4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

RESPEITAR O DIREITO DA PARTURIENTE AO CONSENTIMENTO INFORMADO

Ana Rita Costa Ramos

2015

Este relatório de estágio não contempla as correções resultantes da discussão pública.

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

ESTAGIO COM RELATÓRIO

RESPEITAR O DIREITO DA PARTURIENTE AO CONSENTIMENTO INFORMADO

DISCENTE:
Ana Rita Costa Ramos Nº4716

RELATORIO ORIENTADO PELA DOCENTE:
Profª. Alexandra Tereso

Lisboa, 2015

“Women should have equitable access to optimal, comprehensive health care . . . women should have the information they need to make choices about their health . . . the Society has a responsibility to facilitate change in relation to health system issues affecting the practice of obstetrics and gynecology.

(SOGC, 2008, para. 1)

AGRADECIMENTOS:

Às parturientes/casais pelo prazer de partilhar momentos tão intensos e emotivos, sem os quais não teria sido possível o desenvolvimento de todas competências descritas neste relatório.

À orientadora deste trabalho, Sra. Professora Alexandra Tereso, pelo seu profissionalismo, pela sua disponibilidade, pela partilha de saberes, pela orientação, exigência e perseverança.

Á Sra. enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia M.F, e a toda a equipa de Enfermagem do bloco de partos onde se desenvolveu o ensino clínico, pela sua partilha de saberes, pela disponibilidade e dedicação ao longo do ensino clínico, pela oportunidade de crescer e aprender com a sua experiência profissional e saber de "perito".

Ao meu noivo Cláudio, pelo incentivo contínuo, pela dedicação diária, por nunca me ter deixado desistir.

Aos meus pais e irmã, pelo tempo que não lhes dediquei em prol deste projeto, pelo apoio incondicional mesmo à distância.

Aos meus colegas de trabalho por me terem ajudado a conseguir conciliar as responsabilidades profissionais e os horários de estágio e aos meus amigos pela compreensão, pela força transmitida mesmo na minha ausência.

A todos que de alguma forma contribuíram para este percurso,
o meu sentido OBRIDADA.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCF	Auscultação dos batimentos cardíacos fetais
APEO	Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
APPT	Ameaça de parto pré-termo
Art.º	Artigo
BP	Bloco de partos
BSG	Boletim de saúde da grávida
CI	Consentimento informado
CINAHL	Cumulative index to nursing and allied health literature
CIPE	Classificação internacional para a prática de enfermagem
CMESMO	Curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia
CTG	Cardiotocograma
DGS	Direção-geral da saúde
EBSCO	Elton B. Stephens company publishing
EC	Ensino clínico
EEESMOG	Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica
EESMOG	Especialidade de enfermagem em saúde materna obstétrica e ginecológica
ERS	Entidade reguladora da saúde
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FIGO	International federation of gynecology and obstetrics
ICM	International Confederation of Midwives
IMG	Interrupção médica da gravidez
JBI	Joanna Briggs Institute
MEDLINE	Medical literature analysis and retrieval system online
Nº	Número
NCBI	National center for biotechnology information
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pág.	Página

PBE	Prática baseada em evidência
Prof.ª	Professora
RENTEV	Registo nacional do testamento vital
RN	Recém-nascido
RPM	Rutura prematura de membranas
RSL	Revisão sistemática da literatura
TP	Trabalho de parto
Sra.	Senhora
Séc.	Século
SMOG	Saúde materna, obstétrica e ginecológica
SOGC	Society of obstetricians and gynaecologists of Canada
SP	Sala de partos
SUOG	Serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia
UC	Unidade curricular

RESUMO

A nível mundial, várias iniciativas têm sido desenvolvidas almejando uma mudança nos paradigmas da assistência ao casal em trabalho de parto. Neste âmbito, as recomendações emanadas, visam a "humanização" dos cuidados prestados durante o trabalho de parto, enfatizam o envolvimento das parturientes nas tomadas de decisão e nomeiam o respeito pelo princípio da autonomia das mesmas como fundamental.

A responsabilidade profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecológica (EEESMOG) implica o reconhecimento do direito à autodeterminação da parturiente, a promoção do exercício da liberdade sobre si e sobre os cuidados que decide aceitar ou recusar e a consideração do consentimento informado (CI) como um aspecto fundamental da prática.

O respeito pelo CI da parturiente constituiu o foco de interesse deste percurso desenvolvido no contexto da unidade curricular (UC) "estágio com relatório" e que tem como objetivo "Desenvolver competências técnicas, científicas relacionais e ético-morais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente, feto/RN e conviventes significativos na área da saúde materna e obstetrícia, tendo como foco principal de atenção o respeito pelo direito da parturiente ao CI".

Para contextualizar a temática escolhida, orientar as intervenções de enfermagem, facilitar a tomada de decisão e a reflexão, elegeu-se como referencial teórico norteador deste percurso a "estrutura de cuidar de Swanson".

Nomeando como questão de partida "Quais as percepções das parturientes sobre o seu direito ao CI na sala de partos?" foi realizada uma revisão sistemática da literatura (RSL) como estratégia para identificar a evidência científica.

A elaboração deste relatório permitiu a realização de uma análise crítica do percurso realizado, mobilizando a evidência científica encontrada. A RSL efectuada revelou que as parturientes consideram que o CI diz respeito ao seu controlo e à sua participação nas tomadas de decisão; que as crenças, valores

e contexto sociocultural das parturientes, influenciam o valor que atribuem ao CI e a percepção que têm acerca da forma como os profissionais respeitam o seu direito ao mesmo; e que as parturientes percepcionam os profissionais de saúde como uma fonte privilegiada de informação esperando deles um papel ativo na promoção do respeito pelo CI.

Em suma, sendo o CI imprescindível para a prática de enfermagem e no respeito pelos direitos das parturientes, o percurso apresentado evidência a importância de se desenvolver competências que facilitem a sua obtenção, respeitando assim os seus desejos, privacidade, a sua autonomia.

Palavras-Chave: Consentimento Informado, Autonomia, Parturiente, EEESMOG

ABSTRACT

Worldwide, several initiatives have been developed aiming at a change in the paradigms of assistance to the couple in labor. In this context, the recommendations, aimed at "humanization" of care during labor, emphasize the involvement of pregnant women in decision-making and name the principle they autonomy as critical.

The professional responsibility of the nurse specialist in maternal health nursing, obstetrics and gynecological (EEESMOG) implies recognition of the right to self-determination of the mother, to promote the exercise of freedom for themselves and for the care they decide to accept or decline and consideration of the informed consent (IC) as a fundamental aspect of the practice.

Respect for the woman in labor IC was the focus of this route developed in the context of the course “estágio com relatório” and that it aims to "develop technical, relational and ethical-moral science for the provision of specialized nursing care to parturient, fetus / newborn and meaningful-others in the area of maternal health and obstetrics, with the main focus of attention in the respect for the right of the mother to the IC".

To contextualise the chosen theme, guide interventions of Nursing, facilitate decision making and reflection, was elected as the guiding theoretical framework of this course the "Structure of caring for Swanson."

Naming as a starting question "What are the perceptions of mothers about their right to IC in the delivery room?" a systematic review was held as a strategy to identify the scientific evidence.

The preparation of this report allowed for a critical examination of the route realized by mobilizing the scientific evidence found. The systematic review carried out revealed that the mothers consider that the IC with regard to its control and to participate in decision-making; that the beliefs, values and socio-cultural context of pregnant women, influence the value they attach to IC and their perception about how the professionals respect their right to it; and that pregnant women perceive health professionals as a prime source of information waiting for them an active role in promoting respect for IC.

In short, being the IC indispensable to the nurse practice, and to the respect for the rights of pregnant women, the route displayed highlights the importance of developing skills to facilitate the obtainment, thereby respecting their wishes, privacy, and autonomy.

Keywords: Informed consent, autonomy, Parturient, EEESMOG

INDICE

Pág.

INTRODUÇÃO 12

PARTE I - O DIREITO DA PARTURIENTE AO CONSENTIMENTO INFORMADO: CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA 16

1.A EVOLUÇÃO DO CUIDAR NO NASCIMENTO 17
2.OS DIREITOS DA PARTURIENTE..... 19
3.CONSENTIMENTO INFORMADO: CONCEITOS 22
4.CONSENTIMENTO INFORMADO:CONSIDERAÇÕES LEGAIS E ÉTICAS 26
5.PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA CLÍNICA..... 31
5.1Estrutura de cuidar de Swanson 32

PARTE II - PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS: DO PLANEAMENTO À AÇÃO..... 36

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO 37
1.1Caracterização do local de estágio 37
1.2Finalidade e objetivos do estágio com relatório 38
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 39
2.1 Objetivo específico nº 1..... 40
2.2 Objetivo específico nº 2..... 66
2.2.1 Metodologia..... 67
2.2.2 Resultados da revisão sistemática da literatura 70
2.3 Objetivo específico nº 3 75

PARTE III - CONSIDERAÇÕES FINAIS 79

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

ANEXO I – O CONSENTIMENTO INFORMADO NA LEGISLAÇÃO PORTUGUESA

ANEXO II – PERCURSO METODOLOGICO DE PESQUISA

ANEXO III - JOANNA BRIGGS INSTITUTE APPRAISAL INSTRUMENTS, DATA EXTRACTION FORM, LEVELS OF EVIDENCE AND GRADES OF RECOMMENDATION

ANEXO IV – ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E SUA ANÁLISE

ANEXO V - RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

LISTA DE TABELAS/QUADROS

pág.

QUADRO 1: Seleção de termos de pesquisa de acordo com a mnemónica PICo 68

QUADRO 2: Critérios de inclusão e exclusão de artigos. 69

QUADRO 3: Categorias emergidas da análise dos dados 71

LISTA DE DIAGRAMAS/FIGURAS

Pág.

DIAGRAMA 1: O cuidar e o consentimento..... 35

FIGURA 1 : Diagrama do CI como processo 23

FIGURA 2: Documento entregue no início da secção e os resultados 77

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge como um instrumento de análise e de avaliação da unidade curricular estágio com relatório, inserida no 4º curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Elaborado sob orientação da Sra. professora Alexandra Tereso, pretendo que se torne posteriormente no documento para a obtenção do título de especialista.

A unidade curricular estágio com relatório decorreu entre 17 de fevereiro e 11 de julho de 2014, no bloco de partos e serviço de urgência obstétrica e ginecológica de um hospital da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e teve uma duração total de 750 horas (500 horas de contacto, 25 horas de orientação tutorial e as restantes horas de trabalho autónomo), sob a orientação local de um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EEESMOG).

A elaboração deste documento teve como finalidade apresentar o percurso de aprendizagem desenvolvido, descrevendo, refletindo e analisando as competências desenvolvidas, os objetivos propostos, as atividades realizadas e os resultados obtidos com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura EEESMOG.

Pretendeu, igualmente aprofundar uma temática pertinente e inovadora numa área específica da saúde materna e obstetrícia, relevante para a prática de cuidados. Neste contexto, **"Res*peitar o direito da parturiente ao consentimento informado (CI) "*** emergiu como uma problemática de eleição.

Refletindo sobre a assistência no parto, evidencia-se uma melhoria dos cuidados prestados e das suas condições, que se traduziu na diminuição da morbilidade e da mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil (Couto cit. in Ordem dos Enfermeiros(OE), 2012).

Paralelamente também se tornou real a implementação de práticas sofisticadas, sustentadas na tecnologia, que conduziram de uma forma generalizada a uma assistência uniformizada, intervencionista, "destituindo a mulher do seu papel ativo" (Sardo cit. in OE, 2012, pág.10).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a medicalização e a instrumentalização do parto invadiram os contextos onde o parto acontece,

colocando em causa a autonomia da parturiente, o respeito pela «pessoa» e o que é preconizado como o mais adequado: “o parto como um evento fisiológico na vida da mulher, com a menor intervenção técnica possível, de modo a que a parturiente possa tomar decisões informadas e possa participar ativamente no decurso do parto” (OMS, 2012, pág. 10).

Sendo o EEESMOG, dotado de competências para a assistência individualizada e autónoma à grávida/parturiente/casal, com formação e experiência na condução de trabalho de parto normal (International Confederation of Midwives (ICM), 2010), é da sua responsabilidade intervir com respeito pela «pessoa», com preocupação na defesa da sua liberdade e da dignidade humana, demonstrando excelência no exercício da sua profissão (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro 2009 - Estatuto da OE).

O regulamento de competências especificas do EEESMOG da OE defende igualmente que a prestação de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica deve tomar “por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (...) levando em consideração a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo, como um ser sociável e agente intencional de comportamentos, um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”(OE, 2010ª, pág.1).

Tomando consciência da problemática e tendo por base os objetivos propostos para o curso de mestrado (ESEL,2013), surgiu a motivação para o desenvolvimento aprofundado de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Para a orientação do percurso realizado, das intervenções de enfermagem e para facilitar a tomada de decisão surgiu como referencial teórico norteador a “Estrutura de cuidar de Swanson”.

Nesta teoria, é defendido o desenvolvimento de cuidados de enfermagem que promovam a dignidade, o respeito e a capacitação (empoderamento) da parturiente. A autora realça ainda os princípios da ética e da bioética, como deveres inerentes à prática dos cuidados, caminhando no sentido da autonomia, da satisfação e da melhoria da qualidade dos cuidados (Swanson, 1993).

O respeito pela «pessoa» significa, “reconhecer e promover a sua capacidade para pensar, decidir e agir” (OE,2007, pág.2). Ao reconhecer esta capacidade,

aceita-se a pessoa como um ser autónomo e independente, portador de crenças e valores, com direito à autodeterminação. É no respeito por este direito que o enfermeiro assume o dever de: " informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao CI; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação, feito pelo individuo em matéria de cuidados de enfermagem" [artigo nº 84 do Código Deontológico (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro 2009)].

Refletindo sobre o CI, Lopes (*cit. in* Mariz, 2005) refere que o mesmo é um direito, relativo a todas e quaisquer decisões inerentes à vida ou à saúde dos indivíduos, e um dever de todos os profissionais criarem condições para a sua efetivação.

O CI constitui-se como uma manifestação do respeito pelo ser humano, refletindo o direito moral da pessoa à integridade corporal, à sua dignidade e à participação ativa da tomada de decisões, o que pressupõe uma decisão livre e esclarecida. Neste âmbito, realça-se como fundamental o estabelecimento de uma relação efetiva entre a parturiente e o profissional de saúde, partilhando conhecimentos e aptidões no sentido de a tornar competente para a tomada de decisão, de aceitação ou recusa dos cuidados (OE,2007).

Conforme se pode ler na norma da Direção Geral de Saúde (DGS) [Norma nº 015/2013 atualizada em 2014 (DGS, 2014)] "mais do que uma formalidade tendente à obtenção de uma assinatura, o CI deve constituir um momento de comunicação efetiva com intuito de capacitação da pessoa", fornecendo-lhe as ferramentas necessárias à decisão e assumindo que os princípios basilares da beneficência (em que a proposta do ato surge visando o bem do utente), e da não-maleficência (não inflingir dano) estão salvaguardados.

A obtenção do CI deve portanto basear-se numa relação da máxima confiança, a fim de se conseguir um maior sucesso terapêutico, resultando da interação contínua, que não termina no momento da aceitação, mas se prolonga durante a prestação de cuidados (idem,2014).

O objetivo geral para este estágio com relatório, prendeu-se com o desenvolver da competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica H3: "Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto". Serão ainda desenvolvidas as

competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EESMOG, tendo como foco principal de atenção o respeito pelo direito da parturiente ao CI.

Quanto à metodologia utilizada, recorreu-se à descrição e análise crítico-reflexiva do desempenho em estágio, apresentada de acordo com os objetivos propostos no projeto de estágio e à revisão sistemática da literatura (RSL) para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência.

Neste contexto, o presente relatório tem como objetivos:

- Descrever o percurso realizado ao longo do estágio, previamente delineado através do projeto de estágio;
- Refletir criticamente sobre as atividades realizadas e analisar o seu contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem com base na evidência científica encontrada na RSL;
- Evidenciar as competências específicas adquiridas e/ou desenvolvidas com vista à obtenção do curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia;
- Relatar as dificuldades ou limitações sentidas, durante o desenvolvimento do trabalho.

Estruturalmente, este relatório de estágio encontra-se dividido em duas partes principais. Primeiramente é exposto o enquadramento que sustenta cientificamente o percurso, onde é apresentado o quadro teórico e conceptual que lhe serve de referência. Na segunda parte são descritas e analisadas criticamente as atividades realizadas em contexto de estágio, as, com evidência das competências desenvolvidas e relevam-se ainda as limitações e dificuldades que foram surgindo ao longo deste percurso. Finalmente apresenta-se algumas considerações finais sobre os contributos deste percurso de aprendizagem.

PARTE I - O DIREITO DA PARTURIENTE AO CI: CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

> *"O Respeito pela Pessoa significa reconhecer a capacidade e os direitos desta fazer as suas próprias escolhas e tomarem suas próprias decisões." (OE,2007)*

Este respeito está relacionado com o princípio da autonomia individual, que na ótica de Beauchamp & Childress (2012), se relaciona com o direito de cada pessoa ao seu "autogoverno". Este princípio fundamenta-se na doutrina do reconhecimento da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais e implica o dever de respeitar a capacidade de decisão autónoma. E envolve por isso dois aspetos fundamentais e que se complementam:

a) o reconhecimento da capacidade comum a todas as pessoas de tomar as suas próprias decisões, baseadas nos seus valores pessoais e crenças;

b) a promoção efectiva de condições que favoreçam o exercício da autonomia. (Jólluskin, & Toldy,2011).

A manifestação da essência do princípio da autonomia é o consentimento informado que "decorre do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa" (OE,2007, pag,1) e surge como instrumento para respeitar, defender e promover a dignidade, a liberdade e a realização total da pessoa humana.

Respeitar o direito da parturiente ao CI conduz ao respeito pelo princípio da autonomia contribuindo para a humanização dos cuidados.

O papel do EEESMOG na sala de partos passa por salvaguardar os direitos das parturientes, garantindo que são prestados os cuidados adequados, com os recursos disponíveis e de acordo com os pressupostos éticos. Enquanto profissionais, os enfermeiros são responsabilizáveis pelas suas próprias ações na salvaguarda dos direitos humanos (Estatuto OE, 2009). É seu dever garantir que as parturientes recebem as informações apropriadas antes de consentirem o tratamento ou os procedimentos, devendo demonstrar sempre disponibilidade para acompanhar a parturiente/casal, garantindo todos os esclarecimentos solicitados e necessários para a satisfação das suas necessidades.

1. A EVOLUÇÃO DO CUIDAR NO NASCIMENTO

A transferência do parto para o meio hospitalar fomentou grandes modificações no tipo de assistência prestada, entre as quais se realçam a medicalização do processo e o afastamento da esfera familiar e privada (Moura *et al*, 2007). E se por um lado os benefícios da tecnologia e o conhecimento científico trouxeram qualidade à assistência a nível obstétrico, nomeadamente em relação aos resultados perinatais, a utilização excessiva e generalizada de procedimentos no acompanhamento do parto, a prática intervencionista e uniformizada, retirou à mulher a possibilidade de ser a protagonista do seu parto contribuindo muito para a sua insatisfação e medo (APEO, 2009).

A institucionalização do parto, levou a uma atuação centrada na intervenção médica e as rotinas hospitalares desenvolveram-se para atender às necessidades dos profissionais envolvidos, relegando as parturientes e as suas famílias para segundo plano. Concomitantemente verificou-se a perda da privacidade e da autonomia da mulher durante o parto, ficando esta, sujeita a normas e práticas intervencionistas centradas na figura do médico (Odent, 2003).

O ato fisiológico do nascimento passou a ser encarado quase como patológico, levando a um intervencionismo e a uma medicalização, que resulta muitas vezes no desconforto e insatisfação das parturientes. Isto pode dever-se ao facto, de acordo com Gabe (1995) citado por Tereso (2006), de o conceito de risco associado ao trabalho de parto (TP) favorecer a negligência de aspetos ligados à satisfação emocional das parturientes, e ao controlo destas sobre os acontecimentos relativos ao seu trabalho de parto. Corroborando estas ideias, Kitzinger (1995) refere que para muitas mulheres o TP é considerado traumático em virtude de serem abordadas como máquinas em constante risco de falha, e se sentirem impedidas de ter um papel ativo no controlo do seu TP.

A adoção de um modelo intervencionista de assistência ao parto e a instrumentalização da sua vivência, distorcem a experiência do mesmo, dificultam o exercício da autodeterminação da mulher/casal, contribuem para a desvalorização dos direitos humanos das mulheres, levando à despersonalização e ao desconforto cada vez mais associados ao parto, tornando a experiência do nascimento num evento assustador (Oliveira et al. 2002).

É neste sentido que Kitzinger (1995) defende que as grávidas não devem ser apenas «pacientes da maternidade» corpos grávidos onde se investiga a patologia, meras «candidatas a mães», alienadas das decisões, sem papel ativo, sem autonomia. Afirma, que, para que possam ser ultrapassados sentimentos negativos tantas vezes relatados, as parturientes têm de ser envolvidas em todo o processo do nascimento e que o mesmo deve ser considerado como um momento estimulante.

De acordo com Gil (1998), uma mudança de atuação começa a ser reivindicada pelos movimentos que têm vindo a valorizar um parto «consciente», centrado nos cuidados da família, e pelos movimentos de emancipação das mulheres. Fruto de uma crescente literacia, do fácil acesso à informação, da ênfase social e política dada pelo reconhecimento dos seus direitos fundamentais, constata-se que algumas mulheres procuram assumir um papel cada vez mais ativo no que concerne à tomada de decisão. Em vez de viverem o parto passivamente, cederem as decisões aos profissionais que as assistem, questionam cada vez mais o exercício dos seus direitos, fazem uso dos mesmos, e antecipam o momento do parto procurando as alternativas existentes.

Resumindo, as mulheres começam a estar mais envolvidas, exigindo cada vez mais e melhores cuidados (Kitzinger, 1995). Tal como se constata no estudo de Hauck et al (2007) as mulheres desejam uma participação ativa na sua experiência de parto. Os autores (Hauck et al, 2007) realçam ainda o “controlo” como o componente essencial das expectativas das parturientes e a partilha de informação e a inclusão na tomada de decisão como os meios para considerarem a experiência positiva. Na mesma ordem de ideias Hallgren, *et al* (1995) apontam a falta de informação ou informação inconsistente como fator limitador, contribuindo por si só para uma experiência de parto mais negativa do que o esperado.

Esta preocupação é comum às várias organizações que orientam a atuação na assistência obstétrica, observando-se uma crescente elaboração de matrizes, normas e protocolos de atuação, com o objetivo de melhorar o conhecimento dos profissionais e orientar o seu exercício.

Os esforços desenvolvidos pela OMS (1985) têm procurado a edificação de um paradigma de assistência que tenha como objetivo a obtenção de uma mãe e de uma criança saudáveis, com o mínimo possível de intervenção e com segurança. Neste âmbito, propuseram-se os documentos “Care in Normal Birth: A pratical

Guide" (OMS, 1996) e "Safe Motherhood" (OMS, 1998), que trouxeram importantes contributos para a crítica ao excesso de medicalização do parto. Neles, é nomeado um modelo de assistência, no qual prevaleça a utilização adequada das tecnologias no trabalho de parto e parto, com base nas evidências científicas, em oposição à prática orientada com base em opiniões e tradições (Diniz, 2005). Neste âmbito destaca-se o documento "Promoting Effective Perinatal Care Essential: Antenatal, Perinatal and Postpartum Care" elaborado pela OMS (2002), com o intuito de melhorar a gestão dos cuidados perinatais dando relevo às intervenções durante o trabalho de parto que incentivem um suporte emocional contínuo, à articulação dos desejos das parturientes com as realidades institucionais e à prestação de informações sobre a evolução do trabalho de parto, destacando o papel do profissional de saúde como "advogado" da mulher, defensor da sua autonomia.

2. OS DIREITOS DA PARTURIENTE

Apesar de grande parte das gravidezes serem consideradas, medicamente, de baixo risco é imputada às mulheres a responsabilidade pela sua saúde e pela do seu feto, contribuindo para que se desenvolva facilmente a sua submissão voluntária à tecnologia e à opinião médica (Tereso, 2005).

Neste contexto Leitão (2010) considera comprometido o princípio do respeito pela autonomia, pelo espirito liberal, pelo direito de cada pessoa à autodeterminação porque ,

> *"apesar da abertura à autonomia, do Homem do século XVII mantém-se uma perspetiva "paternalista" dos cuidados de saúde, mantendo no médico a possibilidade de se fazer valer do recurso a "privilégios" terapêuticos, que lhe permitem tomar decisões pelas pessoas quando considerassem ser essa a melhor opção a tomar. Desta forma, a autonomia da mulher passa sobretudo a uma forma de legitimação do processo terapêutico, uma vez que permanecem as motivações de carácter beneficentista" (idem, 2010,* pág. 23).

Não basta por isso "reconhecer direitos às pessoas se na realidade estas não os assumirem como seus, não se sentirem empossadas desses direitos e não os

reivindicarem no seu dia-a-dia, sob pena de se manterem apenas direitos virtuais, sem aplicação real e concreta" (Rebelo 2007, pág. 6).

O **conceito de autonomia** refere-se à perspetiva de que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre, dispondo das condições mínimas para se autorrealizar. Vivendo uma sociedade democrática e plural assenta os seus pilares na capacidade dos cidadãos efetuarem escolhas livres, no quadro de uma verdadeira cultura de responsabilidade (Pereira, 2004). É com base neste conceito que o profissional de saúde se deve comprometer publicamente, respeitando a liberdade e dignidade humanas, assim como os direitos das pessoas, colaborando com o ator principal, que é afinal o doente (Osswald, 1996).

Devido à necessidade de salvaguardar a pessoa em situação de vulnerabilidade, a Associação Médica Mundial elaborou a "Declaração sobre os Direitos do Doente" ou "Declaração de Lisboa", um conjunto de diretivas reconhecidas e que cooperam para preservação da sua dignidade de pessoa em situação de doença (Patrão-Neves & Osswald, 2008).

Os direitos supracitados estão inseridos no quadro legislativo da saúde, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90. de 24 de Agosto) e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968), divulgados pela Direcção- Geral de Saúde, e pela Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde. A Constituição da República Portuguesa consagra os direitos da pessoa à integridade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade e à liberdade, bem como o direito à proteção da saúde. Este direito à proteção da saúde, consagrado na Constituição da República Portuguesa, assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade, que são os princípios orientadores que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes elaborada pelo Ministério da Saúde e publicada pela Direcção-Geral da Saúde e pela Comissão de Humanização para os Cuidados de Saúde (Associação Portuguesa de Bioética, 2010).

Analisando a Carta dos Direitos dos Doentes pode aferir-se que esta tem como objetivo confirmar os direitos humanos fundamentais na prestação de cuidados de saúde. Esta carta salvaguarda os direitos dos utentes dos quais se destacam: a ser tratados no respeito pela dignidade humana; a ser respeitados pelas suas convicções religiosas e culturais; a ser informados quanto aos recursos

de saúde existentes e suas competências; a obter uma segunda opinião; de acesso ao seu processo clínico e a apresentar reclamações; a ser ou não informado quanto à sua situação clínica; a dar ou recusar o consentimento para participar em ensaios clínicos bem como para a realização de qualquer ato médico. Verifica-se desta forma que a maioria dos direitos nela expressa visa a proteção da dignidade e integridade da pessoa humana, bem como o seu direito à autodeterminação, reforçando assim o conceito de autonomia da pessoa. Constata-se ainda que, a participação ativa dos profissionais de saúde e dos utentes é crucial, para o seu cumprimento, devendo estes estar cientes dos seus direitos e deveres (*idem*, 2010)

Como é reconhecido ao doente a mesma dignidade que ao profissional de saúde, as relações que se estabelecem entre eles são consideradas como simétricas e como decorrendo no mesmo plano das relações interpessoais. Pessoas de igual dignidade encontram-se em circunstâncias diferentes, cada uma assumindo um estatuto específico diferente e desempenhando um papel distinto, uma carecendo de cuidados e a outra dispondo de capacidade para cuidar (Patrão-Neves & Osswald, 2008).

Analisando pormenorizadamente o **direito a ser informado**, verifica-se, tal como nos aponta Esper (2000), que a informação que a pessoa tem direito a receber para a realização de qualquer intervenção, consiste precisamente num pressuposto para que o respeito da **autonomia** seja conseguido, assim como um requisito para se cumprir o princípio da **beneficência,** pois ao informar devidamente a parturiente sobre o porquê das atuações que se lhe propõe, contribui-se para a sua adesão aos procedimentos necessários para alcançar o seu melhor estado de saúde. Da pessoa competente e livre para tomar decisões, com capacidade para comunicar o seu desejo, exige-se igualmente responsabilidade, para que esta saiba zelar pelo seu estado de saúde, participando na promoção da própria saúde, tendo o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento. Tanto o direito a ser informada, como a opção de recusar um tratamento, são notados como direitos da pessoa, abrangidos quer pela legislação nacional quer pela comunitária, estando o CI consagrado no direito português, em todos os planos: constitucional, civil e deontológico e de modo semelhante na Carta dos Direitos e Deveres do Doente conforme se desenvolve adiante.

3.CI: CONCEITOS

Até ao séc. XVII, Faden *et al* (1986) referem que sempre se deu preferência aos modelos de cuidados baseados na beneficência. O conceito de CI, como hoje se conhece, surge na sequência do fim da segunda guerra mundial, aquando da adoção da Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Código de Nuremberga. Começa a ter relevância por essa altura, fundamentando-se na ideia de estimular a autonomia da pessoa, protegê-la de possíveis prejuízos e responsabilizar os profissionais. Recentemente, consagrado no capitulo III, Artigo 5º da Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, o **conceito de CI** revela que:

> "*Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Essa pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos"* (*in* Diário da República, Jan. 2001, pag.15).

Desconstruindo este conceito pode constatar-se que a doutrina do CI está diretamente ligada a alguns bens ou valores, como são a **autonomia** privada e **autodeterminação** do próprio corpo. O bem jurídico fundamental liga-se ao CI para proteger a liberdade do indivíduo, nomeadamente no que toca à sua autodeterminação (Gonçalves, 2009).

No esclarecimento para a tomada de decisão, permite-se a livre decisão do utente e a dá-se cumprimento à autorização que a pessoa faculta para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem" (OE, 2007). O CI é portanto um modelo de relação clínica que consiste num **processo** comunicativo e deliberativo entre o profissional da saúde e o indivíduo capaz, no curso do qual são tomadas decisões (Simón e Júdez, 2001).

Quando se analisa a posição do utente antes de uma qualquer intervenção, verifica-se assim, que será necessário que este tenha a informação necessária para uma decisão consciente e capacitada. Não deve ser esquecida a posição relativa do mesmo – não tem conhecimento científico de Medicina, pode desconhecer os termos técnicos utilizados pelos profissionais e além disto, pode desconhecer a

extensão da sua condição física. Não pode ser descurado o facto de ser impossível dissociar a condição de utente da condição de decisor. Esta mudança de paradigma de atuação, do paternalismo para o reconhecimento da autonomia, trouxe aos profissionais uma nova responsabilidade: o dever de partilhar a informação e discutir as alternativas possíveis. Por sua vez, aos utentes foi dado o direito, depois de devidamente informados, de tomarem a decisão final sobre aspetos que digam respeito à sua saúde.

Constata-se assim que o CI poderá traduzir o respeito pela autonomia da pessoa, autonomia para decidir sobre a sua pessoa, sobre os tratamentos que é ou não submetida, e até sobre a sua própria vida. Contudo existem condições para que a autonomia possa ser exercida:

- **Capacidade de ação intencional** - competência para optar a favor de um determinado plano, tendo em conta o seu sistema de valores;
- **Liberdade de fazer escolhas livres** sem que a decisão do sujeito moral seja condicionada por outros fatores que não a sua vontade.

Seguindo esta ordem de ideias, a OE (2007, pág. 3) reconhece que a eficácia do CI surge submetida a condições, ou requisitos, um processo composto por elementos estruturais (vide Figura 1):

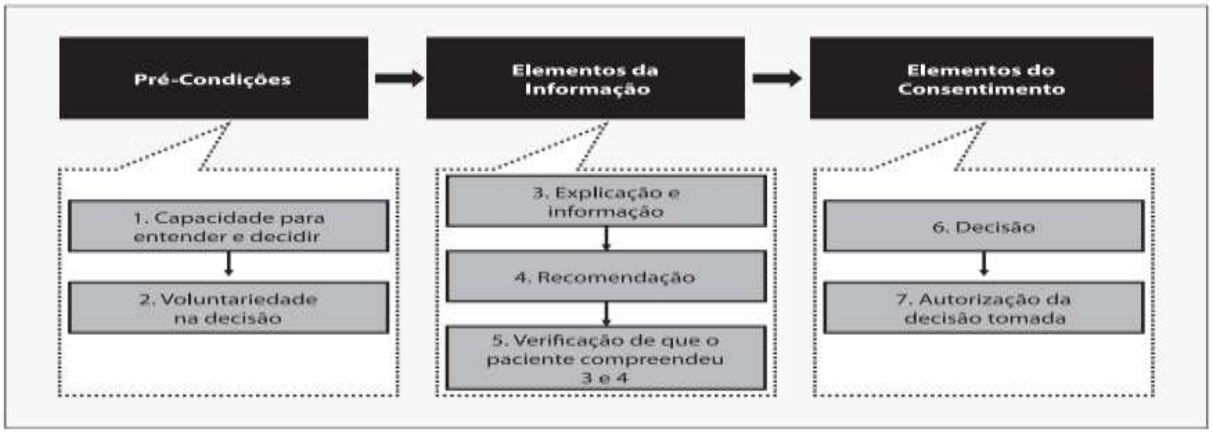
1) **Competência** e capacidade para decidir, pois que o consentimento deve ser o ato de uma pessoa competente;

2) **Informação correta**, necessária para realizar uma escolha, em veracidade;

3) **Validação da compreensão** da informação fornecida, ou seja, a pessoa deve ser informada e compreender a informação dada para fazer a sua escolha – pressupõe-se, assim, a formação de uma vontade esclarecida;

4) **Liberdade para decidir**, ou seja, voluntariamente, sem coação externa.

Figura 1: Diagrama do CI como processo. Fonte: Jólluskin (2010)



No que à *informação exigida pelo CI* diz respeito, Archer (1999) defende que esta deverá ser explicada em termos adaptados às capacidades de compreensão do utente, ser suficiente para que a pessoa possa dar um consentimento verdadeiramente esclarecido e personalizado, ser completa e o mais objetiva possível. Ser "suficiente" pode parecer um conceito ambíguo, mas é-o propositadamente, pois ao definir-se apenas o princípio deixa-se que os profissionais adequem às particularidades de cada caso.

De forma a facilitar o processo, Oliveira (1999) citado por Tomás & Pombo (2001) enuncia alguns critérios de aplicação:

- a linguagem, oral e escrita deve ser corrente e não com termos técnicos;
- os elementos relevantes deverão ser aqueles que uma pessoa comum, na mesma situação do utente, julgaria necessário para tomar uma decisão;
- a necessidade de informação deverá chegar ao ponto de considerar aspetos irrelevantes para a maioria dos utentes, mas que são importantes para aqueles utentes específicos;
- o profissional tem o dever de averiguar se o interessado entendeu as explicações que lhes foram dadas;
- o consentimento deverá ser prestado para cada ato individualmente.

Em relação à quantidade de informação cedida, deverão ser estabelecidas linhas condutoras necessárias para que o utente possa decidir de acordo com os seus valores e com as suas crenças, como são: o diagnóstico, se for conhecido; explicação sobre as condições clínicas envolventes; a natureza e propósito do tratamento ou procedimento proposto; reconhecimento dos riscos e benefícios envolvidos; procedimentos alternativos, adequados à situação (independentemente dos custos ou abrangência pelos serviços de saúde / seguradoras); reconhecimento dos riscos e benefícios envolvidos nas alternativas; as consequências para o utente em não aceitar a proposta terapêutica; o direito do utente em não consentir (idem, 2001).

O dever de informar não fica contudo cumprido com a transmissão de informação, mas apenas com a melhor compreensão possível da informação. A forma como a informação é transmitida é um aspeto fulcral na observância pelo respeito ético. Transmitida de forma incorreta ou insuficiente, poderá ser encarada com a mesma gravidade que a sua omissão.

Assim para uma melhor compreensão da informação além de dar relevância aos fatores psicodinâmicos (formação, idade, classe social…) e dever-se-á melhorar a comunicação efetiva com imagens, ilustrações, exemplos populares, termos compreensíveis /adaptados. Poderá ainda conjugar-se a informação oral com a escrita, devendo existir um período de reflexão, onde o utente poderá colocar questões, dúvidas e anseios (Tomás&Pombo, 2001).

