de saúde.

Crítérios de inclusão: Todos os estudos que abordem a influência do plano de parto na satisfação das mulheres, independentemente da sua idade, e sem complicações obstétricas, durante o trabalho de parto e parto.

Métodos: Esta *scoping review* foi desenvolvida segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al. 2020). A pesquisa foi realizada em maio e julho de 2021 e atualizada em agosto de 2022, recorrendo às bases de dados *CINALH*, *MEDLINE* e *ACADEMIC SEARCH* e à literatura cinzenta.

Resultados: Foram incluídos 9 artigos relevantes que cumpriram os critérios de inclusão. A maioria (n=6) concluíram que a utilização do plano de parto influencia positivamente a satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto.

Conclusões: Dadas as evidências que suportam o plano de parto como uma estratégia promotora de uma experiência de parto mais positiva e satisfatória, torna-se indispensável a sua promoção pelo EESMO. Produzir mais conhecimentos sobre o plano de parto pode

contribuir para a implementação de modelos de assistência que privilegiem experiências de parto positivas e humanizadas.

Background

Ao longo da história da humanidade, o parto foi concebido como um processo natural e fisiológico (Sánchez-García et al., 2020) que decorria em ambientes íntimos e familiares. A partir da segunda metade do século XX, com o desenvolvimento exponencial da ciência e tecnologia, o parto passou a ser entendido como um evento que necessitava de atenção médica especializada (Pinheiro & Sardo, 2020). A relação entre a institucionalização do parto no ambiente hospitalar e a diminuição da taxa de mortalidade materna e neonatal promoveram a implementação de um conjunto de práticas que privaram as mulheres do seu papel ativo nesta experiência de vida única e irrepetível que é o parto (Pinheiro & Sardo, 2020). Este cenário, ainda predominante atualmente, desapropria as mulheres dos seus saberes, retira-lhes o controlo e inviabiliza o exercício da sua autonomia (Medeiros et al., 2019).

Com o intuito de contrariar esta sensação de perda de protagonismo pelas mulheres durante os seus partos surgiu, em 1980, pelos defensores do parto normal, nomeadamente por Sheila Kitzinger, o plano de parto (Silva & Lopes, 2020). Posteriormente, várias instituições internacionais vieram reconhecer a sua importância. Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou o plano de parto como uma “Boa Prática de Atenção ao Parto e Nascimento”, procurando humanizar os cuidados obstétricos por todo o mundo. Também o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) estabeleceu a importância do plano de parto para melhorar a comunicação entre mulheres e profissionais de saúde e, conseqüentemente, aumentar a satisfação da mulher com a sua experiência de parto (Pinheiro & Sardo, 2020). Em Portugal, apenas em 2012, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) emitiu um parecer reconhecendo a importância do plano de parto. O apoio legal necessário para a sua implementação nas maternidades portuguesas surgiu recentemente, em setembro de 2019, com a Lei n.º 110/2019, tornando-se um direito de todas as grávidas que deve ser assegurado por todas as instituições de saúde que lhes prestem cuidados.

O plano de parto é um documento escrito, de carácter legal, onde as grávidas/casais expressam antecipadamente as suas expectativas e preferências referentes à pessoa de apoio que apreciariam ter presente durante todo o processo e aos cuidados que gostariam de receber durante o trabalho de parto e parto, considerando os seus valores, desejos e necessidades individuais (Medeiros et al., 2019). É elaborado depois da mulher e/ou casal receber informações adequadas e segundo a melhor evidência científica (Pinheiro & Sardo, 2020). De forma a apresentar expectativas positivas e reais deve ser construído, preferencialmente, com um EESMO que conheça as opções disponíveis e as práticas

desenvolvidas na instituição escolhida para o parto (MCEESMO, 2019). Caso não seja possível, o plano de parto deve ser apresentado à equipa da maternidade, possibilitando decisões compartilhadas com os envolvidos nos cuidados à parturiente (Medeiros et al., 2019).

Alicerçado no respeito ao princípio bioético da autonomia, o plano de parto aumenta o controlo das mulheres sobre o processo de parturição, visto que é um instrumento que permite a preparação para o parto e a desmistificação de medos e dúvidas, além de promover um processo de reflexão e de tomada de decisão (Pinheiro & Sardo, 2020). Por se tratar de uma ferramenta educacional que estimula a discussão e a obtenção de informações, a sua realização proporciona maior confiança, contribuindo para o empoderamento feminino e para o aumento do protagonismo das mulheres nos seus partos (Medeiros et al., 2019). Além disso, é também um excelente meio para melhorar a comunicação com os profissionais de saúde (Santos et al., 2019). Todos estes aspetos são fundamentais para uma experiência de parto satisfatória (Silva & Lopes, 2020).

A satisfação com o parto está relacionada com o cumprimento das expectativas manifestadas no plano de parto (Medeiros et al., 2019). Quanto maior o cumprimento das preferências declaradas pela grávida, maior a sua satisfação com o parto (Sánchez-García et al., 2020). A existência de expectativas irracionais e pedidos desinformados torna o plano de parto vulnerável e aumenta a resistência dos profissionais de saúde relativamente à sua utilização (Mirghafourvand et al., 2019). Para melhorar o seu grau de cumprimento é fundamental que as mulheres não criem expectativas irrealistas, considerem as suas possibilidades a partir dos recursos existentes na maternidade escolhida e reconheçam a natureza imprevisível do parto, de forma a estarem flexíveis a mudanças nos seus desejos caso seja necessário (Medeiros et al., 2019). Mesmo quando as preferências documentadas não são completamente satisfeitas, as mulheres tendem a manter uma perceção positiva sobre o uso do plano de parto devido à possibilidade de conversar abertamente sobre o trabalho de parto e pelas suas considerações serem tidas em conta (Silva & Lopes, 2020). Vários estudos reforçam a ideia de que ignorar o plano de parto de uma mulher em trabalho de parto não só gera uma experiência muito negativa, como desencadeia com facilidade a perda de autocontrolo neste processo e a perda de confiança na equipa obstétrica (Pinheiro & Sardo, 2020).

Um estudo realizado em Portugal afirma que, apesar dos profissionais de saúde reconhecerem os benefícios do plano de parto para todos os intervenientes, a sua implementação não é respeitada na maioria das maternidades por motivos institucionais e profissionais (Pinheiro & Sardo, 2020). Esta relutância das equipas e organizações deve-se, sobretudo, a questões de paternalismo perante a autonomia da mulher (Sánchez-García et al., 2020). Os planos de parto continuam a ser alvo de controvérsias e a induzir fricção entre

profissionais de saúde e mulheres, em vez de cumprir o propósito de promover a comunicação e uma experiência de parto positivo (Silva & Lopes, 2020).

A relevância desta investigação consiste em diminuir as contestações em torno do plano de parto a partir da evidência encontrada acerca da influência deste instrumento na satisfação da mulher com a sua experiência de parto. Atendendo à sua filosofia de cuidados, o EESMO é o profissional de excelência para implementar o plano de parto através da divulgação e promoção da sua construção, durante o período pré-natal, e através da sua aplicação nas maternidades. Para experiências de parto positivas é necessário mudar o paradigma atual dos cuidados obstétricos portugueses (Pinheiro & Sardo, 2020), sendo a investigação sobre o tema fundamental para alicerçar a prática clínica.

Objetivo e questão da *scoping review*

O objetivo desta *scoping review* é mapear a evidência disponível acerca da influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto. A questão orientadora para o desenvolvimento desta *scoping review* é: Qual a influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto?

As palavras-chave são: plano de parto; satisfação; mulheres; trabalho de parto; parto.

Critérios de inclusão

Tipos de participantes:

Esta *scoping review* incluirá artigos que abordem mulheres, sem complicações obstétricas, que tenham vivenciado um parto, independentemente da sua idade.

Conceito:

Esta *scoping review* incluirá artigos que abordem a influência do plano de parto na satisfação da mulher.

Contexto:

Esta *scoping review* incluirá estudos que abordem a influência do plano de parto na satisfação da mulher no contexto de trabalho de parto e parto.

Tipos de Fontes de Informação:

Esta *scoping review* irá considerar artigos de natureza quantitativa e qualitativa, bem como revisões de literatura que cumpram os critérios de inclusão.

Métodos

Estratégia de pesquisa:

A estratégia de pesquisa pretendeu encontrar artigos publicados e não publicados em português, inglês e espanhol, nos últimos 12 anos, que abordem a influência do plano de parto na satisfação das mulheres com o seu trabalho de parto e parto. A pesquisa inicial foi realizada em maio de 2021, tendo sido atualizada posteriormente em julho do mesmo ano e, mais recentemente, em agosto de 2022. Por forma a cumprir todo o rigor metodológico definido pelo JBI (Peters et al. 2020), a estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas.

Na primeira etapa foi efetuada uma pesquisa limitada às bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e *ACADEMIC SEARCH Complete*, através da plataforma *EBSCOhost*, tendo por base as palavras-chave extraídas dos termos naturais da questão. Seguiu-se uma análise das palavras utilizadas nos títulos e resumos, e a identificação dos termos de indexação de cada base de dados. De modo a organizar a pesquisa foi elaborado um quadro (quadro 1) referente às palavras-chave e termos identificados.

