



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO IV



**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE PROMOVEM O PAPEL ATIVO DA
MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO**

Autora:

Sara Frazão Costa nº 140434001

Orientação:

Prof.^a Doutora Hélia Dias

Prof.^a Mestre Conceição Santiago

Santarém, Março de 2018

RESUMO

O parto e trabalho de parto são processos fisiológicos que concedem uma experiência altamente individual para a mulher e a sua família. A nível hospitalar existe a tendência de a mulher perder a sua individualidade e autonomia durante o trabalho de parto e parto, contribuindo para isso o fato de a maioria das mulheres estar pouco capacitada para reivindicar os seus desejos face às decisões dos profissionais de saúde.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica devem colocar a mulher e família no centro das decisões, prestar cuidados centrados na mulher, recém-nascido e família e privilegiar a promoção da saúde. Para tal, é necessário compreender as intervenções que promovem o papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto, sendo definida a pergunta PICO “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto?”

Procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (2014). Realizando-se uma pesquisa na plataforma EBSCO – *Host*. Foram selecionados três artigos qualitativos com nível de evidência 3c. Após a análise reflexiva dos achados do estudo em causa, as intervenções que promovem o papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto são: Promover o parto normal e humanizado, estabelecer uma relação de confiança entre a mulher e o enfermeiro, educar no período pré-natal acerca do processo de parto, permitir a partilha de experiências entre as mulheres e pares, respeitar a tomada de decisão da mulher, respeitar as preferências da mulher no processo de parto, promover a presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto e estimular a formação contínua dos profissionais de saúde. Conclui-se que colocar a mulher no centro do plano de cuidados respeita os seus direitos como pessoa e parturiente, concomitantemente, são respeitados os decursos fisiológicos do processo de parto, bem como, a promoção da saúde materno-fetal.

Palavras – chave: Mulher grávida; Educação Pré-natal; Empoderamento

ABSTRACT

Labor and delivery are physiological processes that concede a highly individual experience for the woman and her family. At the hospital level there is a tendency for women to lose their individuality and autonomy during labor and delivery. Since most women are not able to claim their wishes against the decisions of health professionals.

Nurse - Midwives should place women and the family at the center of decisions, provide care centered on women, newborns and the family and favor health promotion. To do this, it is necessary to understand the interventions that promote the active role of women during labor and delivery, thus it was defined the question PICO: "What are the nursing interventions that promote the active role of women in labor and delivery?"

A systematic review of the literature was carried out, according to the methodology of the Joanna Briggs Institute (2014). Conducting a research on the EBSCO - Host platform. Three qualitative articles with level of evidence 3c were selected. After reflective analysis of the findings for the study, the interventions that promote the active role of women in labor and delivery were: To promote normal and humanized delivery, to establish a trust relationship between the woman and the nurse - midwife, to educate in the prenatal period about the birth process, to allow the sharing of women's and peers experiences, respecting women's decision-making, respecting women's preferences in the process of childbirth, promoting the presence of the significant person during labor and delivery and stimulating the ongoing training of health professionals. It is concluded that placing women at the center of the care plan respects their rights as a person and as a parturient, while respecting the physiological processes of the labor, as well as promoting maternal and fetal health.

Keywords: Pregnant Women; Expectant Parent Classes; Childbirth Education; Empowerment

Aos meus pais que sempre acreditaram em mim, mesmo quando achei ser impossível.

Ao Tiago, por todo o amor e apoio incondicional.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

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

CST – Cesariana Segmentar Transversa

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

ESMO – Enfermeiro Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMOG – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EUA – Estados Unidos da América

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

IMBCI - *The International MotherBaby Childbirth Initiative*

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

MFCI - *The Mother – Friendly Childbirth Initiative*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PQCEESMOG - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMOG – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

TP – Trabalho de Parto

UCF - Unidade Coordenadora Funcional

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E ESQUEMAS

	f.
Tabela 1 - Critérios utilizados para a formulação da pergunta PICO	25
Tabela 2 - Limitadores de pesquisa utilizados nas Bases de Dados	26
Tabela 3 - Resultados das bases de dados	27
Tabela 4 - Resumo dos artigos incluídos na RSL.....	29
Esquema 1 - Prisma	28

INDÍCE

f.

0. INTRODUÇÃO	9
1. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA ESPECIALIZADA	12
2. PROMOÇÃO DO PAPEL ATIVO DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO	17
2.1. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA CLÍNICA	21
3. METODOLOGIA DE PESQUISA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	25
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	32
5. CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

ANEXOS

Anexo I – Plano de preferências da mulher parturiente e família

Anexo II – Protocolo de Pesquisa

INTRODUÇÃO

O presente documento integra-se no âmbito da Unidade Curricular: Estágio IV e Relatório do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém. O Estágio IV- ESMO em Sala de Partos que decorreu no período de 06/02/2017 a 30/06/2017 (20 semanas) num hospital de apoio perinatal na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com pausa letiva de 10/04/2017 a 16/04/2017, perfazendo um total de 700 horas de Ensino Clínico. O estágio teve como objetivos:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença.