De acordo com Beauchamp & Childress (2012), o consentimento poderá ser:

- Expresso quando prestado ativamente, feito por palavras, escrito ou qualquer outro meio que manifeste vontade, no quadro de uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e o utente; é livremente revogável a qualquer momento; quando possível deve ser atual, ou seja deve ser prestado para um ato que irá ocorrer no imediato.
- Implícito/tácito quando a intervenção está implícita no relacionamento entre o profissional e o doente, partilhando ambos um objetivo comum. O consentimento implícito ou subentendido obtém-se por meio de deduções das ações. Expressa-se a vontade ou decisão de forma passiva, por omissão. São exemplo algumas intervenções durante a avaliação clínica. Para o consentimento ser considerado implícito, o risco (de morte ou de violação da integridade física ou psicológica) deve ser desprezível.
- Presumido quando não estão reunidas as condições mínimas para a obtenção de consentimento expresso e não existem dados objetivos e seguros que permitam concluir que o doente se oporia a uma determinada intervenção. A presunção do consentimento determina-se com base no que for conhecido acerca da pessoa e utilizando-se o privilégio terapêutico. Recorre-se a este em situações de emergência médica (hospitalar ou pré-hospitalar), no decurso de uma intervenção cirúrgica com inconsciência do doente.
- manifestado por pessoa de confiança/familiar previamente designado**.** Aos recém-nascidos, crianças ou doentes mentais não é prestado o consentimento expresso uma vez que não são legalmente consideradas competentes. Recorre-se portanto a um procurador de cuidados. Nestas circunstâncias, e nos limites do melhor interesse do utente, reconhece-se geralmente o direito da família/legítimo representante, tomar decisões que sejam benéficas para o utente. Se existir conflito entre a vontade do familiar e o melhor interesse da

criança, por exemplo, o estado deve garantir à criança cuidados adequados, recorrendo inicialmente á Comissão Nacional de Proteção de Menores e Jovens em risco e posteriormente à Suspensão permanente/temporária do poder paternal (Tribunal ou Ministério Público).

Existem situações em que a transmissão de verdade sobre a situação clínica pode ser prejudicial para o doente, o profissional, de acordo com o princípio de beneficência, pode omitir informações. Nestas situações o profissional de saúde recorre ao "privilégio terapêutico". No entanto, essa ocultação deve ocorrer após ter sido ponderado o peso relativo das variáveis para a implementação do privilégio terapêutico. Se o doente optar por não ser informado, de acordo com o princípio da beneficência essa vontade deve ser respeitada. O doente apenas está a expressar o seu direito à autodeterminação (Almeida, 2007).

O testamento vital surge no sentido de salvaguardar estas situações, sendo possível anunciar antecipadamente, por exemplo, a recusa informada de intervenções médicas que prolonguem a vida de forma artificial, ou selecionar os tratamentos pretendidos ou recusados. Em 2014, foi criada uma plataforma, o RENTEV, um regime das diretivas antecipadas de vontade para cuidados de saúde, (Portaria n.º 96/2014 de 5 de maio).

4. CONSENTIMENTO INFORMADO:CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Os fundamentos do CI estão contidos de modo implícito na Declaração Universal dos Direitos do Homem adotada e proclamada pela Assembleia Geral da ONU na sua resolução 217 (III) de 10 de Dezembro de 1948, onde se pode ler-se: Artº 1 " todos os seres vivos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Estão dotados de razão e consciência e devem agir uns para com os outros com espirito de fraternidade"; Artº 3 "Todos têm direito à vida, liberdade e segurança pessoal"; Artº 5 "Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Na Lei Portuguesa, o CI é objeto de regime jurídico próprio, de que se destacam o Decreto do Presidente da República nº 1/2001, a Resolução da Assembleia da Republica nº 1/2001 de 3 de janeiro e diplomas que os ratificam.

A necessidade de obtenção do CI, assenta na proteção dos direitos à integridade física e moral da pessoa humana, consignados no artº 25 da Constituição da República. Este artigo diz respeito a direitos fundamentais, os quais segundo o artº 18 atuam qualquer que seja o tipo de relação jurídica interveniente, ou seja quer publica ou privada. Pela sua natureza de visar proteger um bem jurídico, a liberdade da pessoa, esta é também matéria tutelada pelo direito, estando igualmente regulada no Código Penal, no Código Civil e na legislação própria do direito da saúde (quadro 1, em anexo I).

Relativamente ao código Penal Português, o artº 156 dita que *" as pessoas que realizem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até três anos ou com pena de multa"* excetuando-se as situações de urgência em que não se possa claramente concluir que o consentimento foi recusado (Archer, 1999). O Código Penal estabelece ainda que o consentimento dado pela pessoa só será eficaz quando *"o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento" (*Artigo 157.º do Código Penal).

Quanto à forma do consentimento, a lei defende que se deve adequar à importância e ao risco da decisão. No código civil, Artigo 217.º (Decreto-Lei n.º 47344/66, de 25 de Novembro, com a última alteração pela Lei n.º 23/2013, de 5 de março), *esclarece-se que:* "*O consentimento relevante para "excluir a ilicitude da lesão" tanto pode ser expresso/explicito, como tácito/presumido. Sendo tácito terá de deduzir-se de factos que "com toda a probabilidade" revelem tal consentimento ou seja, terá de decorrer de factos concludentes, que se reportem à específica e concreta lesão consentida."*

Ainda nos termos do art. 219º- liberdade de forma, no direito civil português (versão atualizada, 2013), pode ler-se que no contrato terapêutico a regra é a da oralidade protegida pelo Artigo 38º (Consentimento) do Código Penal que afirma que: "*O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto* ".

Existem contudo situações, todas elas descritas na lei, em que se exige um consentimento expresso, afastando-se, pois, a regra geral que admite o valor

declarativo das declarações tácitas. O CI, dado por escrito, é obrigatório nas situações descritas no quadro 2 do anexo I.

As situação de emergência nas quais se verifica a incompetência da pessoa, (impedindo a obtenção do seu consentimento explícito), legitimam o profissional a agir no melhor interesse daquela, tendo em conta o princípio da beneficência e presumindo o seu consentimento. Do mesmo modo, quando a situação do doente se agrava, exigindo procedimentos sobre os quais não se manifestou, é igualmente legítima a presunção do consentimento (ERS,2009).

O consentimento é revogável a todo o tempo, sem sujeição a qualquer formalidade tal como esta descrito no artigo 5.º da Convenção de Oviedo, artigo 38.º, n.º 2 do Código Penal, artigo 81.º, n.º 2 do Código Civil e artigo 6.º, n.º 2 e n.º 3 da Lei 46/2004, de 19 de agosto. A recusa de internamento ou de realização de ato/intervenção tem de ficar documentada no processo clínico, uma vez que dela resulta a não realização de algo que é proposto no melhor interesse do doente.

No que concerne à **ética profissional** em saúde, é portanto verdade que o respeito pela autonomia, impõem a anulação do paternalismo e a adoção do CI.

No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" - artigo 8º - 1 – REPE (OE, 1998).

Neste sentido, no exercício da sua profissão os Enfermeiros deverão exercer com responsabilidade:

- Responsabilidade penal: A falta de informação torna o consentimento do doente ineficaz – o profissional que atua sem consentimento, pode incorrer em Responsabilidade criminal (Intervenções Médico Cirúrgicas Arbitrarias - artigo 156º, nº 1 Código Penal);
- Responsabilidade civil: A falta de informação torna o consentimento do doente inválido. O profissional é responsabilizado como se tivesse praticado ofensa à integridade física, logo poderá responder por danos físicos e morais
- Responsabilidade disciplinar : A falta de informação viola um dever previsto nos Códigos Deontológicos, na Lei de Bases da Saúde, Normas Internas, Diretivas Organizacionais. Poderá por isso responder disciplinarmente perante a OE e perante a Instituição de Saúde.

A ética em Enfermagem reflete essencialmente o que devemos ser como enfermeiros, na relação com os doentes pois uma ação em enfermagem, só é ética na medida em que implica uma relação com o outro, tornando-se sempre uma questão ética e moral que merece reflexão, pois a pessoa que cuidamos é, em princípio, autónoma e responsável (Freitas, 2013).

Do direito da pessoa estar na posse da informação para formar uma vontade livre e esclarecida, decorre o dever de informação dos profissionais. O exercício da autonomia requer pré-condições fundadas no sujeito, ou seja capacidade de compreender a informação que lhe é fornecida, contudo os profissionais de Saúde têm o dever de promover a capacitação dos pacientes para tomarem decisões informadas sobre os cuidados de saúde que lhes são prestados sendo transmitida a informação de forma inteligível e apropriada à capacidade de discernimento de cada paciente (OE, 2007).

O EEESMOG como prestadores de cuidados especializados e elementos integrantes das equipas multidisciplinares devem assim garantir o respeito pelo consentimento informado, fornecendo a informação completa e isenta sobre os recursos e as formas de acesso aos mesmos permitindo que este exerça conscienciosamente o seu poder de decisão.

De acordo com a matriz orientadora da qualidade do exercício profissional para os EEESMOG OE (2011), como forma de contribuir para a satisfação das mulheres/casais e produzir ganhos em saúde, é da responsabilidade do EEESMOG não só o exercício de excelência com base na posse de competências mas também a capacidade de explicitar as opções àqueles que estão diretamente envolvidos nas mesmas. A esta procura de excelência no exercício profissional, deverá acrescentar-se a procura dos mais elevados níveis de satisfação do utente, tendo em consideração: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; o respeito pelas expectativas relacionadas com o trabalho de parto e com o projeto de maternidade/ paternidade; o empenho do EEESMOG para capacitar a tomada de decisão e a ação; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o empenho do EEESMOG em criar condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo do processo de assistência de saúde. Do EEESMOG exige-se ainda habilidades de negociação, bem como, competência para lidar com desafios éticos.

A conduta responsável do profissional de Enfermagem é explicitada na legislação, contemplada no código deontológico dos enfermeiros. É dever do EEESMOG atuar no respeito pelos direitos e interesses legais, protegendo e defendendo "a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum" (Artigo 79.º: Dos deveres deontológicos em geral, do Código Deontológico de Enfermagem, Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro 2009). Ainda no cumprimento do Código Deontológico as intervenções de enfermagem deverão ser "realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro" (n.º 1 do Artigo 78.º: Princípios gerais, do Código Deontológico de Enfermagem, Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro 2009).

No que concerne ao direito à autodeterminação, o enfermeiro tem o dever de:

- Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação, feito pelo individuo em matéria de cuidados de enfermagem.
- Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter

(alínea b do Artigo 84.º: Do dever de informação, do Código Deontológico de Enfermagem, Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro 2009).

A vontade da pessoa competente e esclarecida, deverá ser respeitada, seja no sentido do consentimento ou do dissentimento do cuidado proposto. Em suma o EEESMOG deve reger-se pelos princípios fundamentais, particularmente pelo princípio do respeito pela autonomia.

Sendo o CI o elemento fundamental da afirmação e respeito pela autodeterminação, este depende não só do profissional, mas também da parturiente, destacando-se a importância do modelo baseado na interdependência (Jólluskin & Toldy, 2011).O respeito pelo CI constitui-se, para a mulher/família como um meio para o abandono de uma postura passiva e para a adoção do papel de protagonistas na experiência do parto.

Na sala de partos a operacionalização deste modelo tem vindo a ser facilitado por medidas educativas desenvolvidas e pela informação proporcionada ao longo do período pré-natal com o objetivo de dotar as mulheres/famílias do conhecimento que

possibilite uma decisão livre e informada. Neste âmbito, o manual de boas práticas da OMS (2002) refere como contributo os cursos de preparação para a parentalidade/nascimento, visitas de reconhecimento ao hospital/maternidade, elaboração de plano de parto/nascimento para a orientação das diversas etapas de desenvolvimento do trabalho de parto.

Assim poder-se-ão conseguir contributos para uma mudança no paradigma da relação do profissional de saúde com a parturiente, caraterizada pela alteração da imagem do médico como "protetor" para a de um profissional tecnicamente habilitado, e alteração da imagem do utente, de sujeito passivo para a de pessoa autónoma e livre, pondo-se fim à atuação meramente paternalista dos profissionais de saúde. Não obstante, esta relação poderá tendencialmente continuar desequilibrada, pois a aparente liberdade, torna-se condicionada pela posição de vulnerabilidade em que a parturiente se encontra (Archer, Biscaia & Osswald,1996).

Acredita-se assim, ser pertinente desenvolver competências no sentido da promoção do direito ao CI, identificando os fatores facilitadores e limitadores do seu exercício refletindo sobre a importância da mudança, no sentido do paradigma da autonomia. Isto porque cabe ao EEESMOG, elemento fundamental na prestação de cuidados obstétricos, dar protagonismo, junto de toda a equipa multidisciplinar, a este processo, desmistificando-o e evidenciando a sua importância.

5. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA CLÍNICA

A Enfermagem é entendida como uma ciência, uma arte, a arte de Cuidar, englobando cuidados técnicos, científicos e humanos. A sua essência são os cuidados à "pessoa", " marcada pela sua individualidade, inserida no seu contexto familiar, social e cultural (Ferreira et al, 2009).

A "pessoa" é capaz de discernir livremente, de ser independente. Possui necessidades básicas e, quando não é capaz de as satisfazer, por fatores físicos ou psíquicos, o enfermeiro desempenhará um importante papel na ajuda, com competência científica, técnica e humana. Swanson (1991) acredita que o enfermeiro que cuida o outro, o ajuda a manter a esperança e a acreditar que consegue ultrapassar os momentos difíceis alcançando os seus objetivos.

O exercício da profissão de enfermagem contempla o estabelecimento de relações interpessoais que promovam o empoderamento de cada sujeito, num "processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde" (OE, 2002, p. 8).

Analisar o processo do CI à luz da escola do "Caring", de onde emerge a valorização para o respeito pelos valores, crenças, modo de vida e cultura das pessoas faz todo o sentido, elegendo-se a "Middle Range Theory of Caring" de Swanson (1991) como linha orientadora deste percurso reflexivo.

5.1 Estrutura de cuidar de Swanson

Esta teoria de médio alcance defende a prestação de cuidados de enfermagem que promovam a dignidade, respeito e capacitação (empoderamento) da parturiente, dando importância ao cuidado informado para alcançar o bem-estar. Conceptualmente considera que o/a enfermeiro/a deve empenhar-se em estabelecer uma relação que lhe permita compreender o que é realmente importante para a pessoa ao seu cuidado (Swanson, 1993).

Defende ainda que o enfermeiro deve: usar da melhor forma o conhecimento, facilitando a capacidade do outro para crescer; assistir o outro, compreendendo e avaliando os seus sentimentos (Swanson, 1991); deve permitir que o outro tenha a sua própria experiência; deve focalizar-se nas preocupações do outro, dar atenção e assisti-lo em decisões importantes; gerar alternativas refletindo, guiá-lo a pensar completamente nas decisões (Swanson, 1993).

Como teoria descritiva do cuidar, Swanson (1991) observa o cuidar como um processo que assenta na relação e que conduz ao desenvolvimento quer do enfermeiro, quer da pessoa cuidada. Defende que o "cuidar assenta na relação, na crença, na pessoa e nas suas capacidades", definindo-o como "a forma de se relacionar, de valorizar, de crescer com o outro com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis" (Swanson, 1991, pag.164).

Na relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente, torna-se fundamental que o enfermeiro veja a mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho de parto, mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados (Coutinho,2004). Precisa do cuidar

como Swanson (1991) estudou, o cuidar "estando com", falando, ouvindo ativamente, ou simplesmente que lhe segure na mão, e permaneça ali, acompanhando-a no seu percurso. Precisa do enfermeiro que usa da melhor forma o conhecimento, facilitando a capacidade do outro para crescer, assiste o outro, compreende e avalia os seus sentimentos (Swanson, 1991);que permite que o outro tenha a sua própria experiência; que se focaliza nas preocupações do outro, que dá atenção e o assiste a centrar-se em decisões importantes; gera alternativas refletindo, guiando a pessoa a pensar completamente nas decisões (Swanson, 1993).

Para a efetivação do cuidar refere cinco categorias ou componentes fundamentais: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença, que não se excluem mutuamente, mas que se articulam entre si (idem,1991):

- **Manter a crença** é acreditar na capacidade da pessoa ultrapassar um acontecimento, encontrar um significado pessoal na sua experiência e fazer face ao futuro independentemente dos desafios ou condições enfrentadas. O enfermeiro que cuida ajuda-a a acreditar que consegue ultrapassar os momentos difíceis mantendo uma atitude de esperança levando-o a acreditar que consegue ultrapassar as dificuldades do estabelecendo uma relação de confiança entre o cuidador e a pessoa cuidada.(Swanson, 1999b).Tal como no CI, o enfermeiro mantem esta atitude de apoio facilitando o alcance dos objetivos a que a pessoa se propõe. Ajuda-o a encontrar um sentido na experiencia, fornecendo a informação necessária para a tomada de decisão, mantendo sempre um otimismo realista.
- **Conhecer** significa entender a experiência a partir da perspectiva da pessoa que a está a viver (Swanson, 1993). Para conhecer o outro haverá necessidade de: evitar ideias pré-concebidas, centrar os cuidados na pessoa, fazer uma apreciação cuidadosa, procurar "sinais" e a envolvência de ambos no processo (Swanson, 1999b). Tal como para o processo de obtenção do CI, o enfermeiro opera na base do conhecimento, analisa a sua competência, centra-se na pessoa que é cuidada e faz uma apreciação meticulosa da experiência de quem é cuidado, antes de iniciar o processo. No sentido de conhecer a parturiente, um elemento de cuidado vulnerável, torna-se necessário evitar fazer suposições a fim de compreender a sua realidade física, cultural, espiritual e emocional (Swanson,

1993). Quando se desenvolve o conhecimento, ambos os intervenientes ficam envolvidos no mesmo processo.

- **Estar com** é estar emocionalmente com o outro, abrir-se emocionalmente à realidade do outro. Estar lá, é conduzir a uma eficácia progressiva, partilhando experiencias importantes sentimentos bons e maus (Swanson, 1993). A presença e a partilha, são orientados para uma conduta responsável e por isso aquele que cuida não oprime ou sobrecarrega aquele que é cuidado. A presença emocional é um caminho de participação nos significados, sentimentos e experiências de vida de cada um a quem são prestados cuidados. Estar com, é caminhar cautelosamente através do conhecimento, é transmitir disponibilidade, compartilhar sentimentos e suportar a pessoa que é cuidada (Swanson, 1999b) . Durante o trabalho de parto os EEESMOG ocupam a posição privilegiada de "estar com" as parturientes, o que permite avaliar e compreender a sua capacidade de decisão, as suas escolhas e facilitar o processo de tomada de decisão, essencial para a obtenção do CI.
- **Fazer por** é fazer pelo outro aquilo que ele faria se fosse de todo possível (Swanson, 1993). Fazer por é Confortar, antecipar, executar com competência, proteger as necessidades do outro, preservar a dignidade (Swanson, 1999b). Tal como o CI, esta dimensão do cuidar tem como pressuposto fundamental a preservação da dignidade do outro, para todas as ações do enfermeiro, mesmo que estas colidam com os seus próprios interesses e/ou com os da instituição. Este processo refere-se a mais do que simples tarefas físicas, englobando a comunicação terapêutica para ajudar, facilitar o outro, “self-healing” (Swanson, 1993).
- **Possibilitar** é facilitar os outros a passar através das transições da vida e eventos desconhecidos. É ajudar os outros encontrar as ferramentas necessárias para cuidar de si mesmos (Swanson, 1993). É usar da melhor forma o conhecimento, facilitando a capacidade do outro para crescer. É assistir o outro, compreendendo-o e avaliando os seus sentimentos. Tal como para a obtenção do CI, inclui apoio, informação, a validação, dando-lhes feedback, e ajudando-os a concentrar-se e gerar alternativas (Swanson, 1999b).

Diagrama 1: O Cuidar e o Consentimento Fonte: adaptada de Swanson (1993, pág.335)

O seguimento deste processo de cuidar permite respeitar, defender e promover o CI (Diagrama 1) e consequentemente um atendimento humanizado, valorizando as necessidades das parturientes, promovendo a participação e ação informada, através de uma comunicação de âmbito pedagógico que permitirá emancipar as parturientes favorecendo a vivência do parto, assim como a evolução favorável do mesmo podendo influenciar os resultados e o seu sucesso (Tereso, 2006).

PARTE II - PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS: DO PLANEAMENTO À AÇÃO

> **"***A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada*"(OE, 2010b)

No alcance da formação identitária, no desenvolvimento e reconhecimento de competências técnicas e científicas especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, assume-se a UC "Estágio com relatório", como um evento determinante, pelo facto de este constituir um momento de aprendizagem essencial, onde me foram facultadas condições potenciadoras do crescimento pessoal e profissional como futuros EEESMOG.

O ponto de partida para o desenvolvimento de aptidões inclui o conjunto de pressupostos que, de alguma forma, sustentaram a consecução do ensino clínico, e que foram sucintamente delineados no "Projeto de Estágio com Relatório" redigido anteriormente e tendo ainda por base o "Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório". Assume-se contudo o caráter dinâmico do projeto, suscetível a reformulações, e atualizações principalmente de fundamentação teórica.

A fim de contextualizar o ensino clínico faz-se uma breve caraterização do local do ensino clínico e dá-se a conhecer a finalidade e objetivos do Estágio com Relatório. De seguida descreve-se o percurso desenvolvido ao longo do estágio dando a conhecer as atividades desenvolvidas para atingir cada um dos objetivos propostos, fazendo emergir as competências específicas do EEESMO adquiridas ou desenvolvidas ao longo de todo o processo, utilizando uma perspectiva reflexiva.

Este capítulo fará uma síntese das linhas orientadoras que fundamentaram a prestação de cuidados, dos novos conhecimentos adquiridos, dos momentos de reflexão individual e com os peritos, elementos fundamentais para o sucesso deste percurso e para o cumprimento dos objetivos propostos.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

A formação em ensino clínico é crucial para o desenvolvimento de competências, sendo este contacto com a realidade estruturante, pois permite que o estudante questione, problematize e reflita sobre a situação prática (Abreu, 2007).

O objetivo básico do ensino clínico é portanto a aquisição de competências que habilitem o estudante a exercer a profissão, por isso é fundamental que o processo ensino/aprendizagem seja "desenvolvido à luz de saberes experienciados em contextos concretos, privilegiando a transversalidade de saberes e de forma complementar ao conhecimento teórico" (Novo, 2011).

A realização deste estágio integrou-se no desenvolvimento de competências essenciais para o cuidado especializado em saúde materna e obstetrícia num dos principais contextos de atuação do EEESMOG. Se por um lado deu resposta às necessidades e motivações pessoais e profissionais, por outro lado cumpriu os requisitos emanados pela OE e os vigentes nas diretivas nacionais e europeias relativamente ao reconhecimento da EESMO.

1.1Caracterização do local de estágio

Na fase inicial do ensino clinico, o objetivo primordial passou pela integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar, conhecer a estrutura física, a dinâmica e organização do serviço. Apesar de se tratar de uma equipa numerosa, os seus elementos foram bastante recetivos à presença de estudantes, o que facilitou a integração. O campo de estágio no qual se desenvolveu este ensino clínico revelou-se um local rico em experiências de aprendizagem potenciadoras do desenvolvimento de competências.

Este Estágio foi realizado no Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos de um Hospital Geral, Central, da Zona Ocidental de Lisboa.

O Serviço de Urgência é composto por um recinto de admissões onde utentes e seus familiares se dirigem para efetuar a inscrição para a urgência, aguardando posteriormente a chamada médica através do intercomunicador, numa sala de espera adjacente.

O Bloco de Partos comunica com o serviço de urgência através de uma zona de "transfer" onde se encontram os armários para utentes e familiares guardarem os seus pertences, sendo aqui que se inicia externamente o corredor para acesso dos familiares aos quartos. Tem a sua estrutura organizada em forma de U com um balcão central onde está instalada a central de monitorização electrocardiotocográfica das grávidas internadas e em vigilância no SUOG.

A equipa de enfermagem é constituída por 32 EEESMOG e 5 enfermeiros generalistas. As enfermeiras chefe e a coordenadora são EEESMOG e em cada turno encontram-se no mínimo 6 enfermeiros, sendo que existe sempre um chefe de equipa (EEESMOG) que é responsável pela gestão do turno e distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores, podendo ser ajustada durante o próprio turno. A metodologia de trabalho utilizada é o método individual de trabalho. Tanto no período diurno como noturno existe uma equipa médica de serviço, equipa de anestesia de urgência que dá apoio a todo o hospital, médico neonatologista de urgência que pertence ao Serviço de Neonatologia, equipa de auxiliares de ação médica (mínimo 3 elementos por turno) e equipa administrativa (mínimo 1 elemento por turno). Realça-se o papel das administrativas na triagem das utentes, atividade efetuada pelas mesmas posteriormente pela equipa médica.

1.2 Finalidade e objetivos do estágio com relatório

De acordo com a OE (2010a) a missão do EEESMOG passa por assegurar cuidados especializados nos contextos onde as pessoas se encontram, garantindo a equidade na sua acessibilidade, promovendo autonomia nas decisões, produzindo ganhos em saúde, e contribuindo para o potencial máximo de saúde. É ainda realçado que a formação do Enfermeiro, inicial e contínua, deve promover as competências necessárias para assegurar que os clientes são adequadamente informados, no sentido de os empoderar.

Para o seu cumprimento, é exigido o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas específicas estipuladas pelo Colégio da Especialidade de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2010) bem como as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) e ainda as "Essencial Competencies for basic Midwifery Practice estipuladas pelo ICM (2010).

Subjacente ao desenvolvimento do percurso de desenvolvimento de competências, delineou-se como objetivo geral:

"Desenvolver competências técnicas, científicas relacionais e ético-morais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente, feto/RN e conviventes significativos na área da saúde materna e obstetrícia, tendo como foco principal de atenção o respeito pelo direito da parturiente ao consentimento informado".

Como objetivos específicos propõe-se:

- Objetivo 1: Prestação de cuidados de enfermagem especializados com vista à promoção da saúde da grávida/parturiente/feto/RN/família, tendo como principal foco de atenção o consentimento informado;
- Objetivo 2: Identificação de evidência cientifica no âmbito do respeito pelo direito da parturiente ao consentimento informado, recorrendo a uma RSL;
- Objetivo 3: Promoção do respeito pelo consentimento informado das parturientes mobilizando e divulgando a evidência científica encontrada na RSL.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A aquisição de competências para uma excelência no cuidar, surge através de uma aprendizagem experiencial, onde se associa o conhecimento teórico e a prática profissional (Benner ,2001). O contacto com a prática em ensino clinico torna-se assim essencial para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, que permitiram um cuidar especializado e de excelência à Mulher/RN/Família.

O desenvolvimento de competências específicas em saúde materna e obstétrica é descriminado pela OE e pelo ICM, sendo estas indicadas no início de cada subcapítulo de acordo com cada objetivo especifico. Nestes subcapítulos será realizada uma descrição e reflexão de como foram desenvolvidas as competências inerentes ao estágio. Esta reflexão contempla não só a descrição das atividades que foram sendo desenvolvidas e a respectiva justificação, mas também as dificuldades sentidas e o modo como foram sendo superadas.

2.1 Objetivo específico nº 1

OBJETIVO 1.: Prestação de cuidados de enfermagem especializados com vista à promoção da saúde da grávida/parturiente/feto/RN/família, tendo como principal foco de atenção o consentimento informado.

COMPETÊNCIA nº 3 das Competências Especificas (OE,2010a): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto garantindo um ambiente seguro, dominando situações de emergência, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.
COMPETÊNCIA A1 das Competências Comuns (OE, 2010b): Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.
COMPETÊNCIA Nº 4 (ICM,2010): Prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.
COMPETÊNCIA Nº 5 (ICM,2010): Prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis.
COMPETÊNCIA Nº 6 (ICM,2010): As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade.

A descrição dos eventos tem como ponto de partida a gravidez e culmina no puerpério. Esta forma de organizar a narrativa propicia a organização/ordenação de factos, o que a meu ver atribuiu sentido e se revelou facilitadora para a exposição.

Uma **assistência pré-natal** adequada é essencial para preservar a saúde da grávida e do feto, sendo o desenvolvimento de competências específicas neste âmbito fundamental para a construção da identidade profissional do EEESMOG. O desenvolvimento destas competências ao longo deste ensino clínico decorreu quer em contexto de sala de partos, quer no serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia (SUOG) e teve por base as unidades de competência:

- H2.3 da OE (2010,a)"*Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento"*

- Competência n.º 3 da ICM (2010). "*As parteiras prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações"*
- Competência nº 7 da ICM (2010). "*As parteiras prestam um leque de serviços individualizados e culturalmente sensíveis relacionados com o aborto a mulheres que solicitam ou sofrem uma interrupção ou perda da gravidez em congruência com as leis e regulamentações aplicáveis e de acordo com os protocolos nacionais"*

O SUOG da unidade onde decorreu o estágio não possui triagem de enfermagem, sendo a avaliação inicial feita pelo médico de serviço. Posteriormente a utente é encaminhada para a equipa de enfermagem, que procede ao planeamento e prestação de cuidados de acordo com a situação clínica. Tendo por base as unidades de competência H2.317 e H6.218 da OE (2010) e as competências n.º 319 e 720 da ICM (2010), a prestação de cuidados incidiu na avaliação dos sinais/sintomas manifestados pela mulher, providenciando cuidados de acordo com os problemas identificados e colaborando com a equipa médica na realização de exames complementares de diagnóstico.

Sendo o SUOG o espaço onde ocorre o primeiro contacto com a grávida/parturiente/família torna-se essencial realizar o seu acolhimento no serviço, estabelecendo uma relação terapêutica e empática, demonstrando respeito e confiança.

Este momento reveste-se de especial importância para a mulher/casal ao nosso cuidado uma vez que o processo de acolhimento pode condicionar, em grande parte, o decurso do cuidar e a atitude do utente em relação aos profissionais de saúde. Neste contexto, torna-se fundamental proporcionar expectativas realistas à mulher/casal informando-os acerca dos cuidados que potencialmente lhes poderão ser prestados e iniciar o processo de obtenção do consentimento informado. É igualmente importante para a equipa adquirir informações acerca da utente e da sua situação clínica de forma a identificar os problemas e planear os cuidados (Cardoso e Pinto, 2002).

O acolhimento foi o ponto de partida para o planeamento da prestação de cuidados no SUOG tendo em conta a vigilância do bem-estar materno-fetal, início de trabalho de parto espontâneo ou induzido.

Realizei a anamnese, avaliei o seu perfil psicossocial, realizei o exame físico e obstétrico, monitorizei o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados, procedi à deteção precoce de sinais de alerta e da identificação precoce de complicações (hipertensão, alterações dos parâmetros analíticos, cardiotocograma (CTG) suspeito ou patológico, ansiedade, problemas de vinculação, …) com a referenciação para a equipa multidisciplinar das situações que estavam para além da área de atuação do EEESMOG, cooperando com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez (OE, 2010a).

No âmbito do exame físico, procedi à avaliação de sinais vitais, manobras de Leopold e toque vaginal. Segundo Lowdermilk (2008), as Manobras de Leopold são recomendadas a partir do 2.º trimestre e são muito importantes na vigilância da gravidez pois, através destas é possível identificar o número de fetos, a apresentação, a posição e atitude fetal, o grau de descida e a localização esperada do ponto de intensidade máxima da frequência cardíaca fetal. O toque vaginal permite-nos avaliar as características do colo do útero (posição, consistência, apagamento e dilatação), avaliar a adequação da estrutura pélvica, ou seja identificar a proporção feto-pélvica, assim como a variedade e apresentação fetal, e a integridade das membranas e características do líquido amniótico em caso de rutura prematura de membranas (RPM). Realizei auscultação de batimentos cardíacos fetais (ABCF), percetível com doppler a partir das 12 semanas (Graça, 2010); CTG conforme as necessidades identificadas, interpretando o traçado e classificando o padrão do mesmo. Esta classificação tem por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal e o aparecimento de desacelerações. Estes têm ainda de ser relacionados com o conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do feto, dos efeitos dos estímulos externos no ritmo cardíaco fetal, e da situação clínica de cada grávida, de forma a detetar precocemente problemas potenciais e a resolver ou minimizar os problemas reais identificados no bem-estar materno e fetal, *(idem, 2010)* detetando desvios da normalidade.

Observei e interpretei exames complementares de diagnóstico e resultados analíticos, prestei cuidados que incluíram a administração de terapêutica, avaliação de sinais vitais, pesquisa de proteinúria, colheita de sangue para análises, dando resposta ao critério H2.2.2 "Identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados" (OE, 2010a, p. 4).

Realizei educação em saúde sobre vivência saudável da gravidez (promoção estilos de vida saudáveis, promoção de plano de gravidez e parto aconselhando e apoiando a grávida/família nas suas decisões, promoção da transição para a parentalidade responsável, promoção do aleitamento materno, esclarecimento de duvidas sobre cuidados ao recém nascido, recursos na comunidade,…), sobre patologia ou problema associado (ameaça de aborto ou aborto em evolução, infeções urinárias, contractilidade, diminuição dos movimentos fetais, APPT, RPM, hipertensão arterial, hemorragia vaginal, início de TP, TP ativo, que são alguns dos motivos mais frequentes do recurso ao SUOG) e autocuidado necessário em cada situação. Estas intervenções foram realizadas de acordo com o propósito da ICM que defende que "*as parteiras ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva*." (ICM, 2011, p. 6).

A informação cedida durante a gravidez que inclui as estratégias para minimização dos desconfortos, sinais e sintomas de risco, são um ponto essencial para o envolvimento da mulher/família como participantes ativos no processo da gravidez diminuindo consequentemente a ansiedade face a fatores e acontecimentos desconhecidos. Esta informação planeada e realizadas tendo sempre em conta a idade gestacional, e adequadas a cada grávida/família e a sua situação específica.

A minha atuação procurou sempre a promoção da autonomia da mulher/casal, aproveitando os momentos de interação, para informar, orientar e capacitar a grávida/família, consciencializando-os dos seus direitos promovendo o desenvolvimento de competências parentais e uma vivência da gravidez de forma saudável e responsável.

A prestação de cuidados a mulheres em situação de abortamento, também se constituiu como momento aprendizagem no atendimento no SUOG e posteriormente

no bloco de partos (BP) tendo contribuído para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas mas essencialmente relacionais. Ao longo do estágio tive oportunidade de acompanhar e cuidar de algumas mulheres/casal nesta situação, com idades gestacionais diferentes e por motivos distintos (interrupção médica da gravidez (IMG), aborto espontâneo, entre outras). Colaborei em algumas destas situações e estive presente em duas situações: 22 semanas de gestação por RPM e 20 semanas de gestação em processo de IMG com por malformação cardíaca havendo necessidade de na primeira situação realizar revisão da cavidade uterina e posteriormente revisão instrumental por retenção placentar. Foram cumpridas assim as premissas "…referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação" (OE, 2010a, p.4) e "Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez e pós-aborto" (OE, 2010a, p. 4). Nestas situações além de apoio emocional, elemento essencial dos cuidados considerei indispensável investir na educação para a saúde no âmbito da sexualidade, contraceção no período pós-aborto, cuidados pré-concepcionais e os recursos disponíveis na comunidade, promovendo assim a saúde sexual e reprodutiva.

Na prestação de cuidados em SUOG e consequentemente em sala de partos tive a oportunidade de realizar vigilância a grávidas/famílias com patologia (APPT, RPM, suspeita de pré-eclampsia entre outras). As intervenções desenvolvidas neste estágio, em conjunto com as desenvolvidas durante o Ensino Clínico IV (Cuidados à grávida/casal em situação de risco materno/fetal) permitiram o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados enquanto EEESMOG no âmbito da gravidez normal e na gravidez de risco ou com patologia associada ou concomitante tal como descrito no critério de avaliação H2.3.3. *"Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez*" (OE,2010a).

No SUOG, sempre que se verificava que a grávida estava em início de TP era iniciado o processo de internamento. Assim, a parturiente era acolhida no quarto onde iria permanecer durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, sendo favorecida a continuidade de cuidados através da existência de um elemento de "ligação".

Nesta fase prestei apoio emocional à mulher/acompanhante, incentivei a manifestação de medos, preocupações, esclareci dúvidas e disponibilizei informação

sobre os procedimentos a realizar e a sua justificação com o intuito de esclarecer e consequentemente obter o seu consentimento informado ainda que na forma de oralidade. Este momento permitiu tranquilizar a mulher/acompanhante promovendo a sua confiança na equipa, sentimento de segurança nos cuidados prestados, e maior predisposição para participar ativamente no seu TP. Preocupei-me que a informação fosse faseada, clara e concisa de modo a facilitar a compreensão por parte do casal.