Palavras-chave	Termos naturais	Termos indexantes <i>CINAHL</i>	Termos indexantes <i>MEDLINE</i>	Termos indexantes <i>ACADEMIC</i>
Plano de parto	<i>Birth plan</i>	-	-	-
Satisfação	<i>Satisfaction</i>	<i>Personal Satisfaction</i>	<i>Personal Satisfaction</i>	<i>Personal Satisfaction</i>
Mulheres	<i>Women</i>	<i>Women</i>	<i>Women</i>	<i>Women</i>
Trabalho de parto	<i>Labor Obstetric</i>	<i>Labor</i>	<i>Labor Obstetric</i>	<i>Labor Obstetrics</i>
Parto	<i>Childbirth</i>	<i>Childbirth</i>	<i>Parturition</i>	<i>Childbirth</i>

Quadro 1 – Quadro de pesquisa referente aos termos naturais e termos indexantes *CINAHL*, *MEDLINE* e *ACADEMIC*

Na segunda etapa foi realizada uma pesquisa extensa recorrendo a todas as palavras-chave e termos de indexação, nas três bases de dados, separadamente. Uma vez que não foi encontrado termo de indexação para *birth plan*, foi utilizada a respetiva palavra-chave identificada no índice destas bases de dados. Inicialmente, procedeu-se à pesquisa dos termos naturais e dos respetivos termos indexantes, cruzando-se ambos os resultados com o operador booleano “OR”. Após esta agregação para cada termo, efetuou-se uma pesquisa associando os resultados obtidos anteriormente com o operador booleano “AND”.

Por fim, na terceira etapa, foram analisadas as referências bibliográficas de todas as publicações selecionadas para identificar fontes de informação adicionais. Efetuou-se uma pesquisa de todos os artigos publicados e não publicados presentes nas referências, incluindo-se nesta *scoping review* apenas os que respeitavam os critérios de inclusão.

Seleção de estudos:

Depois da pesquisa, toda a bibliografia encontrada foi gerida pelo *software* de gestão bibliográfica *Mendeley* e removidos os duplicados. Os artigos encontrados foram analisados por dois revisores independentes, atendendo à relevância do título e resumo. Posteriormente, os artigos selecionados foram analisados em *full-text* e aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão foram excluídos. Esta etapa foi também duplamente verificada pelos dois revisores de modo independente, sendo as divergências entre eles resolvidas por meio de discussão.

Extração de dados:

Os dados foram extraídos dos artigos através de uma ferramenta de extração de dados construída por um dos revisores independentes, de acordo com as orientações metodológicas do JBI (Peters et al. 2020). Esta ferramenta foi testada para garantir a clareza na sua utilização e o rigor nas informações obtidas. Os dados extraídos incluem detalhes específicos sobre o fenômeno de interesse, população, método do estudo e informações relevantes para a questão de revisão. Qualquer divergência na extração de dados entre os dois revisores foi novamente resolvida por meio de discussão.

Apresentação de dados:

Os dados extraídos dos artigos são apresentados num formulário tabular e a discussão dos resultados é efetuada em narrativa. O formulário tabular organiza os estudos incluídos de acordo com o ano de publicação, país de origem, idioma, tipo de estudo, objetivo, população e resultados relacionados com a questão de revisão.

Resultados

Resultados da pesquisa:

A pesquisa nas bases de dados identificou um total de 68 artigos. Depois de removidos os duplicados, 45 títulos e resumos permaneceram para análise de acordo com os critérios de inclusão. Nesta fase, foram excluídos 32 artigos e 13 foram recuperados em *full-text* para uma análise detalhada. Foram também consultadas as referências bibliográficas das publicações selecionadas, tendo sido adicionados mais 4 artigos em *full-text*. Após esta análise, foram removidos 8 artigos. Um total de 9 artigos foram incluídos nesta *scoping review*. O diagrama PRISMA evidenciado na figura 1 descreve este processo.

Características das fontes de evidência:

Os artigos selecionados nesta *scoping review* foram publicados entre 2010 e 2022. Todos foram publicados na forma de artigos em revistas internacionais, escritos

maioritariamente em inglês, verificando-se apenas um escrito em português. Quanto à origem, os Estados Unidos da América são o país mais representado com 3 artigos, seguindo-se Brasil, Holanda, Azerbaijão, Taiwan, Egito e Espanha com 1 artigo cada. Foram consideradas duas revisões da literatura – uma revisão sistemática e uma revisão integrativa, 1 estudo qualitativo com abordagem fenomenológica e 6 estudos com uma abordagem quantitativa, existindo 3 estudos observacionais, 2 estudos experimentais e 1 estudo quasi-experimental. A população incluída nos estudos consistiu em mulheres primíparas e múltiparas com idade gestacional entre as 24 e 42 semanas, sem complicações obstétricas, acompanhadas nas instituições hospitalares onde decorriam os estudos, antes da experiência de parto e após este momento. A metodologia mais utilizada consistiu na aplicação de questionários e de escalas de avaliação da satisfação com a experiência de parto, sendo que 4 estudos compararam os resultados obtidos entre o grupo de mulheres que recorreu ao plano de parto durante o trabalho de parto (grupo de intervenção) e o grupo de mulheres que não utilizou este instrumento (grupo de controlo).

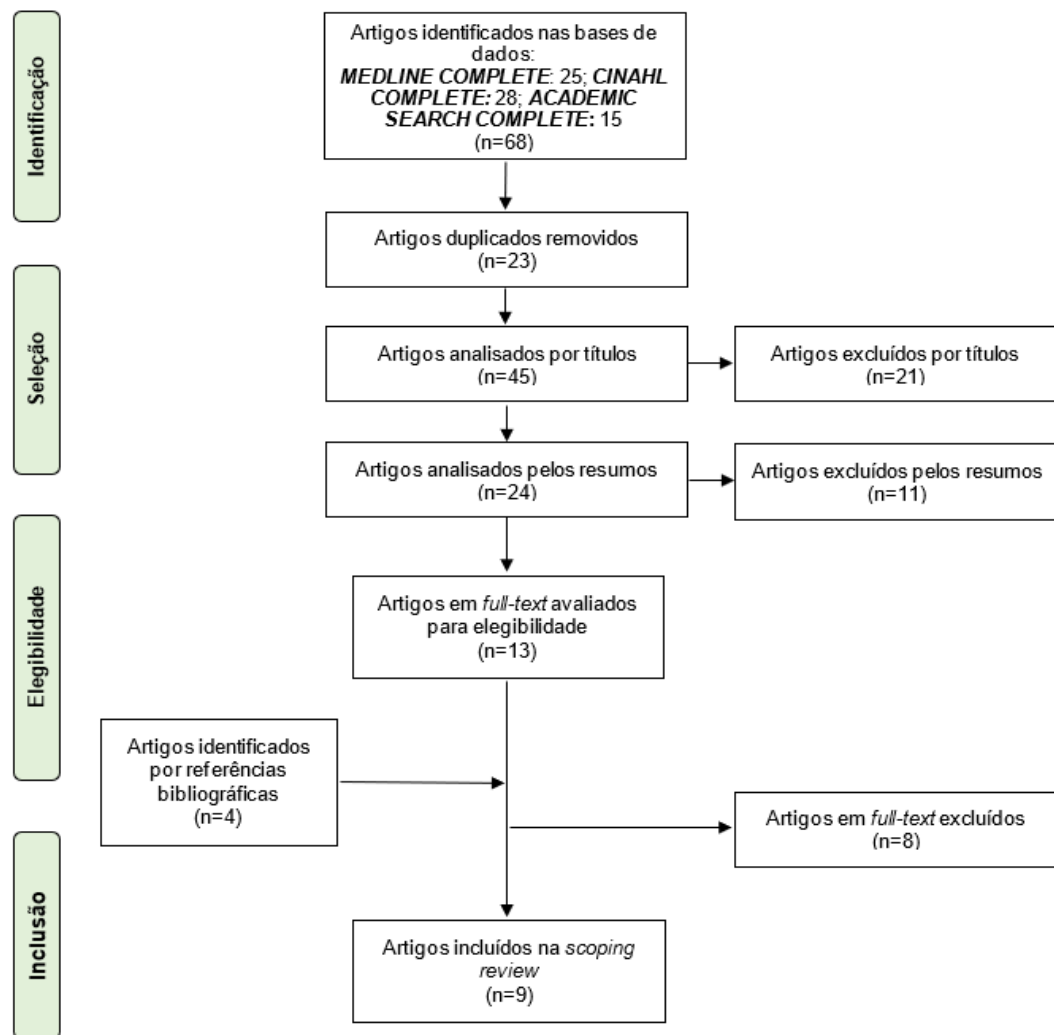


Figura 1 - Diagrama PRISMA: Resultado de pesquisa e seleção de estudos

Resultados da revisão:

Da análise dos 9 artigos incluídos nesta *scoping review*, a maioria (n=6) concluíram que a utilização do plano de parto influencia positivamente a satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto. Os estudos de Kuo et al. (2010) e de Farahat et al. (2015), realizados em países distintos, dividiram as participantes pelo grupo de intervenção e pelo grupo de controlo. As mulheres do grupo de intervenção construíram planos de parto, discutiram-nos com a equipa obstétrica e receberam cuidados atendendo aos desejos manifestados neste documento, enquanto o grupo de controlo não elaborou planos de parto e recebeu cuidados de rotina. Ambos os estudos demonstraram que a satisfação com o parto era superior no grupo de intervenção, registando-se melhor comunicação, preparação e controlo neste grupo. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Mei et al. (2016) que, analisando as solicitações dos planos de parto de um grupo de mulheres, bem como a influência destes nas suas experiências de parto, concluíram que o preenchimento do plano de parto teve um impacto positivo na satisfação das mulheres com as suas experiências, proporcionando-lhes maior sensação de controlo. O estudo de Anderson et al. (2017) adotou uma metodologia distinta, uma vez que avaliou a comunicação, satisfação e confiança de um grupo de mulheres, através de uma escala virtual analógica, antes do preenchimento de planos de parto padronizados e após as suas experiências de parto. Também neste estudo ocorreu um aumento destes três parâmetros após o preenchimento e utilização do plano de parto. A revisão integrativa da literatura desenvolvida por Medeiros et al. (2019) corrobora com estes 4 estudos e conclui que a construção do plano de parto influencia positivamente o processo de parto e os desfechos materno-fetais, proporcionando maior satisfação com o processo de parturição. Mais recentemente, o estudo de Alba-Rodríguez et al. (2022), que entrevistou um grupo de mulheres que utilizaram o plano de parto nas suas experiências de parto, concluiu que, a utilização deste documento, propicia mais conhecimentos sobre o processo de parto, tornando as mulheres mais preparadas e tranquilas para o momento, facilita a comunicação com a equipa de saúde e a expressão das suas preferências e sentimentos, e proporciona a participação ativa das mulheres nas tomadas de decisão, melhorando os níveis de satisfação com a experiência.