O ensino clínico é um momento oportuno para colocar em prática e consolidar conhecimentos apreendidos. Permite a vivência de novas experiências que estimulam o trabalho de reflexão, pesquisa e de aprofundamento, de forma a desenvolver as competências do enfermeiro especialista através da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Uma das grandes preocupações durante o estágio IV foi o respeito pelas preferências da mulher durante o trabalho de parto e parto. Isto porque nasci no seio de uma família alargada numerosa e desde que me lembro que contacto diretamente com mulheres grávidas, puérperas e os seus bebés. Desde cedo que gostei de reunir com as mulheres da minha família e ouvir e participar nas suas conversas de partilhas de experiências sobre as suas gravidezes, trabalhos de parto e parto. Antes de iniciar o presente curso de mestrado, uma prima partilhou-me a sua experiência sobre o seu trabalho de parto e parto: era a sua quarta gravidez, com dois filhos vivos e a história de um aborto espontâneo. Ela queria um parto o menos intervencionado possível, no entanto, o seu desejo não foi ouvido pela equipa multidisciplinar e ela optou por adquirir uma atitude passiva em relação aos cuidados de

saúde que lhe foram prestados. A certa altura foi-lhe colocado em curso numa veia periférica uma perfusão ocitócica que “desencadeou sofrimento fetal” (sic), tendo realizado uma cesariana de emergência por esse motivo (sic). Foi algo que a marcou e, mesmo passados dois anos, ela ainda fala da sua experiência menos positiva acerca do seu parto. Para mim, este relato também foi marcante, foi a partir deste momento que comecei a refletir sobre a atitude/papel das mulheres e das suas famílias durante o trabalho de parto e parto.

No estágio IV foi realizado o projeto de estágio, este tem como intuito ser um documento orientador que dirige a aprendizagem numa lógica coerente e planeada com o propósito de adquirir as competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG). Neste estão contemplados os objetivos: “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais enquanto promotor da saúde junto da mulher grávida/parturiente e a sua família no planeamento das suas preferências de trabalho de parto e parto” e “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais enquanto formador numa área específica do conhecimento em enfermagem” que se tornaram o sustento do presente relatório. Para tal, no desenvolvimento do estágio IV tive uma participação ativa nas visitas da mulher grávida/acompanhante ao bloco de partos, realizei ensinamentos à mulher grávida/parturiente e acompanhante acerca do trabalho de parto e parto e promovi a expressão de sentimentos e expectativas da mulher e acompanhante acerca do trabalho de parto e parto. Elaborei um documento destinado ao registo das preferências da mulher grávida durante o trabalho de parto e parto, a preencher durante a gravidez ou no momento de admissão/acolhimento ao bloco de partos. Este documento teve por base os indicadores de evidência e medida do projeto “Maternidade com Qualidade” (OE, 2014) e o plano de parto formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) (Anexo I). No entanto, pretendia-se ir mais além, tendo-se realizado uma pesquisa e caracterização bibliográfica acerca da promoção do papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto, que se encontra no presente documento. Tendo por base os achados da conceitualização formulou-se a pergunta PICo: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto?” Em que a população de interesse (P) são as mulheres parturientes, a Intervenção (I) são as intervenções de enfermagem, e o contexto da área de interesse e intervenção (Co) é o empoderamento da mulher no processo de parto. A formulação da pergunta PICo permitiu a realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) tendo em consideração as orientações de *Joanna Briggs Institute* (2014). O recurso à RSL como metodologia permite a obtenção das mais recentes evidências, o que possibilita

efetuar uma análise e discussão dos resultados de forma a fundamentar uma proposta de mudança na prática do EEESMOG no seu contexto profissional.

Posto isto, o presente relatório tem como objetivo geral: Compreender a importância das intervenções de enfermagem na promoção do papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto. E como objetivos específicos:

- Caracterizar a promoção do papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto;
- Desenvolver uma pesquisa, com recurso à revisão sistemática da literatura, orientada para a produção de conhecimento na área de enfermagem especializada para a promoção do papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto;
- Avaliar criticamente a aplicabilidade das evidências científicas disponíveis, considerando as intervenções e competências do EEESMOG.