Um facto constatado nesta fase foi que, apesar do formulário do consentimento informado fazer parte do processo clinico a ser preenchido no momento da admissão ao serviço, este permaneceu quase sempre por preencher. Ao constatar este facto foram criados momentos para reflexão, quer com a enfermeira orientadora, quer com outros elementos da equipa de enfermagem, que atribuíram a responsabilidade do seu preenchimento ao médico que internara a utente. O estatuto de estudante pareceu ter sido um constrangimento à minha actuação, tendo sentido dificuldade em ver a minha preocupação atendida no seio da equipa multidisciplinar.

Nesta fase preocupei-me ainda em respeitar o direito da grávida/parturiente a ter um acompanhante presente, quando era essa a sua vontade, integrando-o no processo de acolhimento, promovendo a sua inclusão nos cuidados e mantendo-o informados.

O acompanhamento da mulher/casal durante os 3 estádios do trabalho de parto (TP) assim como do puerpério imediato constituiu-se como uma das experiências mais marcantes e gratificantes deste curso.

A experiência do parto é tão marcante para a mulher e para a família que, durante anos, o evento, os cuidados prestados durante o mesmo e os sentimentos experimentados durante o nascimento do bebé serão lembrados ao detalhe (Kitzinger, 1995). A satisfação da mulher com a sua experiência de parto está efetivamente associada ao tipo de assistência que lhe é prestada (Wilson & Sirois, 2010). Desta forma, o EEESMOG pela sua proximidade com a mulher/casal durante o TP assume um papel crucial no desenvolvimento de práticas adequadas às suas necessidades e que sejam promotoras da sua autonomia.

Por TP entende-se, um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão (Machado, 2010). Machado (2010) divide o TP em 3 estádios, todos eles em sequência:

- primeiro estádio – dilatação - tem inicio com a instalação de contrações uterina regulares e termina com a dilatação completa do colo;
- segundo estádio - período expulsivo - tem inicio aquando da dilatação completa e termina após a expulsão do feto;
- terceiro estádio – dequitadura – decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais.

O desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados especializados à mulher/casal durante o TP envolveu a realização de inúmeras intervenções, tendo em conta o estádio do TP, a sua evolução e as expectativas da mulher/casal ao nosso cuidado. Assim, durante o estágio no BP, e após a observação participante dos cuidados prestados pela enfermeira orientadora, consegui autonomamente prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente e família ao longo dos quatro estádios do TP: 107 parturientes durante o 1.º estádio do TP e 46 parturientes ao longo do 2.º, 3.º e 4.º estádio, sendo que as restantes acabaram por evoluir para um parto distócico ou não chegaram a atingir o 2.º estádio do TP no meu turno. Das situações que evoluíram para parto distócico, prestei cuidados a 14 parturientes com partos assistidos (fórceps/ ventosa), a 2 parturientes com partos pré-termo e ainda a 5 parturientes submetidas a cesariana por sofrimento fetal e por apresentação pélvica. Participei em 46 partos eutócicos de parturientes com gestação de termo e com apresentação cefálica tal como prescrito pela OE (2010a) na Competência H3.1, referente à promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, atuando sempre de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher (quer escrito, quer idealizado), garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.

Durante o acolhimento da grávida na sala de partos (SP) houve a preocupação de facultar informação sobre espaço físico e funcionamento da SP, procedimentos aos quais iriam ser submetida, bem como o esclarecimento de dúvidas, que pudessem surgir, minimizando assim a ansiedade e o medo que

caracterizam este momento e mantendo o respeito pela autonomia da mulher/casal obtendo sempre o consentimento informado para cada intervenção e identificando-me sempre como estudante do CMESMO. Consultei o processo clínico, o BSG, os planos de parto, os exames complementares de diagnóstico por forma a identificar os dados relevantes para a prestação de cuidados e por forma a ir ao encontro das expectativas do casal durante o TP, nunca descurando as suas experiências anteriores.

Os cuidados prestados às mulheres admitidas na unidade durante o 1º estádio do TP, na vigilância do bem-estar materno-fetal foram:

Monitorização da evolução do TP e deteção de desvios da normalidade através: do toque vaginal, da avaliação das características do líquido amniótico em caso de rutura de bolsa amniótica; monitorização cardíaca fetal contínua (externa e interna); monitorização de sinais vitais. Realização de técnicas como colocação de cateter venosos periféricos para hidratação e administração de terapêutica conforme prescrição e cateterização vesical em situações de retenção urinária, entre outras. Intervenções com vista à promoção de conforto: hidratação oral, incentivo a deambulação para satisfação das necessidades fundamentais de eliminação e cuidados de higiene, medidas não farmacológicas (respiração, massagem e relaxamento, incentivo à deambulação, duche) e farmacológicas (analgésicos endovenosos e pedido de colaboração para administração de analgesia epidural).

A *monitorização da evolução do TP através do toque vaginal* foi realizada no momento da admissão ao SUOG, sempre que se justificasse na chegada a SP (por exemplo se queixas da parturiente) e ao longo da evolução do trabalho de parto, não havendo protocolos instituídos. Este procedimento era realizado por forma a avaliar as características do colo do útero, a adequação da estrutura pélvica relativamente ao feto, a variedade e atitude da apresentação e o plano de apresentação, assim como para avaliar a integridade da bolsa amniótica e características do líquido em caso de RPM. Seguindo as indicações de Lowdermilk (2008) o exame vaginal só foi efetuado quando se verificou alteração significativa de atividade uterina, quando a mulher referia pressão no períneo, vontade de fazer esforços expulsivos e em caso de rotura de membranas. A realização deste procedimento pretende dar resposta ao critério de avaliação H3.2.4 “Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto da competência” H3 da OE (2010,a)

tendo sido um verdadeiro desafio, ultrapassado de forma gradual com o desenvolvimento da experiência prática. Suscitou inicialmente muitas dúvidas principalmente na avaliação da cervicometria, bem como na perceção da variedade fetal e plano de apresentação, situação que foi sendo ultrapassada com a experiência prática, saber transmitido pela enfermeira orientadora e outros profissionais que participaram da minha formação. Sendo esta uma ação que invade a privacidade e intimidade da mulher sendo causadora de ansiedade, este procedimento foi realizado sempre com respeito pela mulher ao meu cuidado, mantendo o respeito pelo seu consentimento. Houve portanto a preocupação de limitar o número de toques vaginais seguindo as indicações da APEO (2009).

No local onde decorreu o ensino clínico a avaliação do bem-estar fetal é efetuada através da *monitorização contínua dos batimentos cardíacos fetais* (CTG).

A APEO (2009) defende que não deve ser realizado CTG em mulheres de baixo risco durante o TP a não ser que surjam fatores de risco. Pelo contrario, defendem que a monitorização deve ser intermitente durante o primeiro estádio do TP, efetuando-se a ABCF após a contração, durante pelo menos um minuto e de 15 em 15 minutos. Esta medida é controversa levando a divergência de opiniões. Graça (2010) defende que a monitorização contínua com CTG durante o TP corresponde a uma diminuição da mortalidade fetal intraparto e neonatal. Defende contudo que este tipo de monitorização corresponde ao aumento do número de partos instrumentalizados, associados a mobilidade reduzida e posições supinas. Neste sentido, em situações de baixo risco, Graça (2010) em concordância com as indicações da American Colege of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2005) acrescenta que não há dados disponíveis que permitam justificar que a monitorização fetal contínua tenha mais benefícios que a auscultação intermitente desde que esta seja realizada respeitando protocolos rigorosos. Estes protocolos exigiriam um rácio de EEESMOG/parturiente de 1:1, tal como estipulado pela OE (2008) de forma a proceder à auscultação intermitente em intervalos rigorosos de 15 minutos na fase ativa do trabalho de parto e a cada 5 minutos durante o período expulsivo. Esta medida é portanto incomportável. No local onde foi realizado o ensino clinico, este fator de risco foi contornado com a utilização da tecnologia de *wirless* que permite a monitorização contínua e também a deambulação, adoção de posições verticais, contornando esta questão.

No âmbito da monitorização do bem-estar fetal, pude ainda desenvolver competências na colocação de monitorizações internas, sendo o recurso a esta técnicas apenas em situações em que a monitorização externa não possibilitava uma correta avaliação do bem-estar fetal. Consiste num procedimento invasivo que fornece informação mais precisa na interpretação do CTG, sendo aplicado quando a monitorização externa não é tranquilizadora ou não está a ser eficaz levantando suspeita de compromisso do bem-estar fetal. Para a execução desta técnica, é necessário que já tenha ocorrido a RPM ou então que se proceda à amniotomia (rotura artificial das membranas). Para realização de amniotomia é importante que a apresentação esteja bem apoiada, de forma a evitar o prolapso do cordão umbilical. O desenvolvimento da técnica para colocação de monitorização interna teve em conta estes pressupostos.

A amniotomia é também realizada para indução/aceleração do trabalho de parto, quando o colo se encontra favorável (quando o índice de Bishop for maior ou igual a 5) (Lowdermilk, 2008). Foi tendo em consideração este contexto que se realizaram 6 amniotomias, em que na presença de um colo favorável e sem progressão do TP se optou por esta técnica como forma de acelerar o TP.

A *monitorização de sinais vitais* foi realizada no momento da admissão, e posteriormente com intervalos de 8h, salvo situações específicas. Contudo segundo as orientações da APEO (2009) a periodicidade desta avaliação (pressão arterial, temperatura e pulso) deveria ser de 4/4h o que não se torna comportável em unidades onde o rácio de Enfermeiros é inferior ao preconizado pela OE (2008). Esta vigilância / monitorização materna e fetal rigorosa era apena realizada em grávidas com patologia (Hipertensão crónica e pré-eclâmpsia) compreendendo além da a avaliação de tensão arterial de 4/4h, a realização do balanço hídrico (a avaliação do débito urinário é muito importante, pois fornece dados sobre a função renal), a avaliação da proteinúria e vigilância de sinais de alarme (epigastralgias e/ou dor no hipocôndrio direito; cefaleias; perturbações da visão; edemas; oligúria ou anúria e convulsões) com o intuito de referenciar situações que estivessem além da competência do EEESMOG. A exceção verifica-se também na avaliação do quinto sinal vital - a dor que é feita em intervalos menores, recorrendo a uma escala, sempre que a grávida abordasse os nossos cuidados.

A *cateterização venosa periférica,* para hidratação e administração de terapêutica é uma prática rotineira na admissão ao BP. Esta é uma prática contestada pela OMS (1996), e considerada como "práticas prejudiciais ou ineficazes e que precisam ser eliminadas". A OMS(1996) tal como a APEO (2009) defendem que o uso de perfusões endovenosas glicosadas aumentam a glicémia da mulher levando a um aumento glicémia do fetal e causando posterior hipoglicémia neonatal e uma diminuição do pH do sangue na artéria umbilical. Apesar desta evidência, esta continua a ser uma rotina no local onde se realizou o ensino clínico, difícil de contornar. No entanto, destaco a atuação de alguns elementos da equipa que evitam colocar perfusões endovenosas, garantindo apenas que acesso venoso possibilite a administração de terapêutica durante o trabalho de parto (sendo a analgesia, a antibioterapia e administração de ocitocina após dequitadura as mais comuns).

No que diz respeito à *restrição hídrica e restrição alimentar*, as rotinas não são tão austeras, e seguindo as recomendações da OMS (1996), é possibilitado beber durante o primeiro estádio do trabalho de parto "líquidos cristalinos" (água, chá açucarado) e ingerir comidas leves (gelatina), prevenindo os efeitos prejudiciais do jejum prolongado.

Contrariando as diretrizes da OMS(1996), a *utilização de ocitocina no primeiro estádio do TP* conforme prescrição médica é uma realidade. Apesar da evidência disponível não clarificar que o uso de ocitocina por rotina previne trabalhos de parto prolongados, a sua administração continua a ser uma intervenções rotinizada que por ser uma atividade interdependente, é remetida para a esfera da decisão médica.

Quanto ao *cateterismo vesical* e à realização de *microclister*, o seu uso rotineiro não é praticado nesta instituição, favorecendo as indicações da OMS (1996). O uso de cateterização vesical é utilizado pontualmente justificando-se como uma medida preventiva de traumatismos vesicais por distensão da bexiga, (uma vez que após a analgesia epidural algumas mulheres perdem sensibilidade), e também como medida facilitadora na descida da apresentação fetal (Lowdermilk*, 2008*). O microclister é realizado apenas se a grávida o solicitar com o objetivo de esvaziar a ampola retal facilitando assim a descida da apresentação, e evitando a eliminação de fezes no período expulsivo prevenindo assim possíveis infeções (*idem* 2008).

Durante o trabalho de parto, a dor é um fenómeno complexo e individual, com uma componente sensorial e emocional que deve ser considerada, uma vez que o alívio da dor durante o trabalho de parto contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente (OE, 2014). Tendo consciência que a dor durante o TP pode condicionar negativamente o momento do nascimento, procurei sempre proporcionar o melhor conforto á parturiente, incluindo o seu acompanhante nos cuidados por forma a torná-los mais individualizados. Sendo o EEESMOG autónomo no desenvolvimento das suas competências, na tomada de decisão que orienta o seu exercício autónomo e intervenções, no que à adoção de *estratégias não farmacológicas* diz respeito, fiz um grande investimento no sentido de traduzir em ganhos de saúde para a parturiente/casal/RN. Apostei inicialmente em técnicas não farmacológicas para alivio de dor como a respiração, massagem, deambulação/liberdade de movimentos e de posições, utilização da bola de pilates, musicoterapia, esclarecendo a mulher e família sobre os benefícios de cada uma destas opções e respeitando a sua decisão esclarecida e tal como preconizado pela OE (2014).

As técnicas de respiração auxiliam sobretudo a mulher na manutenção do controlo durante as contrações durante o primeiro estádio, uma vez que promovem o relaxamento dos músculos abdominais, aumentando o tamanho da cavidade abdominal, e diminuindo a fricção e desconforto entre o útero e a parede abdominal (Lowdermilk, 2008). A técnica da massagem permite um relaxamento da musculatura e reduz a dor, uma vez que, melhora o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos. Esta permite o envolvimento dos acompanhantes, fazendo com que estes sintam que têm um papel ativo e são úteis durante todo o processo (APEO, 2009). A liberdade de movimentos favorece a progressão do trabalho de parto, diminui a dor e consequentemente a necessidade de analgesia intra-parto (*idem*, 2009).

Para além das estratégias não farmacológicas para alívio da dor, e sendo esta uma intervenção interdependente, agilizei de melhor forma a articulação com a equipa médica e de anestesia com o fim de proporcionar *métodos farmacológicos* para alívio de dor (analgesia endovenosa e analgesia loco-regional). A analgesia epidural foi a estratégia farmacológica mais utilizada, tendo em conta a escolha informada das parturientes (esclarecida técnica, riscos e potenciais complicações

associadas). Colaborei assim na realização da técnica, preparando o ambiente, o material, os fármacos e posicionando a parturiente de forma adequada, orientando-a e apoiando-a durante o procedimento, no fundo de "estar com" conforme nos releva o cuidar de Swanson (1993).

No que a intervenções interdependentes diz respeito, durante a vigilância no primeiro estadio do trabalho de parto colaborei na implementação de regimes terapêuticos prescritos administrando a terapêutica prescrita nomeadamente antibióticos (por exemplo, para prevenção da infeção neonatal por estreptococos do grupo B positivo), anti hipertensores (nas situações de hipertensão crónica ou induzida pela gravidez) e antidiabéticos (essencialmente insulinas, fazendo-se cumprir os protocolos individuais das grávidas com diabetes gestacional, diabetes prévia) e executando as intervenções necessárias para prevenção e reversão de complicações como são exemplo hipertonias uterinas e taquisistolias (despiste dos fatores indutores, suspensão de ocitocina se em perfusão, administração de Salbutamol, por exemplo), hemorragias (despiste do foco hemorrágico e se hemorragia grave encaminhamento para cesariana), taquicardia ou desaceleração fetal e diminuição da variabilidade fetal (identificação de possível causa: fator fetal – compressão do polo cefálico, prolapso do cordão, entre outras; fator materno: infeção, uso de fármacos, hemorragia, entre outros).

Durante a vigilância do trabalho de parto foram efetuados registos de enfermagem de forma constante, bem como o preenchimento e interpretação do partograma. Ao longo deste Estágio procedi ao acompanhamento de 107 parturientes/famílias, no 1º Estádio do Trabalho de Parto.

Este período constituiu-se como um momento de eleição para o desenvolvimento de competências relacionais, de técnicas de comunicação por forma a capacitar a mulher/casal nas tomadas de decisão acerca dos seus cuidados de saúde. O apoio contínuo assumiu importância na promoção de conforto físico mas também conforto psíquico e emocional, reduzindo a ansiedade e fomentando sentimentos de segurança. Evidencia-se a importância da gestão do ambiente, calmo, tranquilizador, e a escuta de expectativas e desejos, a promoção do envolvimento do acompanhante, essenciais para o processo humanizado e harmonioso de cuidados, tal como preconizado pela OE (2010b).

O processo de negociação com a mulher/família foi uma constante, tendo sido possível perceber os conhecimentos da parturiente/casal, identificar as fontes de informação (essencialmente aulas de preparação para a parentalidade, consultas pré-natal, experiências anteriores), tornando-se exequível a obtenção do consentimento verbal informado, livre e esclarecido por parte da parturiente, para a realização dos procedimentos mais favoráveis para a condução do trabalho de parto, orientando de forma antecipada, os procedimentos a realizar de acordo com a situação e as opções da mulher/família.

O 2.º estádio do TP, denominado por período expulsivo inicia-se com a dilatação cervical completa (10cm) e extinção total do colo (100%) provocada pelos movimentos do feto na progressão do canal de parto, que fazem com que apresentação exerça pressão no colo uterino. Este mecanismo induz o Reflexo de Ferguson, que define que esta pressão do polo cefálico estimule as terminações nervosas e desencadeie a libertação de Ocitocina. Este processo termina com o nascimento do recém-nascido (Lowdermilk, 2008).

É esperado que este processo seja o mais fisiológico possível não associado a complicações, resultando da força eficaz exercida pelas contrações uterinas, pela própria gravidade, nos casos em que a parturiente adota posições verticais, e pelos esforços expulsivos favoráveis ao desenrolar do trabalho de parto (APEO, 2009). O EESMOG deve ser consciente e fazer por cumprir estas indicações, sendo da sua responsabilidade a realização do parto de baixo risco e da sua competência a aplicação de “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (OE, 2010a, p.5), no sentido do desenvolvimento do que define a competência H3 do EEESMOG.

Esta é talvez a etapa mais esperada pela parturiente/casal, um momento de grande intensidade no qual, enquanto EEESMOG tive o privilégio de participar. Digo participar porque não cingi apenas à técnica de participar no parto, mas agi no sentido de respeitar a dignidade da mulher como participante ativa no seu parto. Ao longo do estágio realizei 46 partos eutócicos sob supervisão da EEESMOG orientadora prestando cuidados de elevada qualidade, culturalmente sensíveis durante o parto, conduzindo um parto limpo e seguro e resolvendo determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos, tal como preconizado pelo ICM (2011).

Assim seguindo a ordem natural dos acontecimentos:

- desde a dilatação completa até à coroação da apresentação fetal fui incentivando a mulher para a realização de esforços expulsivos, para utilização da respiração controlada. Ensinei assim a mulher no controlo da respiração, para que esta não a sustivesse por mais de 5 a 7 segundos de cada vez, aconselhando-a a realizar inspirações profundas no sentido de promover uma oxigenação materna e fetal adequada. Orientei-a também para a realização de esforços expulsivos durante a expiração, não devendo cada esforço durar mais de cinco segundos, uma vez que realizar esforços expulsivos contínuos sustendo a respiração pode desencadear a manobra de Valsalva, comprometendo o bem-estar materno e fetal (NICE,2014).
- durante o período expulsivo a mulher foi incentivada a iniciar esforços expulsivos apenas quando sentia necessidade, e tal como é recomendado pela OMS e pelas guidelines do NICE (2014) que defendem que: a mulher deve guiar-se pela sua necessidade de fazer força favorecendo-se os esforços expulsivos espontâneos; evitar os esforços expulsivos com recurso à manobra de valsava que origina alterações fisiológicas que podem comprometer o bem-estar fetal, levar à fadiga materna durante o trabalho de parto, produzir sensação de perda controlo, resultando num maior número de partos instrumentalizados, prejudicando os resultados maternos e neonatais (APEO, 2009). Nos casos em que a analgesia impossibilitava a perceção das contrações pela mulher, esta era orientada no sentido de realizar esforços expulsivos aquando das contrações.
- sempre que possível dei preferências a que esta se colocasse em posições mais verticalizadas possíveis (posição de sentada na bola ou apoiando-se na base da cama, fazendo movimentos de rotação da bacia, colocando-se na posição de cócoras na contração para potenciar os esforços expulsivos), e se em posições supinas, incentivava a lateralizar-se por forma favorecer a descida da apresentação fetal. Quando a apresentação estava descida a mulher era ajudada a colocar-se na posição supina na cama. As recomendações do NICE (2014) vão no sentido de desencorajar a mulher a deitar-se em posições supinas ou semi-supinas no segundo estádio do TP e encorajá-la a escolher posições em que ela se sinta mais confortáveis,

contudo pela falta de experiencia enquanto aluna, assim como de grande parte da equipa de Enfermagem em realizar partos em posições que não supina, estas foram as posições de eleição justificando-se esta atuação com a dificuldade em controlar a progressão deste estádio de TP dificultada pela fraca visualização ou acesso à apresentação fetal e ao períneo. A equipa estava contudo cientes que adotar posições verticais e o movimento da mulher nesta fase do TP beneficiariam do efeito da gravidade para a descida da apresentação fetal e do aumento das dimensões, evitando assim muitas vezes a necessidade de um parto distócico, diminuindo o segundo estadio do TP, favorecendo assim os esforços expulsivos espontâneos (APEO, 2009). Neste âmbito tive a possibilidade de colaborar num parto de gatas, e seguindo o conceito de "parto natural" tal como defendido pela OE (2012, pág. 18) "um parto de início e progressão espontâneo, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, assistido apenas pelo profissional de saúde". Serviu para ter outra perceção do parto, e perceber que a experiencia profissional é essencial para podermos ter confiança, segurança na atuação por forma a ir de encontro às preferências da mulher/casal.

- em todos os partos realizados, efetuei a proteção da musculatura perineal através da Manobra de Ritgen Modificada, favorecendo assim a extensão da cabeça durante o nascimento (Lowdermilk, 2006). Esta abordagem permitiu que se realizassem 5 partos com períneo intacto, salvaguardando o facto de que 3 destes serem de parturientes multíparas.
- a realização da técnica de episiotomia foi seletiva, seguindo a premissa da (OMS, 1996) de que o uso indiscriminado de episiotomias tem efeitos prejudiciais (aumento da dor no pós-parto, dificulta a mobilidade, não previne lacerações graves do períneo, aumenta a perda sanguínea da mulher), como tal é aconselhado a sua restrição em partos normais. Também as recomendações do NICE (2014) se direcionam no sentido de realizar esta técnica, apenas de houver necessidade. A ser realizada, recomenda que seja feita uma incisão médio-lateral à direita desde a fúrcula vaginal e com um ângulo de 45º a 60º com o plano vertical. Esta foi a prática adotada e a decisão da sua realização foi sempre ponderada e realizada de forma

seletiva, tendo realizado 22episiotomias. Todas as episiotomias realizadas foram no sentido de abreviar o período expulsivo por razões fetais ou para permitir um mais amplo campo para as intervenções obstétricas (apresentação occipito-posterior, distócia de ombros).

- quanto à clampagem do cordão foi efetuada precocemente apenas em situações de circulares cervicais apertadas. A clampagem tardia (2 a 3 minutos após o nascimento) do cordão umbilical foi a conduta adotada tal como recomendado pela APEO (2009), pois parece ser mais fisiológica e permite que ocorra uma transfusão placentar que dá ao recém-nascido mais 30% de volume sanguíneo e até 60% mais de eritrócitos favorecendo assim as reservas de ferro do bebé. Durante o estágio foi oferecida à mãe ou ao acompanhante a oportunidade de cortarem o cordão com o objetivo de promover a vinculação precoce e a inclusão nos cuidados, sendo respeitada a decisão de recusa quando esta se verificou. Depois de seco, o RN foi colocado sobre o peito ou abdómen materno, coberto com uma manta pré-aquecida e um gorro, evitando-se assim a perda de calor, mantendo-se o contacto pele a pele.

No decurso deste estágio tive a possibilidade de assistir a algumas situações de distócia. Por distócia compreende-se uma evolução anormalmente lenta do trabalho de parto relacionada com a presença de fenómenos patológicos que interferem com a dilatação do colo do útero e com a progressão do feto através do canal de parto até à sua expulsão (Graça, 2010). A distócia pode estar associada a mecanismos de natureza dinâmica (anomalias das forças expulsivas em que se verifica a disfunção contráctil uterina e o esforço muscular voluntário inadequado durante o período expulsivo) ou a mecanismos de natureza mecânica (anomalias a nível da apresentação, da posição ou das dimensões do feto, anomalias da bacia materna ou anomalias dos tecidos moles do canal de parto). Acompanhei assim 19 parturientes na progressão do TP e que por distócia ou outros motivos (exaustão na realização dos esforços expulsivos, bradicardia fetal, hipertonia uterina, apresentação pélvica) o 2.º estádio do TP terminou em parto distócico: 13 ventosas, 1 fórceps e 5 cesarianas. Desenvolveu-se assim a competência do EESMOG de identificação precoce de complicações durante o TP, referenciando para outros profissionais as situações que vão para além da sua área de atuação, tendo tido a

preocupação de apoiar a parturiente/pessoa significativa na vivência desta experiência, informando e esclarecendo dúvidas sempre que necessário dando resposta à unidade H3.3.1 Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. da Unidade de Competência H3.3 da OE (2010).

Após o nascimento, compete ao EESMOG avaliar e desenvolver o controlo ativo do descolamento e expulsão da placenta (dequitadura), executando-o de forma eficaz e segura. Este fenómeno corresponde ao **3.º estádio do TP**.

A minha atuação foi no sentido de respeitar a fisiologia inerente a este processo, adotando uma atitude expectante, permitindo processos de dequitadura natural. Neste âmbito procedi à realização de 46 dequitaduras (coincidente com o número de partos realizados), de forma natural e aparentemente completas. A tração controlada do cordão e massagem uterina foram intervenções apenas utilizada aquando sinais de descolamento da placenta, que se incluem numa atitude ativa perante o terceiro estádio do TP mas que estão associadas a menor risco de hemorragia pós-parto e consequente transfusão sanguínea (NICE, 2014). Constatou-se que o início da amamentação durante o contato pele-a-pele precoce favoreceu a dequitadura e a prevenção da hemorragia, devido à estimulação da produção natural de ocitocina.

Após a saída da placenta e membranas procedi à avaliação das características dos cotilédones, membranas e cordão. Ocorreram 2 situação de retenção placentária, com necessidade de se referenciar à equipa médica e realizar dequitadura manual e numa delas instrumental, com suspeitas de um acretismo placentar. Noutras situações em que houve suspeita de membranas fragmentadas, procedi a uma revisão manual, com supervisão de Enfermeira orientadora, e posteriormente foi comunicado à equipa médica que realizou controlo ecográfico, não sendo necessário o desenvolvimento de outras manobras, instituiu contudo antibioterapia, pelo risco de infeção.

Após a dequitadura:

- administrei ocitocina como profilaxia com o intuito de estimular a contração uterina e prevenir a hemorragia conforme protocolo do serviço;
- avaliei a formação do globo de segurança de Pinard e vigiei as perdas hemáticas vaginais

- avaliei a integridade do canal de parto e apliquei técnicas de reparação adequadas. Realizei 22 episiorrafias e procedi à inspeção e reparação do canal de parto com lacerações de grau I e II através de 19 perineorrafias.

A realização da episiorrafia assim como das perineorrafias constituiu-se como um dos grandes desafios durante este percurso de aprendizagem. Sabendo que a realização desta técnica é essencial na recuperação da mulher no pós-parto, segui de forma rigorosa os procedimentos. As dificuldades iniciais em dominar as técnicas de sutura e reconhecer os tecidos foram ultrapassadas com a prática e a supervisão da Enfermeira orientadora. Considero contudo que só a prática contínua permitirá alcançar o nível de perita (Benner,2001) e o aperfeiçoamento destas técnicas. Considero contudo ter alcançado os objetivos estipulados, ficando ciente que só a experiência, a prática profissional enquanto EEESMOG me trará mais oportunidades de continuar a aperfeiçoar esta competência.

No final da reparação do canal de parto procedia à aplicação de gelo no períneo como método para alívio de dor e regressão de edema. Eram ainda prestados cuidados de higiene e conforto aproveitando-se o momento para informar a puérpera sobre os cuidados a ter com o períneo durante o puerpério, vigilância das perdas hemáticas via vaginal e sinais de alerta, cumprindo o critério de avaliação H4.2.1 Informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho (OE,2010).

Nesta fase tive a oportunidade de colher sangue do cordão umbilical para determinação do grupo sanguíneo e para pesquisa de bilirrubinemia, e ainda a oportunidade de realizar colheita de células estaminais para criopreservação.

O puerpério inicia após o parto e termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior. Este divide-se em três fases: o puerpério imediato que corresponde às primeiras 24 horas pós-parto; o puerpério precoce que se prolonga até ao final da primeira semana; e o puerpério tardio que decorre até ao final da sexta semana (Graça,2010).

O puerpério imediato representa uma fase dinâmica para a mãe e para o recém-nascido, o que exige uma vigilância apertada da puérpera pelo grande risco de hemorragia pós-parto e adaptação do RN à vida extrauterina num período

aproximado de 2 horas, e ao qual alguns autores chamam 4º estadio de trabalho de parto.

As mudanças fisiológicas e psicológicas da puérpera são diversas pelo que o EEESMOG, durante este período deve estar atento, detetando precocemente desajustes neste processo de readaptação da puérpera certificando-se do seu bem-estar, promovendo uma transição para a parentalidade saudável fazendo cumprir o descrito na competência 4 da OE (2010a) "Cuida a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal, cujos critérios de avaliação H 4.1.5, H 4.2.1., H 4.2.3., H 4.2.4., H 4.2.5. e H 4.3.2., correspondem às Unidades de Competência H4.1., H4.2. e H4.3.: Promove a saúde da mulher (…) no período pós-natal, Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher (…) durante o período pós-natal e Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher (…) no período pós-natal 5 (…).

No decurso deste Estágio prestei cuidados a 86 puérperas: 65 de parto eutócico, 9 de parto distócico por ventosa, 1 de parto distócico por fórceps e 11 de cesariana, cuidados estes que compreenderam como intervenções: avaliação de sinais vitais, avaliação do globo de segurança de Pinard, vigilância de perdas hemáticas via vaginal, observação e avaliação do períneo e do hemorroidal, vigilância da recuperação pós-anestésica, vigilância da eliminação urinária, avaliação da pele/mucosas, vigilância de mamas e mamilos, promoção do aleitamento materno, vigilância do início da alimentação, promoção da higiene, conforto e bem-estar da puérpera, avaliação psicológica e emocional da puérpera/família, promoção da vinculação da díade/tríade com vista ao fortalecimento do papel parental.

A avaliação de sinais vitais, considera-se uma intervenção fundamental nesta fase devido à instabilidade hemodinâmica da puérpera. Nesta avaliação deve ter-se em conta que: pode haver um ligeiro aumento da temperatura axilar (36,8ºC-37,9ºC) nas primeiras 24 horas, atribuídos a alguns eventos de fundo nervoso, ou manifestações de bacteriemia por absorção de bactérias pela ferida uterina; pode haver alteração das pressões arteriais pelo facto do sistema cardiovascular experimentar, nas primeiras horas pós-parto, um aumento do volume em circulação; o padrão respiratório será restabelecido, passando o diafragma a exercer funções que haviam sido limitadas pelo aumento do volume abdominal (Graça, 2010).

A avaliação do globo de segurança de Pinard e das perdas hemáticas é também uma intervenção fundamental. O globo de segurança de Pinard representa um importante sinal de contração uterina pós dequitadura, que assegura a involução uterina e evita hemorragias. Espera-se assim que o útero atinga a cicatriz umbilical após o parto e posteriormente regride em torno de um centímetro ao dia, de forma irregular. As perdas hemáticas serão normais nesta fase associadas ao processo de involução e tamponamento dos vasos sanguíneos – lóquios. O colo do útero pode apresentar-se edemaciado e ter lacerações provocando hemorragias nos pós parto, sendo por isso importante a sua observação para despiste de possíveis causas de hemorragia (Lowdermilk, 2008).

O períneo deve ser cuidadosamente observado, por forma a despistar sinais inflamatórios e a verificar a cicatrização da episotomia/perineorrafia observando se há deiscência da sutura. Deve-se assim monitorizar sinais como rubor, calor, edema e secreção, promovendo-se um ambiente limpo e seco, sem exsudado que permita a evolução cicatricial e evite desconforto. Deve ainda observar o hemorroidal que pode estar exacerbado pelos esforços utilizados no período expulsivo causando desconforto e impedindo por vezes o restabelecimento do trânsito intestinal (*idem*,2008).

A vigilância da recuperação pós-anestésica das puérperas submetidas a analgesia epidural é essencial para despiste de bloqueios motor e simpático causado pela medicação administrada no espaço epidural, ajustando assim os cuidados de conforto e adiando o levante se necessário. Às puérperas submetidas a cesariana sob anestesia geral, realiza-se uma monitorização mais apertada das funções respiratória (frequência respiratória e a saturação de oxigénio), cardiovascular (medição da pressão arterial, frequência cardíaca e electrocardiograma), neuromuscular (exame físico, avaliação doestado de consciência, despiste de bloqueios motores) e neurológica (avaliação da dor, presença de náuseas e vómitos) de forma a poderem ser detetadas e tratadas precocemente possíveis complicações.

É também importante a vigilância da eliminação urinária, tendo especial atenção aos traumas que podem ter ocorrido na uretra, e que podem estar associados a desconforto durante micção e até mesmo à retenção urinária. A retenção urinária pode também estar associada ao bloqueio motor e simpático

provocado pela analgesia epidural, pelo que é essencial a vigilância do restabelecimento da eliminação vesical durante estas 2 horas de vigilância.

A avaliação da pele/mucosas permite despistar sinais de anemia ou desidratação, provocadas pelas perdas hemáticas vaginais e esforço durante o trabalho de parto sendo portanto uma intervenção necessária para ajustar o plano terapêutico durante o puerpério – por exemplo controlo analítico de hemoglobina, administração de terapêutica com ferro ou mesmo transfusões sanguíneas, reforço hídrico.

É também importante verificar as mamas, a sua consistência (flácida, túrgida e ingurgitada), tipos de mamilos e presença de colostro com vista a promover o aleitamento materno, colaborando na adaptação do RN à mama, informando sobre sinais de boa adaptação e apoiando a díade neste processo.

O parto constitui-se como um período de elevado gasto energético e calórico, tal como processo de amamentação que se inicia neste período. A fome e a sede é portanto uma manifestação compreensível, resultado da desidratação, fadiga e exaustão do trabalho de parto. Foi assim providenciada uma dieta ligeira e reforço hídrico, vigiando-se a sua tolerância. Só iniciou dieta geral a partir das 2 horas após o parto, com indicação para ingestão abundante de líquidos.

As orientações em relação aos cuidados higiene e conforto são essenciais nesta fase para que a mulher se sinta preparada para cuidar do RN, compreendendo a importância de cuidar de si mesma para ter condições para cuidar do filho. Torna-se essencial que o EESMO esclareça dúvidas, conforte, oriente e tranquilize, promovendo o autocuidado com vista a atingir o equilíbrio necessário na maternidade, com vista ao bem-estar da puérpera/casal (Pereira,2013)

Durante o puerpério é exigido à mulher/casal um contínuo de adaptações ao novo papel, adaptações essas que se iniciaram na gravidez mas que só acabaram quando se desenvolveu sensação de conforto e de confiança no desempenho do papel mãe/pai (Soares, 2011). Avaliar o bem-estar psicológico e emocional da puérpera é essencial para prevenir futuras complicações durante o puerpério tardio. O EEESMO deve portanto desenvolver intervenções que assegurem não só o bem-estar físico da mulher e acompanhante como também o bem-estar emocional e psicológico estando atento às respostas a estes processos de transição, apoiando, esclarecendo e ensinando oportunamente e detetando dificuldades no

estabelecimento da vinculação da díade/tríade e nas relações afetivas entre o casal (Correia, 2014).

A cedência de informação sobre autocuidado intenta a promoção do empoderamento materno/casal, capacitando-os para serem participantes ativos durante o processo de recuperação e readaptação, fortalecendo o papel parental. Com consentimento das puérperas, fiz posteriormente uma visita a algumas das mulheres a quem prestei cuidados com a finalidade avaliar o bem-estar físico e emocional da mulher, e identificar possíveis complicações ou dificuldades na transição para a parentalidade.