Embora a utilização do plano de parto seja recomendada universalmente, este instrumento tem recebido algumas críticas devido a resultados contraditórios. O estudo de Afshar et al. (2017) que comparou os resultados entre um grupo de intervenção e um grupo de controlo quanto ao tipo de parto, procedimentos obstétricos e satisfação, concluiu que as mulheres que apresentaram planos de parto registaram menos intervenções obstétricas, porém sentiram-se menos satisfeitas com a experiência de parto comparativamente às mulheres que não recorreram a este documento. 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 e, por esse motivo, não obteve nenhuma conclusão. A revisão sistemática da literatura elaborada por Mirghafourvand et al. (2019) confirma a disparidade de resultados acerca do tema, concluindo que não existe evidência suficiente para apoiar ou refutar o efeito do plano de parto na satisfação das mulheres com os seus partos.

Discussão

A satisfação com o parto representa uma sensação de bem-estar com o nascimento e resulta de um senso de participação e controlo, do cumprimento das expectativas e do sentimento de empoderamento, confiança e apoio (White-Corey, 2013; Méndez et al., 2017). A maioria das publicações analisadas evidenciaram que as mulheres que adotaram planos de parto relataram maior satisfação com a experiência de parto. Os motivos identificados 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 (Kuo et al., 2010; Farahat et al., 2015; Mei et al., 2016; Anderson et al., 2017; Medeiros et al. 2019, Alba-Rodríguez, 2022). Estes resultados estão de acordo com o estudo de Sánchez-García et al. (2020) que afirma que a autoaprendizagem, a verbalização e cumprimento das expectativas, o sentimento de estar envolvida, de poder decidir e de manter o controlo sobre o parto, aspetos promovidos pelo plano de parto, relacionam-se positivamente com a satisfação das mulheres com todo o processo. O plano de parto é reconhecido pela OMS (2018) como uma ferramenta para uma experiência de parto positiva, contribuindo para o empoderamento e satisfação das mulheres.

Apesar da maioria dos estudos indicarem maior satisfação com a experiência parturitiva entre as mulheres que construíram planos de parto, um estudo obteve resultados contrários, relatando menos intervenções obstétricas nestas mulheres, mas também menor satisfação com a experiência de parto (Afshar et al., 2017). Não foram exploradas as razões para este facto, o que constitui uma limitação do estudo, porém os autores propõem a presença de expectativas elevadas como uma hipótese. Alguns estudos têm demonstrado preocupações com este facto. Aragon et al. (2013) relata que, apesar das mulheres reconhecerem as vantagens do plano de parto, muitas temem a sua utilização pela possibilidade de criarem expectativas que possam não ser cumpridas, provocando uma falsa sensação de controlo e conseqüente insatisfação. Pinheiro & Sardo (2020) 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 equipas de saúde, são fatores que mais influenciam negativamente a experiência do parto.

A qualidade dos cuidados recebidos pela mulher durante o processo de parto influencia a formação de sentimentos e opiniões sobre a sua experiência (Cardoso et al., 2019). As lembranças positivas e negativas das mulheres sobre o momento do parto estão mais relacionadas com o poder de decisão e controlo, do que com intervenções específicas necessárias durante o trabalho de parto (Ahmadpour et al., 2020). Neste sentido, não só é necessário que os EESMO, durante a elaboração dos planos de parto, preparem as mulheres para a natureza imprevisível deste acontecimento e para a necessidade de se manterem flexíveis à mudança (Silva & Lopes, 2020) como, durante a sua implementação nas salas de parto, garantam a participação ativa das mulheres através da negociação contínua e diálogo construtivo (Cook & Loomis, 2012). Mei et al. (2016) afirma que a presença de expectativas irrealistas ou a impossibilidade de cumprir alguma solicitação podem ser ultrapassadas através da comunicação proativa com as mulheres. Silva & Lopes (2020) corroboram, demonstrando 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. Quando ocorrem mudanças ao planeado no plano de parto, o sentimento de controlo que a mulher possui sobre essas mudanças é tão importante como a mudança em si (Cook & Lommis, 2012).

Conclusões

A maioria das publicações analisadas demonstraram que a utilização do plano de parto influencia positivamente a satisfação das mulheres com a sua experiência de parto, contudo a presença de expectativas irrealistas e pedidos desinformados tornam o plano de parto vulnerável. Deste modo, o EESMO desempenha um papel fulcral para uma experiência de parto positiva, já que é da sua responsabilidade apoiar a construção de planos de parto coerentes com a condição materna e com as práticas da instituição escolhida, bem como assegurar o seu cumprimento nas salas da maternidade, estabelecendo o diálogo e promovendo o envolvimento das mulheres mesmo perante situações inesperadas.

Os planos de parto são ferramentas educacionais e comunicacionais de baixo custo, que promovem o empoderamento feminino, a tomada de decisão, a partilha de preferências e a comunicação com os profissionais de saúde, elementos essenciais para uma experiência de parto satisfatória. Embora os seus benefícios sejam amplamente conhecidos, sendo recomendado pelas maiores instituições da área da saúde, a implementação do plano de parto contínua envolta em controvérsias devido ao paternalismo dos profissionais e das instituições de saúde.

Com a realização desta *scoping review*, procurou-se conhecer a influência do plano de parto na satisfação da mulher com a sua experiência de parto. Dadas as evidências que suportam o plano de parto como uma ferramenta promotora de uma experiência de parto

positiva e, considerando a importância da adoção de práticas baseadas na evidência científica pelo EESMO, torna-se indispensável a sua promoção, validação e respeito nas instituições de saúde. É necessário desenvolverem-se mais estudos sobre a temática, nomeadamente em Portugal, uma vez que os artigos analisados são referentes a outros países e o apoio legal para a sua implementação nas instituições de saúde é recente, remetendo-se a setembro de 2019.

Referências bibliográficas

- Afshar, Y., Mei, J., Gregory, K., Killpatrick, S., & Esakoff, T. (2017). Birth plans – Impact on mode of delivery, obstetrical interventions and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *BIRTH Issues in Perinatal Care*, 45, 43-49. <http://doi.org/10.1111/birt.12320>
- Ahmadpour, P., Mosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergente mixed study. *Reproductive Health*, 17(138), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00989-6>
- Alba-Rodríguez, R., Coronado-Carvajal, M., & Hidalgo-Laperoza, P. (2022). The Birth Plan Experience – A Pilot Qualitative Study in Southern Spain. *Healthcare*, 10(1), p. 1-8. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010095>
- Anderson, C., Monardo, R., Soon, R., Lum, J., Tschann, M., & Kaneshiro, B. (2017). Patient Communication, Satisfaction and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 76(11), 305-309. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29164014/>
- Aragon, M., Chhoa, E., Dayam, R., Kluffinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. (2013). Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 979-985. [http://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30785-4](http://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30785-4)
- Cardoso, G. V., Silva, R. C., Reis, R. P., Rodrigues, T. M., & Bezerra, D. G. (2019). Plano de parto e nascimento: Benefícios ao binómio mãe-bebé. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 25(3), 54-60. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190206_202208.pdf
- Cook, K., & Lommis, C. The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>

- Farahat, A., Mohamed, H., Elkader, S., & El-Nemer, A. (2015). Effect of Implementing a Birth Plan on Womens Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Practice*, 6(6), 24-31. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1083654.pdf>
- Jolles, M., Vries, M., Hollander, M., & Dillen, J. (2019). Prevalence, characteristics and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *BIRTH Issues in Perinatal Care*, 46, 686-692. <http://doi.org/10.1111/birt.12451>
- Kuo, S., Lin, K., Hsu, C., Yang, C., Chang, M., Tsao, C., & Lin, L. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. *Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012>
- Lei n.º 110/2019 (2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 172 de 09-09-2019), 94-101. <https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre/pt/html>
- Medeiros, R. M., Figueiredo, G., Correa, A. C., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
- Mei, J., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2016). Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *BIRTH Issues in Perinatal Care*, 43(2), 144-150. <http://doi.org/10.1111/birt.12226>
- Méndez, F. S., Ferrer, L. T., Muñoz, M. M., Gómez, J. A., & Jaime, A. A. (2017). El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, (26), 207-215. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2012). *Parecer N.º7/2012. Plano de parto*. Ordem dos Enfermeiros
- 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*. Ordem dos Enfermeiros
- Mirghafourvand, M., Charandabi, S. M., Ghanbari-Homayi, S., Jahangiry, L., Nahae, J., & Hadian, T. (2019). Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. *International Journal Nursing Practice*, 25, 1-9. <http://doi.org/10.1111/ijn.12722>

- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Organização Mundial de Saúde
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Organização Mundial de Saúde
- Peters, M. J. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Review. In: Aromataris E., Munn, Z. (Eds). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Pinheiro, A., & Sardo, D. (2020). Plan de Nascimento: Uma mirada de los profesionales de la Salud en Portugal. *Revista ROL de enfermería*, 43(1), 24-31. <http://hdl.handle.net/10400.26/31329>
- Sánchez-García, M. J., Martínez-Rojo, F., Galdo-Castiñeiras, J. A., Echevarría-Pérez, P., & Morales-Moreno, I. (2020). Social perceptions and bioethical implications of birth plans: A qualitative study. *Clinical Ethics*, 0(0), 1-9. <http://doi.org/10.1177/1477750920971798>
- Santos, F. S., Souza, P. A., Lansky, S., Oliveira, B. J., Matozinhos, F. P., Abreu, A. L., Souza, K. V., & Pena, E. D. (2019). Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(6), 1-11. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00143718>
- Silva, T. M., & Lopes, M. I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1-8. <http://doi.org/10.12707/RIV19095>
- White-Corey, S. (2013). Birth plans: Tickets to the or? *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 38(5), 268-273. <http://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31829a399d>

APÊNDICE II – FERRAMENTA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Título da revisão:

A influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto: uma *scoping review*

Questão da revisão:

Qual a influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto?