Acredita-se que com o estudo desta temática será possível direcionar a prática de enfermagem criando intervenções mais efetivas na promoção do papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto. Uma vez que, o papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto permite à mesma estar no controlo do seu corpo durante o processo de parto, em vez de ser objeto de uma “condução ativa” do parto pela equipa de saúde (Balaskas, 2017). Juntamente com as vivências adquiridas em contexto de ensino clínico, bem como, a vivência pessoal e profissional pretende-se aprofundar os conhecimentos acerca da promoção do papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto. Para que seja possível transpor os mesmos para a prática clínica, com intuito de melhorar a qualidade dos cuidados, promovendo experiências de trabalho de parto e parto positivas e, conseqüentemente, aumentar a satisfação materna e familiar, tendo em consideração o bem-estar materno-fetal durante o trabalho de parto e parto.

1. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA ESPECIALIZADA

A prestação de cuidados de saúde é uma prática rigorosa e em constante mudança, os profissionais de saúde devem preocupar-se com a atualização e revisão das suas práticas e cuidados, tal só é possível através da educação, formação contínua e pelo desenvolvimento das suas competências. Nesta perspetiva, o EEESMOG presta cuidados baseados na evidência científica, para tal, deverá assentar as suas intervenções de enfermagem especializadas no melhor fundamento externo, tendo sempre em consideração os valores e as expetativas da mulher e da sua família. Assim, a educação é utilizada como um instrumento de construção pessoal e profissional, impulsionando a inovação e criatividade na prestação dos cuidados. Desta forma, é importante considerar a reflexão sobre a prática e a capacidade de integração das evidências científicas na mesma.

No decurso académico do 4º CMESMO da Escola Superior de Saúde de Santarém, foi transversal em todos os ensinamentos clínicos a preocupação pela prestação de cuidados de enfermagem centrados na mulher e na sua família. Segundo Direção-Geral da Saúde (2015) os cuidados de saúde devem centrar-se nas necessidades de cada mulher/família, assim a grávida deve ser parceira nos seus cuidados de saúde, tal como preconiza o eixo estratégico do Plano Nacional de Saúde “Cidadania em Saúde”, sendo que o cidadão “é considerado responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido” (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A mulher, hoje em dia, tem um papel diferente na sociedade, mais ativo, influenciado pela sua inserção no mercado de trabalho desde os anos 60, bem como, o aumento da sua literacia (PWC, 2015). Com o aumento do papel ativo da mulher na sociedade portuguesa, em consequência do seu investimento na educação e progressão de carreira, a mulher vivencia casamentos mais tardios, sendo possível verificar que a idade média da mãe no nascimento do primeiro filho em 1990 era de 27 anos e em 2015 esta idade média aumentou para os 31 anos (PWC, 2015). No entanto, em Portugal

estamos ainda sujeitos a uma educação que não nos prepara para questionar. É vivido o estigma de quem sabe de saúde são os profissionais. Hoje em dia, ainda, 50% dos portugueses apresentam níveis baixos de literacia em saúde (Oliveira, 2017). A literacia em saúde é definida como “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde” (World Health Organization, 1998, p. 10). Assim, não se verifica relação direta entre o nível de escolaridade e a participação em decisões de saúde da mulher/casal na gravidez e parto. Desta forma, a participação ativa nos cuidados de saúde está relacionada com educação, valores e percurso pessoal, bem como, uma determinada atitude que deve ser estimulada e trabalhada desde cedo (Oliveira, 2017).

Em Portugal, está muito presente o modelo biomédico na prestação de cuidados na vigilância pré-natal e no trabalho de parto e parto. Este modelo centra o profissional de saúde na tomada de decisões, os cuidados são centrados no profissional e na tecnologia, a gravidez é um processo de risco, existe ênfase na realização de um diagnóstico e intervenção, os cuidados de saúde são protocolados e o parto é restrito ao ambiente hospitalar (Oliveira, 2017). Com este modelo não é considerada a individualidade da mulher, nem o respeito pelas suas necessidades fisiológicas, emocionais, sociais e culturais. Distanciando-se das recomendações emanadas pela Organização Mundial de Saúde e pela Direção-Geral da Saúde, que preconizam que a mulher desempenhe um papel ativo nas decisões que conduzem à sua saúde e segurança (Direção-Geral da Saúde, 2015; Oliveira, 2017).

Desta forma, compreende-se a emergente necessidade de mudança de comportamentos e atitudes por parte dos profissionais de saúde de forma a prestar cuidados tendo em consideração os valores e expectativas da mulher. No estágio II – “Enfermeiro Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO) gravidez, ginecologia e puerpério” foi possível realizar um turno no bloco de partos de um hospital de apoio perinatal da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, onde tive conhecimento do projeto “Maternidade com Qualidade” da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). Com base no mesmo, os enfermeiros desse bloco de partos no momento da admissão da mulher grávida/parturiente, recolhiam dados tendo em consideração as preferências da mulher durante o trabalho de parto e parto. Segundo a EEESMOG que me acompanhou nesse turno os registos possibilitavam à