O desenvolvimento de competências relativas ao período pós-parto não se limitou apenas à minha prestação de cuidados em contexto de sala de partos, tendo sido desenvolvidas competências durante os ensinos clínicos II e III, com lugar nos serviços de puerpério e centro de saúde respetivamente.

A transição do recém-nascido (RN) do meio intra-uterino para o extra-uterino está associada a alterações fisiológicas específicas, que lhe poderão causar instabilidade. Desta forma, o desenvolvimento de competências para um cuidado diferenciado e especializado ao RN, é essencial para a prática do EEESMOG. Desenvolvi assim as competências que dessem respostas as Unidades de Competências da OE (2010a): H4.1: "Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal" , H4.2 "Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal", "H4.3 Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal" e a Competência da ICM (2010) N.º 6 "As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade".

Por forma a vivenciar o máximo de oportunidades possível, sempre que não era possível a realização do parto, procurei ser responsável pela receção e prestação dos primeiros cuidados ao RN. Neste contexto prestei cuidados a 86 recém-nascidos (concordantes com as puérperas aquém prestei cuidados): 65 nascidos de parto eutócico, 9 de parto distócico por ventosa, 1 de parto distócico por fórceps e 11 de cesariana.

Por forma a desenvolver então as competências delineadas foram realizadas diversas intervenções aquando do nascimento e primeira avaliação do recém-nascido por forma a promover a sua adaptação à vida extrauterina:

- confirmação da desobstrução das vias aéreas e secagem o recém-nascido;
- determinação do Índice de Apgar ao 1.º, 5.º e 10.º minuto de vida, vigilância da a vitalidade, choro, características da pele e mucosas e a reação do RN à adaptação à vida extrauterina, administração da Vitamina K (profilaxia para prevenção de hemorragia) e administração de colírio oftálmico (profilaxia da infeção ocular).
- promoveu-se o contacto pele-a-pele com o intuído de favorecer o processo de vinculação, estabilidade cardiorrespiratória e termorregulação. Sempre que se verificou o bem-estar do bebé e vontade da mãe estabeleceu-se o contacto pele-a-pele pelo menos durante 1 hora, sendo prestados os primeiros cuidados neste contexto e seguindo as indicações da NICE(2014) que indicam que deve evitar separar-se a mulher e o bebé durante a primeira hora de vida para procedimentos de rotina como pesagem, medição banho a não ser que esses procedimentos sejam requeridos pela mulher ou necessários para o cuidado imediato do RN.
- promoveu-se o aleitamento materno na primeira hora de vida do RN, conforme recomendado pela OMS (1996), se esse fosse o desejo da puérpera, sempre que as condições e saúde da díade assim o permitissem, apoiando e avaliando a pega e os reflexos de sucção e deglutição. Tentei sempre fazê-lo o mais precocemente possível, de preferência ainda durante o contato pele-a-pele pois são explícitos os benefícios quer para o RN quer para a mulher, ajudando-a na sua recuperação após o parto e favorecendo o estabelecimento da vinculação precoce.
- identificação do recém nascido, utilizando uma pulseira com o nome da mãe e uma pulseira eletrónica, para segurança do recém nascido.
- exame objetivo com vista ao despiste de malformações, avaliação da integridade do SNC através da pesquisa de reflexos primitivos e avaliação do peso. Sempre que o RN apresentava sinais de boa adaptação à vida extra-uterina, após estes procedimentos e já vestido, o RN é levado novamente para junto da mãe. Mas se pelo contrário houvesse alguma suspeita de

dificuldade na adaptação à vida extra-uterina o RN permaneceu no *Babytherm* aquecido e com possibilidade de administração de oxigénio.

- vigilância de potenciais alterações/complicações do RN durante as primeiras duas horas após o nascimento, tendo-se referenciado as situações para além da área de competência do EEESMOG à equipa de neonatologia colaborando-se na prestação de cuidados imediatos ao RN em situações de partos distócicos (ventosa, fórceps, cesariana) e em situação de reanimação neonatal. Tive a oportunidade de colaborar numa situação de reanimação neonatal de um RN prematuro (36 semanas) e com patologia de sífilis (confirmada posteriormente na unidade de Neonatologia, associada a patologia materna - gravidez mal vigiada). Para isso, sempre sob supervisão, verifiquei atempada o equipamento e material potencialmente necessário para manobras de reanimação neonatal, recebi o recém-nascido e transferi-o para o Babytherm, colaborando no aquecimento, estimulação e aspiração e posteriormente na ventilação por entubação endotraqueal, fornecimento de drogas e apoio posterior nas transferências para a UCERN em incubadora. Esta foi talvez das situações mais stressantes durante este ensino clínico, pela falta de experiência nesta área, tendo sido difícil lidar com segurança. Este fato vai de encontra ao que Benner (2001) descreve, os enfermeiros novatos não têm experiência para atender o que é esperado deles, ao contrário do especialista, que possui uma visão apurada da situação, que lhe possibilita resolver problemas de uma forma diferente do iniciante, sendo o componente experiência essencial para a solução do problema com maior eficiência. Este momento levou a que se fizesse uma aprofundada pesquisa de evidência científica por forma a colmatar falhas em situações posteriores, estando ciente que só a pratica me fará atingir o nível proficiente e consequentemente de perita.

Terminada esta etapa, puérpera e RN são transferidos para o Internamento de Puérperas. Os registos foram elaborados no processo de enfermagem ao longo dos diferentes estadios do TP, e no BSG, de modo a transmitir informação do trabalho de parto e parto, pertinente para a continuidade dos cuidados quer hospitalares, quer na comunidade.

Durante o meu estágio a equipa encontrava-se no período de integração do sistema CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). O primeiro contacto com este programa permitiu-me desenvolver registos de enfermagem com linguagem CIPE e ao mesmo tempo perceber algumas dificuldades que podem surgir ao elaborar planos de cuidados neste contexto.

Na altura da admissão iniciavam-se os registos de enfermagem, fazendo-se uma colheita de dados exaustiva e posteriormente eram levantados os diagnósticos e intervenções, o que exigia tempo e disponibilidade, e que em situações emergentes era escasso. Ao mesmo tempo a avaliação da evolução do trabalho de parto ficavam dificultadas não sendo possível organizar a informação representada no partograma, um instrumento que permite a representação gráfica do trabalho de parto e que além de determinar a linha de alerta e a linha de ação, facilita ainda a determinação do trabalho de parto em eutócico ou distócico, permite avaliar a evolução da dilatação cervical da descida da apresentação, e ainda o registro dos batimentos cardiofetais, dinâmica uterina, medicações administradas, entre outros. Constatou-se portanto que o programa de CIPE não estava adaptado à realidade do Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos, tendo sido suspensa a realização dos registos neste sistema e reiniciados os registos de enfermagem em formato de papel - partograma, mantendo-se este tipo de registos no decorrer do ensino clínico.

Durante a prestação de cuidados foram consideradas as questões éticas que regem a profissão, valorizando a privacidade, o respeito, o sigilo profissional, a autonomia e o consentimento informado, de forma a fomentar a decisão esclarecida, visto que o da competência do EEESMOG agir “consistentemente de acordo com a ética profissional, os valores e os direitos humanos” (ICM, 2010, p. 4).

2.2 Objetivo específico nº 2

OBJETIVO 2: Identificar a evidência cientifica no âmbito do respeito pelo direito da parturiente ao consentimento informado, recorrendo a uma RSL;

COMPETÊNCIA D2 das Competências Comuns (OE, 2010b) : Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

A OE (2010, p. 4), defende que o EEESMOG deve basear "a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento". Esta premissa justifica-se com o facto de a prática baseada na evidência ser o método de eleição para a resolução de problemas no âmbito da decisão clínica uma vez que incorpora pesquisas sobre a melhor e a mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar. A RSL tem vindo a ser apresentada como o método de referência para a identificação desta evidência.

Green *et al* (2008) no livro de bolso da *Cochrane Collaboration* definem **revisão sistemática** como um instrumento que reúne toda a evidência empírica que se enquadra em critérios de elegibilidade pré-definidos, a fim de responder a uma questão de pesquisa específica. Recorre a procedimentos sistemáticos e explícitos, selecionados com vista a minimizar viés, proporcionando assim resultados mais fiáveis, dos quais se podem tirar conclusões e basear as tomadas de decisão. Esclarecem ainda que as principais características de uma RSL são: a definição clara de objetivos, com os critérios pré-definidos de elegibilidade para os estudos; metodologia explícita e reprodutível; uma busca sistemática que tenta identificar todos os estudos que cumprem os critérios de elegibilidade; uma avaliação da validade das conclusões dos estudos incluídos através, por exemplo, da avaliação de risco de viés; uma apresentação sistemática e sintética das características e resultados dos estudos incluídos.

Em suma, porque a RSL recorre a um conjunto de procedimentos e técnicas que procuram minimizar o viés e o erro, é vista como fornecendo evidência de elevada qualidade e portanto a forma mais adequada para salientar as boas práticas que se realizam em medicina (Tranfield, Denyer & Smart,2003). Assim é

considerada o método eleito para alcançar a evidência científica mais atual para compreender o fenómeno *do respeito pelo direito da parturiente ao consentimento informado.* A sua elaboração será de acordo com metodologia de JBI (2011) e os seus protocolos.

Segundo JBI (2011), a abordagem de uma RSL, depende do objetivo e pergunta proposta. A abordagem **qualitativa** foi a abordagem selecionada uma vez que permite interpretar questões sociais, emocionais, culturais, comportamentos, interações que ocorrem no âmbito dos cuidados em saúde ou na sociedade, a partir da ocorrência de um fenómeno, além de subsidiar a proposição de novas teorias. Os dados recolhidos são designados por qualitativos, quando são "ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico; as questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural." (Bogdan e Biklen,1994, p.16).

2.2.1 Metodologia

Na presente RSL elegeu-se como pergunta de partida "Quais as perceções das parturientes sobre o exercício do seu direito ao consentimento informado na sala de partos?"

Na formulação da questão de investigação e definição de critérios de inclusão das participantes, foi utilizado o método PICo, cujo acrónimo é formado por (P) População; (I) Fenómeno de Interesse; (Co) Contexto, adequado à abordagem de estudos qualitativos (Joanna Briggs Institute, 2011; Holly et al 2012). Esta escolha recaiu sobre esta abordagem uma vez que se pretende conhecer as perceções das mulheres, subentende-se que os estudos primários sejam de natureza qualitativa.

Desta forma a presente RSL pretende responder à seguinte questão:

Quais as perceções das parturientes (P) sobre o seu direito ao consentimento informado (I) na sala de partos (Co)?

Antes de dar início à RSL, com a finalidade de me integrar na vertente do respeito pelo consentimento informado, procedeu-se a uma revisão da literatura sobre esta temática, procurando identificar as palavras-chave para a pesquisa. Esta foi feita em bases de dados *online*, nacionais e estrangeiros, manuais e literatura cinzenta. Esta revisão prévia permitiu a apropriação da forma como o problema é abordado e a identificação de insights considerados importantes para a RSL.

Para a realização da RSL, e de acordo com os protocolos da JBI (2011) foram então eleitos descritores, em linguagem natural (quadro 1), combinados posteriormente com os operadores booleanos AND e OR dando origem à expressão de pesquisa:

("Expectant mother" OR "Pregnant woman" OR "Female") AND ("Informed Consent" OR "Consent" OR "Decision Making" "Personal Autonomy" OR "Patient Autonomy") AND ("Delivery Rooms" OR "Hospital")

Quadro 1 – Seleção de termos de pesquisa de acordo com a mnemónica PICo, adaptado de Joanna Briggs Institute (JBI, 2011)

			TERMOS DE PESQUISA
P	População	Parturientes	**População:** • "Expectant mother" • "Pregnant woman" "Female"
I	Fenómeno de Interesse	*consentimento informado*	**Fenómeno de interesse:** • "Informed Consent" "Consent" • "Decision Making" • "Personal Autonomy" • "Patient Autonomy"
Co	Contexto	Sala de Partos	**Contexto:** • "Delivery Rooms" • "Hospital"

Para realizar a pesquisa e obter os estudos primários adequados à questão de investigação e ao objetivo do estudo, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos, organizados no quadro2.

No que diz respeito ao desenho de estudo, incluíram-se todos os estudos encontrados cuja evidência científica tinha sido obtida através de abordagens qualitativas de investigação (fenomenologia, etnografia, ou teoria fundamentada ou

seja *"ground theory"*, e projetos de pesquisa, tais como estudos descritivos e estudos de caso que produzissem dados qualitativos para esse fim).

Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão de artigos.

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Parturientes adultas	parturientes com idade inferior a <18 anos, por questões ético-legais.
Fenómeno de interesse	consentimento informado	Intervenções de outras áreas que não a atuação de saúde materna e obstétrica (p.e.Consentimento informado em ensaios clínico) Exceções ao Consentimento informado (incompetência ou incapacidade, em situações de urgência ou situações de "privilégio terapêutico".
Contexto	Parto ocorrido em sala de partos, em contexto hospitalar	

Após a realização da seleção de todos os critérios e devido à escassez de tempo, optou-se por restringir a pesquisa foi às bases de dados eletrónicas (acedidas entre abril de 2013 e julho de 2013 com atualização de setembro a dezembro de 2014). A pesquisa foi realizada na plataforma de pesquisa EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, na plataforma da NCBI, envolvendo a base de dados da PubMed e na plataforma SciVerse na base de dados da Scopus e ScienceDirect.

Na seleção de artigos foram incluídos apenas os artigos revistos por pares, e os artigos em inglês, por ser considerada a língua internacional da investigação.

Foram excluídos da RSL os artigos que não apresentassem texto integral (Full text) em nenhuma das bases de dados ou plataformas incluindo a Google Académic, que surgissem repetidos, os estudos com data anterior a 2003 e os artigos que não tivessem abstrat em inglês.

A seleção dos artigos foi efetuada através da leitura do titulo, do resumo, e sempre que o resumo suscitou duvidas, do texto integral, sendo submetida a um primeiro escrutínio, com a utilização dos critérios supracitados.

Todo este percurso se encontra exemplificado no anexo II através da apresentação do fluxograma da pesquisa.

A extração de dados e a avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados foi feita através dos instrumentos de avaliação crítica do JBI (Anexo III) e encontra-se no anexo IV. Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre o fenómeno de interesse em estudo, populações, métodos de estudo e resultados de importância para a questão crítica e objetivos específicos. A qualidade metodológica foi então avaliada usando a ferramenta avaliação crítica da JBI (2011) QARI (Qualitative Assessment and Review Instrument) sendo que apenas foram integrados os artigos que responderam a pelo menos 7 dos 10 critérios do instrumento JBI-Qari.

2.2.2 Resultados da Revisão Sistemática da Literatura

Os artigos selecionados foram analisados comparativamente de acordo com Sandelowski e Barroso (2007,pag. 130) e foram organizados no anexo V. Estes autores propõem a organização da tipologia dos achados dos estudos qualitativos em 5 níveis diferentes: sem achados, inventário de tópicos, inventários temáticos, descrição conceptual/temática, explicação interpretativa. De acordo com esta tipologia, os estudos da nossa amostra para esta RSL enquadram-se maioritariamente na tipologia inventário temático (90%), pelo que se optou pela realização de um meta sumário, pois segundo Sandelowski e Barroso (2007) citado por Rebelo Botelho e Pereira (2012), através desta tipologia não é possível realizar uma meta síntese. Assim, após a extração de dados, esses foram agrupados sob a forma de categorias (conceito chave decorrente da agregação de dois ou mais resultados semelhantes na presença de uma exposição de dados que transmitem o significado de um grupo de resultados) identificando as semelhanças tal como preconiza o JBI (2011).

Relativamente à análise textual qualitativa, segundo o JBI (2011), não existe hierarquia entre as metodologias para os estudos qualitativos, sendo que as unidades de análise dos resultados podem ser apresentadas em temas, em metáforas ou em conceitos identificados pelos investigadores. Estas categorias são então submetidas a um metassumário, a fim de produzir um único conjunto abrangente de resultados sintetizados que podem ser utilizados como uma base para a prática profissional (idem, 2014).

A análise dos estudos incluídos resultou em dimensões de análise, que se organizam no quadro abaixo:

Quadro 3: Categorias emergidas da análise dos estudos

	Autores/ Ano	**Estudo 1** Melender (2006)	**Estudo 2** Marshall, Fraser & Baker (2011)	**Estudo 3** Behruzi, Hatem, Goulet & Fraser (2014)	**Estudo 4** Matthews & Callister (2004)	**Estudo 5** Cook & Loomis (2012)
MULHER	**Sensação de controlo**	"Ciente do acontece" "ser capaz de contribuir para o processo de TP" "ser capaz de controlar a dor"	"Estar em controlo" "Sentir que é valorizada" "Capaz de comunicar durante o parto" "procura de informação"	"Sentir-se entendida e valorizada" "Sentimento de segurança"	"Dignidade associada a cuidados que deram as mulheres sensação de controlo" "Controlo de comportamento pessoal," "Escolhas de estratégias para alivio da dor, posicionamentos…"	"Não cumprimento do plano de parto – sensação de falta de control"
	Tomada de decisão	"Participa na tomada de decisão"	"Nem todas as mulheres querem ser informadas do procedimento, apenas um parto fácil sem dor"	"participa nas tomadas de decisão" "Pressão nas tomadas de decisão em momentos chave"	"Influência sobre as decisões tomadas e intervenções a realizar associado a cuidados que promovem dignidade"	"Preparação para a experiencia de parto no sentido de participar nas tomadas de decisão – plano de parto" "Não dão relevância ao plano de parto - vivencia de situação desconhecida"
PROFISSIONAL	**Respeito pelos direitos da mulher**	"Confiável, protege os seus direito e interesse"	"Dever de informar" "Obter consentimento" "Respeito pela autonomia"	"Direito à escolha e participação na tomada de decisão mesmo na gravidez de risco"	"Apreciam o facto de se sentirem valorizadas e respeitadas" "Parteiras honram as escolhas das mulheres"	"Respeito pelo cumprimento do estipulado no plano de parto"
	Suporte/ Agente fiduciário	"orienta" "defesa/ advoga"	"Capacitar para a tomada de decisão" "Debater opções"	"Aconselhamento" "Apoio compreensivo e contínuo" "Profissional especializado e competente"	"Preserva e promove a dignidade durante o parto"	"Suporta a decisão da mulher fornecendo informação e apoiando a filosofia pré-existente"
	Continuidade de cuidados centrados na mulher	"apoio psicológico e físico"	"Seguidos os planos de parto" "Permite estabelecer relação de confiança parturiente/ parteira"	"Cuidado ajustado ás necessidade especificas e desejo das mulheres" "Relação e confiança" "Estar presente"	"Estabelecimento de relação empática, apoio emocional para os procedimentos" "Cuidam no sentido de alcançar o conforto físico das parturientes"	"Suporte da mulher ao longo do trabalho de parto de forma a facilitar ajustes no plano de parto- controlo da dor, tipo de intervenção utilizada…"
INFORMAÇAO	**Comunicar/ informar**	"Escuta, compreende a mulher" "Explica o que acontece e responde a questões" "Fundamenta as razões para a intervenção"	"Avaliar capacidade de compreender" "Explicar a extensão da situação/ procedi/to à parturiente"	"Comunicação humanizada e pessoal"	"comunicação e informação dada afeta as experiencias de controlo das parturientes" "Informação sobre procedimentos para preparar mentalmente e emocionalmente" "Comunicação eficaz e qualidade e detalhada"	"Procurar informação de forma a planear o parto" "Durante o parto o profissional de saúde como "fontes de informação" "fontes de conhecimento"

	Autores/ Ano	**Estudo 6** Fair & Morrison (2011)	**Estudo 7** Backer, Choi, Henshaw & Tree (2005)	**Estudo 8** Scott, Taylor, Välimäki, Leino-Kilpi, *et al (2003)*	**Estudo 9** Blix-Lindstron Christensson & Johansson (2004)	**Estudo 10** Goldberg & Shorten (2014)
MULHER	**Sensação de controlo**	"sensação de controlo associado à participação na tomada de decisão"	"Sensação de controlo associada a informação fornecida e envolvimento na tomada de decisão"	_____	Cedência de "controlo" ao profissional com mais conhecimentos sobre o parto e as intervenções"	"Procura de informação para se sentir em controlo"
	Tomada de decisão	"Preparação para o processo de parto: pesquisa de informação e elaboração de plano de parto " "a mulher aprecia quando lhe fornecem informação sobre trabalho de parto e parto"	"Pouca influencia e falta de oportunidade de escolha" "influencia na tomada de decisão associado a experiencias negativas"	"Processo de tomada de decisão associado ao conceito de autonomia" "Visão das parteiras mais positivo em relação ao das parturientes "	"Satisfação das mulheres com a participação na tomada de decisão – expectativa e conhecimento da realidade." "Nem todas as mulheres pretendem participar na tomada de decisão"	"Tomada de decisão antes do parto acerca do procedimento" VS Atitude expectante
PROFISSIONAL	**Respeita os direitos da mulher**	"Respeito pelas decisões, obtenção do consentimento para as intervenções, evitar intervenções indesejadas"	_____	Apelar à consciência dos profissionais sobre direito à informação e tomada de decisão.	_____	"procura do respeito pelas decisões associado a suporte e informação"
	Suporte/ Agente fiduciário	"Promoção do respeito pelos desejos - experiência positiva "	Comportamento desadequado – ser ofensivo, intimidatório – provoca emoções e sentimentos negativos	----------	Apoio e orientação das parteiras nas tomadas de decisão	"Satisfação como resultado de sentir as suas escolhas respeitadas" Vs "descontentamento sobre a pressão exercida
	Continuidade de cuidados centrados na mulher	"Apoio social durante o trabalho de parto – pessoas de referência" "Relação e suporte que promova confiança, incentivo"	_____	_____	"Aconselhamento e cedência de informação para a tomada de decisão informada" "Estar com"	"Oportunidades de de tomada de decisão proporcionada pelos profissionais no continuo dos cuidados"
INFORMAÇÃO	**Comunicar/ informar**	"Iniciada pela mulher para colocar questões e comunicar necessidades" "Iniciada pelo profissional: fornecimento de informação e tomada de decisão partilhada" "contribui para o reforço da perceção de controlo"	"Inadequada informação associada a sentimentos de não detenção de controlo" "falta de comunicação e relutância dos profissionais em fornecer informação associado a más competências profissionais"	"Obtenção de informação associada ao conceito de autonomia "	Informação nos cursos de preparação para o parto - facilitam processo de tomada de decisão. Sem informação abstinham-se de participar na tomada de decisão	"Cedência de informação escrita antes do parto, para a tomada de decisão" "informação influencia tomada de decisão, explicita nos planos de parto.

A fase que se segue consiste na análise e discussão sintetizada dos achados que emergiram dos estudos primários incluídos nesta RSL, divididos por grupos temáticos.

Assim quando se faz a analise dos estudos na perspectiva de responder à questão *"Quais as perceções das parturientes sobre o seu direito ao consentimento informado na sala de partos?",* conclui que:

As mulheres entendem que o consentimento informado é respeitado se estiverem em **"controlo"** e for respeitada a sua "**tomada de decisão".**

As mulheres entendem que estão em "controlo" se estiverem "cientes" do que acontece e forem capazes de contribuir no processo do trabalho de parto (Melender, 2006). Sentem que estão em "controlo" se forem capazes de fazer respeitar o plano de parto (Marshall, Fraser & Baker, 2011 e Cook & Loomis,2012), se estiverem na posse de informação, (Marshall, Fraser & Baker, 2011; Scott,,*et al*, 2003 e Goldberg & Shorten, 2014) e forem capazes de comunicar as suas escolhas (Marshall, Fraser & Baker, 2011 e Matthews & Callister, 2004**)** por forma a envolver-se nas tomadas de decisão **(***Backer, Choi, Henshaw & Tree, 2005***).** Sendo valorizada a sua decisão são produzidos sentimentos de segurança, respeito pela sua dignidade e consequentemente, sensação de controlo (Marshall, Fraser & Baker, 2011; Behruzi, Hatem, Goulet & Fraser, 2014 e Matthews & Callister, 2004)*.*

Ao longo da análise dos estudos pôde contudo constatar-se que é importante dar relevância às crenças, valores e contexto sociocultural, isto é, emerge a individualidade, como fator que influencia a perceção do respeito pelo consentimento informado e a importância que as parturientes lhe atribuem. Assim enquanto umas entendem a "tomada de decisão" como algo a ser feito por alguém com mais conhecimento, desejando apenas um parto tranquilo e sem dor (Marshall, Fraser & Baker, 2011; Cook & Loomis, 2012***;*** Backer, Choi, Henshaw & Tree, 2005; Blix-Lindstron, Christensson & Johansson, 2004 e Goldberg & Shorten, 2014) outras entendem-na como uma necessidade, como respeito pela autonomia, como um cuidado que promove a dignidade, associando-se a experiencias negativas quando as mulheres têm pouca influência e falta de oportunidade de escolha" (Melender, 2006; Behruzi, Hatem, Goulet & Fraser, 2014; Matthews & Callister, 2004; Cook & Loomis, 2012; Backer, Choi, Henshaw & Tree, 2005; Scott,et al 2003; Blix-Lindstron, Christensson & Johansson, 2004 e Goldberg & Shorten, 2014).

Assim, tal como se vem constatando ao longo de todo este trabalho pode concluir-se que o consentimento informado não depende só da autonomia e da liberdade da parturiente mas que o seu exercício também se constitui como um dever e uma responsabilidade da mesma.

As parturientes compreendem os **profissionais de saúde como uma fonte privilegiada de informação** e esperam deles um papel particularmente ativo na promoção do respeito pelos seus direitos, no qual se integra a promoção do exercício do direito ao consentimento informado. As mulheres entendem que o consentimento informado será respeitado se o profissional de saúde respeita os seus direitos (Melender, 2006; Marshall, Fraser & Baker, 2011; Behruzi, Hatem, Goulet & Fraser, 2014; Matthews & Callister, 2004; Fair & Morrison, 2011***;*** Scott,,et al, 2003 e Goldberg & Shorten, 2014) , se age como seu agente fiduciário *(Melender, 2006; Marshall, Fraser & Baker, 2011 e Cook & Loomis, 2012*) exercendo cuidados continuados que suportem as suas decisões, e portanto centrados nos seus desejos e nos pressupostos de Swanson(1993) do cuidar como o "estar com".

As falhas de **informação e comunicação** poderão comprometer o processo de tomada de decisão para a obtenção do consentimento informado. Nos diferentes estudos as parturientes entendem a informação como o recurso primordial para a tomada de decisão e muitas delas estruturam-na em planos de parto. Salvaguardam contudo a competência, a capacidade de compreensão e a voluntariedade como pressupostos essenciais para o sucesso da tomada de decisão e consequente consentimento. Neste âmbito é importante que o profissional de saúde, promova o envolvimento das parturientes nas tomadas de decisão tornando-se sensível e flexível no atendimento das suas necessidades consoante as suas preferências, não standardizando os cuidados, adaptando as políticas formais e informais das maternidades.

Importa portanto investir em estratégias que promovam o respeito pelo consentimento informado, sendo que do EEESMOG se espera que:

1-colabore na valorização do grau de liberdade com que a parturiente decide o seu consentimento;

2-colabore na valorização da influência da família e pessoas significativas no consentimento informado (quer aceitando quer recusando cuidados);

3-colabore na valorização da capacidade da parturiente tomar decisões sobre os procedimentos que lhe são propostos;

4-colabore na valorização da quantidade e qualidade da informação que a parturiente recebe, comprovando a existência ou não de deficiências na informação, ou falhas de compreensão

5-valorize o impacto emocional causado pela informação, tanto para a parturiente como para a família e pessoas significativas;

6-colabore na determinação da validade e autenticidade do consentimento informado, mediante o conhecimento dos valores da parturiente e da observação e valorização do seu comportamento ao longo da prestação dos cuidados (Dias, 2003).

A RSL foi efetuada em contexto académico e uma das suas **limitações** foi a temporal, o que restringiu a identificação e o acesso a todos os estudos publicados.

No que concerne às **implicações na prática**, este trabalho permitiu olhar para o conceito de "consentimento informado" com os "olhos das parturientes" percebendo que nem sempre é entendido como um direito a ser cumprido porque simplesmente "querem um parto simples e sem dor" transferindo para a esfera do profissional as tomadas de decisão. Mas se este é um fato real, também se pôde perceber que para outras mulheres é essencial o respeito pela "sua tomada de decisão". É importante por isso encontrar estratégias que facilitem a sua obtenção num meio tão particular como é a sala de partos.

2.3 Objetivo específico nº 3

OBJETIVO 3. Promover o respeito pelo consentimento informado das parturientes mobilizando e divulgando a evidência científica encontrada na RSL.

COMPETÊNCIA A2 das Competências Comuns (OE, 2010b): Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, demonstrando também uma prática respeitadora dos direitos humanos, analisando e interpretando as situações específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

COMPETÊNCIA nº 1 (ICM,2010) - Possuem os necessários conhecimentos e habilidades relacionados com as ciências sociais, saúde pública e ética, que formam a base de cuidados de qualidade, culturalmente relevantes e apropriados à mulher, recém-nascido e famílias no seu ciclo reprodutivo

Na prestação de cuidados, ao longo deste ensino clínico, tentei sempre colocar-me na posição de quem melhor pode assumir a atitude de "advogado" das parturientes. Fui promovendo a valorização do consentimento informado na prática do cuidar junto dos restantes elementos da equipa da sala de partos, ressalvando o primordial papel dos EEESMOG neste processo, pela proximidade que a profissão exige, inerente ao ato do cuidar.

Para legitimar a minha atuação, fui mobilizando os conhecimentos adquiridos na RSL para a prática dos cuidados e tive por base as leis que regem a profissão, salvaguardando sempre o Decreto Lei nº161/96, de 4 de Setembro, que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, e que determina que os enfermeiros estão obrigados a respeitar a decisão do utente de receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta, estando ciente que o enfermeiro só respeita a autonomia do utente se lhe der toda a informação disponível sobre todos os atos de enfermagem que a ele digam respeito e obtiver o seu acordo e permissão.

Proporcionei momentos de reflexão em equipa, tentando promover a prática clinica fundamentada na proteção dos direitos humanos com especial enfoque no respeito pelo direito dos utentes ao acesso à informação, à escolha e à autodeterminação. Muitos dos momentos foram produtivos, havendo espaço para esclarecimento de dúvidas, partilha de saberes e algumas vezes indícios de mudança de perspectiva/pensamentos.

Realça-se que a reflexão acerca das experiências vivenciadas, com a orientadora local e muitas vezes com a restante equipa multidisciplinar, foi a tónica no decurso deste estágio, o que permitiu um ganho de conhecimentos pela partilha dos diferentes saberes e experiências.

De forma a promover um espaço de partilha de conhecimento sobre a prática dos enfermeiros no âmbito do consentimento informado, divulgar os resultados da integração do conhecimento científico na resolução de problemas da práxis e

contribuir com evidência científica para o desenvolvimento da enfermagem foi planeado e implementado de uma ação de formação.

Além de constituir uma oportunidade de sensibilização para a prática clínica, baseada no respeito pelo exercício do consentimento informado serviu também para divulgação da evidência encontrada.

A sessão foi apresentada no dia 11 de Julho pelas 14h, teve a duração de 1h.30 e estiveram presentes 11 enfermeiros desta Unidade e a docente orientadora.

A sessão teve lugar numa sala do BP, recorrendo ao modo expositivo, utilizando uma projeção de um “power point”.

No início da sessão foram entregues folhas com 4 espaços a serem preenchidos pelos profissionais que assistiam à sessão com 4 palavras/expressões que lembrassem consentimento e que passo a expor:

Figura 2: Documento entregue no início da sessão e os resultados

- Dever profissional
- Proteção/segurança profissional/utente
- Esclarecimento
- Autonomia
- Informação
- Confiança
- Decisão consciente
- Autorização
- Direito do utente
- Conhecimento

A realização desta formação, permitiu desconstruir ideias pré-concebidas em relação ao processo do consentimento informado, rever conceitos, considerações legais e éticas e ainda medidas facilitadoras para a promoção do consentimento informado.

O planeamento, a realização e a avaliação da sessão constituíram-se como oportunidades únicas no meu processo de aprendizagem pois permitiram integrar conhecimentos, refletir sobre os mesmos em conjunto com outros profissionais e confrontá-los com a realidade do serviço onde decorreu este estágio.

Foi também muito gratificante a avaliação informal efetuada pelos profissionais no final da sessão solicitando esclarecimentos sobre o tema, expondo dúvidas e sugestões para a prática dos cuidados.

A partilha de ideias, de conhecimentos, bem como a toda a discussão gerada possibilitaram a aplicação de um discurso fundamentado, atendendo às diferentes perspectiva de cada elemento, que considero ter sido uma forma importante de construção de conhecimento.

Perante o trabalho desenvolvido para a formação, e aproveitando todo o trabalho de pesquisa sobre o tema, foi construído um dossier que deixei no serviço para consulta. O conjunto de documentos que o integrava, irá facilitar o acesso à informação pelos profissionais de saúde da instituição e o esclarecimento rápido de dúvidas acerca do assunto, especialmente sobre a plataforma RENTEV que suscitou algumas questões pertinentes. O objetivo desta intervenção foi sensibilizar todos os profissionais para a importância do desenvolvimento de práticas que visem a qualidade dos cuidados prestados ás parturientes, através da promoção do respeito pelo consentimento informado das parturientes.

Esta ação contribuiu para o desenvolvimento pessoal de competências onde tive oportunidade de aplicar a minha experiência profissional, aplicar os conhecimentos científicos e as competências como formadora, tendo por base estratégias formativas adequadas ao público-alvo.

PARTE III - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O constante desenvolvimento a que se assiste nos cuidados de saúde, exige dos profissionais um esforço complementar para manter uma atualização contínua dos conhecimentos, através do investimento na formação específica e especializada, em busca da excelência profissional.

Cuidar a mulher/RN/casal/família num momento tão especial como é o nascimento sempre me despertou interesse enquanto profissional, pelo que surgiu a necessidade de investir na especialização de competências nesta área.

Esta foi assim a principal motivação para a concretização deste percurso, no âmbito do presente Curso de Mestrado em Enfermagem, que teve como enfoque principal o respeito pelo direito da parturiente ao consentimento informado, como um dever dos profissionais de saúde e um direito de todas as pessoas que necessitam de cuidados de saúde.

A realização deste relatório permitiu descrever o percurso realizado, analisando e refletindo criticamente sobre as atividades desenvolvidas, dando relevo ao seu contributo para a prática de enfermagem de excelência. Facilitou também a evidência das competências específicas que foram sendo adquiridas ou desenvolvidas no contexto de sala de partos e que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

A realização deste ensino clínico teve um papel fundamental no meu processo de formação de pós-licenciatura ao permitir alargar conhecimentos, analisar criticamente os cuidados, refletir na e sobre a ação, facilitando o desenvolvimento de novas competências. O campo de estágio revelou-se assim um excelentes local para o desenvolvimento de competências especializadas de saúde materna e obstetrícia, quer pela quantidade quer pela variedade de situações de aprendizagem com que me defrontei.

A orientadora do local de estágio foi um elementos essencial neste percurso, tendo-me dado a liberdade necessária para conduzir a minha própria aprendizagem, e ao mesmo tempo, sendo um apoio imprescindível neste processo. De referir também a equipa de enfermagem e restantes profissionais me acolheram com toda a disponibilidade e me permitiram a consecução dos objetivos a que me

propus. A orientação tutorial da Professora Alexandra Tereso, revelou-se um pilar essenciais na edificação desta caminhada, no esclarecimento de ideias, na elucidação de dúvidas, determinando um apoio fundamental em momentos de maiores dificuldades.

No decurso deste estágio, senti alguma limitação na gestão das expetativas sobre o meu desempenho, ao sentir-me novamente no papel de aluna, embora num contexto novo, no qual nunca havia estado. Além disso, a gestão do meu tempo pessoal, profissional e escolar, continuou a constituir-se como um desafio. Relatar as atividades desenvolvidas e as enumeras aprendizagens decorrentes deste Curso de Mestrado foi também um verdadeiro desafio.

Como recursos usados para o alcance dos objetivos mobilizei conhecimentos já adquiridos, realizei pesquisa científica e por fim apliquei-os na prestação direta de cuidados à mulher/gravida/parturiente/puérpera, RN, casal e famílias. A reflexão constituiu-se numa estratégia para aperfeiçoamento de competências, levando-me a repensar a ação e a altera-la, apreendendo o significado de cada situação (Schön, 1983).