Critérios de inclusão:

População (P): Todas as mulheres que tenham vivenciado um parto, sem complicações obstétricas, e independentemente da sua idade.

Conceito (C): O plano de parto como influenciador da satisfação da mulher

Contexto (C): Trabalho de parto ou parto.

Detalhes do estudo e extração de dados:

Título:

Autores:

Ano de publicação:

País de origem:

Idioma:

Tipo de estudo:

Objetivos:

Metodologia:

- População do estudo e tamanho da amostra:
- Contexto:

Resultados do estudo:

Conclusões dos autores:

Limitações do estudo:

Resposta à questão da revisão:

- Influencia positivamente
- Influencia negativamente
- Não foi demonstrada influência
- Não se obteve resposta

APÊNDICE III – QUADRO DE APRESENTAÇÃO DE DADOS

Título Autores	Ano, País, Idioma	Tipo de estudo	Objetivos	Amostra	Resultados
The Birth Plan Experience – A Pilot Qualitative Study in Southern Spain Alba-Rodriguez, R., Coronado-Carvajal, M., Hidalgo-Lopezosa, P.	2022, Espanha, Inglês	Estudo qualitativo com desenho fenomenológico	Determinar o impacto da apresentação de um plano de parto na experiência pessoal das mulheres no domínio das suas expectativas e satisfação	Mulheres que apresentaram planos de parto e cujos partos ocorreram num Hospital terciário do Sistema Único de Saúde da Andaluzia três meses antes do estudo (n=7)	<ul style="list-style-type: none"> - O plano de parto proporciona à mulher maior conhecimento sobre o parto e ajuda-a a expressar os seus desejos. - É considerado uma excelente ferramenta de comunicação com a equipa de saúde. - As mulheres expressaram a sua satisfação com a utilização do plano de parto e com a experiência de parto e valorizaram positivamente o facto da equipa de saúde interessar-se pelas suas expectativas e desejos.
Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands Jolles, M., Vries,	2019, Holanda, Inglês	Estudo retrospectivo	Avaliar o uso dos planos de partos na Holanda.	Mulheres com idade gestacional \geq a 34 semanas que realizaram os seus partos no Amalia Children's Hospital Radboudumc (n=1159): Mulheres com plano de	<ul style="list-style-type: none"> - A satisfação com o parto foi elevada nos dois grupos de mulheres (90% com pontuação \geq8 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)

<p>M., Hollander, M., Dillen, J.</p>				<p>parto (n=402); Mulheres sem plano de parto (n=757).</p>	<p>respetivamente).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 não instrumentalizado e, quando este desejo se concretizou, sentiram-se mais satisfeitas.
<p>Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review</p> <p>Mirghafourvand, M.; Charandabi, S., Homayi, S., Jahangiry, L., Hadian, T.</p>	<p>2019, Azerbaijão, Inglês</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p>	<p>Avaliar se a existência de planos de parto em comparação com os cuidados padrão ou de rotina afetam o nascimento e a satisfação da mulher com a sua experiência de trabalho de parto e parto.</p>	<p>3 ensaios clínicos RCT's nos idiomas inglês e persa que compararam a abordagem usando planos de parto com a abordagem de rotina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os resultados de dois estudos – Kuo et al. (2010) e Farahat et al. (2015) – demonstraram o impacto positivo do plano de parto na experiência do parto. - O estudo de Lundgren et al. (2003) não demonstrou diferenças significativas nas experiências de parto entre mulheres com plano de parto e sem plano de parto. - Não há evidência suficiente para apoiar ou refutar que o plano de parto pode melhorar a experiência e satisfação com o parto: existem estudos que afirmam que os planos de

					parto criam uma falsa sensação de controlo e não permitem lidar com situações imprevisíveis, enquanto outros estudos afirmam que as mulheres com plano de parto têm expectativas mais realistas e sentem-se mais relaxadas durante o parto.
<p>Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição</p> <p>Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, A., Barbieri, M.</p>	<p>2019, Brasil, Português</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Analisar as repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição a partir da produção científica nacional e internacional.</p>	<p>13 artigos publicados nos idiomas inglês, espanhol e português</p>	<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 parturição.</p> <p>- A realização do plano de parto estimulou o diálogo com os cuidadores, criou oportunidade para as mulheres exporem as suas preferências e facilitou a gestão de ansiedades, proporcionando maior confiança, sensação de controlo e satisfação durante o parto.</p> <p>- Expectativas irrealistas e solicitações desnecessárias podem causar frustração, gerar conflitos com as</p>

					<p>equipas de saúde e influenciar negativamente a experiência do parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicos/ enfermeiros obstetras que não cumpram o plano de parto também potencializam sentimentos de insatisfação com esta experiência. - Quando existe diálogo e um plano de parto flexível observa-se que, mesmo quando as preferências das mulheres não são totalmente atendidas, estas mantêm os níveis de satisfação com o parto elevados.
<p>Birth plans— Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study</p> <p>Afshar, Y., Mei,</p>	<p>2017, Estados Unidos da América, Inglês</p>	<p>Estudo de coorte prospectivo</p>	<p>Examinar se a existência de um plano de parto está relacionada com o tipo de parto, intervenções obstétricas e satisfação da mulher com a experiência de parto.</p>	<p>Grávidas internadas num Hospital Urbano de Los Angeles com idade gestacional > 34 semanas, apresentação cefálica e parto vaginal planejado (n=300): Mulheres com plano de parto (n=143); Mulheres sem plano de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mulheres com plano de parto registaram menos intervenções obstétricas, porém sentiram-se menos satisfeitas com a experiência de parto comparativamente às mulheres sem plano de parto. Apesar dos questionários aplicados não permitirem obter dados qualitativos acerca dos motivos desta insatisfação, as principais razões apontadas centram-se com expectativas elevadas e com a diminuição do controlo na experiência

<p>J., Gregory, K., Kilpatrick, S., Esakoff, T.</p>				<p>parto (n=157).</p>	<p>de parto.</p>
<p>Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan</p> <p>Anderson, CM., Monardo, R., Soon, R.; Lum, J., Tschann, M., Kaneshiro, B.</p>	<p>2017, Estados Unidos da América, Inglês</p>	<p>Estudo experimental</p>	<p>Determinar se o uso de um plano de parto padronizado está associado a uma experiência de parto positiva.</p>	<p>Mulheres com idade gestacional > 24 semanas, com um parto vaginal desejado, que falassem inglês (para preencherem o plano de parto padronizado) acompanhadas no Kapi'olani Medical Center Women's Outpatient Clinic (n=81)</p>	<p>- Ocorreu um aumento da satisfação, comunicação e confiança depois do parto, sugerindo uma experiência de parto positiva.</p> <p>- Embora a comparação das pontuações antes e depois do parto tenha revelado aumentos significativos, estes foram modestos.</p> <p>- A maioria das mulheres (84%) referiram que numa próxima gravidez tencionavam criar um plano de parto novamente.</p>
<p>Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction</p> <p>Mei, J., Afshar, A., Gregory, K.,</p>	<p>2016, Estados Unidos da América, Inglês</p>	<p>Estudo de coorte prospectivo</p>	<p>Caracterizar os pedidos individuais dos planos de parto, analisar se estes foram honrados e determinar se o número total de</p>	<p>Mulheres com gravidez única, idade gestacional > 34 semanas, apresentação cefálica, que pretendiam parto vaginal e que tinham</p>	<p>- O preenchimento do plano de parto teve um impacto positivo na satisfação com a experiência do parto.</p> <p>- Quanto maior o número de pedidos respeitados, maior a satisfação geral relativa ao parto, melhor a experiência de parto e maior o sentido de controlo.</p>

<p>kilpatrick, S., Esakoff, T.</p>			<p>solicitações e o seu cumprimento influenciam a satisfação com a experiência de parto.</p>	<p>um plano de parto, acompanhadas num grande Centro Médico Terciário Urbano (n=302)</p>	<p>- Dado que o número e tipo de solicitações no plano de parto afetam a satisfação da mulher com a experiência de parto, a comunicação proativa com as mulheres pode facilitar e ajudar neste processo.</p> <p>- Um número elevado de solicitações (mais de 15) reduziu significativamente a satisfação geral com a experiência de parto. Pode ser útil a criação e estabelecimento de um plano de parto padronizado para todas as instituições.</p>
<p>Effect of Implementing a Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes</p> <p>Farahat, A., Mohamed, H.,</p>	<p>2015, Egipto, Inglês</p>	<p>Estudo quasi-experimental</p>	<p>Implementar um plano de parto e avaliar o seu efeito nas experiências de parto das mulheres e nos resultados maternos e neonatais.</p>	<p>Primíparas com idade \geq 18 anos, idade gestacional de 36-42 semanas, sem complicações obstétricas acompanhadas no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Mansoura University Hospital (n=260):</p>	<p>- O grupo de mulheres com plano de parto teve maior média de satisfação e experiência positiva de parto do que o grupo de mulheres sem plano de parto.</p> <p>- Os principais motivos de satisfação foram a comunicação com a equipa e o suporte e respeito durante o parto.</p> <p>- O grupo de mulheres com plano de parto utilizou diferentes formas de alívio de dor o que melhorou o resultado do trabalho de parto e consequentemente aumentou a</p>

<p>Elkader, S., El-Nemer, A.</p>				<p>Mulheres com plano de parto (n=130); Mulheres sem plano de parto (n=130).</p>	<p>satisfação da mulher com a experiência.</p>
<p>Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomized controlled trial</p> <p>Kuo, S., Lin, KC., Hsu, C., Yang, CC., Chang, MY., Tsao, CM., Lin, LC.</p>	<p>2010, Taiwan, Inglês</p>	<p>Estudo clínico randomizado controlado</p>	<p>Avaliar os efeitos dos planos de parto sobre o cumprimento das expectativas das mulheres, o seu controlo durante o processo de parto e a experiência geral.</p>	<p>Primíparas com idade \geq 18 anos, idade gestacional \geq 32 semanas, sem complicações obstétricas, acompanhadas em sete hospitais de Taiwan (n=296): Mulheres com plano de parto (n=155); Mulheres sem plano de parto (n=141).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mulheres com plano de parto relataram experiências de parto mais positivas do que mulheres sem plano de parto; - Mulheres com plano de parto sentiram maior controlo sobre o parto, apresentando maior satisfação com a experiência; - Mulheres com plano de parto demonstraram mais conhecimentos sobre os cuidados obstétricos envolvendo-se nas tomadas de decisão. - Se alguma expectativa da mulher não for atendida durante o trabalho de parto, o apoio do enfermeiro ajuda a tornar a experiência positiva e satisfatória.