equipa multidisciplinar a análise dos dados colhidos para projetos de melhoria da qualidade, bem como, a promoção do parto normal na gravidez de baixo risco e a promoção do bem-estar físico, psicológico e emocional da mulher. O projeto anteriormente referido suscitou o meu interesse, pois considero que o mesmo privilegia os cuidados centrados na mulher. Assim, no projeto de estágio IV, foi formulado o objetivo: “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais enquanto promotor da saúde junto da mulher grávida/parturiente e a sua família no planeamento das suas preferências de trabalho de parto e parto”. Para a aquisição desse objetivo foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Participação na visita da mulher grávida/acompanhante ao bloco de partos;
- Ensino à mulher grávida/parturiente e acompanhante escolhido acerca de cada fase do trabalho de parto;
- Promoção da expressão de sentimentos e expectativas acerca do trabalho de parto e parto;
- Respeito pelas escolhas e preferências da mulher durante o trabalho de parto e parto;
- Apelo à flexibilidade das preferências da mulher durante o trabalho de parto e parto devido à imprevisibilidade dos mesmos;
- Elaboração de um documento onde possam ser registadas as preferências da mulher grávida durante o trabalho de parto e parto, a preencher durante a gravidez ou no momento de admissão/acolhimento no bloco de partos;
- Apresentação do documento realizado junto do enfermeiro chefe, equipa de enfermagem e direção clínica do bloco de partos;

O documento destinado ao registo das preferências da mulher grávida/casal/acompanhante durante o trabalho de parto e parto elaborado (Ver anexo I) é um documento para preencher durante a gravidez ou no momento de admissão/acolhimento no bloco de partos. Este foi realizado com base nos indicadores de evidência e medida do projeto “Maternidade com Qualidade”, apenas foi realizada uma reflexão acerca dos mesmos e das suas evidências, não tendo sido implementado o projeto, sendo eles (OE, 2014):

- Hidratação / ingesta em trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;

- Episiotomia / a utilização na prática clínica;
- Alívio da dor / medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto;
- Amamentação na 1ª hora após o parto e contacto pele-a-pele.

Estes indicadores foram definidos pelo MCEESMO como forma de avaliar as maternidades portuguesas aderentes do projeto, tendo como base a evidência científica disponível sobre o tema. Resumidamente, estes indicadores estão definidos e foram emanadas recomendações de cumprimento dos mesmos: “Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto”, os líquidos por via oral podem ser oferecidos, em doses moderadas durante o trabalho de parto e parto, assim as parturientes de baixo risco podem ingerir quantidades de chá, água e sumo de fruta sem polpa, em volumes não superiores a 100 ml de 15 em 15 minutos (MCEESMO - OE, 2014). Outro indicador do projeto é a “influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido”, assim a recomendações assentam que o posicionamento em litotomia não deve ser incentivado. A melhor atitude passa por fornecer liberdade de escolha à parturiente. Sabendo que as posições eretas apresentam inúmeras vantagens em relação à litotomia (MCEESMO - OE, 2014). O projeto “Maternidade com Qualidade” também inclui indicadores de evidência acerca da “episiotomia – realização seletiva ou rotineira”, conclui-se que em Portugal a episiotomia médio-lateral por rotina é uma prática comum nas maternidades e não vai ao encontro das recomendações emanadas pela OMS. Assim é importante recorrer ao uso de técnicas não invasivas como: massagem pré-natal, calor no períneo, posição materna no parto e manobra de proteção do períneo. Com o objetivo da integridade perineal (MCEESMO - OE, 2014). Outro indicador definido é “Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto”, em Portugal as técnicas não farmacológicas ainda são um recurso pouco utilizado, pelo que as recomendações vão no sentido de avaliar a dor de forma correta, bem como, a compreensão das expectativas da parturiente, realizar educação para a saúde no período pré-natal acerca das técnicas não farmacológicas disponíveis, respeitar os métodos escolhidos pela parturiente e permitir o acompanhamento contínuo durante todo o processo de parto (MCEESMO - OE, 2014). Por fim, outro indicador de evidência do projeto é “realizar precocemente contato pele-a-pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno”, as recomendações vão no sentido de promover o contacto pele-a-pele após o nascimento do bebé, assim como a continuidade da mesma prática durante o internamento da díade e até 2-3 meses de vida do bebé (MCEESMO - OE, 2014).

Junto com os indicadores referidos anteriormente, conjuguei alguns dados com um exemplo do plano de parto da OMS (2002). Depois de realizado o documento apresentei-o à equipa do Bloco de Partos, tive em consideração as suas críticas e sugestões, de forma a ser possível, colocar o documento em prática.

Esta atividade foi ao encontro do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (RCEEEESMOG), mais especificamente com a unidade de competência H3.1 “Promove a Saúde da Mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, P.5), tendo em consideração que ao desempenhar esta unidade de competência o EEESMOG presta cuidados consoante o plano de parto estabelecido pela mulher garantido intervenções de qualidade e risco controlado, deve manter o ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto, promove o conforto e bem-estar da mulher e pessoa significativa, promove a vinculação entre a tríade, desempenha intervenções que promovem, apoiam e protegem o aleitamento materno e desempenha intervenções interdependentes para a promoção, prevenção e controlo da dor.