Assim ao longo do estágio foram desenvolvidas as atividades propostas, baseando-me nas unidades de competências previstas para o EEESMOG (OE, 2010a). A preocupação central no respeito pelo consentimento informado, permitiu-me adquirir competências especializadas com vista a promoção da melhoria e humanização da qualidade dos cuidados, consciente de que o respeito pelos direitos da mulher é expectável na prática de enfermagem, em que o consentimento informado assume uma particular importância. De salientar que, com a formação realizada aos profissionais da sala de partos, colaborei com a sua capacitação para uma melhoria dos cuidados prestados e acredito a uma mudança de comportamentos e atitudes, baseadas nos conhecimentos transmitidos sobre consentimento informado.

Analisando os níveis de competência definidos por Benner (2001), com o desenvolvimento das atividades e consecução dos objetivos tracei um caminho que me permitiu atingir o nível de perito na área do respeito pelos direitos da pessoa, e proficiente em outras áreas de cuidado EESMOG. Este caminho realizado constitui-se agora como o ponto de partida para novas etapas, novas competências que pela análise e reflexão serão a base para a busca incessante da excelência e da perícia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

A

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau, 295 p. ISBN 978-972-8485-87-0.
- ACOG (December 2005) Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. Obstet Gynecol Committee Opinion. Number 326;106(6):1469-70.
- Alfirevic, Z.; Devane, D. & Gyte, GML.(2006). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour.Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. DOI:10.1002/14651858.CD006066
- Almeida, O. M. D. O. (2007). *O consentimento informado na prática do cuidar em enfermagem.* Porto: Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em bioética na faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Alves, M. J. P. (2009). *O Serviço de Atendimento Permanente: Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem*. Porto. Apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao ICBAS.
- Archer, L., Biscaia, J. & Osswald, W. (Coord.) (1996). *Bioética*. Lisboa: Verbo.
- Archer, L. (1999) *Ainda os direitos do Homem. O consentimento informado*. Brotéria.148(2): 155-164.
- Associação Portuguesa de Bioética (2010). Parecer sobre a carta dos direitos do utente dos serviços de saúde. Parecer n.º P/18/APB/10. Relatores: Rui Nunes, Helena Melo. Porto, 15 de abril de 2010
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2009) Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas. Lda., ISBN: 978-972- 8930-49-3.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2010). *Maximizando os ganhos em saúde com práticas de qualidade*. Contributo da APEO para o PNS 2011-2016 Almada. [online] Acedido a 3/10/2013. Disponível em: http://www.apeobstetras.org/docs/Contributo2PNS.pdf.

B

- Backer, S. R., Choi, P., Henshaw, C. A. & Tree, J. (2005). "*I felt as though I'd been in jail": women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum.* Feminism & Psychology Vol. 15(3): 315–342; 0959-3535. DOI: 10.1177/0959-353505054718
- Beauchamp T.L & Childress, J. (1999). *Príncipios de ética biomédica*. 4ª edição. Barcelona: Masson.
- Beauchamp T, Childress, J (2012) Principles of Biomedical Ethics, 7th edition. New York, Oxford University Press.
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., & D. Fraser, W. D. (2014) *Perception of Humanization of Birth in a Highly Specialized Hospital: Let's Think Differently.* Health Care for Women International 35:2, 127-148. DOI: 10.1080/07399332.2013.857321
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Blix-Lindstrom, S., Christensson, K., & Johansson, E. (2004). *Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour*. Midwifery vol 20, Issue 1, 104-112. DOI: 10.1016/j.midw.2003.07.001
- Bogdan, R., Biklen, S., (1994). Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora.

C

- Cardoso, A.B., Pinto, P. (2002) Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. Revista Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. *N.º 170. p. 11-14*
- Ciliska D, Cullum N, Marks S. (Oct. 2001). *Evaluation of systematic reviews of treatment or prevention interventions.* Evidence-Based Nurs; 4(4):100-4.
- Código Penal (Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro com a ultima alteração pela Lei n.º 60/2013, de 23 de Agosto)
- Código Civil (Decreto-Lei n.º 47344/66, de 25 de Novembro, com a última alteração pela Lei n.º 23/2013, de 5 de março)

- Convenção para a proteção dos direitos do Homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, adotada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa, em 19 de novembro de 1996, aberta à assinatura dos Estados Membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de abril de 1997 e o Protocolo Adicional que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos, aberto à assinatura dos Estados Membros, em 12 de janeiro de 1998, Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 publ. in Diário da República, I Série – A, nº 2, de 3 de janeiro de 2001, pp.26-32.
- Cook, K. & Loomis, C. (2012). *The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences*. The Journal of Perinatal Education, 21(3), 158–168. DOI: http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158+
- Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. (Mar. 1997). *Systematic reviews:synthesis of best evidence for clinical decisions*. Ann InternMed; 126(1):376-80.
- Correia, S.M.S (2014) O despertar da primeira relação - a intervenção do EESMO na promoção da vinculação precoce na sala de partos. Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de mestre na especialidade em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém: Santarém.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Tipo de Parto: Expectativas, Experiência dor e Satisfação. "Psicologia, Saúde & Doenças". 4:1, 47-67. ISSN 1654-0086.
- Coutinho, E.C (Out, 2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. Instituto Politécnico de Viseu, nº 30 29-37. ISSN:1647-662X

D

- Decreto-Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968 - Estatuto Hospitalar.
- Delval-Motro, A. C. (1995). *Le point sur la responsabilite des infirmieres*. Revue de l infirmiere, 65-65.
- Dewey, J. (1990). *O Sentido do Projeto*. *In* Santos Ribeiro, M. *Trabalho de Projeto*. Coleção Ser Professor. Porto: Edições Afrontamento

- Dias, C,. M. (2003) Consentimento informado : como mediador razoável da relação profissional de saúde-doente. Dossier sinais vitais. Coimbra : Formasau
- Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. [Em linha]. Portugal. 2012. [Consult. 13 mai. 2014]. Disponível em: http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/.
- Direção Geral de Saúde. Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 14/10/2014 (2014) Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Lisboa: DGS.
- Downe, S (Aug. 2005) Rebirthing midwifery. RCM Midwives. Vol. 8, p. 346-349.

E

- Entidade Reguladora da Saúde (maio,2011). *Relatório Sobre "A Carta Dos Direitos Dos Utentes" Draft Preliminar*. Porto : ERS
- Entidade Reguladora da Saúde (maio,2009). *Consentimento Informado - Relatório Final.* Porto: ERS
- Esper, C. (março, 2000). *L´information Medicale du malade à l´hôpital public.* Gestions Hospitalières, nº 394, 224-229.Paris. ISSN 00169-218.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013). Regulamento de Mestrado. Lisboa: ESEL.

F

- Faden, R. R., Beauchamp T. L., King, N. M.P. (1986*). A history and theory of informed consent .* New York: Oxford University Press.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2006). Definición de parto normal. Vélez, Málaga: FAME.
- Ferrari, A. T (1982). *Metodologias de pesquisa científica*. S. Paulo: McGrow Hill

- Ferrari, José (2009). *A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido*. Revista Bioética 17 (3): 473 – 495.
- Ferreira, M.A.G, Pontes, M., Ferreira, N. (2009) *Cuidar em enfermagem – percepção dos utentes*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. (6) 358-366. Porto : Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.
- FIGO SAFE MOTHERHOOD AND NEWBORN HEALTH (SMNH) COMMITTEE (2012) FIGO Guidelines : Preventions and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics. Vol. 117, p. 108-118
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). *Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas*. Análise Psicológica, 2: 13-27.
- Freitas, C (2013). Ética na Enfermagem. Jornal da Madeira. Funchal: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 30/08/2014, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20etica%20na%20enfermagem%20de%20Carlos%20Freitas%2006%20junho20%2013.pdf

G

- Gil, M.J (1998). *Dar sem (se) perder*. Análise Psicológica, **3** (XVI): 393-404.
- Gracia, Diego (Ed.) (2007). *Fundamentos de Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Graça, L.M. (2010). *Medicina materno-fetal*. 4ª edição atualizada e aumentada. Lisboa : Lidel
- Green S, Higgins JPT, Alderson P, Clarke M, Mulrow CD (2008) Chapter 1: What is a systematic review? In: Higgins JPT, Green S, eds. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.0.0 [updated February 2008]. The Cochrane Collaboration, 2008 Acedido em 21/05/2015. Disponível em: http://www.cochrane-handbook.org/.
- Gonçalves, D.T. (2009) *O Consentimento Informado* – Paper apresentado na Conferência "Responsabilidade por actos médicos", em 27 de Março de 2009, no Porto. Consultado em: 20/06/2014; Disponivel em: https://www.academia.edu/865548/O_Consentimento_Informado

H

- Habermas, J. (1997). *Direito e democracia: entre a facticidade e a validade***.** Vol. 1. Tradução: Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A., & Forslin, L. (1995). *Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth*. Midwifery, 11(3), 130-137.
- Hauck, Y. *et al* (2007). *The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience.* Midwifery. 23, 235–247. Doi:10.1016/j.midw.2006.02.002
- Holly C, Salmond S.W.; Saimbert M.K. (2012) Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice. New York: Springer Publishing Company, ISBN: 978-0-8261-1778-6.

I

- ICM (2010). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Hague:ICM. Acedido em 20/02/2013, Disponivel em**:** http://www.internationalmidwives.org
- ICM (2011). *International Code of Ethics for Midwives.* Hague:ICM. Acedido em 20/02/2013, Disponivel em: http://www.internationalmidwives.org

J

- Joanna Briggs Institute J.B.I. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition.* Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Joanna Briggs Institute. J.B.I. (2014) *Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. The Joanna Briggs Institute. 2014. Acedido em 20/09/2014, Disponivel em: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-SupportingDocuments-v2.pdf

- Jólluskin, G. (2010). O consentimento informado na prática clínica.. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, nº 7, p. 306-315
- Jólluskin, G & Toldy, T (2011). *Autonomia e Consentimento Informado: Um Exercício de Cidadania?* ANTROPOlógicas nº 12: 44-51. Acedido em: 16/06/2013. Disponível em: http://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article/download/1036/827.

K

- Kitzinger, S. (1995). *A experiencia do Parto*. Coleção Medicina e Saúde. Lisboa: Instituto Piaget

L

- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série, N.º 180 (16-08-2009) 6528-6550.
- Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto
- Leitão, F. J. C (2010). *Autonomia da mulher em trabalho de parto.* Lisboa. Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Bioética. Lisboa: FMUL
- Longarito, C. S. (2002) *O Ensino Clínico: A Importância da orientação e a construção do saber profissional.* Revista Investigação em Enfermagem. n.º 5 (Fevereiro 2002) p. 26-33. Coimbra. ISSN 0874-7695.
- Lowdermilk, D. (2008). Enfermagem na Maternidade (7ª Edição). Loures: Lusociência.

M

- Machado, H. (2005). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça, Medicina Materno-Fetal (pp. 320-328). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Madruga, C.S. & Varela, V. (2012). *A efetivação da Mudança do Paradigma Paternalista para o Paradigma da Autonomia no que respeita às escolhas da Mulher/Casal grávido inerentes ao parto*. Acedido em: 19/05/2013 de Forum de Enfermagem. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3630:a-efectivacao-da-mudanca-do-paradigma-paternalista-para-o-paradigma-da-autonomia&catid=225:maio-a-junho-2012
- Mariz, M.A.D. (2005). *Sentimentos e significados no consentimento informado: um contributo para a intervenção de enfermagem*. Coimbra: Formasau. 130p.
- Marshall, J. E., Fraser, D. M., & Baker, P. N. (2011). *An Observational Study to Explore the Power and Effect of the Labor Ward Culture on Consent to Intrapartum Procedures.* International Journal Of Childbirth Volume 1, Issue 2, pp. 82-99(18). DOI:http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.1.2.82
- Matthews, R., Callister, L. C. (2004). *Childbearing Women's Perceptions of Nursing Care That Promotes Dignity.* Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, Volume 33, Number 4, 498-507pp. DOI: 10.1177/0884217504266896
- Melender, H. (2006). *What Constitutes a Good Childbirth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women.* Journal of Midwifery & Women's Health 51:331–339. DOI:10.1016/j.jmwh.2006.02.009
- Motta, C. C. L. & Crepaldi, M. A. (2005). *O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente*. Paideia, 15 (30), 105-118.
- Moura, F., Crizostomo, C. D., Nery, I.S., Mendonça, R., Araújo, O. D., Rocha, S. (2007). *A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal* .Revista Brasileira de Enfermagem, 60 (4): 452-455.

N

- National Institute for Care and Health Excellence (NICE) (2014). Clinical Guideline Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Acedido a 18/1/2015. Disponível em: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190. .

- Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. Percursos , 15, pp. 1-37.
- Nunes, R. (2012) *Testamento Vital*. Nascer e Crescer. Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto 21(4): 250 -255 Acedido a:12/02/2015. Disponível em: http://nascerecrescer.chporto.pt/RNCRevistatotal/2012VolXXI4Revista.pdf
  Novo, S.M.F (2011). Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: perspectivas dos enfermeiros orientadores do CHNE,EPE. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde.IPB, Bragança.

O

- O'Cathain, A., Thomas, K., Walters, S. J., Nicholl, J., & Kirkham M. (2002). *Women's perceptions of informed choice in maternity care*. Midwifery 18, 136-144. DOI:10.1054/midw.0301
- Odent, M. (2003). *O Camponês e a Parteira*. São Paulo: Edições Ground. ISBN: 85- 7187-182-5.
- OMS (1985) *Appropriate technology for birth*. Lancet; 2 (8452): 436-7.
- OMS (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Saúde materna e neonatal/unidade de maternidade segura saúde reprodutiva e da família. Genebra:OMS. Acedido em 31/06/2013. Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf.
- OMS (1998). *Safe motherhood: a matter of human rights and social justice*. Geneva: OMS. Acedido em 31/06/2013. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63845/1/WHD_98.1-13.pdf
- OMS (2002). *Promoting Effective Perinatal Care Essential: Antenatal, Perinatal and Postpartum Care.* Regional Office for Europe. Acedido em 31/06/2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf
- OMS (2004). Beyond informed consent. Bhutta. *Bull World Health Organ* [online]. 82(10) pp. 771-777. Acedido em 18/05/2013. Disponivel em: http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n10/v82n10a13.pdf

- Oliveira, G. & Pereira A. D. (2006) *Consentimento informado*. Coimbra*: Centro de Direito Biomédico*. Acedido em 12/06/2014, Disponível em: http://www.centrodedireitobiomedico.org/files/ConsInfLivroPratico.pdf
- Oliveira, S., Riesco, M. L., Miya, C., Vidotto, P. (2002). *Tipo de parto: expectativas das mulheres.* Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10 (5): 667-74. Acedido em 26/06/2013, Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (1998). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterações operadas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Lisboa: OE Acedido e, 11/07/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (Jul.2005). Conselho Jurisdicional – Analisando as possibilidades de recusa do enfermeiro na prestação de cuidados. *Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 17.* 21-24. Lisboa: OE. Acedido em 11/07/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_17_Julho_2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros: Consentimento informado para intervenções de Enfermagem. Lisboa: OE. Acedido em 13/05/2013, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Parecer da OE sobre condições para o funcionamento de maternidades, 11 de Julho de 2008.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010a*). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia*. Lisboa: OE .Acedido em 20/12/2012, Disponivel em: http://www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem Dos Enfermeiros (2010b*). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE. Acedido em 20/12/2012, Disponivel em: http://www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e*

Ginecológica. Lisboa: OE Acedido em 20/12/2012, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt

- Ordem do Enfermeiros (Mai. 2012). *Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada» subscrito pela DGS, APEO e OE*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto.
- Osswald, W. (1996). *Direitos do doente*. In: Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W. Bioética. Lisboa: Editorial Verbo. ISBN 972-22-1719-4.

P

- Patrão-Neves, M. C., Osswald, W. (2008). *Bioética Simples*. Lisboa: Editoral Verbo. ISBN: 978-972-22-2738-4.
- Pereira, A.G.D. (2004) *Consentimento informado na relação médico paciente*. Coimbra: Coimbra Editora. ISBN 972-32-1247-1
- Pereira, M.L.L (2013) Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do Consórcio IPB/IPVC/UTAD. IPB: Bragança.
- Portaria n.º 96/2014 de 5 de maio (2014) Regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 15.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, D.R. n.º 85, Série I de 2014-05-05 (2637-2639)

R

- Rebelo, M.R.A. (2007). *Decidir, Informado: Um estudo em Hemodiálise.* Porto. Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Bioética e Ética Médica. Universidade do Porto.

- Rebelo Botelho, M.A, Pereira, N. (2012) Experiência Vivida dos Sobreviventes de Cancro do Cólon e Reto após Tratamento com Intenção Curativa: Revisão sistemática da literatura. Pensar Enfermagem Vol. 16 N.º 1 1º Semestre de 2012 Consultado a 13/06/2014, Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo2_31-50.pdf

S

- Schlemmer, E. (2001). Projetos de aprendizagem baseados em problemas: uma metodologia interacionista/construtivista para formação de comunidades em ambientes virtuais de aprendizagem. Colabor@. Revista Digital da CVA - RICESU. Vol 1. nº2 Consultado a 12/07/2013. Disponível em: http://www.pead.ucpel.tche.br
- Schön D.(1983). "The Reflective Practitioner: how professionals think in action", Basic Books
- Scott, P.A., Taylor, A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., & Arndt M. (2003). *Autonomy, privacy and informed consent 2: postnatal perspective*. British journal of nursing vol. 12, no2, pp. 117-127. DOI: ISSN 0966-0461
- Simón, P, Júdez J (2001) "Consentimiento informado." Medicina clínica 117.3 : 99-106
- Soares, H. M. (2011). O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentabilidade: intenvenção de enfermagem. Dissertação de para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. ICBAS, Porto.
- Souza e Silva, A.C. (2011). *Vivências da maternidade: Expectativas e satisfação das mães no parto*. Coimbra. Apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado na Área Científica de Psicologia do Desenvolvimento. Universidade de Coimbra.
- Swanson, K. M. (May/June 1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research* **40**(3) p. 161-166.

- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for well-being of others. Journal of Nursing Scolarship, **25**(4) p. 352-357
- Swanson KM.(1991) Empirical development of a middle range theory of caring. Nursing Research;40(3), May/June 161–166. [PubMed: 2030995]
- Swanson KM. (1999a) *Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being*. Nursing Research;48:288–298.
- Swanson, KM. (1999b) What's known about caring in nursing science: A literary meta-analysis. In: Hinshaw,AS.; Feetham, S.; Shaver, J., editors. Handbook of clinical nursing research. Thousand Oaks, CA:Sage;. p. 31-60.

T

- Tereso, A. (2005). *Coagir ou emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-44-1
- Tereso A (2006). *O Parto: uma experiencia de cidadania? Sobre o papel dos Enfermeiros especialistas no exercício da cidadania das parturientes*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Nº 7.
- Thompson, R., & Miller, Y. D. (2014). *Birth control: to what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures?* BMC Pregnancy and Childbirth 14:62. DOI: 10.1186/1471-2393-14-62.
- Tranfield, D., Denyer, D., & Smart, P.(2003). Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review. *British Journal of Management, 14*. 207-222. doi:org/10.1111/1467-8551.00375
- Tomás, A. & Pombo, C. (2001). *Consentimento Informado: Implicações na Autonomia do Doente.* Revista Enfermagem. Lisboa: Publicação da Associação Portuguesa de Enfermeiros, nº. 23 e 24, p. 50.

- Torres, A.F. (2007) Bioética: O princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido. Jornal do CRM-PB Nº 72, Abril-Junho 2007. Consultado a 15/06/2015, Disponível em: http://www.crmpb.cfm.org.br/index.php?view=article&catid=46%3Aartigos&id=21917%3Abioetica-o-principio-da-autonomia-e-o-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido&format=pdf&option=com_content&Itemid=483

U

- U.S. National Library of Medicine: http://www.nlm.gov

W

- Wilson, K., Sirois, F. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28 (1), 69-83.

ANEXOS

ANEXO I

O CONSENTIMENTO INFORMADO NA LEGISLAÇÃO PORTUGUESA

Quadro 1- CI na legislação Portuguesa

No Código Penal (Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro com a ultima alteração pela Lei n.º 60/2013, de 23 de Agosto) LIVRO I – Parte Geral/TÍTULO II: do facto/ CAPÍTULO III: Causas que excluem a ilicitude e a culpa: artigo 38º (Consentimento), artigo 39º (Consentimento presumido); LIVRO II – Partes Especiais/TÍTULO I: dos crimes contra as pessoas/ CAPÍTULO III: Dos crimes contra a integridade física, nos artigos 149º (Consentimento), 150º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos), 156º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários) e 157º (Dever de esclarecimento);
No Código Civil (Decreto-Lei n.º 47344/66, de 25 de Novembro, com a última alteração pela Lei n.º 23/2013, de 5 de março) LIVRO I – Parte Geral/ TÍTULO II - Das Relações jurídicas/ SUBTÍTULO I - Das Pessoas / CAPÍTULO I - Pessoas singulares/ SECÇÃO II - Direitos de personalidade : Artigo 70º (Tutela geral da personalidade); SUBTÍTULO III - Dos Factos Jurídicos/ CAPÍTULO I - Negócio jurídico/ SECÇÃO I - Declaração negocial: Artigo 217.º (Declaração expressa e declaração tácita); Artigo 219.º (Liberdade de forma), Artigo 221.º (Âmbito da forma legal); Artigo 234.º (Dispensa da declaração de aceitação), Artigo 235.º (Revogação da aceitação e/ou da rejeição) SUBTÍTULO IV - Do Exercício e Tutela dos Direitos/ CAPÍTULO l - Disposições gerais: Artigo 340º (Consentimento do lesado).
Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de agosto) Base XIV: Estatuto dos utentes; Carta dos Direitos do Doente Internado ponto 8: “O utente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato médico ou participação em investigação ou ensino clínico”.

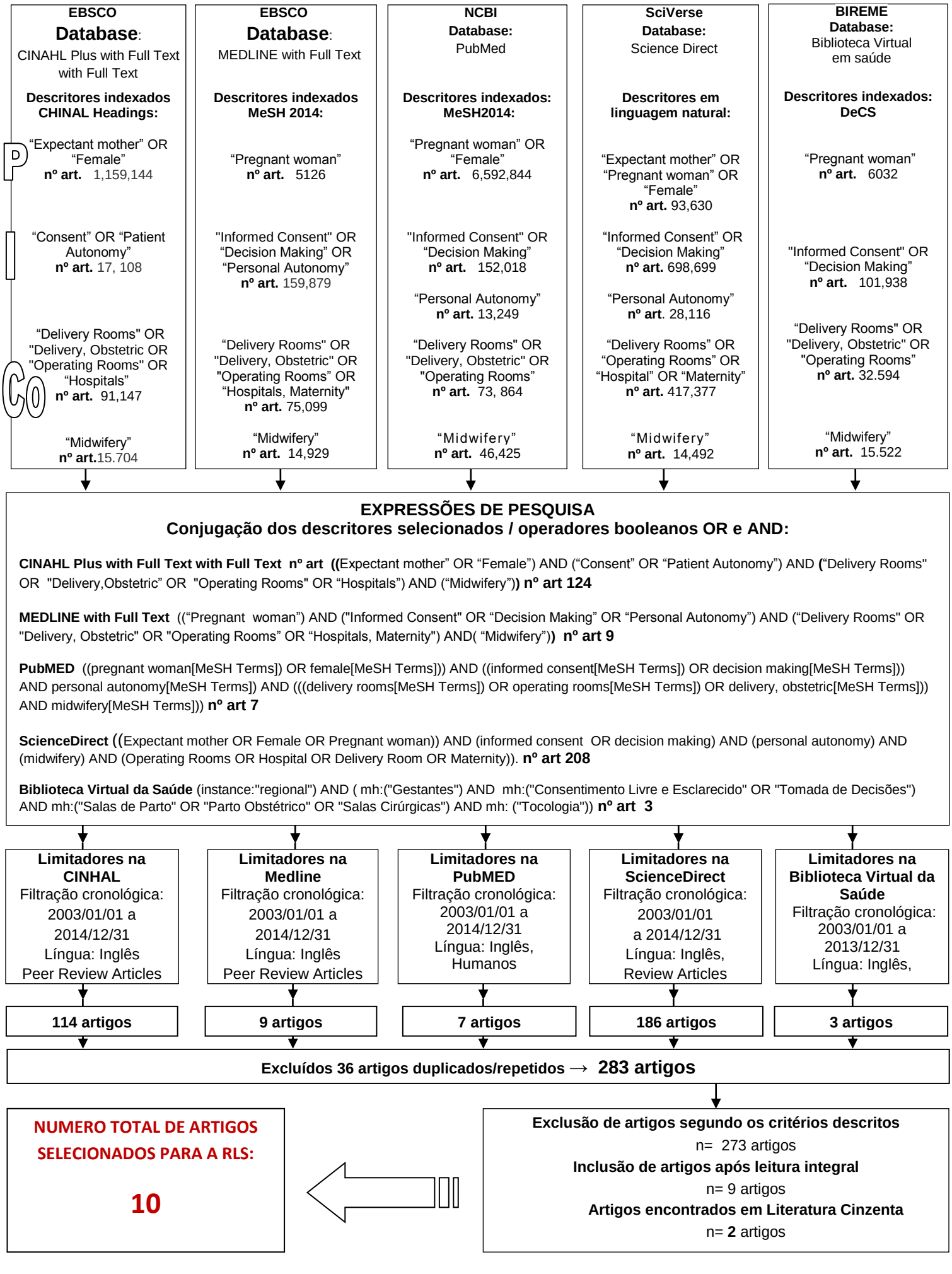
Quadro 2: Situações em que é obrigatório obtenção da forma escrita do CI

<table>
<tr><td>a) Interrupção voluntária da gravidez conforme artigo 142.º, n.ºs 4, 5 e 6 do Código Penal e Lei n.º 16/2007, de 17 de abril;</td><td>b) Doação de sangue de acordo com Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 100/2011, de 29 de setembro.;</td></tr>
<tr><td>c) Realização de técnicas invasivas em grávidas (nomeadamente amniocentese, biópsia das vilosidades coriónicas, cordocentese, drenagem, amnioinfusão) conforme Circular Normativa n.º 16/DSMIA, de 5 de dezembro de 2001, da Direção-Geral da Saúde;</td><td>d) Videovigilância de doentes conforme a Deliberação n.º 61/2004 e Autorização n.º 287/2006 da Comissão Nacional de Proteção de Dados;</td></tr>
<tr><td rowspan="2">e) Uso off label de medicamentos de dispensa hospitalar conforme Circular Informativa n.º 184/CD INFARMED, de 12 de novembro de 2010 (A utilização de um medicamento fora do âmbito das indicações terapêuticas aprovadas é da inteira responsabilidade do médico prescritor, que entende que um dado medicamento se adequa a uma dada indicação terapêutica, face ao caso particular de um seu doente);</td><td>f) Investigação em pessoas conforme artigo 16.º, alínea v da Convenção de Oviedo. Os ensaios clínicos não se encontram abrangidos pela presente norma, sendo regulados pelo Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, dependendo do INFARMED;</td></tr>
<tr><td>g) Bancos de ADN e de outros produtos biológicos conforme artigo 19.º, n.º 5 da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro;</td></tr>
<tr><td>h) Esterilização voluntária (laqueação tubar e vasectomia) conforme artigo 10.º da Lei n.º 3/84, de 24 de março, relativa à educação sexual e planeamento familiar;</td><td>i) Administração de gamaglobulina anti-D conforme a Circular n.º 2/DSMIA de 15 de janeiro de 2007, da Direção-Geral da Saúde;</td></tr>
<tr><td>j) Colocação de dispositivos anticoncetivos subcutâneos e intrauterinos conforme indicação da Direção-Geral da Saúde no documento de Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar: Referenciação e/ou colocação de dispositivos anticoncetivos de 2008;</td><td>k) Procriação medicamente assistida (PMA) conforme artigo 14.º, n.º 1 da Lei da Procriação Medicamente Assistida, aprovada pela Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro;</td></tr>
<tr><td rowspan="2">l) Eletroconvulsivoterapia e intervenção psicocirúrgica conforme o artigo 5.º, n.º 1, alínea d) e artigo 5.º, n.º 2 da Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho e alterada pela Lei n.º 101/99, de 26 de julho;</td><td>m) Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana conforme o artigo 8.º, n.º 6 da Lei n.º 12/93, de 22 de abril, alterada pela Lei n.º 22/2007, de 29 de junho;</td></tr>
<tr><td>n) Gravações de pessoas em fotografia ou suporte áudio ou audiovisual;</td></tr>
</table>

o) *Testes genéticos* identificados no número 2 do artigo 9 da Lei n.º 12/2005 de acordo com artigos 9.º, 18.º e segs. da Lei de Informação Genética Pessoal e Informação da Saúde, aprovada pela Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro;	p) Realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos, com exceção das intervenções simples de curta duração para tratamento de afeções sobre tecidos superficiais ou estruturas de fácil acesso, com anestesia local;
q) Colheita, estudo analítico, processamento e criopreservação de sangue e tecido do cordão umbilical e placenta.	r) *Investigação sobre genoma* conforme artigo 16.º, n.º 4 da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro
p) Realização de atos diagnósticos ou terapêuticos invasivos majores;	q) *Diagnóstico pré-natal*, (al. c) do artigo 3º do Despacho n.º 5411/ 97, de 6 de Agosto);
r) *Colheita e transplante de órgãos de dador vivo* conforme artigo 8.º, n.º 6 (O consentimento do dador ou de quem legalmente o represente é sempre prestado por escrito, sendo livremente revogável) da Lei n.º 12/93, de 22 de abril, alterada pela Lei n.º 22/2007, de 29 de junho, artigo 19º n.º 2 (O consentimento deve ser prestado de forma expressa e específica, quer por escrito quer perante uma instância oficial) da Convenção de Oviedo e Recomendação (78) 29 do Conselho da Europa, artigo 3.º (refere a necessidade do consentimento ser prestado por escrito) São ainda colocadas exigências pela lei no sentido de o consentimento ser prestado diante de um médico designado pelo diretor clínico do estabelecimento onde a colheita se realize (e que não pertença à equipa de transplante, no caso de transplante de órgãos, tecidos ou células não regeneráveis) não configura uma "instância oficial", pelo que se advoga a utilização de um consentimento escrito;	
s) *Dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana* conforme a Lei n.º 12/2009, de 26 de março;	*t) Testes de biologia molecular em crianças e adolescentes* de acordo com o artigo 7º, n.º1 do Despacho n.º 9109/97, de 13 de Outubro);

ANEXO II

PERCURSO METODOLÓGICO DE PESQUISA


EBSCO
Database:
CINAHL Plus with Full Text with Full Text
Descritores indexados CHINAL Headings:
P
"Expectant mother" OR "Female"
nº art. 1,159,144
"Consent" OR "Patient Autonomy"
nº art. 17, 108
Co
"Delivery Rooms" OR "Delivery, Obstetric OR "Operating Rooms" OR "Hospitals"
nº art. 91,147
"Midwifery"
nº art.15.704
EBSCO
Database:
MEDLINE with Full Text
Descritores indexados MeSH 2014:
"Pregnant woman"
nº art. 5126
"Informed Consent" OR "Decision Making" OR "Personal Autonomy"
nº art. 159,879
"Delivery Rooms" OR "Delivery, Obstetric" OR "Operating Rooms" OR "Hospitals, Maternity"
nº art. 75,099
"Midwifery"
nº art. 14,929
NCBI
Database:
PubMed
Descritores indexados: MeSH2014:
"Pregnant woman" OR "Female"
nº art. 6,592,844
"Informed Consent" OR "Decision Making"
nº art. 152,018
"Personal Autonomy"
nº art. 13,249
"Delivery Rooms" OR "Delivery, Obstetric" OR "Operating Rooms"
nº art. 73, 864
"Midwifery"
nº art. 46,425
SciVerse
Database:
Science Direct
Descritores em linguagem natural:
"Expectant mother" OR "Pregnant woman" OR "Female"
nº art. 93,630
"Informed Consent" OR "Decision Making"
nº art. 698,699
"Personal Autonomy"
nº art. 28,116
"Delivery Rooms" OR "Operating Rooms" OR "Hospital" OR "Maternity"
nº art. 417,377
"Midwifery"
nº art. 14,492
BIREME
Database:
Biblioteca Virtual em saúde
Descritores indexados: DeCS
"Pregnant woman"
nº art. 6032
"Informed Consent" OR "Decision Making"
nº art. 101,938
"Delivery Rooms" OR "Delivery, Obstetric" OR "Operating Rooms"
nº art. 32.594
"Midwifery"
nº art. 15.522
EXPRESSÕES DE PESQUISA
Conjugação dos descritores selecionados / operadores booleanos OR e AND:
CINAHL Plus with Full Text with Full Text nº art ((Expectant mother" OR "Female") AND ("Consent" OR "Patient Autonomy") AND ("Delivery Rooms" OR "Delivery,Obstetric" OR "Operating Rooms" OR "Hospitals") AND ("Midwifery")) nº art 124
MEDLINE with Full Text (("Pregnant woman") AND ("Informed Consent" OR "Decision Making" OR "Personal Autonomy") AND ("Delivery Rooms" OR "Delivery, Obstetric" OR "Operating Rooms" OR "Hospitals, Maternity") AND("Midwifery")) nº art 9
PubMED ((pregnant woman[MeSH Terms]) OR female[MeSH Terms])) AND ((informed consent[MeSH Terms]) OR decision making[MeSH Terms])) AND personal autonomy[MeSH Terms]) AND (((delivery rooms[MeSH Terms]) OR operating rooms[MeSH Terms]) OR delivery, obstetric[MeSH Terms])) AND midwifery[MeSH Terms])) nº art 7
ScienceDirect ((Expectant mother OR Female OR Pregnant woman)) AND (informed consent OR decision making) AND (personal autonomy) AND (midwifery) AND (Operating Rooms OR Hospital OR Delivery Room OR Maternity)). nº art 208
Biblioteca Virtual da Saúde (instance:"regional") AND (mh:("Gestantes") AND mh:("Consentimento Livre e Esclarecido" OR "Tomada de Decisões") AND mh:("Salas de Parto" OR "Parto Obstétrico" OR "Salas Cirúrgicas") AND mh: ("Tocologia")) nº art 3
Limitadores na CINHAL
Filtração cronológica: 2003/01/01 a 2014/12/31
Língua: Inglês
Peer Review Articles
Limitadores na Medline
Filtração cronológica: 2003/01/01 a 2014/12/31
Língua: Inglês
Peer Review Articles
Limitadores na PubMED
Filtração cronológica: 2003/01/01 a 2014/12/31
Língua: Inglês, Humanos
Limitadores na ScienceDirect
Filtração cronológica: 2003/01/01 a 2014/12/31
Língua: Inglês, Review Articles
Limitadores na Biblioteca Virtual da Saúde
Filtração cronológica: 2003/01/01 a 2013/12/31
Língua: Inglês,
114 artigos
9 artigos
7 artigos
186 artigos
3 artigos
Excluídos 36 artigos duplicados/repetidos → 283 artigos
NUMERO TOTAL DE ARTIGOS SELECIONADOS PARA A RLS:
10
Exclusão de artigos segundo os critérios descritos
n= 273 artigos
Inclusão de artigos após leitura integral
n= 9 artigos
Artigos encontrados em Literatura Cinzenta
n= 2 artigos

ANEXO III

JOANNA BRIGGS INSTITUTE APPRAISAL INSTRUMENTS, DATA EXTRACTION FORM, LEVELS OF EVIDENCE AND GRADES OF RECOMMENDATION

QARI appraisal instrument

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	☐	☐	☐	☐
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	☐	☐	☐	☐
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	☐	☐	☐	☐
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	☐	☐	☐	☐
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	☐	☐	☐	☐
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	☐	☐	☐	☐
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	☐	☐	☐	☐
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	☐	☐	☐	☐
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	☐	☐	☐	☐
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: ☐ Include ☐ Exclude ☐ Seek further info. ☐

Comments (Including reason for exclusion)

_____

_____

_____

New JBI Data Extraction Form

STUDY DETAILS **(DETALHES DO ESTUDO)**	
Reviewers (Revisores)	
Date (Data)	
Study title (Titulo do Estudo)	
Author (Autor)	
Year (Ano)	
Journal (Publicação)	
Study ID/Record Number (Identificação do estudo)	
STUDY DESCRIPTION	
Methodology	
Method	
Phenomena of interest	
Setting	
Geographical Context	
Cultural	
Participants	
Data Analysis	
FINDINGS	
AUTHORS CONCLUSIONS	
COMMENTS	

Baseado em “JBI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research”

New JBI Levels of Evidence

Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Level 1 – Experimental Designs
Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)
Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs
Level 1.c – RCT
Level 1.d – Pseudo-RCTs

Level 2 – Quasi-experimental Designs
Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies
Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs
Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study
Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study

Level 3 – Observational – Analytic Designs
Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies
Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs
Level 3.c – Cohort study with control group
Level 3.d – Case – controlled study
Level 3.e – Observational study without a control group

Level 4 – Observational –Descriptive Studies Level

4.a – Systematic review of descriptive studies Level
4.b – Cross-sectional study Level
4.c – Case series Level 4.d – Case study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research Level

5.a – Systematic review of expert opinion Level
5.b – Expert consensus Level
5.c – Bench research/ single expert opinion

LEVELS OF EVIDENCE FOR MEANINGFULNESS

1. Qualitative or mixed-methods systematic review
2. Qualitative or mixed-methods synthesis
3. Single qualitative study
4. Systematic review of expert opinion
5. Expert opinion

New JBI Grades of Recommendation

Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013

JBI Grades of Recommendation	
Grade A	A 'strong' recommendation for a certain health management strategy where (1) it is clear that desirable effects outweigh undesirable effects of the strategy; (2) where there is evidence of adequate quality supporting its use; (3) there is a benefit or no impact on resource use, and (4) values, preferences and the patient experience have been taken into account.
Grade B	A 'weak' recommendation for a certain health management strategy where (1) desirable effects appear to outweigh undesirable effects of the strategy, although this is not as clear; (2) where there is evidence supporting its use, although this may not be of high quality; (3) there is a benefit, no impact or minimal impact on resource use, and (4) values, preferences and the patient experience may or may not have been taken into account.