APÊNDICE IV – RAZÕES PARA EXCLUSÃO DE ARTIGOS

Estudos inelegíveis

Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Kluftinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. (2013). Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 979–985

Razão para exclusão: Relacionado com o conceito, mas não avaliou a influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto.

Brown, S., & Lumley, J. (1998). Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference? *Health Expectations*, 1, 106-116.

Razão para exclusão: Não respeita critério temporal.

Divall, B., Spiby, H., Nolan, M., & Slade, P. (2017). Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery*, 54, 9-34.

Razão para exclusão: Relacionado com o conceito, mas não avaliou a influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto.

Gulbrandsen, P., Aarseth, J., Aaby, E., & Valdal, A. (2004). A birth plan--effects and evaluation. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 124(23), 3055-3057.

Razão para exclusão: Não respeita critério temporal.

López-Toribio, M.; Bravo, P., & Llupià, A. (2021). Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(631), 1-12.

Razão para exclusão: Relacionado com o conceito, mas não avaliou a influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto.

Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Journal of Midwifery & Womens Health*, 8(5),322-328.

Razão para exclusão: Não respeita critério temporal.

Suárez-Cortés, M., Barranco-Armero, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-526.

Razão para exclusão: Relacionado com o conceito, mas não avaliou a influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto.

Trigueiro, T., Pardo, H., Berteloni, G., Franco, C., Wall, M., & Souza, S. (2021). O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. *Revista Mineira de Enfermagem*, 25, 1-9.

Razão para exclusão: Não respeita o contexto.

APÊNDICE V – *POSTER* DE DIVULGAÇÃO DO PROJETO

O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na implementação do Plano de Parto

12º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Professora Regente/Orientadora:

Prof.ª Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos

Discente:

Ana Rita Garrett N.º. 4465

Divulgação do Projeto do Estágio com Relatório

Objetivo geral:

Desenvolver uma metodologia de cuidados de enfermagem especializados às grávidas/parturientes promovendo o plano de parto.



Enquadramento teórico:

O que é o plano de parto?



É um documento escrito elaborado pela grávida/casal que detalha as suas preferências e expectativas sobre aos cuidados que gostariam de receber durante o parto.

A elaboração do plano de parto deve ser efetuada com o apoio de um EESMO para que a grávida/casal construa expectativas reais e conheça as opções disponíveis na instituição escolhida para o parto. Depois de elaborado, este documento deve ser partilhado com a equipa da maternidade, possibilitando decisões compartilhadas.

(Medeiros et al., 2019; MCEESMO, 2019)

Ferramenta educacional de preparação para o parto

Promove a comunicação com os profissionais de saúde

Promove a reflexão e a tomada de decisão informada

Ferramenta estratégica para a melhoria da assistência obstétrica

(Cardoso et al., 2019; Pinheiro & Sardo, 2020; Silva & Lopes, 2020)

Pertinência do tema:

Os planos de parto continuam a ser alvo de controvérsias e a induzir atritos entre profissionais de saúde e mulheres/casais, em vez de cumprir o propósito de promover a comunicação e um parto positivo.

(Silva & Lopes, 2020)

Um estudo realizado em Portugal concluiu que a utilização do plano de parto nas maternidades é uma prática incipiente, pouco reconhecida e pouco promovida.

(Pinheiro & Sardo, 2020)

A Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro de 2019 reconheceu o plano de parto como um direito da mulher grávida/casal que deve ser respeitado e assegurado por todas as unidades de saúde que lhe prestem cuidados.

Plano de trabalho:

Objetivos específicos

- Compreender a influência do plano de parto na satisfação das mulheres com o seu trabalho de parto e parto.
- Despertar as equipas de enfermagem para a importância da construção e consulta do plano de parto na prestação de cuidados a grávidas/parturientes.
- Conhecer a perceção de mulheres sobre o plano de parto e respetiva experiência de utilização na maternidade onde decorrerá o estágio.

Atividades planeadas

- Elaborar uma revisão da literatura, nomeadamente uma *scoping review* sobre o tema.
- Elaborar uma sessão formativa/poster destinados às equipas de enfermagem dos vários contextos clínicos sobre o Projeto de Estágio.
- Aplicar questionários a puérperas sobre o plano de parto durante o período de estágio da investigadora na maternidade.



Contacto agarrett@campus.esel.pt



Referências bibliográficas



APÊNDICE VI – FOLHETO DE DIVULGAÇÃO DO PLANO DE PARTO

QUAIS AS VANTAGENS DO PLANO DE PARTO?

- Proporciona à grávida/casal um conjunto de conhecimentos sobre o parto e pós-parto, procedimentos, e opções disponíveis na maternidade, alinhadas com as mais recentes recomendações.
- Estimula o diálogo construtivo e a participação ativa da grávida/casal na tomada de decisão sobre o parto e pós-parto.
- Sensibiliza a grávida/casal para o carácter imprevisível do parto, pós-parto e parentalidade.



Imagem retirada de: <https://www.institutovillani.com.br/plano-de-parto/>

Rua Andrade Corvo 10A
2610-020 Amadora

(+351) 214 725 530

usf.aguaslivres@arslvt.min-saude.pt



Elaborado por: Enf.ª Ana Rita Garrett
Discente do 12º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Sob orientação da Prof.ª Dr.ª Maria Anabela dos Santos e Orientadora Clínica
Enf.ª ESMO Sara Oliveira



PLANO DE PARTO

Ou Plano de Nascimento

O QUE É O PLANO DE PARTO?

O plano de parto é um documento escrito elaborado pela grávida/casal, que detalha as suas preferências e expectativas em relação ao parto, pós-parto e parentalidade de acordo com os seus valores e crenças.

QUANDO ELABORAR? POSSO

Podem ser realizados desde as 28 semanas de gestação até ao momento do parto, sempre com apoio de um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

→ **PERMITE PREPARAR PARA O PARTO, ESCLARECER DÚVIDAS E CLARIFICAR MEDOS.**



QUE ESCOLHAS POSSO TOMAR?

- Pessoa que quero presente.
- Ambiente calmo e luz suave.
- Musicoterapia.
- Início espontâneo de contrações.
- Liberdade de movimentos.
- Monitorização fetal intermitente.
- Métodos para alívio da dor.
- Respeitar tempos de nascimento.
- Contacto pele-a-pele com o bebé.
- Corte tardio do cordão umbilical.
- Cuidados de higiene ao bebé depois de 24 horas de vida.
- Pedido de consentimento para todos os procedimentos.

Exemplos de alguns tópicos que podem estar presentes no seu plano de parto.

→ **DEVE SER UM DOCUMENTO CLARO E OBJETIVO.**

→ **DEPOIS DE ELABORADO, O PLANO DE PARTO DEVE SER PARTILHADO COM A EQUIPA DA MATERNIDADE.**

O QUE PODE LEVAR A UM AJUSTAMENTO DO PLANO DE PARTO?

O trabalho de parto e parto são acontecimentos imprevisíveis. Durante estes processos fisiológicos, podem surgir situações complexas que exijam mudanças no plano de parto inicial.

→ **DEVEM MANTER UMA ATITUDE FLEXÍVEL.**

→ **O PLANO DE PARTO DEVE CONTER EXPECTATIVAS REALISTAS.**




Imagem retirada de: <http://www.esteapositivo.com.br/gravidez/7-aves-trabalho-de-parto/>

ANEXOS

ANEXO I – PUBLICAÇÃO DA *SCOPING REVIEW* NA REVISTA

A influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto: uma scoping review

 Ana Rita Dias Garrett¹

 The influence of birth plan on women's satisfaction with their labor and childbirth: a scoping review

 M^ª Anabela F. dos Santos²

La influencia del plan de parto en la satisfacción de las mujeres con el trabajo de parto y el parto: una scoping review

DOI: <https://doi.org/10.53795/rapeo.v21.2021.15>

Resumo

O plano de parto é um documento escrito elaborado pela grávida e/ou casal que expressa as suas preferências relativas ao parto. A investigação tem demonstrado que promove a educação, o empoderamento feminino e a participação ativa e efetiva das mulheres nos seus partos, contribuindo para uma experiência de parto positiva e satisfatória. Embora seja amplamente reconhecido, a implementação do plano de parto continua a ser controversa, verificando-se incoerências na literatura e resistência pelas instituições de saúde.

Objetivo: Mapear a evidência disponível acerca da influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto.

Método: Esta scoping review foi desenvolvida segundo a metodologia da Joanna Briggs Institute (JBI). A pesquisa foi realizada em maio de 2021 e atualizada em julho de 2021, recorrendo às bases de dados CINALH e MEDLINE e a literatura cinzenta.

Resultados: Foram incluídos oito artigos relevantes que cumpriram os critérios de inclusão. A maioria (n=5) concluíram que a utilização do plano de parto influencia positivamente a satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto.

Conclusão: Dadas as evidências que suportam o plano de parto como uma estratégia promotora de uma experiência de parto mais positiva e satisfatória, torna-se indispensável a sua promoção pelo EESMO. Produzir mais conhecimentos sobre o plano de parto pode contribuir para a implementação de modelos de assistência que privilegiem experiências de parto positivas e humanizadas.