O EEESMOG tem incumbências importantes e responsabilidades durante o trabalho de parto e parto. A prestação de cuidados de enfermagem durante este período depende do conhecimento do processo fisiológico e emocionais do parto, da avaliação e da observação de desvios à normalidade e do cuidado individualizado, de forma a promover uma experiência segura e satisfatória para a mulher e família. Para tal, pretende-se com o presente relatório continuar com a reflexão sobre a prática de forma a incrementar a prática baseada na evidência acerca da promoção do papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto.

2. PROMOÇÃO DO PAPEL ATIVO DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

O parto é um processo fisiológico comum a todos os mamíferos. O trabalho de parto é uma experiência holística altamente pessoal, este exige toda a energia e atenção necessária da parturiente, sendo a mesma recompensada com o êxtase e a satisfação de ver o seu bebé pela primeira vez (Balaskas, 2017). Tendo em consideração a importância desta experiência no ciclo de vida da mulher e da sua família este é um processo que não pode ser controlado, no entanto, é facilmente perturbado. O processo de parto engloba o trabalho de parto e parto, este tem características complexas onde estão envolvidos a mulher e a sua família e a equipa de saúde (Frello & Carraro, 2010). O trabalho de parto é compreendido por um conjunto de fenómenos fisiológicos que, espontâneos ou induzidos, correspondem ao apagamento e dilatação do colo uterino, à progressão do feto pelo canal de parto e ao seu nascimento. Está dividido em quatro estádios. O primeiro estádio é caracterizado pelo apagamento e dilatação do colo, este inicia-se com as contrações uterinas de forma regular e termina com a dilatação completa do colo. O segundo estádio é caracterizado pelo período expulsivo, dá início com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto. O terceiro estádio é denominado de dequitação, sendo o período desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta. Por fim, o quarto estádio compreende o período do puerpério imediato, sendo a primeira hora após a saída da placenta (Fatia & Tinoco, 2016). O parto normal é definido como: “Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição” (DGS, APEO, & OE, 2012, p. 18). Para ocorrer o trabalho de parto e parto é fundamental o sistema hormonal do parto. A ocitocina é primordial para o desenrolar do trabalho de parto e parto, apresenta uma curta duração na circulação e atua na contratilidade uterina, tendo um efeito modulador das restantes hormonas envolvidas durante o parto. A produção de ocitocina é inibida pela adrenalina, noradrenalina e cortisol, assim é essencial

que a mulher reconheça que o ambiente é seguro e que existam interações que despoletem a sua produção e ação. Para além da produção natural da ocitocina pelo organismo da mulher, existe a possibilidade de administração de ocitocina sintética que acarreta consequências como partos distócicos, sofrimento fetal, entre outras (Oliveira, 2017; Ferreira, 2015). O processo de parto é mais do que a soma das suas partes, sendo caracterizado pelas questões fisiológicas, sociais, culturais, pessoais e emocionais de cada mulher parturiente.

Historicamente, o processo de nascimento era um evento natural de carácter íntimo e privado, sendo partilhado entre as mulheres e familiares. As mulheres pariam na sua casa e no seu ambiente, por parteiras inseridas e respeitadas na comunidade e da confiança das mulheres parturientes (Frello & Carraro, 2010). Ao longo dos anos, devido a mudanças significativas na área da medicina, o parto passou a ocorrer em ambiente hospitalar, surgiram as maternidades e as mulheres perderam a sua individualidade e autonomia durante o trabalho de parto. Desde então, as parturientes ficam sujeitas a rotinas como o internamento, separação da família, remoção de roupas e objetos pessoais, limitação na deambulação e sujeitas a procedimentos de rotina como o jejum, enema, tricotomia, entre outros (Balaskas, 2017; Frello & Carraro, 2010). A mulher foi perdendo o protagonismo durante o trabalho de parto e parto, submetendo-se às decisões dos profissionais de saúde, visto estar pouco capacitada para reivindicar os seus desejos frente às questões técnicas orientadas pelos profissionais da equipa de saúde (Frello & Carraro, 2010). Com o passar do tempo, tem vindo a ocorrer uma desvalorização do parto natural, o que tem levado ao aumento de intervenções cirúrgicas desnecessárias, não promovendo a mulher e contribuindo para um défice na informação e educação na saúde acerca do nascimento. Assim, é compreensível que as mulheres e as suas famílias tenham dificuldade em participar nas tomadas de decisão diante das questões técnicas abordadas pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto (Ferreira, et al., 2013).