The FAME (Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness and Effectiveness) scale may help inform the wording and strength of a recommendation.

F – Feasibility; specifically:

- What is the cost effectiveness of the practice?
- Is the resource/practice available?
- Is there sufficient experience/levels of ompetency available?

A – Appropriateness; specifically:

- Is it culturally acceptable?
- Is it transferable/applicable to the majority of the population?
- Is it easily adaptable to a variety of circumstances?

M – Meaningfulness; specifically:

- Is it associated with positive experiences?
- Is it not associated with negative experiences?

E – Effectiveness; specifically:

- Was there a beneficial effect?
- Is it safe? (i.e is there a lack of harm associated with the practice?

ANEXO IV

ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E SUA ANÁLISE

STUDY DETAILS (DETALHES DO ESTUDO)	
Study title (Titulo do Estudo)	"What Constitutes a Good Childbirth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women"
Author (Autor)	Hanna-Leena Melender
Year (Ano)	2006
Journal (Publicação)	"Journal of Midwifery & Women's Health"
Study ID / Record Number (Identificação do estudo)	doi:10.1016/j.jmwh.2006.02.009
STUDY DESCRIPTION	
Methodology	Abordagem qualitativa
Method	Um estudo piloto foi realizado antes da investigação. Uma primípara e uma multípara foram entrevistados numa clínica/maternidade. Com base nestes resultados, o investigador refinou as suas técnicas de entrevista e fez algumas alterações no formato de entrevista. As informações demográficas foram obtidas de todos os participantes. As entrevistas foram realizadas com mulheres de organizações de cuidados de saúde de dois tipos diferentes: 1) A todas as mulheres que falavam finlandês e que foram a uma consulta de rotina, foi entregue uma carta onde se questionou sobre a sua disponibilidade para participar do estudo. Participaram no total 15 mulheres. Uma das clínicas participantes abrange uma cidade e outra uma área rural. Das entrevistas, 13 foram realizados em quartos pacíficos e privados nas clínicas, uma em casa da entrevistada quando estava sozinha, e uma no escritório do investigador. As participantes poderão escolher o local da entrevista. 2) Todas as mulheres que falavam finlandês e que necessitaram de internamento hospitalar ("gravidez de alto risco") foram abordadas por carta, 1 ou 2 dias antes da entrevista, onde se pediu consentimento para ser entrevistada. As entrevistas foram realizadas num hospital universitário, e num hospital de uma cidade pequena. Participaram num total 9 mulheres. As entrevistas foram realizadas em quartos privados. A permissão para realizar o estudo foi obtida através das organizações participantes. O consentimento para gravar as entrevistas foi obtido de todos os participantes. Foi assegurado de que a participação das mulheres no estudo foi voluntária e todas as informações serão tratadas de forma confidencial.
Phenomena of interest	O objetivo do estudo foi descrever a perceção das mulheres finlandesas sobre um bom parto. Para obter uma melhor compreensão, às participantes deste estudo, pediu-se que descrevessem os seus sentimentos e pensamentos acerca dos seguintes temas: 1) Como gostaria que o seu parto se realizasse, para que, especificamente para si, este fosse um bom parto?

	2) Fale-me sobre o que espera do papel da pessoa que lhe prestará apoio (se desejar alguém presente no parto). 3) Fale-me sobre o que espera dos profissionais de saúde durante o seu parto. 4) O que seria um ambiente físico ideal para o seu parto? 5) Como se sente em relação às intervenções obstétricas que possam ser oferecidos durante o seu parto?
Setting	Clinicas de cuidados maternos e hospitais/maternidades
Geographical Context	Finlândia
Cultural	
Participants	24 mulheres grávidas com idades entre 19-45, onde metade esperava o seu primeiro filho, com a gestação entre as 10 e as 40 semanas, no momento da entrevista. No total, foi oferecido a 27 mulheres a oportunidade de participar, onde 24 mulheres concordaram em ser entrevistadas. A idade média das participantes foi de 28,9 anos. Vinte e uma eram casadas ou em coabitação. Uma era divorciada e morava com os filhos, duas moravam sozinhas, e uma era viúva. A maioria dos participantes ia ter uma pessoa de apoio presente no parto. Vinte mulheres planearam que o pai da criança iria ser a pessoa de apoio; uma mulher contava com a sua irmã para apoiá-la durante o parto; e uma outra mulher também ia ter a sua irmã ou um/a amigo/a assumir este papel. Duas participantes não iam ter companhia no parto. Doze eram mães pela primeira vez. Oito mulheres esperavam o segundo filho, duas o terceiro, uma o quarto e outra o quinto filho. O intervalo mais longo entre este e o parto anterior foi de 21 anos, e o menor foi de 1 ano. Os dados estatísticos mostram que a amostra foi representativa da população finlandesa grávida por idade e situação familiar.
Data Analysis	Os dados foram colhidos através de entrevistas semiestruturadas de modo a permitir alguma flexibilidade nas respostas das participantes. Uma classificação finlandesa oficial foi utilizada para classificar a ocupação das participantes, estruturando-se em sete categorias: trabalho científico, baixa médica ou subsistência social, administrativa ou trabalhadora de escritório, fabril ou operador de máquina, prestadora de serviços, agricultora e outras (ex.: estudante). As entrevistas demoravam de 30 minutos a 2 horas. Todas as entrevistas foram levadas a cabo pelo autor. A colheita de dados ficou completa quando não eram identificadas novas categorias. A análise dos dados foi iniciada ainda durante a colheita de dados. As fitas de áudio foram transcritas na íntegra. Os dados foram condensados através da leitura sendo codificadas as expressões emergentes e relevantes. A interpretação dos dados foi baseada na análise de conteúdo. Os códigos resultantes foram comparados e classificados de acordo com suas semelhanças e diferenças. A análise foi realizada manualmente, não sendo utilizado nenhum software.

	A confiabilidade dos dados qualitativos foi estabelecida usando três critérios: credibilidade, confiabilidade e transferibilidade. A credibilidade dos dados e conclusões refere-se a confiança na verdade dos dados. Amostragem intencional foi usada para incluir vários tipos de mulheres porque se pensava que estas poderiam oferecer pontos de vista diferentes e complementares, e, assim, contribuir para a obtenção de uma imagem abrangente do fenómeno em estudo.
FINDINGS	**Um Bom parto é…** Cinco questões principais foram vistas pelas participantes como importantes no decorrer do parto: 1) atmosfera despreocupada, 2) normalidade, 3) razoável duração do trabalho de parto 4) segurança, e 5) controlo. A "atmosfera despreocupada" foi mencionado por 6 participantes como "um parto que seria sem pressa desnecessária e agitação e seria caracterizada pela tranquilidade e harmonia". "Normalidade", mencionado por 13 participantes, descreveu-se como um processo de parto sem complicações, e o mais natural possível. A categoria "duração razoável" mencionada por 10 participantes incluiu dois pontos de vista: - de acordo com nove entrevistadas, o parto deve ser "curto", "não deve ser excessivamente prolongado". - outras declaram que o início do trabalho "deve ser lento para não causar qualquer pressa no caminho para o hospital". A "segurança da mãe e da criança" foi associada a segurança física e / ou sensação de segurança da mãe". O "controlo" foi obtido a partir de declarações por 21 mulheres e abrangeu cinco subcategorias: 1) ficar calmo (medo de entrar em pânico durante o parto), 2) estar ciente do que está a acontecer (considerava-se que a participação da mulher na tomada de decisão era possível), 3) ser capaz de cooperar com a parteira (ouvir e fazer o que é o melhor na situação), 4) serem capazes de contribuir para a o progresso do trabalho de parto (mover-se ativamente durante o parto e ajustando o corpo de forma a facilitar o nascimento), e 5) ser capaz de controlar a dor. **Papel da Pessoa que presta apoio/referência…** Quando as participantes foram questionadas sobre os seus desejos em relação ao seu companheiro durante o parto, uma grande parte disse que, em geral, não esperavam muitas ações concretas por parte da pessoa de apoio. No entanto, também houve desejos mais específicos sobre a função da pessoa de apoio:

	• "Servir" foi mencionado por nove entrevistadas e incluiu tarefas como massagem, fornecimento de água. • "Apoiar a mãe" foi referido por 10 mulheres. Isto incluiu tanto apoio psicológico, incentivando a mãe durante seu trabalho de parto e apoio físico, segurando-a. • "Defesa/Advogar" foi mencionado por oito participantes, que anteciparam a possibilidade de estar mentalmente ou fisicamente incapaz de proteger os seus interesses. Em situações de tomada de decisão, a pessoa de referência iria comunicar aos profissionais a decisão do casal e se o casal não estivesse satisfeito com o cuidado, este iria menciona-lo. • "Entretenimento" foi mencionado por uma mulher, referindo que o papel do companheiro passaria por falar com a mãe durante o parto, e, dessa forma, fazer com que ela se sinta confortável. • "Ser objeto de possíveis sentimentos negativos da mulher" foi mencionado por 5 mães, que anteciparam possíveis situações de stress durante o parto e consequente estado de mau humor, dirigindo os seus sentimentos negativos para o seu companheiro. Associa-se este papel ao suportar esses sentimentos, e embora tivessem uma má consciência sobre isso desejavam que o companheiro entendesse a situação. **Perceções relativas aos profissionais** Muitas mulheres falaram extensivamente sobre os profissionais e o seu papel num bom parto. Foram identificadas três categorias: 1) as características pessoais dos profissionais (17 participantes): incluía desejos de que a equipe fosse “hábil, confiável, gentil, compreensiva, e protegesse os seus direitos/interesses. 2) as atitudes da equipe para com a mulher (17 participantes): no acolhimento, refletiu-se o desejo de que os profissionais fizessem a mulher sentir-se bem-vinda e que pelo contrario não estivesse a perturbar a equipa. A aceitação da utente como ela é também foi referenciada, e significava que a equipe não faria a mulher sentir-se culpada pelos seus pedidos ou ações e que “poderia ser ela mesma”. Referiram ainda ser importante a escuta, o respeito profissional pela mulher, “levando a sério o que ela diz, respeitando o seu caráter individual e as suas necessidades individuais, prestando ainda atenção ao seu companheiro e / ou pessoa de apoio. 3) o modo de ação dos profissionais (15 participantes). Consistiu-se por quatro subcategorias. A primeira foi "a presença de pessoal ideal " – pessoal em suficiente número, a sua presença constante e ainda que as pessoas não envolvidas diretamente no parto não fossem autorizadas a estar presente. A segunda subcategoria nomeada foi "informar sobre a situação" - obtida a partir de declarações que refletem o desejo de que a equipe comunique as observações efetuadas, explicando o que está a acontecer, e responda às perguntas da mãe.

	A terceira subcategoria "competência no cuidado", referia-se ao desejo de que os profissionais fizessem as coisas certas, tendo por base a sua experiência anterior, sem erros. A quarta subcategoria "apoio", refere-se ao incentivo e feedback positivo dado à mãe. **Perceções do ambiente físico** Quando questionadas sobre o ambiente físico, sete participantes não acharam relevante falar sobre este assunto. Com outras coisas no parto tão importantes e que necessitam realmente de consideração, descoraram o interesse neste item. Por sua vez algumas participantes do estudo revelaram alguns desejos especiais relacionados ao meio ambiente, mencionando o seguinte: acolhedor; que ofereça privacidade; com cores suaves; com luzes difusas; higiene; quente; espaço adequado para se mover; e equipamento adicional na sala de parto (cadeira de balanço, cadeira de parto, banco de parto, cama ampla o suficiente para o parceiro descansar, bem como, e uma piscina de nascimento). Quase tudo o que foi mencionado sobre o meio ambiente foi relacionado com o meio hospitalar. **Intervenções obstétricas** O ponto de vista das mulheres sobre as intervenções obstétricas surge nas seguintes categorias: 1) Avaliação da necessidade da intervenção (18 mulheres) - foi considerada como uma função essencial dos profissionais. 2) Fundamentação para uma intervenção (4mulheres) – espera-se que o prestador de cuidados obstétricos mencione as razões para uma intervenção obstétrica antes da tomada de decisão. 3) ponto de vista da mulher, composta por dois tipos de atitudes: aceitação (18 mulheres) e a evitar (seis mulheres). Mulheres com uma atitude positiva em relação às intervenções entenderam-nas como algo que contribuiu para o progresso do trabalho de parto. Aquelas que tiveram uma atitude evitação desejavam o parto mais natural possível, mas não se opunham totalmente às intervenções. As intervenções mencionadas por algumas participantes como a ser evitadas foram cesariana, a episiotomia, a anestesia epidural, e indução médica do trabalho de parto.
AUTHORS CONCLUSIONS	No presente estudo, de acordo com as participantes, a decisão sobre as intervenções deve ser baseada numa análise cuidadosa dos profissionais, e as razões para a realização destas deve ser explicada à utente. As participantes consideraram o seu papel num “bom parto” como sendo muito ativas. O consentimento informado foi visto como “muito importante.” As participantes mencionaram medo associado às intervenções, relacionando-as com dor e a possibilidade de ser submetida a algo errado. Associando as condições médicas preexistentes ou seja, uma gravidez de alto "alto risco", levavam a antever o parto como experiência que envolveria intervenções médicas e portanto como algo assustador.

	As parturientes centraram, em grande parte, a sua atenção sobre o papel das pessoas de referência e da equipe obstétrica, ao passo que a importância dada às coisas físicas (por exemplo, o ambiente físico) eram relativizadas. As expectativas para com os profissionais eram claras e rigorosas. O autor conclui que os profissionais que trabalham em salas de parto, que cuidam de mulheres grávidas no período pré-natal, que colaboram nos cursos de preparação para o parto, devem lembrar os casais que as expectativas e desejos relativos ao parto podem variar consideravelmente. Assim, o desafio da equipe passa por proporcionar um atendimento individualizado a cada mulher e companheiro, o que carece de uma avaliação adequada das necessidades do casal, e discussão sobre as possibilidades realistas de concretizar os seus desejos e expectativas. Isso mostra ao casal que estão a ser respeitados, e que a equipa está disposta a agir para o bem deles durante o seu parto.
COMMENTS	

Ficha de Leitura nº 1 - Baseado em "JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research".

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Ana Ramos **Date** 02/03/2015

Author Melender, H **Title:** "What Constitutes a Good Childbirth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women" **Year** 2006

Record number doi:10.1016/j.jmwh.2006.02.009

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			X
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

_____

_____

_____

_____

STUDY DETAILS (DETALHES DO ESTUDO)	
Reviewers (Revisores)	
Study title (Titulo do Estudo)	An Observational Study to Explore the Power and Effect of the Labor Ward Culture on Consent to Intrapartum Procedures
Author (Autor)	Jayne E. Marshall, Diane M. Fraser, and Philip N. Baker
Year (Ano)	2011
Journal (Publicação)	International Journal Of Childbirth Volume 1, Issue 2, pp. 82-99(18)
Study ID/Record Number (Identificação do estudo)	**DOI:** http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.1.2.82
DESCRIÇÃO DO ESTUDO	
Methodology (Metodologia)	Abordagem qualitativa – Estudo etnográfico
Method (Método)	Estudo Etnográfico com recurso a observações e entrevistas a parturientes e profissionais de saúde. A colheita de dados ocorreu de Abril de 1997 até Dezembro de 1999. Os sujeitos (profissionais de saúde e parturientes) foram observados durante todo o trabalho, até a mulher e o bebé serem transferidos para a área de pós-parto. Foram realizadas entrevistas as mulheres e as parteiras, utilizando um formato semi-estruturado com base nas observações anteriores.
Phenomena of interest (Fenómenos de interesse)	Explorar o conceito de consentimento informado para procedimentos durante o trabalho de parto: analisar a comunicação, conversação e os processos interativos que ocorrem entre a mulher e o profissional de saúde , e perceber em que medida é que as mulheres realmente participam nas decisões sobre seus cuidados durante o parto.
Setting (Cenário/Contexto)	Hospital- Escola
Geographical Context (Contexto Geográfico)	East Midlands, Inglaterra
Cultural Context (Contexto Cultural)	
Participants (Participantes)	100 mulheres saudáveis, com gravidez de termo, que entraram em trabalho de parto espontâneo e profissionais de saúde envolvidos nos cuidados às mesmas.
Data Analyses (Análise de dados)	Dados tratados através de *software* de Apoio à Análise Qualitativa de dados (CAQDAS), uso de código baseado na Theory Builder (NUD*IST) e ainda software de analise quantitativa de dados [SPSS]).

FINDINGS (RESULTADOS)

CORE	CATEGORIA	TEMA
1. Vivenciar o ambiente da Sala de Partos.	Cumprimento e Conformidade.	• Rotinas, políticas e procedimentos • Conhecimento / parcialidade do profissional de saúde. • Complicações no parto.
	Ambiente e Controlo.	• Estar em controlo e sentir-se valorizada. • O seguimento dos planos de
2. A Qualidade da Comunicação Intraparto Comunicação.	A Comunicação dos profissionais de saúde. Competências.	• Papel estereotipado das parteiras. • O papel e a capacidade
	A capacidade das mulheres de comunicarem durante o parto.	• Aquisição de conheciment o autoritário. • Experimentar os efeitos do parto. • Papeis estereotipados
3. Consciência dos profissionais de saúde das obrigações profissionais em relação ao consentimento informado.	Questões legais	• O dever de informar para cuidar. • Avaliação da compreenção . • Consentimento ou abuso da pessoa. • Registar e as
	Questões éticas	• Respeito pela autonomia. • Beneficio ou maleficio potencial para a mulher e bebé. • Standards

*O estudo revelou que era difícil obter o consentimento informado durante o parto.

*Ao contrário da crença profissional, nem todas as mulheres queriam ser plenamente informadas sobre os cuidados e procedimentos durante o parto. Queriam apenas um parto fácil e livre de dor
.

*Embora o conhecimento das parteiras acerca das questões legais e éticas fosse variável e limitado, na maioria dos casos, estas tentaram capacitar as mulheres para fazerem escolhas intraparto. No entanto, isto foi muitas vezes limitado pela cultura do ambiente de trabalho de bloco de partos, e pela extensão das políticas e procedimentos hospitalares.

*Nas situações onde os obstetras se envolveram na gestão intraparto, foi

	observado que muito poucos explicavam a verdadeira extensão da situação à parturiente, e não lhes davam oportunidade de debater opções, nem procuravam a sua opinião na tomada de decisão. Da mesma forma, os pediatras pareciam descorar de forma geral a atenção aos pais, quando atendiam o recém-nascido na altura do parto - não lhes explicavam o que faziam, qual a sua função ou qual a condição do recém-nascido. Em comparação, os anestesistas tentavam comunicar e explicar o procedimento da analgesia epidural as próprias parturiente. Eles questionavam as parturientes sobre os conhecimentos e a compreensão que estas tinham, e davam detalhes específicos sobre os efeitos da analgesia epidural antes de iniciar o procedimento, o que por sua vez encorajava a mulher a procurar mais informação se sentisse necessidade. Foi observado que se torna difícil desenvolver uma relação entre a parturiente e a parteira quando os cuidados no bloco de partos, são fragmentados. É assim importante que as parteiras possuam uma boa capacidade de comunicação e façam o melhor possível com a relação, normalmente breve, com a parturiente de modo a procurar obter o consentimento informado para o Intraparto. Em comparação com os obstetras, as parteiras demostraram melhores habilidades de comunicação, o que era espectável uma vez que a presença contínua da parteira durante todo o trabalho de parto leva a parturiente a desenvolver um à-vontade e uma relação de confiança. *O modelo tecnocrata de administração da sala de partos condiciona a obtenção do consentimento informado. *Nem todas as mulheres queriam ser informadas em detalhe sobre os cuidados do procedimento intraparto, pois confiavam que as parteiras ou os médicos tomariam decisões, especialmente do que dissesse respeito à saúde do recém-nascido. *Quando era feito um plano para o parto, as mulheres sentiam-se valorizadas e tidas em conta nas decisões sobre os cuidados prestados.
AUTHORS CONCLUSIONS (CONCLUSÃO DOS AUTORES)	Com o resultados deste estudo pretende-se que as parteiras reconsiderem os modelos estereotipados, a fim de desenvolverem capacidades interpessoais e de comunicação e consequentemente a prática da obtenção do consentimento informado para o parto, independentemente do ambiente de parto. Num contexto mais amplo, será importante assegurar que os profissionais de saúde desenvolvam não só boas e eficazes capacidades de comunicação, mas também se familiarizem com as implicações legais e éticas do consentimento informado.
COMMENTS	

Ficha de Leitura 2 - Baseado em "JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research"

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Ana Ramos **Date** 02/03/2015

Author Jayne E. Marshall, Diane M. Fraser, and Philip N. Baker

Title: " An Observational Study to Explore the Power and Effect of the Labor Ward Culture on Consent to Intrapartum Procedures"

Year _2011_ **Record number** DOI: http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.1.2.82

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?			X
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

_____

_____

_____

_____

DETALHES DO ESTUDO (Study Details)	
Study title (Titulo do Estudo)	"Perception of Humanization of Birth in a Highly Specialized Hospital: Let's Think Differently"
Author (Autor)	Roxana Behruzi, Marie Hatem, Lise Goulet & William D. Fraser
Year (Ano)	2014
Journal (Publicação)	"Health Care for Women International"
Study ID / Record Number (Identificação do estudo)	DOI: 10.1080/07399332.2013.857321
STUDY DESCRIPTION	
Methodology	Modelo de estudo de caso único: Facilita a exposição de um fenómeno e assegura que o fenómeno é explorado através de visões diferentes, dentro do contexto, usando varias fontes de dados. Neste caso especifico este estudo de caso foi feito a um hospital universitário de cuidados terciários. – Abordagem qualitativa
Method	A maioria dos dados foi colhida através de entrevistas semiestruturadas, de resposta aberta no período de Novembro de 2007 e Março de 2008. Entrevistas guia, foram inicialmente utilizadas, tendo sido realizadas separadamente a duas enfermeiras e duas parturientes num centro de parto e foram pré-testados, sendo validadas antes de serem utilizadas neste estudo. Após reflexão sobre a colheita de dados preliminar dessas quatro entrevistas, e identificados os pontos fortes e fracos das perguntas, os guiões das entrevistas iniciais foram revistos com dois investigadores para aprofundar os dados. As entrevistas foram transcritas e transferidas para o programa "QDA Miner" (versão 3.2.3) para análise. As notas obtidas também foram introduzidas no programa de análise qualitativa. - Colheita de dados aos profissionais de saúde e administradores: foram realizadas entrevistas de 40 a 90 minutos de duração, todas em francês e depois traduzidas para Inglês para posterior publicação. As entrevistas foram realizada e gravada em áudio com o consentimento dos participantes. - Colheita de dados às parturientes: Depois de obtida permissão do prestador de cuidados, o investigador aproximou-se das mulheres em trabalho de parto e / ou na sala de espera pré-operatório; Foi explicado o projeto e feito o convite para participar no estudo. Foram convidadas a ler com cuidado e voluntariamente a assinar o termo de consentimento em que permitiram que o investigador podesse estar presente como um observador participante durante o seu trabalho de parto, parto e puerpério imediato.

	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas 24 a 72 horas após o nascimento e preencheram ainda um questionário. Foi ainda preenchida uma ficha de observação e colhidas notas de campo. Nas cesarianas, o investigador esteve na sala de operação no início da preparação para a cirurgia. Foi obtido o parecer da Comissão de Ética "Health Research Ethics Boards" do Hospital Universitário de Montreal (IRB-2549).
Phenomena of interest	Identificar as perceções dos profissionais de saúde e mulheres sobre a humanização da assistência ao parto num hospital terciário.
Setting	Hospital Universitário de assistência terciária: "Mother and Children's Network of Quebec", com 450 camas incluindo 30 camas da Unidade de Cuidados Intensivos.
Geographical Context	Montreal, Canada
Cultural	-
Participants	A amostra do estudo é constituída por profissionais de saúde (a): seis enfermeiras, três obstetras, um pediatra, e um anestesista; (b) seis administradores hospitalares de níveis hierárquicos diferentes, incluindo gerente executivo dos programas de serviço ao cliente, gerente da qualidade e risco, gerente dos serviços clínicos, e gerente dos cuidados de enfermagem; e (c) 10 mulheres (primíparas e multíparas). Os profissionais escolhidos para o estudo foram selecionados intencionalmente a partir dos variados níveis de experiência de trabalho. As parturientes foram recrutadas propositadamente para o estudo para se obter uma ampla diversidade na gravidez e tipos de parto. Para serem incluídas no estudo as mulheres tinham que ter 18 anos ou mais, ser admitidas no hospital durante o primeiro estadio do trabalho de parto ou ter planeado uma cesariana eletiva, com gravidezes simples ou gemelar, com ou sem história de complicação médica durante a gravidez, e, finalmente, ser capaz de falar, ler e escrever em francês ou Inglês.
Data Analysis	Ao todo foram gravadas em áudio e transcritas 27 entrevistas. As notas de campo foram introduzidas num software de abordagem qualitativa. A análise de conteúdo foi realizada de forma indutiva. Na análise, os temas foram fortemente ligados aos dados. O principal investigador tentou compreender o significado e generalizar as respostas dos participantes, marcando-os por códigos que forneceram um padrão de significados simples. Estes foram reordenados, simplificados em novos temas e subtemas dos quais se destacaram a perceção dos entrevistados sobre parto humanizado. Foi feita uma primeira análise de conteúdo para uma amostra aleatória de sete entrevistas. Depois de um intervalo de 8 semanas, as mesmas amostras de entrevistas foram recodificadas pelo mesmo investigador para alcançar confiabilidade. Para assegurar que a análise dos dados deste estudo foi completamente sistemática e válida, todas as gravações, transcrições de entrevistas, e matrizes foram examinadas várias vezes.

	Os pesquisadores discutiram a precisão dos dados, bem como a lógica de codificação. A consistência de codificação e a sua nova verificação foram feitas várias vezes, e novos códigos foram adicionados desde a que houvesse consistência. O investigador examinou e reexaminou os códigos para os temas, e redefiniu sistematicamente as categorias para refletir a finalidade da análise de conteúdo.
FINDINGS	A humanização do parto é identificada por algumas características-chave: - **Cuidado personalizado** (cuidado ajustado a cada mulher de forma a responder às suas necessidades especificas e expectativas): tanto os profissionais como as mulheres entendiam que a prestação de cuidados deve ser adaptada aos desejos das mulheres, deve atender tanto suas necessidades físicas e espirituais, como ser consideradas as dimensões de um ser biopsicossociais e culturais. Nas gestações de alto risco, o cuidado deve ser ainda mais personalizado face as suas necessidades. - **Reconhecimento dos direitos das mulheres** (o direito a escolher e participal no processo de decisão, mesmo nas gravidezes de alto risco): os administradores, profissionais e mulheres com gestações de alto e de baixo risco percebem, a humanização do parto como uma prestação de cuidados que inclui dignidade e respeito, e que considera também o direito das mulheres de escolher e participar no processo de tomada de decisão. Tanto as mulheres com gravidez de baixo risco como as de alto risco enfatizaram a importância de tomar as decisões por si mesmos, bem como ser ouvidas. Apesar da crença de que, o cuidado humanizado incluí o direito das mulheres controlarem os seus corpos, as mulheres não se sentem sempre beneficiadas por essa crença, por exemplo, a escolha do local para o parto não é aceite. Os resultados do estudo mostraram que foram os prestadores de cuidados a propor a maioria das escolhas. Em contrapartida algumas mulheres sentiram que estavam sob muita pressão em algumas tomadas de decisão: • Início da amamentação nos primeiros momentos após o parto não lhes sendo permitido adaptar-se à nova situação. • Falta de tempo para descrever os procedimentos ou assegurar que a gravida tivesse tempo suficiente antes da tomada de decisão. • As gravidas de alto risco sentem necessidade de partilhar as suas escolhas e decisões com um prestador de cuidados, familiar e confiável, contudo sentiram pouca transparência na partilha de conhecimento e consequente tomada de decisão sendo considerada a gravidez de risco como uma barreira ao parto humanizado.

	- **Cuidado humanizado** (ser mais “humano”, ter uma comunicação mais humanizada e pessoal): A maioria dos participantes percebe a assistência ao parto humanizado como um cuidado otimizado às mulheres e suas famílias: "um contato íntimo e acolhedor"; "atenção"; "contato físico"; "um cuidado adaptativo para a família como se fossem nossa mãe ou nosso pai, ou irmã”… As mulheres participantes do estudo descreveram a humanização do parto como um comportamento gentil por parte dos profissionais que as acompanham durante o trabalho de parto. Na optica dos profissionais o cuidado humanizado deve manifestar-se na atitude, comportamento e até mesmo em gestos e palavras explorando as dimensões do cuidado em vez de uma técnica ou robótica. A humanização do parto num hospital terciário é vista pelos profissionais como uma forma de lidar com a tecnologia moderna ao mesmo tempo ser capaz de manter um relacionamento interpessoal e boa comunicação entre os prestadores de cuidados e mulheres. Fornecer informação suficiente sobre cada intervenção médica e obter o consentimento informado das mulheres antes de aplicar qualquer monitorização invasiva tornam o cuidar medicalizado num cuidado humanizado no momento do nascimento. Haver boa comunicação e respeito mútuo entre prestador de cuidados e mulheres leva a atingir a meta de humanização do parto nos hospitais terciários. As gravidas/casais atribuíram importância ao receber informações e explicações durante o parto como um fator de cuidado humanizado, compreendendo melhor a necessidade de intervenção quando esta foi explicada. - **Cuidado centrado na família** (envolvimento de toda a família no cuidado): A humanização do parto foi considerado como o cuidado centrado na família onde a integração, a colaboração e a cooperação da família estão em causa, levando à discussão os pais envolvendo-os nas decisões e cuidados ao seu bebé. O foco sobre as famílias provou ser uma abordagem muito útil para a realização de assistência ao parto humanizado não apenas na assistência à maternidade, mas também no atendimento pediátrico. As expressões como: "estar no centro das nossas preocupações", "ser incluído no cuidado", "ser capaz de estar com o bebé ao longo de todas as avaliações", "ser incluído na tomada de decisão " foram mencionados pela maioria dos profissionais. A partilha de responsabilidade e capacitar a família foram percebidos como forma de cuidado humanizado. No entanto, "o cuidado centrado na família" foi a questão menos levantada pelas mulheres do estudo. - **Aconselhamento e companheirismo às mulheres** (apoio compreensivo e continuo): As parturientes centraram o cuidado humanizado na compreensão e apoio emocional, companheirismo e apoio contínuo. A perceção de parto humanizado foi entendido como "sentir-se entendido", "sentir-se acompanhado", "sentir

	empatia", "assistência, apoio," e "defesa das mulheres." Entenderam o cuidado humanizado como tendo um membro da família ao seu lado durante todo o trabalho que as entenda e apoie. Os profissionais entenderam o parto humanizado como "estar com a mulher, estando presente", "capacidade de estar com a família", e "estar disponível". Durante o primeiro estadio de trabalho de parto os enfermeiros informavam que o casal poderia chamar para qualquer coisa, a qualquer momento, mas não estavam presentes de forma contínua. Durante a fase ativa, estavam sempre por perto. Este fato contribuiu para que algumas mulheres no estudo expressassem sentimento de abandonado e consequente stress. As mulheres referiram ainda que a presença de uma enfermeira experiente e com conhecimentos lhes deu uma maior sensação de segurança, garantia, mais do que o apoio do companheiro. - **Equilíbrio entre cuidados médicos, conforto e segurança** (Um ambiente seguro, reconfortante e confidencial): Fornecer um ambiente seguro foi descrito como o cuidado humanizado por alguns dos profissionais e administradores. Um dos administradores enfatizou que a presença de tecnologia e profissionais competentes não só é um fator conveniente, mas, na verdade, é uma espécie de cuidado humanizado, já que salva vidas e, assim, traz tranquilidade às mulheres. Um anestesista expressa que uma abordagem humanista, a respeito de uma gravidez de alto risco, envolve a presença de um especialista ou prestador de cuidados experiente durante o trabalho de parto para trazer mais segurança. Estar num hospital e ser cuidada por um profissional competente foi percebido como parto humanizado, tanto pelas gravidas de alto risco como pelas gravidas de baixo risco. Para as mulheres grávidas de alto risco, era importante ser acompanhadas por especialistas e profissionais competentes, assegurando os cuidados ao recém-nascido e evitando assim a necessidade de transferir a criança. Duas gravidas de alto risco afirmaram que o uso da tecnologia e monitorização contínua foi reconfortante, eliminando a sensação de "incerteza". No que respeita ao alívio da dor e conforto, a maioria das mulheres que receberam epidural consideraram ser esta a abordagem humanista do parto, uma vez que lhes permitiu desfrutar das suas experiências de parto. A prioridade de salvar vidas em detrimento do cuidado humanizado foi considerada pelos profissionais. Nas gestações de alto risco, a coisa mais importante para eles é fornecer o cuidado adequado para as mães e para cuidar bem do bebé. Mencionam ter perdido o conceito de humanização em situações de risco obstétricos porque experimentam mais estresse, viam-se obrigados a responder mais rapidamente, escasseando o tempo para desenvolver uma relação de confiança com a parturiente e fornecer informação.

	Em casos de emergência, os prestadores de cuidados concentram-se mais na tarefa e menos no indivíduo, focando-se na questão da saúde, em vez do lado humano. No entanto, alguns profissionais criticavam as próprias atuações referindo ser importante mesmo em situação urgente explicar às mulheres e família o plano de assistência eliminando assim a tensão, e trazendo maior sensação de segurança.
AUTHORS CONCLUSIONS	Alcançar a humanização do parto num hospital implica uma profunda reflexão sobre os ideais e valores de todos os envolvidos neste processo. As perceções de parto humanizado dos administradores e dos profissionais a prestar cuidados neste hospital terciário focaram-se principalmente no cuidado personalizado e centrado na família. Quanto às mulheres, voltaram a sua perceção de parto humanizado para a segurança e a prestação de cuidados por um profissional especializado. No estudo, a assistência ao parto humanizado não foi considerado como "o parto sem intervenção médica", mas a prestação de cuidados "com o coração", o " não realizar apenas tarefas", " sentimento de proximidade". Um bom suporte físico e emocional foi altamente valorizado assim como o apoio e a presença de um profissional especializado durante o período intraparto. A tecnologia disponível, a presença de prestadores de cuidados especializados, a existência de uma Unidade de cuidados neonatais, e a oportunidade de ter um parto sem dor, trouxe satisfação e segurança a todas as mulheres. A presença de familiares na sala de partos leva a que as mulheres retratassem a experiência de parto hospitalar como um evento familiar. Estes fatores foram essenciais para que os hospitais fossem vistos como um lugar ideal para o nascimento. A "pressão" de salvar vidas foi considerada a maior barreira na prestação de cuidados humanizados, quer em casos de gravidez de baixo e de alto risco. Deverão ser considerados todos os aspetos fisiológicos, assim como aspetos psicológicos da assistência ao parto, incluindo o respeito dos medos, crenças, valores e necessidades das parturientes e suas famílias. Promover estratégias de cuidados centrados na família, no sentido de favorecer a participação do casal nas tomadas de decisão e na partilha de responsabilidades, favorecer a comunicação e a fortalecer a ligação da família com o bebé, foram consideradas atitudes essenciais para a abordagem do cuidado humanizado. No entanto, a perceções de parto humanizado num hospital terciário não pode ser entendida sem a noção de segurança e confiança.
COMMENTS	

Ficha de Leitura 3 - Baseado em "JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research".