Palavras-chave: Plano de parto; Satisfação; Mulheres; Trabalho de parto; Parto

Abstract: The birth plan is a written document prepared by the pregnant woman and/or the couple that expresses their preferences regarding the birth. Research has shown that it promotes education, female empowerment and the active and effective participation of women in their births, contributing to a positive and satisfying birth experience. Although it is widely recognized, the implementation of the birth plan remains controversial, with inconsistencies in the literature and resistance from health institutions.

Objective: Map the available evidence about the influence of the birth plan on the woman's satisfaction with her labor and childbirth.

Method: This scoping review was developed according to the methodology of the Joanna Briggs Institute (JBI). The search was carried out in May 2021 and updated in July 2021, using the CINALH and MEDLINE databases and the grey literature.

Results: Eight relevant articles that met the inclusion criteria were included. The majority (n=5) concluded that the use of the birth plan positively influences women's satisfaction with their labor and childbirth.

Conclusion: Given the evidence that supports the birth plan as a strategy that promotes a more positive and satisfying birth experience, its promotion by the midwife is essential. Producing more knowledge about the birth plan can contribute to the implementation of care models that favour positive and humanized childbirth experiences.

Keywords: Birth plan; Satisfaction; Women; Labor

Obstetric; Childbirth.

¹ Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – ESEL; Enfermeira no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

² PhD, Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução

Ao longo da história da humanidade, o parto foi concebido como um processo natural e fisiológico que decorria em ambientes íntimos e familiares ⁽¹⁾. A partir da segunda metade do século XX, com o desenvolvimento exponencial da ciência e tecnologia, o parto passou a ser entendido como um evento que necessitava de atenção médica especializada ⁽²⁾. A relação entre a institucionalização do parto no ambiente hospitalar e a diminuição da taxa de mortalidade materna e neonatal promoveram a implementação de um conjunto de práticas que privaram as mulheres do seu papel ativo nesta experiência de vida única e irrepetível que é o parto ⁽²⁾. Este cenário, ainda predominante atualmente, desapropria as mulheres dos seus saberes, retira-lhes o controlo e inviabiliza o exercício da sua autonomia ⁽³⁾.

Com o intuito de contrariar esta sensação de perda de protagonismo pelas mulheres durante os seus partos surgiu, em 1980, pelos defensores do parto normal, nomeadamente por Sheila Kitzinger, o plano de parto ^(4,4). Posteriormente, várias instituições internacionais vieram reconhecer a sua importância. Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁽⁵⁾, recomendou o plano de parto como uma “Boa Prática de Atenção ao Parto e Nascimento”, procurando humanizar os cuidados obstétricos por todo o mundo. Também o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (AGOG) estabeleceu a importância do plano de parto para melhorar a comunicação entre mulheres e profissionais de saúde e, conseqüentemente, aumentar a satisfação da mulher com a sua experiência de parto ⁽²⁾. Em Portugal, apenas em 2012, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) ⁽⁶⁾ emitiu um parecer reconhecendo a importância do plano de parto. O apoio legal necessário para a sua implementação nas maternidades portuguesas, surgiu recentemente, nomeadamente em setembro de 2019, com a Lei n.º 110/2019 ⁽⁷⁾, tornando-se um direito de todas as grávidas, que deve ser assegurado por todas as instituições de saúde que lhes prestem cuidados.

O plano de parto é um documento escrito, de carácter legal, onde as grávidas expressam antecipadamente as suas expectativas e preferências referentes à pessoa de apoio que apreciariam ter presente durante todo o processo e aos cuidados que gostariam de receber durante o trabalho de parto e parto, considerando os seus valores, desejos e necessidades individuais ⁽³⁾. É elaborado depois da mulher e/ou casal receberem informações adequadas e segundo a melhor evidência científica ⁽²⁾. De forma a apresentar expectativas

positivas e reais deve ser construído, preferencialmente, com o apoio de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) que conheça as opções disponíveis e as práticas desenvolvidas na instituição escolhida para o parto ⁽³⁾. Caso não seja possível, o plano de parto deve ser apresentado à equipa da maternidade, possibilitando decisões compartilhadas com os envolvidos nos cuidados à parturiente ⁽³⁾.

Alicerçado no respeito ao princípio bioético da autonomia, o plano de parto aumenta o controlo das mulheres sobre o processo de parturição, visto que é um instrumento que permite a preparação para o parto e a desmistificação de medos e dúvidas, além de promover um processo de reflexão e de tomada de decisão ^(4,2). Por se tratar de uma ferramenta educacional que estimula a discussão e a obtenção de informações, a sua realização proporciona maior confiança, contribuindo para o empoderamento feminino e para o aumento do protagonismo das mulheres nos seus partos ⁽³⁾. Além disso, é também um excelente meio para melhorar a comunicação com os profissionais de saúde ⁽⁹⁾. Todos estes aspetos são fundamentais para uma experiência de parto satisfatória ⁽⁴⁾.

A satisfação com o parto está relacionada com o cumprimento das expectativas manifestadas no plano de parto ⁽³⁾. Quanto maior o cumprimento das preferências declaradas pela grávida, maior a sua satisfação com o parto ⁽⁴⁾. A existência de expectativas irracionais e pedidos desinformados torna o plano de parto vulnerável e aumenta a resistência dos profissionais de saúde relativamente à sua utilização ⁽¹⁰⁾. Para melhorar o seu grau de cumprimento é fundamental que as mulheres não criem expectativas irrealistas, considerem as suas possibilidades a partir dos recursos existentes na maternidade escolhida e reconheçam a natureza imprevisível do parto, de forma a estarem flexíveis a mudanças nos seus desejos, caso seja necessário ⁽³⁾. Mesmo quando as preferências documentadas não são completamente satisfeitas, as mulheres tendem a manter uma perceção positiva sobre o uso do plano de parto, devido à possibilidade de conversar abertamente sobre o trabalho de parto e pelas suas considerações serem tidas em conta ⁽³⁾. Vários estudos reforçam a ideia de que ignorar o plano de parto de uma mulher em trabalho de parto não só gera uma experiência muito negativa, como desencadeia com facilidade a perda de autocontrolo neste processo e a perda de confiança na equipa obstétrica ^(2,4).

Um estudo realizado em Portugal afirma que, apesar dos profissionais de saúde reconhecerem os benefícios do plano de parto para todos os intervenientes, a sua implementação não é respeitada na maioria das maternidades por motivos institucionais e

profissionais ⁽²⁾. Esta relutância das equipas e organizações deve-se, sobretudo, a questões de paternalismo perante a autonomia da mulher ⁽⁴⁾. Os planos de parto continuam a ser alvo de controvérsias e a induzir fricção entre profissionais de saúde e mulheres, em vez de cumprir o propósito de promover a comunicação e um parto positivo ⁽⁴⁾.

A relevância desta investigação consiste em diminuir as contestações e resistência em torno do plano de parto, a partir da evidência científica encontrada sobre a influência deste instrumento na satisfação da mulher com a sua experiência de parto. Atendendo à sua filosofia de cuidados, o EEESMO é o profissional de excelência para implementar o plano de parto através da divulgação e promoção da sua construção, durante o período pré-natal, e através da sua aplicação nas maternidades. Para experiências de parto positivas é necessário mudar o paradigma atual dos cuidados obstétricos portugueses ^(2,4), sendo a investigação sobre o tema fundamental para alicerçar a prática clínica.

Método

De acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI) ⁽¹¹⁾ para uma *Scoping Review*, foi efetuada uma revisão da literatura com o objetivo de mapear a evidência disponível acerca da influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto. A questão de investigação foi formulada atendendo à mnemónica PCC (População, Conceitos, Contexto): “Qual a influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto?”. Os critérios de inclusão para os participantes, conceitos e contexto foram definidos considerando o objetivo. Tipos de participantes: mulheres, sem complicações obstétricas, que tenham vivenciado um parto, independentemente da sua idade. Conceitos: o plano de parto como influenciador da satisfação das mulheres. Contexto: trabalho de parto e parto. Tipo de fontes de informação: artigos de natureza quantitativa e qualitativa, bem como revisões de literatura que cumpram os critérios de inclusão.

A estratégia de pesquisa pretendeu encontrar artigos publicados e não publicados em português, inglês e espanhol, nos últimos 10 anos, que abordem a influência do plano de parto na satisfação das mulheres com o seu trabalho de parto e parto. A pesquisa definitiva foi realizada entre 20 e 21 de julho de 2021. De forma a cumprir todo o rigor metodológico definido pelo JBI ⁽¹¹⁾, a estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas.

Na primeira etapa foi efetuada uma pesquisa limitada às bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, através da plataforma *EBSCOhost*, tendo por base as palavras-chave extraídas dos termos naturais da questão. Seguiu-se uma análise das palavras utilizadas nos títulos e resumos, e a identificação dos termos de indexação de cada base de dados. De modo a organizar a pesquisa foi elaborada a tabela 1 referente às palavras-chave e termos identificados.

Tabela 1 - Tabela de pesquisa referente aos termos naturais e termos indexantes CINAHL e MEDLINE

Palavras-chave	Termos naturais	Termos indexantes CINAHL	Termos indexantes MEDLINE
Plano de parto	<i>Birth plan</i>	-	-
Satisfação	<i>Satisfaction</i>	<i>Personal Satisfaction</i>	<i>Personal Satisfaction</i>
Mulheres	<i>Women</i>	<i>Women</i>	<i>Women</i>
Trabalho de parto	<i>Labor Obstetric</i>	<i>Labor</i>	<i>Labor Obstetric</i>
Parto	<i>Childbirth</i>	<i>Childbirth</i>	<i>Parturition</i>

Na segunda etapa foi realizada uma pesquisa extensa recorrendo a todas as palavras-chave e termos de indexação, nas duas bases de dados, separadamente. Uma vez que não foi encontrado termo de indexação para *birth plan*, foi utilizada a respetiva palavra-chave identificada no índice destas bases de dados. O processo de pesquisa foi igual tanto para a base de dados *CINAHL*, como para a base de dados *MEDLINE*. Inicialmente, procedeu-se à pesquisa dos termos naturais e dos respetivos termos indexantes, cruzando-se ambos os resultados com o operador booleano *OR*. Após esta agregação para cada termo, efetuou-se uma pesquisa associando os resultados obtidos anteriormente com o operador booleano *AND*.