A medicalização do parto ao longo dos anos trouxe consequências, uma delas foi o aumento da taxa de cesarianas. Em Portugal a taxa de cesarianas aumentou para 36,6% em 2009, sendo um valor muito superior aos 10% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, durante o período de 2009 e 2014 deu-se uma reversão em Portugal com a descida de 10% da taxa geral de cesarianas, tal aconteceu devido à educação e formação dos profissionais de saúde, bem como, a inclusão de taxa de cesarianas como critério para o financiamento hospitalar (Balaskas, 2017). Lado a lado, com a descida da taxa de cesarianas ocorre a abordagem de “novas” tendências na prestação de cuidados à mulher

parturiente, procurando-se voltar ao parto “natural” e menos interventivo possível. Como visto anteriormente, as mulheres, hoje em dia, têm habilitações literárias superiores e o recurso à informação é muito mais acessível, deixando a informação e investigação de ser restritiva apenas aos profissionais com publicações impressas dirigidas aos mesmos (Oliveira, 2017). A procura da mulher por informações e por um modelo de cuidados humanizado prende-se pelo desejo em que o parto seja uma experiência feliz e satisfatória, uma vez que a perda de controlo sobre o processo de parto é, frequentemente, traduzida numa experiência negativa (Ferreira C. C., 2016). No entanto, existem mulheres com experiências satisfatórias de parto mesmo com desvios ao seu plano de parto, isso acontece porque a mulher sente-se respeitada, sendo parceira no processo dos cuidados (Ferreira C. C., 2016).

As recomendações da OMS concluem que se pode melhorar as taxas de mortalidade neonatal e materna com o respeito do processo fisiológico do trabalho de parto e parto, o respeito pela individualidade de cada mulher, a sua autonomia decisiva e o acontecimento familiar que representa o nascimento do bebé, tendo em consideração a segurança e o intervir apenas quando necessário (Oliveira, 2017).

Posto isto, emerge a necessidade de abordar e instituir a “humanização do parto”. Este é um conjunto de procedimentos e condutas que promovem a gravidez, o parto e o nascimento saudáveis, evitando a realização de procedimentos técnicos desnecessários que podem pôr em risco a saúde da parturiente e do seu bebé. A humanização do parto pretende enriquecer a relação de ajuda, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, privilegiando a autonomia e privacidade da mulher, aumentando o respeito pela individualidade de vida da mesma (Ferreira, et al., 2013). Ao humanizar o nascimento é devolvido o protagonismo às mulheres no trabalho de parto e parto. Para tal, deve entender-se o nascimento como um evento social e humano, e não apenas médico. É um momento “apical da feminilidade sobre o qual atuam forças sociais, emocionais, psicológicas, afetivas, espirituais (...) numa configuração subjetiva e intransmissível” (Balaskas, 2017, p. 15). Esta “nova” tendência do cuidado à parturiente é uma necessidade de recuperar o biológico e natural em que as suas inúmeras vantagens estão cientificamente comprovadas para mãe e bebé em detrimento das intervenções e procedimentos de rotina aplicados.

Em 1996, nos Estados Unidos da América (EUA) *The Mother – Friendly Childbirth Initiative* (MFCI) é criada pela *Coalition for Improving Maternity Services* com intuito de aumentar a qualidade e humanização no processo de nascimento. Uma vez que esta iniciativa estava focalizada para a realidade dos EUA ocorre a necessidade de criar uma iniciativa global denominada de “Iniciativa Internacional para o Nascimento Mãe – Bebê” conhecido globalmente como *The International MotherBaby Childbirth Initiative* (IMBCI). Esta iniciativa pretende chamar a atenção mundial para a importância da experiência materna em relação ao nascimento e o seu impacto no ciclo de vida da mãe e bebê e pretende divulgar a evidência científica acerca dos benefícios nos cuidados centrados na mãe e bebê, com base na fisiologia normal da gravidez, nascimento e amamentação, tendo em consideração as necessidades individuais de cada mulher. Para tal, a IMBCI divulgou (mundialmente) 10 passos para a otimização dos serviços de maternidade, estes privilegiam a prestação de cuidados centrados na mulher, com uma lógica não intervencionista que promovam a saúde e o bem-estar de todas as mulheres e os seus bebés durante a gravidez, nascimento e amamentação (International MotherBaby Childbirth Initiative, 2017). Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE), através da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) também pretende promover a prestação de cuidados de enfermagem centrados na mulher – bebê, com a definição de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (PQCEESMOG) com o intuito de promover a reflexão acerca da prestação de cuidados do EEESMOG, bem como, contribuir para melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, com a construção e implementação de programas de melhoria contínua de qualidade dos EEESMOG’s (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Um desses projetos, promovidos pela MCEESMO denomina-se de “Maternidade com Qualidade”, como referido anteriormente, incentiva os profissionais a prestar cuidados segundo evidências científicas. Permite que os profissionais de saúde encarem outras ou “novas” medidas que facilitam o parto normal, permitindo que as mulheres adquiram um papel mais ativo no trabalho de parto e parto.