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Ana Ramos **Date** 02/03/2015

Author Roxana Behruzi, Marie Hatem, Lise Goulet & William D. Fraser

Title: " "Perception of Humanization of Birth in a Highly Specialized Hospital: Let's Think Differently" **Year** 2011

Record number DOI: 10.1080/07399332.2013.857321

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?			X
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?		X	
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

_____

_____

_____

_____

STUDY DETAILS (DETALHES DO ESTUDO)	
Study title (Titulo do Estudo)	Childbearing Women's Perceptions of Nursing Care That Promotes Dignity
Author (Autor)	Rachel Matthews; Lynn Clark Callister
Year (Ano)	Julho/Agosto 2004
Journal (Publicação)	Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, Volume 33, Number 4, 498-507pp
Study ID/Record Number (Identificação do estudo)	DOI: 10.1177/0884217504266896
STUDY DESCRIPTION	
Methodology	Estudo qualitativo descritivo
Method	Após a obtenção do consentimento informado e análise de dados demográficos, a populações selecionada foi submetida a uma entrevista, gravada em áudio de 60 minutos, a ser realizada em casa da participante do estudo ou em lugar mutuamente conveniente para a participante e investigador. As entrevistas foram semi-estruturadas, elaboradas de acordo com um guia de entrevista para estimular questões relacionadas com a dignidade Em primeiro lugar, foi pedido à mulher que descrevesse a sua experiência de parto. De seguida foram elaboradas algumas questões-tipo. Em resposta a perguntas bastante amplas, os participantes tiveram a oportunidade de articular as suas perspetivas pessoais. Foram envolvidos cinco participantes do estudo na análise das entrevistas a fim de esclarecer e ampliar as suas perceções e verificar os resultados da análise.
Phenomena of interest	Um internamento hospitalar é muitas vezes um evento intimidante e stressante para as utentes, tratando-se de um mundo sobre o qual estas podem saber muito pouco. Assim, podem ficar apreensivas sobre o desconhecido, ou "excitadas" com o iniciar de uma nova fase da vida, com o nascimento de uma criança. Enquanto vivenciam o desconhecido, pode ser-lhes dito o que fazer e quando fazê-lo, às vezes com pouca ou nenhuma explicação. As intervenções que os profissionais de saúde consideram rotina não são apenas estranhas, mas muitas vezes muito invasivas, deixando a mulher desconfortável, impotente, ou muito vulnerável. Esses sentimentos podem levar à perda de dignidade. O Nascimento de um filho é um evento crucial na vida da maioria das mulheres, sendo poucas as experiências humanas a aproximar-se da intensidade das emoções, stresse, ansiedade, dor e esforço que podem ocorrer durante o parto e nascimento. O objetivo deste estudo passa por compreender a perceção das mulheres grávidas sobre a manutenção da dignidade durante o trabalho de parto e nascimento.
Setting	Comunidade universitária no oeste dos Estados Unidos
Geographical Context	Oeste dos Estados Unidos
Cultural	

Participants	Após a aprovação do “Conselho de Revisão Institucional (IRB)”, também conhecido como comité independente de ética foram publicados anúncios em complexos habitacionais de uma universidade privada no oeste dos estados unidos, de estudantes casados, convidando as parturientes/puérperas a participar do estudo. A população-alvo foram primíparas que haviam sido mães nos últimos 3 meses. Foram consideradas potenciais participantes todas as que tinham pelo menos 18 anos de idade e falavam Inglês. Foram entrevistadas vinte primíparas que haviam tido crianças saudáveis de termo, num centro terciário de cuidados, numa “academia de Nível II”, ou num hospital da comunidade. Sete participantes identificaram a enfermeira parteira como prestadora de cuidados, e 13 foram alvo de cuidados médicos. Dezassete das mulheres tiveram analgesia epidural / anestesia, e três tiveram nascimentos não medicados. O tempo médio de trabalho foi de 11,5 horas. Quatro mulheres tiveram cesariana, e 16 tiveram partos vaginais. 76% das mulheres tinham frequentado aulas de preparação para o parto. A idade materna média foi de 23 anos, e 71% tinham nível superior completo, 14% tinham frequência universitária, e 15% eram estudantes universitários. Todos os participantes do estudo eram saudáveis, de baixo risco, branco, classe média, e casado. Todos os seus maridos participaram dos nascimentos.
Data Analysis	A Colheita e análise de dados ocorreram simultaneamente num processo chamado "círculos dentro de círculos". Neste processo, em vez de dados numéricos foram analisadas dados linguísticos para descobrir temas articulados pelas participantes. O processo foi conduzido como se segue: 1. Cada entrevista foi analisada antes da próxima entrevista começar. 2. Imediatamente após a entrevista, foram feitos apontamentos em observações ou conhecimentos adquiridos no processo de entrevista. 3. Foram feitas transcrições literais das entrevistas gravadas em áudio, tendo o pesquisador ouvido as gravações, estudado as transcrições, apontamentos e elegendo principais categorias temáticas. 4. As transcrições foram revistas pelo segundo autor, que tinha experiência em pesquisa qualitativa 5. As transcrições foram lidas e comparadas entre os participantes. 6. As categorias foram “densificadas e saturadas” através da comparação e contraste dos dados obtidos com as experiências clínicas de ambos os pesquisadores, os resultados encontrados pelo segundo investigador, e continua revisão da literatura. 7. As categorias foram modificadas consoante os dados comparados. 8. Quando a colheita de dados contínua e sua análise obtinha novos achados, determinou-se que a saturação tinha ocorrido, e foi concluída a colheita de dados. A saturação foi demonstrada quando os participantes expressavam pensamentos semelhantes. A confiabilidade foi uma prioridade em toda a colheita de dados e análise. A credibilidade foi otimizada através da recolha de dados durante um período prolongado de tempo. A discussão dos resultados com os participantes ao longo da colheita de dados ajudou a desenvolver e confirmar ideias. As conclusões finais também foram discutidas com os cinco participantes do estudo para verificar se os temas refletiam as suas experiências.

	O grau de transferibilidade para outros contextos e grupos foi demonstrado por descrever a profundidade e a amplitude dos dados da entrevista e as características da amostra e definição. Confirmabilidade foi estabelecida através da criação de um historial de apontamentos sobre conhecimentos adquiridos na colheita e análise de dados e foi reforçada pela colaboração entre autores.
FINDINGS	As mulheres relataram que o parto foi um evento extremamente significativo na sua vida. Relataram por isso ser importante que "o enfermeiro saiba que a mulher está a ter o que é provavelmente o dia mais importante de sua vida." Os temas encontrados na investigação relacionados com a promoção da dignidade foram: (a) <u>enfermeiro desempenhou um papel fundamental na preservação da dignidade durante o parto</u>; As participantes falaram repetidas vezes sobre a importância do papel do enfermeiro; a sua presença, o incentivo, a continuidade dos cuidados. Muitas mulheres manifestaram surpresa com a "extensão" do papel do enfermeiro, do acompanhamento continuo. Outras mães expressaram surpresa pelo facto de o médico não estarem mais envolvido no processo. Várias mães mencionaram que a preocupação sincera e atitude positiva da enfermeira ajudou a criar um ambiente de parto encorajador, atenuando o medo. O Cuidado contínuo ajudou a manter a dignidade. O conhecimento do enfermeiro constitui-se como um recurso fundamental para as mães e enalteceu o seu papel de apoio. (b) <u>as mulheres apreciaram o facto de se sentirem valorizadas e respeitadas</u>; As participantes manifestaram apreço pelo respeito das suas emoções, decisões, conforto físico e privacidade. A perceção de que foram valorizados e respeitadas ajudou a manter um senso de dignidade. O estabelecimento de uma relação empática, assim como o fornecimento de informação sobre os procedimentos ajudou a preparar-se mentalmente e emocionalmente. Na ótica das parturientes as enfermeiras promoviam dignidade quando honravam as opções/escolhas da mulher e trabalhavam no sentido de alcançar o conforto físico das parturientes. Para algumas mulheres, a exposição do corpo, constitui uma ameaça importante para a dignidade. Contudo também revelaram que o corpo de enfermagem, teve o cuidado de promover a privacidade mantendo o equilíbrio entre dignidade e pudor promovendo uma "experiência privada". (c) a dignidade foi enriquecida pelos cuidados que deram às mulheres sensação de controlo. A sensação de estar no controlo incluiu: - *Controlo de comportamento pessoal:* a escolha de estratégias para alívio de dor, posicionamento durante trabalho de parto e parto, monitorização cardio-fetal, realização de aminiotomia, de episiotomia entre outros. O estudo revelou que existem circunstâncias que influenciam a forma como algumas mães percecionam o auto-controlo (dor, fadiga, e a quantidade de informações a que a parturiente teve acesso). - *Influência sobre as decisões tomadas e intervenções a realizar:* a comunicação e informação dada pelos prestadores de cuidados afeta a

	experiências de controlo das mulheres. Enquanto algumas mulheres delegam nos profissionais a decisão, não sentindo que a sua dignidade tenha sido posta em causa, outras mulheres têm fortes desejos de ser envolvidas na tomada de decisões. A qualidade da comunicação com os membros da equipe, a importância de comunicar informações às parturientes foram temas abordados durante as entrevistas, referindo que quanto mais detalhes souberem, quanta mais informações pertinente for dada à parturiente melhor será o sentido de auto-controlo. A comunicação de decisões tomadas era visto como essencial. Uma comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde foi essencial para um senso controle e promoção da dignidade.
AUTHORS CONCLUSIONS	Embora haja grande variação nas memórias das mulheres sobre o parto, a experiência é uma experiência memorável. O apoio recebido e o contexto da sua experiência de parto podem influenciar esta memoria, assim como a falta de apoio, falta de controle e falta de informação. No ambiente altamente tecnológico em que acontecem os nascimentos, as mulheres passam a ter uma sensação de que o parto é de "alto risco", e que são dependentes de cuidadores profissionais. Isso pode criar uma sensação de desamparo e falta de controlo. Para otimizar a sensação de controlo da mulher durante o parto, é essencial lembrar que o conhecimento e o poder profissional devem ser partilhados, sendo promovido o cuidado centrado na mulher. Para promover a dignidade, os enfermeiros podem demonstrar respeito na forma como abordam uma mulher, através da escuta ativa, expressando interesse na sua situação e ajudando a mulher a expressar-se. Quando uma enfermeira transmite interesse e preocupação, um ambiente de confiança é estabelecido, facilitando assim a manifestação de preocupação por parte da parturiente, a colocação de perguntas, e consequente sensação de controle sobre sua situação. Enfermeiros devem ter o cuidado de demonstrar respeito por aqueles menos escolarizados, quer devido a uma falta de educação parto ou falta de educação formal e baixa alfabetização. Além disso, os enfermeiros devem demonstrar respeito pelas mulheres de todas as heranças culturais e apontar para um cuidado culturalmente competente através da aquisição de atitudes, conhecimentos e habilidades para apoiar práticas de parto culturalmente congruentes. É essencial que os enfermeiros valorizem as parturientes respeitando e promovendo a sua dignidade e auto-estima. Isso pode ser feito através de tomada de decisão partilhada e promover uma sensação de controlo através do poder partilhado. No geral, a satisfação com a experiência do nascimento é altamente associado ao apoio contínuo e individualizado, e emocional.
COMMENTS	

Ficha de Leitura nº 4 - Baseado em "JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research".

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Ana Ramos **Date** 02/03/2015

Author Rachel Matthews; Lynn Clark Callister **Year** 2004

Title: " Childbearing Women's Perceptions of Nursing Care That Promotes Dignity" **Record number** DOI: 10.1177/0884217504266896

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

_____

_____

_____

_____

STUDY DETAILS (DETALHES DO ESTUDO)	
Study title (Titulo do Estudo)	The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences
Author (Autor)	Katie Cook & Colleen Loomis
Year (Ano)	2012
Journal (Publicação)	The Journal of Perinatal Education, 21(3), 158–168
Study ID/Record Number (Identificação do estudo)	http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158
STUDY DESCRIPTION	
Methodology	Abordagem qualitativa e descritiva de um grupo
Method	Foi utilizado um método narrativo de colheita de dados. A abordagem narrativa permite que as mulheres contem as suas histórias, enfatizando partes que considerem mais importantes. As participantes foram recrutadas por meio de uma estratégias de amostragem tipo "bola de neve": o entrevistador estabelece contacto inicial com o participante previamente identificado como membro do grupo que se pretende estudar e este põem o investigador em contacto com outros membros desse grupo. Os critérios de inclusão foram: mulheres que têm tido o parto nos limites geográficos do estudo, durante os últimos 2 anos. A justificação para a escolha deste período de tempo foi pelo fato de se poder abordar as mulheres que ainda estavam a realizar o seu parto e por isso ter presente ideias e reflexões recentes. O estudo foi anunciado numa organização local através de um programa chamado "Breastfeeding Buddies Support Group". Esta organização foi escolhida pelo fato de haverem relações profissionais e não pelas características da amostra. A enfermeira foi responsável pelo recrutamento da amostragem. Este estudo foi aprovado pelo conselho de ética de pesquisa da Universidade Wilfrid Laurier, em Waterloo, Ontário, Canadá.
Phenomena of interest	O objetivo deste estudo passa por compreender o papel global da escolha e controlo nas experiências da mulher em trabalho de parto. Este estudo explorou o modo como as mulheres desenvolveram e negociaram o seu plano de parto inicial e subsequentemente como as alterações feitas no plano afetaram a sua experiência de parto.
Setting	
Geographical Context	Ontário, Canadá.
Cultural	
Participants	A amostra foi composta por 15 mulheres: 47% primíparas, 13% grávida do segundo filho, e 40% eram multíparas. Quanto aos prestadores de cuidados durante o parto 13 das parturientes foram assistidas por uma parteira, uma seguida por cuidados de um médico de clínica geral, e outra por cuidados de um obstetra. Cinco das 15 participantes contratou uma doula para acompanhar durante o trabalho de parto. Todas as participantes foram acompanhadas pelo companheiro. As informações demográficas foram obtidas durante a entrevista no entanto, nenhuma desta informação foi colhida.
Data Analysis	Os dados foram colhidos por meio de entrevistas individuais, aprofundadas, não estruturadas, usando um guia com seções que questionavam sobre o desenvolvimento do plano de parto, história do nascimento (histórias) / experiências, e reflexões sobre como o que aconteceu (a realidade) diferiu do plano.

	Todas as entrevistas começaram com uma descrição geral do projeto, seguindo-se uma entrevista com base em dois temas específicos: plano de parto ou a falta deste e a experiência de parto. As participantes foram convidadas a começar por contar a sua história ou a escolher um assunto que as fizesse sentir mais confortável. Mais tarde, o entrevistador encaminhava-as para outro tópico. A duração das entrevistas variou de 45 minutos a 2 horas, variando o tempo por causa da diversidade e complexidade das histórias e das condições das entrevistas. As entrevistas foram realizadas no tempo e lugar convenientes para as participantes, muitas vezes, em suas casas e às vezes com as crianças presentes. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra apenas pelo pesquisador principal. Os dados foram analisados e codificados usando uma abordagem fenomenológica e tratados usando o software NVivo. Os códigos foram desenvolvidos utilizando as várias partes da história nascimento como guia; por exemplo, o planeamento, as alterações ao plano de parto, a tomada de decisões durante o parto, o apoio durante o parto, e apoio à amamentação. Na próxima etapa, estes códigos foram analisados ainda mais para obter uma melhor compreensão de como as mulheres construíram as suas experiências e que aspetos dessas experiências foram enfatizados pelas participantes. Foram tomadas várias medidas para garantir a confiabilidade dos dados. Para reforçar a credibilidade dos dados, o principal pesquisador manteve uma trilha de auditoria em todo o curso do estudo. Como os dados são descrições de experiências de cada participante com uma natureza tão singular e complexa, a atenção para casos negativos foi extremamente pertinente para a confiabilidade deste estudo.
FINDINGS	Os resultados encontrados dividem-se em dois grupos: **1. Formas como as mulheres planearam a sua experiência de parto, e o que poderiam afetar as decisões tomadas.** Ao planear o parto, as mulheres do estudo identificaram dois tipos de recursos que influenciaram o seu processo de tomada de decisões: as pessoas e a informação. As pessoas envolvidas faziam parte das suas relações sociais (por exemplo, parceiros ou a mãe de uma mulher) ou papéis profissionais, tais como os prestadores de cuidados (por exemplo, parteira, médico). No geral, as mulheres queriam partilhar o planeamento e a experiência de parto com os seus parceiros e incorporar os desejos do seu parceiro no plano de parto. Os prestadores de cuidado influenciam as decisões das mulheres, fornecendo informações ou apoiando a filosofia pré-existente. As mulheres deste estudo viram os prestadores de cuidados, não só como fonte de informação, mas também como fontes de conhecimento experiente na tomada de decisões informadas. Os conhecimentos dos prestadores de cuidados, seja com base na experiência ou com base filosófica, influenciam o planeamento das mulheres e o que acontece quando, durante o parto, são feitas alterações ao plano inicial. **2. Alterações ao plano de parto e como estas mudanças afetaram a experiência de parto.** Ao comparar os planos iniciais com as experiências reais de nascimento, observam-se grandes diferenças. Algumas mulheres reconheceram que não poderiam prever como o seu parto se desenrolaria e por isso não deram relevância ao plano de parto. Outras participantes por sua vez tinham especificado pormenorizadamente o plano de parto incluindo a escolha dos seus

	prestadores de cuidados, local de parto e intervenções médicas. Mudanças drásticas no plano de parto levou a uma sensação de pouco ou nenhum controle considerando este facto "devastador". Três fatores causaram mudanças significativas nos planos de parto: (a) o indivíduo que fez o parto (parteira vs. obstetra) e onde ocorreu o nascimento (casa vs. Hospitalar) ou seja - transferências de cuidados, em termos de prestador de cuidados e / ou local de parto); No total, 13 de 15 mulheres tinham planeado inicialmente ter uma parteira como prestadora de cuidados de saúde. Destas, seis mulheres viram os seus cuidados serem transferido para um obstetra Três participantes que haviam planeado o parto em casa, foram transferidas para o hospital em algum momento durante o seu trabalho de parto. Ambos os tipos de alterações tiveram impacto na vivência da sua experiência, algumas participantes recordaram experiências positivas referindo-se a bons cuidados, outras participantes referiram experiências negativas, especialmente para aquelas que a variação foi drástica e os cuidados haviam sido transferidos de uma parteira para um obstetra. Para estas participantes, a mudança de prestador de cuidados durante a gravidez ou parto foi "frustrante e decepcionante"… "tinha monitores amarrados em cima de mim, estava limitada apenas ao posicionamento deitada de costas e não poderia estar em qualquer outra posição (b) o tipo de controlo da dor e o nível e o tipo de intervenção médica utilizada; As abordagens para a gestão da dor e intervenção médica geral variaram muito. Algumas participantes desejaram manter o seu plano aberto, enquanto outras foram inflexíveis opondo-se a intervenções médicas (tipo de analgesia, tipo de parto.) Para duas mulheres, embora a decisão de administração de epidural não fizesse parte do seu plano de parto inicial, expressaram o controlo sobre como fazer essa alteração. As mulheres que pretendiam parto natural e tiveram que o ver induzido, com todas as intervenções associadas, referem experienciam de grande perda de controlo. O facto de algumas mulheres verem o tipo de parto alterado, por exemplo de parto vaginal para cesariana teve um grave impacto sobre a experiência, deixando-as "derrotadas". Geralmente, os participantes que tiveram uma grande mudança em seu plano de parto em termos de gestão da dor e intervenção médica precisaram de um tempo para lidar com essas mudanças e, em geral, tinham uma visão mais negativa do nascimento. (c) o tempo de permanência no hospital e a adequação do atendimento. As mulheres que não tinha inicialmente planeado o internamento hospitalar referem que a experiência não foi positiva, "muito diferente do que eu queria… queria estar em casa e só, pele-a-pele com meu bebé" Para algumas mulheres não foi necessariamente a transferência para o hospital que levou a experiências negativas, mas sim uma estadia prolongada no hospital.
AUTHORS CONCLUSIONS	Os resultados sugerem que a existência de plano de parto, embora útil, não era essencial para as participantes. As mulheres que tinham um plano de parto flexível sentiam que tinham mais espaço para negociação durante o parto e nascimento. Os resultados deste estudo mostram que as mulheres contam com a experiência dos prestadores de cuidados para a tomada decisões, procurando o seu conhecimento pessoal. Demonstra ainda a importância do processo de negociação do seu plano de parto, beneficiando de um ambiente flexível. O estudo revela também que mulheres que sentiram perda de

	controlo durante o processo de nascimento não foram bem apoiadas na negociação de seu plano devido em parte aos protocolos estruturados de cuidados de saúde que não estavam no controlo da mulher. No presente estudo, dois fatores principais estavam relacionados com o impacto das alterações do plano de parto nas suas experiências de parto: (A) o grau de mudança que ocorreu e (b) a quantidade de controlo da parturiente sobre as alterações à medida que estas ocorriam. As mudanças mais drásticas dos planos de parto incluem as transferências de cuidados de casa para o hospital e / ou de parteira para obstetra, o uso de técnicas de controlo da dor médica e outras intervenções médicas e estadias inesperados no hospital após o nascimento da criança. As mulheres que experimentam todas estas mudanças e que tiveram pouco ou nenhum controlo sobre o processo de tomada de decisões tendem a usar adjetivos negativos ao descrever a sua experiência global nascimento; por exemplo, "derrotados", "frustrado" e "traumatizante" A partir daqui, pode-se concluir que não é simplesmente o fato de o plano de parto ser alterado que leva a uma experiencia positiva ou sentimentos negativos, é o grau em que o plano inicial é modificado e, sobretudo, o grau de controlo que as mulheres têm sobre as mudanças que vão acontecendo. Quando as mulheres são bem suportadas na tomada de decisões e confiam nos seus prestadores de cuidados para partilhar decisões, as mulheres têm uma recordação mais positiva das suas experiências de parto. Conclui-se portanto que as recordações positivas e negativas da experiência de parto estão diretamente relacionadas com as experiências de escolha, tomada de decisão e controlo. Assim as recomendações que surgem deste estudo vão no sentido do envolvimento de todos os membros, incluindo a família, parceiros, enfermeiros, doulas, parteiras, obstetras, na tomada de decisão, devendo apoiar as mulheres a fazerem as suas escolhas informadas e negociar essas decisões durante o processo de nascimento. Isso pode ser feito por meio de consulta e partilha de informação que começa durante a gravidez e continua até ao período pós-parto. É importante para a parturiente permanecer “no centro da sua experiência de nascimento” e ser bem suportada na tomada de decisões necessárias. O tipo de cuidados que as mulheres do estudo receberam tendiam a incorporar os conceitos de escolha informada, flexibilidade e apoio. Esta descoberta sugere que um aumento da disponibilidade de cuidados obstétricos é uma abordagem importante para garantir que as mulheres tenham não só uma experiência de parto saudável, mas também positiva. As mulheres devem ter acesso equitativo aos cuidados, devem ter a informação que precisam para fazer escolhas sobre sua saúde e a Sociedade tem a responsabilidade de facilitar a mudança em relação às questões do sistema de saúde que afetam a prática da obstetrícia e ginecologia. Os autores do estudo referem ainda que será essencial incorporar a escolha informada e um modelo de cuidados centrado na mulher, que se concentra nas necessidades físicas, psicológicas e sociais da mulher e seu bebé nos cuidados de saúde prestados.
COMMENTS	

Ficha de Leitura nº 5- Baseado em “JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research”.

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Ana Ramos **Date** 02/03/2015

Author Katie Cook & Colleen Loomis **Year** 2012

Title: " The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences" **Record number** http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			X
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

_____
_____
_____
_____

STUDY DETAILS (DETALHES DO ESTUDO)	
Study title (Titulo do Estudo)	"I felt part of the decision-making process": A qualitative study on techniques used to enhance Maternal Control during Labor and delivery
Author (Autor)	Fair, Cynthia D.; Morrison, Taylor
Year (Ano)	Sep. 2011
Journal (Publicação)	International Journal of Childbirth Education Vol. 26 Issue 3, p21-25. 5p
Study ID/Record Number (Identificação do estudo)	ISSN: 0887-8625
STUDY DESCRIPTION	
Methodology	Análise qualitativa
Method	As participantes foram recrutadas durante consultas pré natais. Um prestador de cuidados competente apresentava o estudo às potenciais participantes durante a vigilância pré-natal, e com o seu consentimento referenciava-as para o estudo. Cada mulher foi contactada por telefone, para dar resposta a uma entrevista, de "resposta aberta" seis semanas após o parto. Esta demorava cerca de 20 minutos. Este estudo foi aprovado pelo "institutional review board, também conhecido como "independent ethics committee".
Phenomena of interest	Examinar a perceção materna acerca das práticas de cuidados que facilitem experiencias de "controlo" em trabalho de parto e parto.
Setting	Clínica de cuidados pré-natais
Geographical Context	Cidade do sudeste dos EUA
Cultural	
Participants	Trinta e uma primíparas, com Idades Gestacionais entre as 26 e as 40 semanas. Idade média de 26,5 anos. 45% de gravidas causacianas, 41,9% Afro-americana, 12,9% não especificada. À data da entrevista a maioria eram casadas e empregadas.
Data Analysis	Questões de "respostas aberta" a foram transcritas e introduzidas num programa de software para análise de dados qualitativos - ATLAS.ti,. Os autores utilizaram a uma teoria fundamentada para analisar os dados. Estes leram as transcrições de forma independente e na sua totalidade. A análise começou com um processo de codificação aberta. Os autores reuniram-se frequentemente para comparar temas e chegar a um consenso sobre os temas identificados.
FINDINGS	As participantes deste estudo foram convidadas a identificar as técnicas e as circunstâncias que aumentaram assuas perceções de controle durante o trabalho de parto. Foram identificados quatro temas principais: preparação, comunicação, apoio e do respeito pelos desejos. **Preparação** para o processo de trabalho de parto foi um tema comum identificados pelas mulheres para aumentar seus sentimentos de controle. O conhecimento e o planeamento e apoio social foram subtemas codificados. A obtenção de informações, quer por leitura, pesquisa e elaboração de planos de nascimento foram essenciais. O apoio social durante o trabalho de parto também foi considerado fator para melhoria da experiência de controle revelando ser essencial a presença de pessoas importantes nas suas vidas, incluindo parceiros, familiares, e doulas.

	A **comunicação** também foi destacada como importante no reforço do "controle". Foram identificados dois aspetos da comunicação: iniciada por iniciativa da mulher e por iniciativa do prestador de cuidados. Quando iniciada pela mulher esta foi utilizada para comunicação das necessidades e para colocar questões. Várias mulheres afirmaram o faziam como maneira de se manter informadas e ficar no controle do parto e nascimento. Comunicação por iniciativa do prestador de cuidados também foi identificada como de melhoria de controlo e incluiu dois subtemas: fornecimento de informações e tomada de decisão partilhada. A maioria das mulheres aprecia quando os seus médicos, parteiras, e enfermeiras lhes fornecem informações sobre o seu trabalho de parto e parto. As participantes também expressaram um aumento no controle quando os prestadores de cuidados de saúde ofereciam um papel na tomada de decisão partilhada. Ser capaz de tomar decisões sobre o processo de parto ajudaram as participantes a sentir controle. A comunicação entre o paciente e o prestador de cuidados de saúde é portanto uma ferramenta importante no reforço da perceção de controlo de uma mulher em trabalho de parto. O **apoio** oferecido pelos prestadores de cuidados de saúde também facilitaram as experiências de controle: confiança e incentivo, assistência (ajudar a respirar, ensino de esforços expulsivos, conforto físico), e apoio na relação mãe-bebé (Aleitamento materno, contacto pele-pele, cuidados ao recém-nascido). Ver os seus **desejos respeitados** pelos prestadores de cuidados de saúde também contribuiu para uma experiencia positiva de controlo: respeito pelas suas decisões, obtenção do seu consentimento para as intervenções e o evitar intervenções indesejadas.
AUTHORS CONCLUSIONS	Os resultados deste estudo indicam que as mulheres em trabalho de parto e prestadores de cuidados podem contribuir para experiências de controle durante o trabalho de parto. As experiências mais gratificantes de controle resultam de uma relação de cooperação entre os prestadores de cuidados e as mulheres. As mulheres devem ser encorajadas a preparar através da recolha de informação, o acesso a apoio social, e comunicar-se diretamente com os profissionais. Os prestadores de cuidados devem fornecer informações e partilhar o papel de tomada de decisões com as mulheres em trabalho de parto. Os médicos, parteiras e enfermeiras também deve prestar apoio, através de confiança e encorajamento, e trabalhar para sustentar a relação mãe-bebê. As mulheres e seus prestadores de cuidados de saúde podem trabalhar juntos para melhorar a experiência do nascimento.
COMMENTS	

Ficha de Leitura nº 6 - Baseado em "**JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research".**

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Ana Ramos **Date** 02/03/2015

Author Fair, Cynthia D.; Morrison, Taylor **Year** 2011

Title: " "I felt part of the decision-making process": A qualitative study on techniques used to enhance Maternal Control during Labor and delivery"

Record number ISSN: 0887-8625

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

_____

_____

_____

_____

STUDY DETAILS (DETALHES DO ESTUDO)	
Study title (Titulo do Estudo)	I felt as though I'd been in jail: women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum
Author (Autor)	Sarah R Backer, Precilla Yl Choi, Carol A. Henshaw, Joanne Tree
Year (Ano)	2005
Journal (Publicação)	Feminism & Psychology
Study ID/Record Number (Identificação do estudo)	doi: 10.1177/0959-353505054718
STUDY DESCRIPTION	
Methodology	Estudo qualitativo
Method	Entrevistas gravadas, posteriormente transcritas e analisadas. Para recrutar os participantes foi enviada uma carta que continha a informação acerca do estudo e a informar que seria efetuado um contacto telefónico para validar se estariam disponíveis para participar
Phenomena of interest	Tanto no Reino Unido como internacionalmente se tem vindo a reconhecer que existe a necessidade de uma abordagem multidimensional ou holística aos cuidados de maternidade. Estes devem incorporar os aspetos psicológicos, bem como aspetos físicos, a fim de otimizar as experiências das mulheres, tanto no intra como no pós-parto. Essencial para tal abordagem é a relação construída entre mulheres e profissionais de saúde da maternidade. O relatório de cuidados de saúde materna do UK recomenda que a mulher seja colocada no centro da prestação de serviços tendo em conta os três Cc: "choice, continuity and control", otimizando as experiências e satisfação nos processos de nascimento das crianças. A filosofia dos cuidados centrados na mulher está em contraste com o parto medicalizado que tem estado em evidência desde os anos 50. O objetivo deste estudo foi explorar o impacto dos cuidados prestados na maternidade nas experiências das mulheres, e os sentimentos associados ao processo de parto.
Setting	Clínicas
Geographical Context	United Kingdom – West Midlands
Cultural	
Participants	Vinte e quarto mães foram recrutadas de um cohort de 99 que fizeram parte do estudo de investigação inicial de mulheres que

	desenvolveram depressão pós parto, blues pós parto no seu primeiro filho. Foram recrutadas desde 1991 e 1994 na fase final da gravidez, enquanto iam a consulta pré-natal numa clínica em West Midlands, UK. tendo consentido um estudo de follow-up depois do nascimento dos seus bebés. O intervalo de idades esteve entre os 27 e os 45 anos, sendo a média de 35,92 anos, todas de etnia caucasiana e de várias ocupações, classes sociais e diferentes níveis de educação. No decorrer do estudo, 22 eram casadas ou coabitavam, uma era solteira e a outra divorciada. Todas estas mulheres tiveram os seus filhos durante o período de Changing Childbirt report que foi desenvolvido e implementado com dois nascimentos em 1991, nove em 1992, oito em 1993 e cinco em 1994. Nove destas mulheres não tiveram mais filhos, 11 tiveram mais um e quatro tiveram mais dois entre 1995 e 1998.
Data Analysis	Foi feita análise de conteúdo. Cada um dos três autores leu cuidadosamente cada transcrição codificada para identificar cada categoria que poderia emergir de cada transcrição. Os três pesquisadores, encontraram-se para discutir os temas que emergiram.
FINDINGS	Em termos de intervenções médicas que influenciaram as experiências de nascimento, as mulheres identificam a indução do trabalho de parto como a mais comum, de seguida cesarianas de emergência ou cesarianas electivas. Outros procedimentos reportados foram a utilização de epidural, episiotomia, forceps e ventosa.. Emergiram três temas das entrevistas: percepção do controlo, as atitudes e comportamento dos profissionais e dotação de recursos humanos. Apesar destes temas terem sido discutidos em separado, estiveram sempre interligados no discurso das mulheres, na forma como descreveram a sua experiência de maternidade e de que forma causaram impacto na sua experiência, emoções e sentimentos neste tempo critico. **Perceção de controlo** Inadequada informação acerca do trabalho de parto foi relacionada com sentimentos de não detenção de controlo. A perceção de controlo era relacionada com a informação que era fornecida e o envolvimento das pacientes e sua participação nas tomadas de decisão.

	Para muitas mulheres a falta de controlo era condicionada pela falta de comunicação e relutância dos profissionais em fornecer informação ou explicações, bem como as suas respostas evasivas acerca de perguntas concretas, o que também fez com que as mulheres sentissem que os profissionais tinham "fracos" conhecimentos acerca dos procedimentos e do que estava a acontecer. Para estas mulheres os aspetos relacionados com o cuidado contribuíram muito para as suas experiências positivas. **Atitudes e comportamento dos profissionais** Cerca de 15 mulheres fizeram referência específica a qualidades negativas e atitudes menos adequadas das "Midwives" tais como: serem ofensivas, rudes, a fazerem juízos de valor, insensíveis, intimidatórias e brutas. Estas atitudes estiveram associadas com emoções e sentimentos negatives vivenciadas pelas mulheres. Os sentimentos como inferioridade, culpa, raiva e desapontamento, assolavam estas mulheres, bem como o facto de se sentirem desadequadas na relação que estabeleciam com o seu bebé. **Dotação de recursos humanos** A falta de atenção personalizada depois do parto foi referida pelas mulheres como um experiencia negativa.
AUTHORS CONCLUSIONS	Este estudo qualitativo ilustra que enquanto os aspetos físicos do cuidado eram adequados as dimensões psicológicas eram marginalizadas por estes profissionais de saúde. A perceção de falta de controlo, pouca oportunidade de escolha e influência nas tomadas de decisão foram os conteúdos que surgiram. Estes conteúdos, em conjunto com atitudes negativas e alguns comportamentos dos profissionais estavam relacionadas com a falta de informação e comunicação deficiente por parte dos profissionais o que conduziu a experiências negativas relativamente ao cuidar.
COMMENTS	

Ficha de Leitura nº 7 - Baseado em "JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research".