Por fim, na terceira etapa, foram analisadas as referências bibliográficas de todas as publicações selecionadas para identificar fontes de informação adicionais. Efetuou-se uma pesquisa de todos os artigos publicados e não publicados presentes nas referências, incluindo-se na *scoping review* apenas os que respeitavam os critérios de inclusão.

Após a pesquisa, toda a bibliografia encontrada foi gerida pelo *software* de gestão bibliográfica *Mendeley* e removidos os duplicados. Os artigos encontrados foram analisados

por dois revisores independentes, atendendo à relevância do título e resumo. Posteriormente, os artigos selecionados foram analisados em *full-text* e aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão foram excluídos. Esta etapa foi também duplamente verificada pelos dois revisores de modo independente, sendo as divergências entre eles resolvidas por meio de discussão. Na figura 1 encontra-se representada a estratégia de pesquisa descrita e na tabela 2 os documentos selecionados.

Os dados foram extraídos dos artigos através de uma ferramenta de extração de dados construída por um dos revisores independentes, de acordo com as orientações metodológicas do JBI⁽¹⁴⁾ para este tipo de revisão. Esta ferramenta foi testada para garantir a clareza na sua utilização e o rigor nas informações obtidas. Os dados extraídos incluem detalhes específicos sobre os autores, ano de publicação, país de origem, idioma, tipo de estudo, objetivo, população e resultados relacionados com a questão de revisão. Qualquer divergência na extração de dados entre os dois revisores foi novamente resolvida por meio de discussão.

Figura 1 – Diagrama PRISMA (adaptado do PRISMA-ScR⁽¹²⁾)

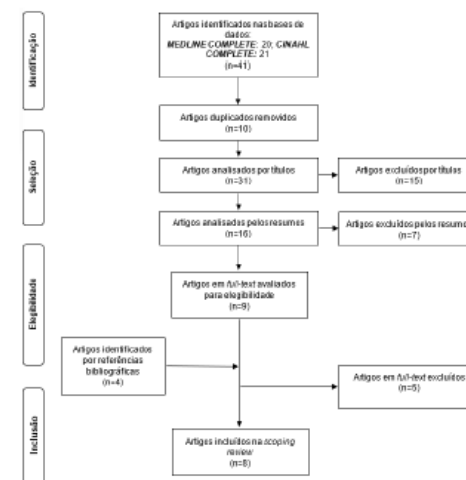


Tabela 2 - Estudos selecionados

Título	Autores	Tipo de estudo Objetivos	Ano de publicação País de origem Idioma
Birth plans - impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study	Afshar Y, Mei J, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff T.	Estudo de coorte prospetivo conduzido num hospital urbano de Los Angeles com o intuito de analisar se a presença de um plano de parto está relacionada com o tipo de parto, intervenções obstétricas e satisfação da mulher com a sua experiência de parto.	2017 Estados Unidos da América Inglês
Birth plans: what matters for birth experience satisfaction	Mei J, Afshar Y, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff, T.	Estudo de coorte prospetivo efetuado num centro médico terciário urbano com o objetivo de caracterizar os pedidos dos planos de parto, analisar se estes foram respeitados e determinar se o número total de solicitações e o seu cumprimento influenciam a satisfação com a experiência de parto.	2016 Estados Unidos da América Inglês
Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review	Mirghafourvand M, Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Hadian T.	Revisão sistemática da literatura que pretende avaliar se a utilização de planos de parto em comparação com os cuidados rotineiros, ou seja, sem planos de parto, afetam o nascimento e a satisfação da mulher com a sua experiência de trabalho de parto e parto.	2019 Azerbaijão Inglês

Effect of implementing a birth plan on womens' childbirth experiences and maternal & neonatal outcomes	Farahat A, Mohamed H, Elkader S, El-Nemer A.	Estudo quasi-experimental desenvolvido num hospital universitário com o objetivo de implementar um plano de parto e avaliar o seu efeito nas experiências de parto das mulheres e nos resultados maternos e neonatais.	2015 Egipto Inglês
Evaluation of the effects of a birth plan on taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfillment: A randomized controlled trial	Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, Lin LC.	Estudo clínico randomizado controlado conduzido em sete hospitais de Taiwan que pretende avaliar os efeitos dos planos de parto no cumprimento das expectativas das mulheres, o seu controlo durante o processo de parto e a satisfação com a experiência geral.	2010 Taiwan Inglês
Patient communication, satisfaction, and trust before and after use of a standardized birth plan	Anderson CM, Monardo R, Soon R, Lum J, Tschann M, Kaneshiro B.	Estudo experimental efetuado numa clínica ambulatória do Hawaii que deseja determinar se o uso de um plano de parto padronizado está associado a uma experiência de parto positiva.	2017 Estados Unidos da América Inglês
Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands	Jolles M, Vries M, Hollander M, Dillen, J.	Estudo retrospectivo realizado num hospital universitário holandês que pretende avaliar o uso dos planos de parto, as características das mulheres que os utilizam e os scores de satisfação com as suas experiências do parto.	2019 Holanda Inglês

Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição	Medeiros R, Figueiredo G, Correa A, Barbieri M.	Revisão integrativa da literatura que pretende analisar as repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição, incluindo na satisfação com a experiência de parto.	2019, Brasil, Português
--	---	--	-------------------------

Resultados:

Os oito artigos selecionados foram publicados em revistas internacionais entre 2010 e 2019, sendo que seis artigos foram publicados nos últimos 5 anos. Foram escritos maioritariamente em inglês, verificando-se apenas um escrito em português. Quanto à origem, os Estados Unidos da América é o país mais representado com três artigos, seguindo-se Brasil, Holanda, Azerbaijão, Taiwan e Egípto com um artigo cada. Foram consideradas duas revisões da literatura – uma revisão sistemática e uma revisão integrativa – e seis estudos com uma abordagem quantitativa, existindo três estudos observacionais, dois estudos experimentais e um estudo quasi-experimental. A população incluída consistiu em mulheres primíparas e múltiparas com idade gestacional entre as 24 e 42 semanas, sem complicações obstétricas, acompanhadas nas instituições hospitalares onde decorriam os estudos, antes da experiência de parto e após este momento. Os métodos utilizados consistiram na aplicação de questionários e de escalas de avaliação da satisfação com a experiência de parto. Metade destes estudos compararam os resultados obtidos entre o grupo de mulheres que usaram o plano de parto durante o trabalho de parto (grupo de intervenção) e o grupo de mulheres que não utilizou este instrumento (grupo de controlo).

Da análise dos 8 artigos incluídos, a maioria (n=5) concluíram que a utilização do plano de parto influencia positivamente a satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto. Os estudos de Kuo et al.⁽¹³⁾ e de Farahat et al.⁽¹⁴⁾, realizados em países distintos, dividiram as participantes pelo grupo de intervenção e pelo grupo de controlo. As mulheres do grupo de intervenção construíram planos de parto, discutiram-nos com a equipa obstétrica e receberam cuidados atendendo aos desejos manifestados neste documento, enquanto o grupo de controlo não elaborou planos de parto e recebeu cuidados de rotina. Ambos os estudos demonstraram que a satisfação com o parto era superior no grupo de intervenção, registando-se melhor comunicação, preparação e controlo neste grupo. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Mei et al.⁽¹⁵⁾ que, analisando as solicitações dos

planos de parto de um grupo de mulheres, bem como a influência destas nas suas experiências de parto, concluíram que o preenchimento do plano de parto teve um impacto positivo na satisfação das mulheres com os seus partos. O estudo de Anderson et al.⁽¹⁶⁾ adotou uma metodologia distinta, uma vez que avaliou a comunicação, satisfação e confiança de um grupo de mulheres, através de uma escala virtual analógica, antes do preenchimento dos planos de parto padronizados e depois das suas experiências de parto. Também neste estudo ocorreu um aumento destes três parâmetros após o preenchimento e utilização do plano de parto. A revisão integrativa da literatura desenvolvida por Medeiros et al.⁽³⁾ corrobora com estes quatro estudos e conclui que a construção do plano de parto influencia positivamente o parto e os desfechos materno-fetais, proporcionando maior satisfação com o processo de parturição.

Embora a utilização do plano de parto seja recomendada universalmente, este instrumento tem recebido algumas críticas devido a resultados contraditórios. O estudo de Afshar et al.⁽¹⁷⁾ que comparou os resultados entre um grupo de intervenção e um grupo de controlo quanto ao tipo de parto, procedimentos obstétricos e satisfação, concluiu que as mulheres que apresentaram planos de parto registaram menos intervenções obstétricas, porém sentiram-se menos satisfeitas com a experiência de parto comparativamente às mulheres que não recorreram a este documento. O estudo de Jolles et al.⁽¹⁸⁾ 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 e, por esse motivo, não obteve nenhuma conclusão. A revisão sistemática da literatura elaborada por Mirghafourvand et al.⁽¹⁰⁾ confirma a disparidade de resultados acerca do tema. Da análise efetuada a três estudos, dois relatam um impacto positivo do plano de parto no processo de parturição e um não demonstrou efeito significativo, concluindo que não existe evidência suficiente para apoiar ou refutar o efeito do plano de parto na satisfação das mulheres com os seus partos.

Discussão

A satisfação com o parto representa uma sensação de bem-estar com o nascimento e resulta de um senso de participação e controlo, do cumprimento das expectativas e do sentimento de empoderamento, confiança e apoio⁽¹⁹⁾. A maioria das publicações analisadas evidenciaram que as mulheres que adotaram planos de parto relataram maior satisfação com

a experiência de parto. Os principais motivos identificados 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^(3,13,14,15,16). Estes resultados estão de acordo com o estudo recente de Sánchez-García et al.⁽⁴⁾ que concluiu que a autoaprendizagem, a verbalização, o cumprimento das expectativas, o sentimento de estar envolvida, de poder decidir e de manter o controlo sobre o parto, aspetos promovidos pelo plano de parto, relacionam-se positivamente com a satisfação das mulheres com todo este processo. Por reconhecer estes aspetos, a OMS⁽²⁰⁾ nas suas últimas recomendações, defende que o plano de parto é uma ferramenta para uma experiência de parto positiva que contribui para o empoderamento feminino.