Estas iniciativas vão ao encontro ao RCEEEESMOG onde estão definidas as competências do EEESMOG nas diferentes áreas da atuação, assentes na premissa que os cuidados de enfermagem “tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive” tendo em consideração que a pessoa é um ser “sociável e agente intencional de comportamento, é um ser único, com dignidade própria (...).” (Ordem dos

Enfermeiros, 2010, p. 1). Com especial relevância para a unidade de competência H3 do RCEEESMOG “Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5).

No entanto, a situação em Portugal ainda se encontra longe do ideal. A configuração das salas de parto de alguns hospitais em Portugal, o reduzido empoderamento das mulheres grávidas e família quanto aos seus direitos no processo de parto, bem como, a diminuída aceitabilidade dos planos de parto pelos profissionais de saúde de obstetrícia, podem indicar que os cuidados prestados não têm por base a individualidade de vida da mulher inserida na família e comunidade. Identifica-se ainda, o uso rotineiro de práticas desaconselhadas pela evidência científica que perturbam a qualidade do trabalho de parto e nascimento, a satisfação da parturiente e família, bem como, o bem-estar materno-fetal e do recém-nascido. Como alguns exemplos: a restrição da ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, a prevalência da posição de decúbito dorsal durante o trabalho de parto e a posição de litotomia no segundo estágio do trabalho de parto, a analgesia epidural como primeira linha no alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, entre outras (MCEESMO - OE, 2014).

2.1. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA CLÍNICA

As teorias de enfermagem constituem uma parte importante para a Enfermagem, enquanto disciplina no ramo de ensino, como profissão, no campo prático especializado. Como visto anteriormente, para que a mulher tenha um papel ativo durante o trabalho de parto e parto esta deve ser informada e empoderada. Para Virgínia Henderson o enfermeiro tem a função única de ajudar pessoas doentes ou saudáveis no desempenho das atividades que promovem a saúde ou a sua recuperação, que conseguiria realizar sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários (Tomey, 2003). O EEESMOG, durante a prestação de cuidados centrados na mulher, assume o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões, apoiando-a nas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia e educa a mulher de forma imparcial e isenta de julgamentos (Ordem dos Enfermeiros , 2015). Por esta razão a teoria de Virgínia Henderson é uma base de conhecimento da área de enfermagem pertinente para o tema em estudo.

Para Virgínia Henderson a pessoa é um indivíduo que precisa de apoio para obter saúde e independência, a pessoa e família são uma unidade (Tomey, 2003). Para Ordem dos Enfermeiros (2015) os cuidados prestados pelo EEESMOG são de carácter holístico, uma vez que atendem à compreensão da mulher/família nas dimensões: “social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica” (Ordem dos Enfermeiros , 2015, p. 9) A saúde é definida pela capacidade da pessoa e desempenhar 14 componentes do cuidado de enfermagem, sem auxílio, para o tema em estudo são relevantes duas delas (Tomey, 2003, p.114):

- Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.”

Para Ordem dos Enfermeiros (2015) o EEESMOG deve ter em consideração os sentimentos e expectativas da mulher, promovendo e protegendo ativamente o seu bem-estar.

Virgínia Henderson define o ambiente como um agregado de todas as condições e influências que afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, sendo que, o enfermeiro pode alterar o ambiente se o achar necessário para o bem-estar da pessoa (Tomey, 2003).

Tendo em consideração a relação entre enfermeiro e pessoa recetora de cuidados Virgínia Henderson identifica três níveis de relação: enfermeira como substituta da pessoa, enfermeira enquanto auxiliar da pessoa e enfermeira enquanto parceira da pessoa. Tomando uma atitude de “porta-voz” da pessoa quando esta não o consegue fazer. A pessoa como parceira nos cuidados formula, em conjunto com o enfermeiro, o seu plano de cuidados, e as necessidades básicas existem independente do diagnóstico, mas podem ser modificadas pela patologia e outras condicionantes como a idade, estado emocional, situação social e cultural, capacidade físicas e intelectuais. A promoção da saúde é primordial no plano de cuidados de enfermagem capacitando as pessoas a ser saudáveis. Para tal, está envolvida a tomada de decisão (Tomey, 2003).

Segundo a mesma teórica, o enfermeiro trabalha no seio da equipa multidisciplinar de forma interdependente. Os enfermeiros e outros membros da equipa ajudam-se mutuamente para o mesmo plano de cuidados, no entanto, cada profissional de saúde desempenha a tarefa que lhe está destinada. A definição de enfermagem não é estática vai-se modificando pela

altura em que é praticada e depende, em grande parte, das intervenções realizados por outros profissionais de saúde (Tomey, 2003).