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Ana Ramos **Date** 02/03/2015

Author _Sarah R Backer, Precilla Yl Choi, Carol A. Henshaw, Joanne Tree

Title: I felt as though I'd been in jail: women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum

Year 2005 **Record number** Doi: 10.1177/0959-353505054718

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

_____

_____

_____

_____

STUDY DETAILS (DETALHES DO ESTUDO)	
Study title (Titulo do Estudo)	"Autonomy, privacy and informed consent 2: postnatal perspective"
Author (Autor)	PA Scott, A Taylor, M Välimäki, h Leino-Kilpi, T Dassen, M Gasull, C Lemonidou, M Arndt
Year (Ano)	2003
Journal (Publicação)	British journal of nursing vol. 12, no2, pp. 117-127
Study ID/Record Number (Identificação do estudo)	ISSN 0966-0461
DESCRIÇÃO DO ESTUDO	
Methodology (Metodologia)	Pesquisa comparativa multisite
Method (Método)	A metodologia utilizada no estudo para colheita de dados foi um questionário de "auto-preenchimento" para mães e parteiras. Este foi desenvolvido com base numa extensa revisão da literatura, considerando os conceitos de autonomia, privacidade e consentimento informado elegendo-se artigos focados em quatro intervenções básicas de obstetrícia que fazem parte da prática diária em cuidados de maternidade: Higiene, Alimentação, Medicação e eliminação. Este instrumento de colheita de dados foi desenvolvido especificamente para realização de um estudo comparativo internacional, uma vez que não existe nenhuma ferramenta adequada identificada na literatura. O teste da ferramenta ocorreu em cinco países que participaram do estudo comparativo. Inicialmente a ferramenta foi testada e posteriormente modificada e testada uma segunda vez na Finlândia. Os testes de validade e confiabilidade foram efetuados. O questionário foi dividido em 4 secções de acordo com os três conceitos em consideração: autonomia (11 itens relacionados com informação e 11 itens relacionados com tomada de decisão), privacidade (11 itens) e consentimento informado (6 itens). Aos participantes era pedido uma resposta que melhor se adequasse a sua situação usando uma escala de 0 a 5 pontos. (0= não aplicável, 1= nunca, 2= raramente, 3= ocasionalmente, 4= frequentemente, 5= sempre). Ás parteiras era pedido que fosse explicado o que acontecia no seu ambiente, em termos gerais, enquanto que às mulher se pedia que baseassem as suas respostas nas próprias experiências particulares.
Phenomena of interest (Fenómenos de interesse)	O estudo tem como objetivo examinar aspetos éticos da autonomia, privacidade e consentimento informado nos cuidados pós-natais em hospitais do NHS na Escócia. As questões de investigação são: Qual a perceção das mulheres e profissionais de saúde acerca da autonomia, privacidade e consentimento informado das mulheres a receber cuidados nos hospitais do NHS Escocês? Existe diferenças entre a perceção da mulher e dos profissionais de saúde acerca destes aspetos?
Setting (Cenário/Contexto)	Hospitais universitários e hospitais distritais do NHS na Escócia
Geographical Context (Contexto Geográfico)	Escócia
Cultural Context (Contexto Cultural)	

Participants (Participantes)	A população escolhida para participar no estudo é constituída por puérperas e Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna/Parteiras a trabalhar nos Hospitais do NHS da Escócia. A colheita de dados teve lugar em seis das 14 áreas do sistema de saúde Escocês, abrangendo área urbana e área rural. Foram convidadas a participar no estudo 404 puérperas e 370 Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna/Parteiras. Foi entregue informação escrita a explicar a natureza e o objetivo do estudo nas enfermarias dos hospitais. O preenchimento e a devolução dos questionários foram feitos de livre vontade. Foram entregues 404 questionários às puérperas e 243 devolveram. Aos profissionais de saúde foram entregues 370 questionários e apenas 170 os devolveram.
Data Analyses (Análise de dados)	Existiram 4 fases para análise dos dados. Inicialmente os dados foram descritos avaliando-se os valores médios de cada item, utilizando a análise de teste-t para comparar os valores médios das mães e das parteiras. Na sequência desta análise o valor médio para cada item (informação, tomada de decisão, a privacidade, consentimento informado) foi calculado tomando apenas os itens que geraram uma taxa de resposta de 75% das mães (0 = não respostas aplicáveis foram excluídas por razões estatísticas). Quanto maior o valor médio, maior tinha sido o apoio das parteiras na autonomia das mães, privacidade e consentimento informado (intervalo 1,00-5,00 média). A homogeneidade dos itens da escala foi descrita seguindo o Teste do coeficiente alfa de Cronbach. A pontuação do alfa de Cronbach> a 0.7 foi considerada um bom indicador de validade interna. Os Valores alfa de Cronbach para as escalas dos dados das parturientes/profissionais foram os seguintes: informação (puérpera 0.58/profissionais 0.85), tomada de decisão (0.49/0.88), privacidade (0.58/0.75) e consentimento informado (0.62/0.92). Os Valores alfa das parturientes foram baixos comparados com o dos profissionais. Isto pode indicar que as escalas são menos confiáveis a investigar as perceções de mães sobre proteção da sua autonomia, privacidade e consentimento do que em investigar as perceções de parteiras nestas questões. As pontuações alfa de Cronbach aqui relatados indicam uma divergência notável entre as pontuações das puérperas e das parteiras semelhantes ao encontrado na amostra de pacientes e equipa de cuidados ao idoso, mas diferentes quando comparados com as amostras de utentes cirúrgicos.
FINDINGS (RESULTADOS)	**Prestação de informação (autonomia)** Os resultados de ambos os dados, quer das puérperas quer dos profissionais indicam que as mães recebem informações mais frequentemente sobre: procedimentos e intervenções durante o trabalho de parto, e parto; alívio de dor durante o trabalho de parto e parto; aleitamento materno; nome e dosagem de medicação administrada. A análise dos dados das puérperas sugere estas receberam menos frequentemente informação sobre suporte da função intestinal e genitourinária, enquanto a analise dos dados de parteiras sugerem que as estas acreditavam que a informação recebida pelas puérperas menos frequentemente estava associada aos possíveis riscos do parto e também do suporte da função genitourinária.

	Em todos os itens sobre informação, com exceção do tempo de internamento e nome e dose da medicação, existiu uma diferença estatística significativa entre a perceção das puérperas e parteiras acerca da informação recebida pelas parturientes. Em todos os itens da escala de informação, com exceção do nome e dose de medicação, os valores médios das parteiras era muito mais alto que das puérperas, indicando possivelmente que as parteiras tinham uma visão mais positiva acerca da frequência com que as puérperas recebiam informação, em comparação com a perceção das puérperas. **Tomada de Decisão (autonomia)** A análise dos dados das puérperas e parteiras indicam que as puérperas e parteiras concordam sobre a frequente oportunidade destas decidirem sobre a presença de uma pessoa de apoio durante o trabalho de parto, e sobre a técnica de alívio de dor a utilizar durante o trabalho de parto e parto. Ambas concordam também que as puérperas têm menor opção de escolha quando se fala em medicação para dormir. As parturientes sentem que tiveram pouca opção de escolha na tomada de decisão sobre o que fazer para melhorar a função intestinal, enquanto as parteiras sentiram que as mulheres tiveram pouco poder de decisão em suprir a necessidade de urinar. Em todos os itens com a exceção de "posição alternativa durante o trabalho de parto", " presença de pessoa de referência durante o parto" e "nome e dosagem de medicação", existiu uma diferença estatística significativa entre a perceção das puérperas e parteiras em relação à frequente oportunidade destas decidirem sobre os elementos da prestação de cuidados. Em cada item da escala de tomada de decisão, o valor médio das parteiras era mais alto do que das puérperas. Isto pode indicar possivelmente que as parteiras acreditavam que as mulheres tinham mais oportunidades de escolha/tomada de decisão acerca dos elementos do seu cuidado, quando comparada com a perceção das puérperas. **Privacidade** Existem 11 itens na escala de avaliação de privacidade, considerando os aspetos físicos, sociais, informativos e psicológicos. Em 6 dos 11 elementos avaliados, existe uma diferença estatística significativa entre a perceção das puérperas e das parteiras acerca da frequência com que as parteiras protegem a privacidade das mulheres. Em 6 dos 11 itens considerados, as puérperas tiveram uma visão mais positiva sobre a frequência com que foi protegida a sua privacidade quando comparada com a perceção das parteiras. **Consentimento informado** A escala de avaliação do consentimento informado tinha seis itens. Considerando a analise dos mesmos observou-se uma grande concordância entre a perceção das puérperas e das parteiras. Apenas em 2 dos 6 itens houve diferença significativa na perceção da mulher e da parteira. No que respeita a monitorização da frequência cardíaca fetal e alterar a medicação as mulheres têm uma perceção mais positiva que as parteiras, sobre a frequência com que o consentimento informado é obtido para estas intervenções.

AUTHORS CONCLUSIONS (CONCLUSÃO DOS AUTORES)	A análise dos dados sugerem que as puérperas e parteiras escocesas têm geralmente uma visão positiva acerca da frequência com que a autonomia, privacidade e obtenção do consentimento informado é suportado e respeitado pelos profissionais. Contudo também existem diferenças estatisticamente significativas entre a perceção das puérperas e das parteiras em alguns itns. De dar relevância ao itens do respeito pela autonomia, onde existiu maior discrepância de perceções. Em 20 dos 22 itens da escala autonomia, as parteiras parecem ter visões mais positivas do que as mães sobre a frequência com que as parteiras apoiam a autonomia das mães. Em muitos casos, as mulheres referem ter percebido que, receberam menos informações e tiveram menos oportunidade de participar na tomada de decisões do que realmente aconteceu, ao contrário da perceção das parteiras. Isto sugere que os profissionais necessitam de passar mais tempo, garantindo que as mães recebem e compreendem as informações relevantes e que as parturientes se sentem ativamente envolvidas nos seus cuidados, com o grau de envolvimento que será determinada por cada mulher, e não pelo profissional. Em termos de recomendações para a prática, estes resultados apelam à consciência dos profissionais sobre os direitos das parturientes/puérperas, destas serem envolvidas na tomada de decisões sobre os seus cuidados, traduzida na prática em melhor consulta e incentivo de participação das mães nos seus cuidados, em suma do respeito pelo consentimento informado.
COMMENTS	

Ficha de Leitura nº 8 - Baseado em “JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research”

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Ana Ramos **Date** 02/03/2015

Author PA Scott, A Taylor, M Välimäki, h Leino-Kilpi, T Dassen, M Gasull, C Lemonidou, M Arndt **Year** 2003

Title: "Autonomy, privacy and informed consent 2: postnatal perspective"

Record number ISSN 0966-0461

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?		X	
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			X
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

_____

_____

_____

_____

STUDY DETAILS (DETALHES DO ESTUDO)	
Study title (Titulo do Estudo)	Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour
Author (Autor)	Sabine Blix-Lindstrom, Kyllike Christensson, Eva Johansson
Year (Ano)	2004
Journal (Publicação)	Midwifery vol 20, Issue 1
Study ID/Record Number (Identificação do estudo)	DOI: 10.1016/j.midw.2003.07.001
STUDY DESCRIPTION	
Methodology (Metodologia)	Análise qualitativa
Method (Método)	A recolha de dados foi realizada durante um período de três meses, nos dias em que o investigador principal (SB-L) estava presente nas enfermarias. Entrevistas de resposta aberta foram realizadas 1-3 dias após o parto, enquanto as mulheres ainda estavam nas enfermarias pós-natal. As entrevistas que foram gravadas, realizadas em várias salas das enfermarias, na maioria dos casos no quarto com a mulher e seu bebé juntos. De modo a manter a privacidade, nenhuma outra pessoa estava presente durante a entrevista. Entrevistas de resposta aberta foram escolhidas, uma vez que se queria que as mulheres apresentassem questões de real importância para elas. A duração das entrevistas variou entre 20 e 40 minutos. Foi utilizado um guia de entrevista para facilitar a incidência em determinados temas. As entrevistas começaram com uma pergunta sobre como as mulheres tinham experienciado o seu trabalho de parto e parto. Se a tomada de decisão relacionada com a indução do trabalho de parto não fosse mencionada espontaneamente, as mulheres eram convidadas a dar a sua opinião sobre o assunto. A linha do interrogatório mudou de uma entrevista para outra, dependendo das informações obtidas a partir das mulheres.
Phenomena of interest (Fenómenos de interesse)	Descrever as experiências das mulheres na participação da tomada de decisão relacionada com a indução do trabalho de parto.
Setting (Cenário/Contexto)	Enfermarias pós-natal em cinco hospitais (nível terciário), cada um com uma unidade de maternidade com cerca de 2000-4500 nascimentos por ano. Cada unidade oferece cuidados intra e pós-parto quer para as mulheres com gestações e partos sem complicações, quer para as mulheres com gestações e partos com complicações.
Geographical Context (Contexto Geográfico)	Estocolmo, Suécia
Cultural Context (Contexto Cultural)	
Participants (Participantes)	20 mulheres que experienciaram um parto vaginal entre as 37 e 42 semanas de gestação e deram nascimento a um bebé saudável. Todas as participantes receberam perfusão de ocitocina para a indução do trabalho de parto. As 20 participantes no estudo tinham 22-40 anos de idade, com

	uma média de 31 anos. Todas as mulheres eram primíparas e tinham tido um parto vaginal. A duração do trabalho de parto e do parto variou entre 8 a 25 horas, com um tempo médio de 17,1 horas. Todas as mulheres falavam fluentemente sueco, embora algumas fossem imigrantes.
Data Analysis	As entrevistas foram transcritas pelo investigador principal (SB-L), palavra por palavra e diretamente após cada entrevista. Os dados foram analisados manualmente usando o processo de codificação descrito por Strauss e Corbin (1990). Os dados foram, durante o processo de codificação aberta, divididos em componentes menores, examinados, comparados e categorizados. A cada categoria foi atribuído um nome que simbolizava um fenómeno apresentado nos dados. Uma série de categorias, com as suas propriedades e dimensões específicas foram identificadas. Depois disso, a codificação axial foi realizada e conexões foram feitas entre as várias categorias. A análise de dados revelou que havia oito categorias relacionadas, relativas à experiência das mulheres na tomada de decisão em relação à indução do trabalho de parto. A categoria "satisfação das mulheres com a participação na tomada de decisão relacionada com a indução do trabalho de parto foi identificada como a categoria central. Todas as outras categorias influenciam, direta ou indiretamente, a categoria central. A relação entre as duas categorias: "conhecimento e expectativas" e "apoio e orientação das parteiras", apresentaram quatro padrões diferentes. Estes descrevem o quanto as mulheres estavam envolvidas e quão satisfeitas elas estavam, com o seu papel na tomada de decisão. A validação foi conseguida submetendo os dados para "peer reviews" e conduzindo debates/discussões com as mulheres em situações semelhantes às incluídas no estudo.
FINDINGS	As 20 participantes no estudo tinham 22-40 anos de idade, com uma média de 31 anos. Todas as mulheres eram primíparas e tinham tido um parto vaginal. A duração do trabalho de parto e do parto variou entre 8 a 25 horas, com um tempo médio de 17,1 horas. Todas as mulheres falavam fluentemente sueco, embora algumas fossem imigrantes. A análise de dados revelou que havia oito categorias relacionadas, relativas à experiência das mulheres na tomada de decisão em relação ao indução do trabalho de parto: • Satisfação das mulheres com a participação na tomada de decisão; • Apoio e orientação das parteiras; • Conhecimento sobre o parto; • Expectativas em relação ao parto; • Informação das parteiras; • Confiança na capacidade própria de cada uma; • Informação fornecida pela literatura e amigos. A categoria "satisfação das mulheres com a participação na tomada de decisão relacionada com o indução do trabalho de parto foi identificada como a categoria central. A relação entre as duas categorias: "conhecimento e expectativas" e "apoio e orientação das parteiras", apresentaram quatro padrões diferentes. Estes descrevem o quanto as mulheres estavam envolvidas e quão

	satisfeitas elas estavam, com o seu papel na tomada de decisão. **1. Participaram na tomada de decisão** As mulheres deste grupo consideraram que tinham conhecimento suficiente acerca da indução do trabalho de parto. Elas tinham criado expectativas de como queriam que o seu parto fosse conduzido e também disseram que receberam muito apoio e orientação das parteiras.Elas tinham adquirido o seu conhecimento através das aulas de educação parental, das parteiras ou através de fontes informais e disseram que queriam participar no processo de tomada de decisão, embora algumas por fim se tenham abstido de fazê-lo. As primíparas descreveram como as parteiras as tinham informado e aconselhado antes das decisões serem tomadas, acerca da perfusão de ocitocina ou de outros métodos para a indução do trabalho de parto. Para além disso, as mulheres afirmaram que se sentiram confiantes em comunicar as suas necessidades às parteiras. Com um bom apoio das parteiras, elas foram capazes de conduzir o seu trabalho de parto da forma que tinham planeado. Além disso, elas poderiam participar na tomada de decisões e as suas expectativas foram alcançadas. As mulheres deste grupo por vezes decidiram deixar as decisões para as parteiras, em quem tinham grande confiança. **2. Abstiveram-se de participar na tomada de decisão** As mulheres que reconheceram que o seu conhecimento acerca da indução do trabalho de parto era pobre, mas tinham recebido um grande apoio e orientação das parteiras referiram que se abstiveram de participar na tomada de decisões, apesar de muitas vezes serem informadas e aconselhadas. Elas afirmaram que tinham confiança nas avaliações feitas pelas parteiras. As mulheres abstiveram-se de participar na tomada de decisão apesar de terem sido convidadas a fazê-lo pelas parteiras. As mulheres muitas vezes afirmaram que estavam abertas a propostas das parteiras e satisfeitas com as decisões que foram tomadas após terem sido informadas. **3. Não participaram na tomada de decisão mas queriam ter participado** As mulheres que consideraram que tinham conhecimento suficiente em relação à indução do trabalho de parto mas não receberam um bom apoio e orientação das parteiras foram as únicas que não participaram na tomada de decisões, embora quisessem ter participado. Elas queriam ter tido mais apoio físico e emocional das parteiras. Estas mulheres não foram aconselhadas ou informadas antes de terem recebido a indução do trabalho de parto. Uma delas foi apenas informada depois da intervenção já ter sido feita. Outra mulher, que representa este grupo, mencionou que a perfusão hiperestimulou as contrações para um nível em que esta sentiu que tinha perdido o controlo sobre o domínio das contrações e da dor. Além disso, referiu que teria preferido um parto mais longo sem indução do trabalho de parto. As mulheres deste grupo estavam insatisfeitas com as decisões que tinham tomado por elas. **4. Não participaram na tomada de decisão, nem queriam ter participado** As mulheres que referiram que careciam de conhecimento sobre o trabalho de parto prolongado e/ou não tinham expectativas sobre a

	indução do trabalho de parto formam este grupo. Estas mulheres não participaram na tomada de decisões e não estavam interessadas em fazê-lo. Este grupo de mulheres pensa-se que geralmente receberam pouca ou nenhuma informação durante o parto. Por outro lado, elas disseram que não precisavam da informação e aceitaram as decisões que foram feitas sobre a intervenção.
AUTHORS CONCLUSIONS	Os resultados deste estudo revelam que a informação e a autorização são muito mais importantes para as mulheres do que participar na tomada de decisão sobre a indução do trabalho de parto. As mulheres estavam satisfeitas com as decisões tomadas quando elas também experienciaram um bom apoio e orientação das parteiras e elas tinham confiança nas avaliações das parteiras. Assim, os resultados deste estudo poderiam ser válidos para alguns outros casos de tomada de decisões, dependendo do conhecimento e das expectativas das mulheres sobre essa área particular de cuidados. A indução do trabalho de parto parecia não ser o tópico mais importante do processo de parto para as mulheres que participam neste estudo. A indução do trabalho de parto não foi uma questão importante para as mulheres que não participaram na tomada de decisões e que não queriam tê-lo feito. Elas muitas vezes referiram que tinham pouco conhecimento sobre o parto em geral, que não tinham expectativas sobre o processo de todo e nem sequer receberam apoio das parteiras. No entanto, elas não reclamaram e declararam que aceitavam a prestação de cuidados durante a indução do trabalho de parto. Algumas das mulheres mencionaram que não tinham pensado acerca da possibilidade de parto prolongado e careciam de conhecimento sobre a indução do trabalho de parto. Às vezes, as mulheres até pensavam que a perfusão era um procedimento normal. Portanto, quando se considera a tomada de decisão sobre a indução do trabalho de parto, poderá ser mais apropriado informar todas as mulheres sobre os efeitos da indução do trabalho de parto, mas não esperar que todas as mulheres participem no processo de tomada de decisão. As parteiras devem também dar prioridade ao tempo gasto com as mulheres durante o parto, o que lhes permitiria dar mais apoio e orientação às mulheres em trabalho de parto. Obstetrícia no seu significado original anglo-saxónico é "estar com a mulher". "Estar com a mulher" poderia também incluir uma compreensão mais profissional e a confiança das necessidades básicas da mulher e das suas vulnerabilidades durante este momento crítico de encontro entre a mulher e a parteira.
COMMENTS	

Ficha de Leitura nº 9 - Baseado em “JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research”.

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Ana Ramos **Date** 02/03/2015

Author _Sabine Blix-Lindstrom, Kyllike Christensson, Eva Johansson

Title: Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour **Year** 2004

Record number DOI: 10.1016/j.midw.2003.07.001

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			X
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

_____

_____

_____

_____

STUDY DETAILS (DETALHES DO ESTUDO)	
Study title (Título do Estudo)	Patient and Provider Perceptions of Decision Making About Use of Epidural Analgesia During Childbirth: A Thematic Analysis.
Author (Autor)	Goldberg, H. B. & Shorten, A.
Year (Ano)	2014
Journal (Publicação)	*The Journal of Perinatal Education*, *23*(3), 142–150.
Study ID/Record Number (Identificação do estudo)	DOI:10.1891/1058-1243.23.3.142
STUDY DESCRIPTION	
Methodology (Metodologia)	Analise temática qualitativa
Method (Método)	Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, de método misto, que examina as perceções de tomada de decisão informada, sobre o uso de anestesia epidural. A parte quantitativa avaliou as diferenças nas perceções intergrupais. As participantes selecionaram o seu grau de concordância ou discordância numa escala de Likert de 5 pontos, para 27 declarações. A seção qualitativa recolheu informação sobre a natureza do processo de tomada de decisão. Os dados foram colhidos dentro de um prazo e região determinados (de Outubro de 2009 a Fevereiro de 2010), de modo a minimizar a componente geográfica e histórica que pudessem confundir a perceção do grupo.
Phenomena of interest (Fenómenos de interesse)	Determinar se havia diferenças na perceção de tomada de decisão entre utentes e prestadores de cuidados, a respeito do uso de anestesia epidural durante o parto e em caso afirmativo, identificar a natureza dessas diferenças.
Setting (Cenário/Contexto)	Hospitais públicos de médio porte que fornecem cuidados para 2,400-2,800 nascimentos por ano, com exceção de um pequeno hospital público.
Geographical Context (Contexto Geográfico)	Califórnia, USA
Cultural Context (Contexto Cultural)	
Participants	Participaram três grupos: utentes, parteiras + enfermeiras de maternidade, e obstetras/ginecologistas. • Utentes Baixo risco, mães pela primeira vez (n = 35) que tiveram um parto vaginal hospitalar de um recém-nascido vivo após 37 semanas de gestação e foram confrontadas com a decisão do uso de anestesia epidural durante o parto. Foi realizado um inquérito sobre a tomada de decisão e utilização de anestesia epidural durante o parto. As utentes foram examinadas no prazo de 4 meses após o parto e foram contactadas através de um programa de visitas domiciliares livre. • Profissionais de saúde Durante o mesmo tempo que as utentes foram inquiridas, 28 enfermeiros e 24 Obstetras/ginecologistas completaram um inquérito anónimo sobre a tomada de decisões e o uso de anestesia epidural. Os inquéritos foram distribuídos durante uma reunião da equipa do hospital. Também por correio direto, foi enviado o inquérito aos que não estavam presentes. Os profissionais de saúde foram instruídos a responder com base na última utente que haviam assistido e que

	fossem alfabetizadas, falassem inglês, fossem de baixo risco, mãe pela primeira vez, bebé único vivo, tivessem parto via vaginal e que tivessem enfrentado a decisão sobre o uso de anestesia epidural para aliviar a dor.
Data Analysis	Uma seção de comentários de resposta aberta foi fornecida no final da pesquisa para obter informações adicionais sobre o processo da tomada de decisão, relacionados com o uso de anestesia epidural, que não tivesse sido obtido nas perguntas da pesquisa. Metade de uma página estava disponível para respostas escritas; no entanto, várias participantes utilizaram o verso do papel também. As respostas à secção em aberto constituíram os dados qualitativos para análise. A análise temática foi utilizada para identificar padrões nas respostas das utentes, e dar respostas por escrito sobre a sua tomada de decisão relacionada com o uso de anestesia epidural. Os dados qualitativos foram transcritos a partir dos inquéritos, foram lidos e relidos para identificar os conceitos iniciais. Os principais temas foram gravados e codificados. Porque os temas eram em grande parte exclusivos para membros do grupo, os comentários das utentes dos prestadores de cuidados foram analisados separadamente. Os temas de cada grupo foram organizados em conjuntos significativos. O tema principal da pesquisa foi abordado através dos temas identificados. Um investigador secundário realizou a mesma sequência de análise para confirmar os resultados e promover confiança.
FINDINGS	**Perceção das parturientes** A maioria dos comentários das utentes refletiam experiências pessoais sobre a duração do parto e sobre a sequência de eventos no processo de "dar à luz". Ao explicar como elas fizeram as suas escolhas em relação ao uso de anestesia epidural, ficou claro que a maioria tomava decisões antes do parto e, como resultado direto de informação que foi obtida fora das consultas. As utentes comentaram especificamente o nível de apoio que receberam dos seus prestadores de saúde, as suas decisões sobre o uso de anestesia epidural, e os seus sentimentos de satisfação com as suas opções de alívio da dor. *Decisões Tomadas Antes Do Parto.* A maioria das utentes indicou que a decisão sobre o uso de anestesia epidural foi feita antes do parto. Algumas explicaram que as suas preferências a respeito do uso de anestesia epidural para o controlo da dor foram explicitamente escritas no plano de parto. *Preparação ("Doing Their Homework").* As utentes tiveram a responsabilidade de procurar informações a respeito do uso de anestesia epidural antes do parto. Aprenderam os riscos, benefícios e alternativas através da sua própria investigação e durante as aulas de preparação para o parto. Algumas referiram que a informação que reuniram influenciou a sua decisão a respeito de quem elas queriam presente durante trabalho de parto e parto. Por exemplo, algumas utentes contrataram uma "doula" para evitar o uso de anestesia epidural, enquanto outras solicitaram especificamente um prestador de cuidados que, antes da gravidez, houvessem apoiado o seu desejo de ter ou não ter, anestesia epidural para alívio da dor. Algumas utentes formaram opiniões fortes sobre o uso de anestesia epidural antes de discutir opções de alívio da dor com o seu prestador de cuidados, com base em aulas, na sua própria investigação, e / ou discussões com a família e amigos. Outras não discutiram as opções

	de alívio da dor com seus prestadores de cuidados, de todo. *A Procura Do Respeito Pelas Decisões..* As utentes comentaram o grau de apoio e respeito por parte dos seus prestadores de cuidados em relação à decisão tomada sobre o uso de anestesia epidural. A maioria relatou uma experiência de suporte e informação. As utentes que comentaram o facto de as suas escolhas terem sido respeitadas, ficaram felizes por não lhes ter sido sugerido anestesia epidural durante o parto. Essas utentes pareciam querer controlar a conversa sobre o alívio da dor e serem as únicas que poderiam sugerir anestesia epidural como uma opção. Algumas utentes estavam à espera de serem pressionadas a usar anestesia epidural durante o parto, talvez contra os seus desejos expressos, e, portanto, procuraram apoio com membros da família ou uma "doula" para ajudá-las e advogar a sua escolha. Elas também discutiram a procura do tipo de prestador de cuidados que fossem susceptíveis a respeitar as suas decisões, ou que eles próprios (os prestadores) tenham tido um parto normal e que fossem mais propensas a apoiar a escolha do parto sem anestesia epidural. *Satisfação Com A Decisão.* As utentes relataram satisfação, como resultado de sentir que a sua escolha em relação à anestesia epidural foi respeitada, e que tinham controlo pessoal sobre esta decisão. Independentemente de saber se as utentes decidiram usar anestesia epidural ou não, o respeito que sentiram pela sua escolha, e a capacidade de controlar se o uso da anestesia epidural fosse sequer sugerido durante o parto, estava relacionado com declarações positivas sobre a sua experiência de parto. Algumas relataram estarem satisfeitas com a decisão tomada em relação à gestão da dor. Elas sentiram-se "muito feliz" e "muito satisfeita" com as suas escolhas. Aquelas que usaram anestesia epidural, mencionaram benefícios como a possibilidade de descansar um pouco; experimentar alívio da dor e ainda ser capaz de empurrar; e sentindo-se capaz de lidar com um parto longo, rápido, e / ou intenso. ***Enfermeiros*** "Input" de enfermeiros incluindo "feedback" sobre as várias influências na tomada de decisão e pontos de vista das utentes, na tomada de decisões relacionadas com a importância da tomada de decisões informadas baseadas na utente. *Pressão da Tomada De Decisão.* Vários enfermeiros referiram-se a várias influências na tomada de decisão das utentes sobre o uso de anestesia epidural, com fontes de influência incluindo os média, família e outros profissionais de serviços. Eles explicaram como a manipulação por parte dos prestadores de cuidados teve impacto na decisão da utente sobre o alívio da dor. Outros enfermeiros partilharam a opinião de que as mães devem usar anestesia epidural para alívio da dor. "Eu acredito que é uma ferramenta muito útil para a gestão da dor para uma mãe ter o seu primeiro filho." *Apoio Para A Tomada De Decisão Informada*. As enfermeiras fizeram declarações específicas que atestassem os seus pontos de vista sobre a importância do acesso dos doentes à informação e a oportunidades de tomada de decisões informadas durante o parto. A necessidade dos utentes estarem livres de influências externas e tendo a oportunidade de mudar as suas mentes foi enfatizada.

	Obstetrician–Gynecologists Obstetras/ginecologistas deram nota das varias influencias que tem impacto no processo de tomada de decisão das utentes, mostraram-se favoráveis ao uso de anestesia epidural, e enfatizaram a importância de confiar na experiencia medica. *Pressões e Influencias na Tomada de Decisão.* Tornou-se evidente que algumas utentes tinham já opiniões em relação ao uso de anestesia epidural, antes de abordarem o assunto com o seu prestador de cuidados. Obst/Ginecologistas deram nota que era comum a decisão das utentes dobre o alívio da dor, ser influenciada por membros da família e ou pelos media. Influências externas à relação médico-utente, podem gerar uma situação onde o prestador de cuidados tem de contrariar informação que é contrária à sua crença média em relação ao controlo da dor no parto. *Valor do Uso da Anestesia Epidural* Vários obstetras/ginecologistas expressaram uma forte preferência pelo uso da anestesia epidural e pela sua "racionalidade" (escolha natural). Davam algumas razões que remetiam para as suas próprias experiencias pessoais em partos, explicavam que o uso de anestesia epidural "*frequentemente ajuda a evitar a cesariana*", e teciam comentários/relatos á cerca da satisfação das utentes "*Uma boa epidural pode transformar um evento excruciante e muito doloroso num agradável e feliz momento".* Visões contra "o parto natural" também foram expressas juntamente com comentários que destacavam o papel do médico, o desejo pelo controlo da decisão e a preferência pelo uso de anestesia epidural durante o parto. *Confiar na Perícia Médica*. Obstetras/ginecologistas expressaram o alto valor da sua perícia médica em relação ao controlo da dor no parto, e preferência pelo acatar do utente, da sua decisão. Os médicos também deram nota que muito do seu tempo é gasto para *"proteger o utente dos seus equívocos, informação errada, e falsas crenças"* em relação ao parto natural e referiram, *"infelizmente, são poucos os utentes que tomam proveito das nossas opiniões e dos anos de experiencia que temos".*
AUTHORS CONCLUSIONS	O objetivo principal deste estudo foi perceber a perceção que as utentes e prestadores de cuidados tinham, da tomada de decisão a respeito do uso de anestesia epidural durante o parto. Os resultados mostraram algumas das diferenças dos pontos de vista nas partes interessadas, naquilo que é importante no processo de tomada de decisão, bem como até que ponto a decisão partilhada está implementada. As utentes que participaram no estudo tentaram mostrar-se como estando informadas quanto a tomada de decisão. Elas procuraram prestadores de cuidados que estivessem alinhados com seus valores e que respeitassem as suas escolhas sobre o alívio da dor durante o parto. A maioria das utentes tinha pesquisado as suas opções antes do parto e recolheram informações fora das consultas que tiveram com o seu prestador, para que pudessem fazer uma escolha clara sobre o alívio da dor antes do parto.

	Foram criados planos de parto como uma ferramenta para atualizar as suas decisões preferidas, e o respeito desses planos foi valorizado pelas utentes. A satisfação foi associada ao respeito pela escolha e controlo sobre as opções. Os prestadores de cuidados expressaram fortes preconceitos sobre o uso de anestesia epidural, o que demonstra uma falta de neutralidade no processo de tomada de decisão e uma tendência para por vezes orientar, influenciar e coagir as utentes na direção das suas preferências - tudo isto sendo contraindicações da tomada de decisão partilhada. Enfermeiras destacaram a importância de apoiar as utentes para fazerem uma escolha informada. Obstetras/ginecologistas estavam preocupados com os desafios da escolha informada quando o desequilíbrio de conhecimento e perícia médica, somado à influência de fontes externas tais como os media, família e amigos, significava que as utentes tinham opiniões formadas e nem sempre fazem as escolhas que foram melhor para elas, aos olhos do prestador de cuidados. Embora os enfermeiros terem apoiado os direitos de tomada de decisão das utentes, a sua capacidade profissional para decretar apoio pode ser posta em causa pelas estruturas de poder associadas às funções de prestador de cuidados, e a cultura organizacional. Pesquisa acumulada indica que o poder do prestador de cuidados influencia altamente as escolhas feitas durante os cuidados de maternidade. Fortes preconceitos dos prestador, a favor ou contra o uso de anestesia epidural tem impacto espectavel nas opções de alívio da dor das utentes, e no grau de apoio recebido sobre a tomada de decisão por parte das utentes. Similar ao poder que os prestadores de cuidados possuem sobre o processo de tomada de decisão, o local onde os cuidados são prestados foi considerado igualmente influente na tomada de decisões em relação aos cuidados de saúde. O atual clima de tomada de decisões no âmbito dos cuidados de maternidade pode ser, em si, uma barreira para a tomada de decisões partilhadas. Falta de poder combinado com a vulnerabilidade física que é inerente ao processo de parto pode restringir a parceria das utentes com os prestadores de cuidados no processo de decisão. Um estudo recente sobre o consentimento informado a respeito da cirurgia obstétrica e ginecológica, demonstrou que mais de um terço das mulheres consentiu a cirurgia, mesmo que elas se opusessem ou fossem ambivalentes a ela, porque não queriam desobedecer ao pedido de assinatura de consentimento dos seus prestadores de cuidados.
COMMENTS	

Ficha de Leitura nº 10 - Baseado em "JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive and Critical Research".

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Ana Ramos **Date** 02/03/2015

Author _ Goldberg, H. B. & Shorten, A. **Year** 2014

Title: Patient and Provider Perceptions of Decision Making About Use of Epidural Analgesia During Childbirth: A Thematic Analysis.

Record number DOI:10.1891/1058-1243.23.3.142

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			X
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

_____

_____

_____

_____

ANEXO V

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Resumo das características dos Estudos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura, Adaptado de Sandelowski & Barroso (2007, p. 130).

Autores/ Ano	Título do Artigo	País	Metodologia	Tipo de achado	Tipo de estudo	Plano de amostragem	Amostra	Idade
Estudo 1 Melender/ 2006	"What Constitutes a Good Childbirth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women	Finlândia	Qualitativa	Inventário temático	Estudo Exploratório descritivo	Intencional	24 mulheres grávidas entre as 10 e 40 semanas de gestação	19 a 45 anos
Estudo 2 Marshall, Fraser, Baker/ 2011	An Observational Study to Explore the Power and Effect of the Labor Ward Culture on Consent to Intrapartum Procedures	Reino Unido	Estudo Etnográfico	Inventário temático	Etnografia	Intencional	100 mulheres saudáveis com gravidez de termo, que entraram em trabalho de parto espontâneo	Não definido
Estudo 3 Behruzi, Hatem, Goulet, Fraser/ 2014	"Perception of Humanization of Birth in a Highly Specialized Hospital: Let's Think Differently"	Canadá	Estudo de Caso como abordagem qualitativa	Invetátio temático	Modelo de Estudo de caso único	Intencional	10 mulheres (primíparas e multíparas)	22 a 40 anos
Estudo 4 Matthews, Callister/ 2004	"Childbearing Women's Perceptions of Nursing Care That Promotes Dignity"	Estados Unidos da América	Qualitativa-descritiva	Inventário temático	Estudo exploratório descritivo	Por conveniência	20 mulheres primíparas de baixo risco	Idade média de 23 anos
Estudo 5 Cook, Loomis/ 2012	"The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences"	Canadá	Qualitativa-descritiva	Inventário temático	Estudo exploratório descritivo	Tipo "bola de neve"	15 mulheres (primíparas e multíparas)	Não definido

Autores/ Ano	Titulo do Artigo	País	Metodologia	Tipo de achado	Tipo de estudo	Plano de amostragem	Amostra	Idade
Estudo 6 Fair, Morrison/ 2011	"I felt part of the decision-making process": A qualitative study on techniques used to enhance Maternal Control during Labor and delivery	Estados Unidos	Qualitativa	Inventário temático	Longitudinal prospetivo	Intencional	31primiparas com idades gratacional compreendida entre 26-40s	18-35 anos
Estudo 7 Backer, Choi, Henshaw, Tree/ 2005	"I felt as though I'd been in jail: women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum"	Reino Unido	Qualitativa	Inventário temático	Longitudinal prospetivo	Intencional	24 Mulheres (primíparas e multíparas)	27-45 anos
Estudo 8 Scott, Taylor, Välimäki, Leino-Kilpi, *et al/ 2003*	"Autonomy, privacy and informed consent 2: postnatal perspective"	Escócia	Qualitativa	Descrição conceptu al/ temática	Estudo Comparativo, Exploratório	Aleatória	243 puérperas	Não definido
Estudo 9 Blix-Lindstron, Christensson, Johansson/ 2004	Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour	Suécia	Qualitativa usando a técnica de Grounded theory	Invetário temático	Estudo Exploratório descritivo	Intencional	20 mulheres com parto vaginal entre as 37 e 42 semanas	22-40 anos
Estudo 10 Goldberg, Shorten/2014	Patient and Provider Perceptions of Decision Making About Use of Epidural Analgesia During Childbirth: A Thematic Analysis.	Estados Unidos America	Qualitativa	Invetário temático	Estudo Exploratório descritivo	Intencional	35 primiparas	Não definida