Apesar da maioria dos estudos indicarem maior satisfação com a experiência parturitiva entre as mulheres que construíram planos de parto, um estudo obteve resultados contrários, relatando menos intervenções obstétricas nestas mulheres, mas também menor satisfação com a experiência de parto⁽¹⁷⁾. Não foram exploradas as razões para este facto, o que constitui uma limitação do estudo, porém os autores propõem a presença de expectativas elevadas como hipótese. Alguns estudos têm vindo a demonstrar preocupações com este facto. Aragon et al.⁽²¹⁾ conclui que, apesar das mulheres reconhecerem as vantagens do plano de parto, muitas temem a sua utilização pela possibilidade de criarem expectativas que possam não ser cumpridas, provocando uma falsa sensação de controlo e consequente insatisfação. Pardo & Pinheiro⁽²⁾, num estudo realizado recentemente, concluíram 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, influenciavam negativamente a vivência deste processo. Mei et al.⁽¹⁵⁾ alerta para este facto afirmando que um número elevado de solicitações no plano de parto pode comprometer a satisfação da mulher com a sua experiência.

A qualidade dos cuidados recebidos pela mulher durante o processo de parto influencia a formação de sentimentos e opiniões sobre a sua experiência⁽²²⁾. As lembranças positivas e negativas das mulheres sobre o momento do parto estão mais relacionadas com o poder de decisão e controlo, do que com intervenções específicas necessárias durante o trabalho de parto⁽²³⁾. Neste sentido, não só é necessário que os EEESMO, durante a

elaboração dos planos de parto, preparem as mulheres para a natureza imprevisível deste acontecimento e para a necessidade de se manterem flexíveis à mudança⁽⁴⁾, como durante a sua implementação nas salas de parto, garantam a participação ativa das mulheres através da negociação contínua e diálogo construtivo⁽²⁴⁾. Vários estudos têm demonstrado que a presença de expectativas irrealistas ou a impossibilidade de cumprir alguma solicitação podem ser ultrapassadas através da comunicação proativa com as mulheres, tal como afirmam Mei et al.⁽¹⁵⁾ e Medeiros et al.⁽³⁾. Também Silva & Lopes⁽⁴⁾ corroboram com estas conclusões afirmando 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, promover a comunicação com a equipa de saúde e possibilitar a manifestação dos seus desejos. Quando ocorrem mudanças ao planeado no plano de parto, o sentimento de controlo que a mulher possui sobre essas mudanças é tão importante como a mudança em si⁽²⁴⁾.

Conclusões

A maioria das publicações analisadas demonstraram que a utilização do plano de parto influencia positivamente a satisfação das mulheres com a sua experiência de parto, contudo a presença de expectativas irrealistas e pedidos desinformados tornam o plano de parto vulnerável. O EEESMO desempenha um papel crucial para uma experiência de parto positiva e satisfatória, já que é da sua responsabilidade promover e apoiar a construção de planos de parto coerentes com a condição materna e com as práticas da instituição escolhida para o parto, bem como assegurar o seu cumprimento nas maternidades, estabelecendo o diálogo e promovendo o envolvimento das mulheres mesmo perante situações inesperadas.

Os planos de parto são ferramentas educacionais de baixo custo, que promovem o empoderamento feminino, a tomada de decisão, a partilha de preferências e a comunicação com os profissionais de saúde. De acordo com os estudos analisados, estes são elementos essenciais para uma lembrança positiva e satisfeita da experiência de parto. Apesar dos benefícios da utilização do plano de parto serem conhecidos e recomendados pelas maiores instituições da área da saúde, a sua implementação pelos profissionais de saúde e instituições contínua envolvida em controvérsias, o que justifica as lacunas nos resultados de alguns estudos.

Com a realização deste *scoping review*, procurou-se conhecer a influência do plano de parto na satisfação das mulheres com a sua experiência de parto. Dadas as evidências que

suportam o plano de parto como uma ferramenta promotora de uma experiência de parto positiva, e considerando a importância da adoção de práticas baseadas na evidência científica por parte do EEESMO, torna-se indispensável a sua promoção, validação e respeito nas instituições de saúde. Uma vez que os artigos analisados dizem apenas respeito a estudos realizados noutros países, e o apoio legal em Portugal para a sua implementação é muito recente, remetendo-se a setembro de 2019, considera-se fundamental desenvolver investigação sobre o plano de parto no contexto português.

Referências

1. Sánchez-García MJ, Martínez-Rojo F, Galdo-Castiñeiras JA, Echevarría-Pérez P, Morales-Moreno I. Social perceptions and bioethical implications of birth plans: A qualitative study. *Clinical Ethics* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 20]; 0(0):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1177/147750920971798>
2. Pinheiro A, Sardo D. Plan de Nascimento: Uma mirada de los profesionales de la Salud en Portugal. *Rev ROL Enferme* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 20]; 43(1):24-31.
3. Medeiros R, Figueiredo G, Correa A, Barbieri, M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 20]; 40:1-12. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
4. Silva T, Lopes M. A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 20]; 5(2):1-8. Available from: <https://doi.org/10.12707/RIV19095>
5. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto natural: um guia prático. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas da Organização Mundial de Saúde; 1996. 58 p.
6. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer N.º 7/2012. Plano de parto [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012 [cited 2021 Jul 20]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_P_lano_de_parto.pdf
7. Portugal. Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro de 2019. Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 172): 94-101. efi: <https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre>
8. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2019. 46 p.
9. Santos F, Souza P, Lansky S, Oliveira B, Matozinhos F, Abreu A, et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 20]; 35(6):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143718>
10. Mirghafourvand M, Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Nahae J, Hadian T. Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 20]; 25:1-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/inj.12722>
11. Peters MDJ, Godfrey C, Mollerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews. [E-book on the Internet] In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBPI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine* 2018 [cited 2021 Jul 20]; 169(7):467-73. Available from: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
13. Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfillment: A randomised control led trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jul 20]; 47:806-14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nurstv.2009.11.012>
14. Farahat A, Mohamed H, Elkader S, El-Nemer A. Effect of Implementing A Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Practice* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jul 20]; 6(6):24-31. Available from: <https://iiste.org/Journals/index.php/JEP/issue/view/1729>
15. Mei J, Afshar Y, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff T. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *BIRTH* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 20]; 43(2):144-50. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12226>
16. Anderson CM, Monardo R, Soon R, Lum J, Tschann M, Kaneshiro B. Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. *Hawaii J Med Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 20]; 78(11):305-09. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5694973/>
17. Afshar Y, Mei J, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff T. Birth plans—Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *BIRTH* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 20]; 45:43-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12320>
18. Jolles M, Vries M, Hollander M, Dillen J. Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *BIRTH* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 20]; 46:888-92. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12451>
19. White-Corey, S. Birth plans: Tickets to the or? *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 20]; 38(5):268-73. Available from: <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31829a399d>
20. Organização Mundial de Saúde. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2018
21. Aragon M, Chhoa E, Dayam R, Kluffinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 20]; 35(11): 979-85. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30785-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30785-4)
22. Cardoso G, Silva R, Reis R, Rodrigues T, Bezerra D. Plano de parto e nascimento: Benefícios ao binómio mãe-bébé. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 20]; 25(3): 54-60. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190206_202208.pdf
23. Ahmaddpour P, Mosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. *Reproductive Health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 20]; 17(138):1-9 Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00989-8>
24. Cook K & Loomis C. The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *J Perinat Educ* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jul 20]; 21(3):158-68. Available from: <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>

15. Mei J, Afshar Y, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff T. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *BIRTH* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 20]; 43(2):144-50. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12226>
16. Anderson CM, Monardo R, Soon R, Lum J, Tschann M, Kaneshiro B. Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. *Hawaii J Med Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 20]; 78(11):305-09. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5694973/>
17. Afshar Y, Mei J, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff T. Birth plans—Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *BIRTH* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 20]; 45:43-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12320>
18. Jolles M, Vries M, Hollander M, Dillen J. Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *BIRTH* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 20]; 46:888-92. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12451>
19. White-Corey, S. Birth plans: Tickets to the or? *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 20]; 38(5):268-73. Available from: <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31829a399d>
20. Organização Mundial de Saúde. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2018
21. Aragon M, Chhoa E, Dayam R, Kluffinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 20]; 35(11): 979-85. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30785-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30785-4)
22. Cardoso G, Silva R, Reis R, Rodrigues T, Bezerra D. Plano de parto e nascimento: Benefícios ao binómio mãe-bébé. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 20]; 25(3): 54-60. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190206_202208.pdf
23. Ahmaddpour P, Mosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. *Reproductive Health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 20]; 17(138):1-9 Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00989-8>
24. Cook K & Loomis C. The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *J Perinat Educ* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jul 20]; 21(3):158-68. Available from: <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>

**ANEXO II – PARECER POSITIVO DA COMISSÃO DE ÉTICA
HOSPITALAR**

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA
Nº de identificação de registo 46/2022

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO

Adenda: Tese de Mestrado:

"O papel do Enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na implementação do plano de parto"

Após reunião de 08 de Junho de 2022, estando, a documentação entregue, de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE a 08 de Junho de 2022:

Presidente	Dra. Teresa Brandão
Vogais	Dra. Ana Miranda Dr. José Tomé Dr. Vasco Rodrigues Enf.ª Sónia Semião Pe. Pedro Monteiro

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 08 de Junho de 2022, **Parecer Favorável**.

A Presidente da Comissão de Ética



Dra. Teresa Brandão
DOCTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.
NIF: 503 035 416