À luz da teoria de Virgínia Henderson o EEESMOG como membro da equipa de saúde e parceiro de cuidados da parturiente deve reconhecer que a mesma que possui vontades, desejos e necessidades. Assim, o período pré-natal é fundamental para ensinar e transmitir informações com as melhores evidências científicas para que o processo de tomada de decisão seja livre e verdadeiro, favorecendo o seu empoderamento (Jardim, Silva, & Fonseca, 2017). O empoderamento é um processo contínuo, no qual a pessoa adquire e ganha confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para gerir os seus interesses, segura que a sua decisão permite tomar o melhor controlo da sua vida. O empoderamento individual é de carácter holístico que permite a liberdade de escolha e ação. Capacita a pessoa a participar, negociar, influenciar e controlar tudo o que diz respeito à sua vida. O empoderamento em saúde tem múltiplos benefícios como: potenciar a autoeficácia e autoestima, aumentar a sensação de controlo, aumentar o conhecimento e permitir a mudança de comportamentos. Assim, o empoderamento tem um impacto positivo na saúde e bem-estar da pessoa (Woodal, Raine, South, & Warwick-Booth, 2010). O processo de empoderamento durante a gravidez, trabalho de parto e parto tem como objetivos fortalecer a participação e o direito da mulher grávida e favorecer o seu desenvolvimento a respeito das decisões do parto. Este processo exige intervenções de carácter educativo, de forma a proporcionar confiança na relação entre EEESMOG – grávida, tornando-a mais harmoniosa e favorecendo o protagonismo da mulher (Jardim, Silva, & Fonseca, 2017).

A participação das mulheres na tomada de decisão durante o trabalho de parto e parto deve ser promovida pelo EEESMOG. Para que as parturientes participem na tomada de decisão, devem ser capacitadas e empoderadas durante a gravidez. Este processo deve ser ativado durante as sessões de preparação para o nascimento e parentalidade, garantindo que as mulheres são proativas neste processo (Couto & Carneiro, 2017). Os cursos de preparação para o nascimento e parentalidade são constituídos por sessões a grupos de casais, onde estes podem esclarecer as suas dúvidas e partilhar ideias e experiências. Estes têm como objetivo “capacitar a mulher/casal para a vivência e experiência de um parto gratificante e saudável” (Pereira, 2016, p. 153). O EEESMOG tem assim um papel essencial na implementação destes cursos, uma vez que tem competências para “conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (Pereira, 2016, p. 153).

Em Portugal, os cursos de preparação para o nascimento e parentalidade surgiram como função de reduzir a ansiedade e a dor associado ao momento do parto, sendo um direito legalmente estabelecido segundo a Lei nº 142/99 de 31 de Agosto, no entanto, ainda não estão ao alcance de todas as grávidas. Este acarreta inúmera vantagens para a mulher e o casal, a mulher com mais conhecimentos acerca do trabalho de parto e parto sente-se mais confiante, experiencia um parto menos doloroso, tem menor probabilidade de um parto instrumentado ou cesariana e necessita de menos medicação (Pereira, 2016).

3. METODOLOGIA DE PESQUISA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

No sentido de sistematizar o conhecimento sobre a caracterização das intervenções de enfermagem que promovem o papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto, elaborou-se o presente relatório de acordo com os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações do *Joanna Briggs Institute* (2014).

A conceitualização teórica relacionada com o tema possibilitou traçar um percurso que envolveu os conceitos transversais à prática de enfermagem, bem como, conceitos específicos que permitiram a formulação da questão de investigação do formato PICO: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto?” Em que a população de interesse (P) são as mulheres parturientes, a Intervenção (I) são as intervenções de enfermagem, e o contexto da área de interesse e intervenção (Co) é o empoderamento da mulher no processo de parto.

Tabela 1 - Critérios utilizados para a formulação da pergunta PICO

			Palavras – Chave
P	População de interesse	Parturiente	Pregnant Women
I	Intervenção	Intervenção do Enfermeiro	Expectant parent classes Childbirth education
Co	Contexto da área de interesse ou intervenção	Empoderamento da parturiente no processo de parto	Empowerment

Fonte: Joana Briggs Institute (2014)

As palavras-chave foram validadas como descritores na plataforma MeSH Browser (URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>) em 16 de fevereiro de 2018.

Para ir ao encontro do objetivo procedeu-se à pesquisa nas seguintes bases de dados da plataforma EBSCO – *host*: Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Review, Cochrane Central of Controlled Trials, Cochrane

Methodology Register, Medclatina. tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão discriminados no anexo II.

A pesquisa foi realizada a 16 de fevereiro 2018 no distrito de Santarém pelas 15.30h com a seguinte expressão de pesquisa: **“Pregnant women” AND “Expectant Parent Classes” OR “Childbirth Education” AND “Empowerment”**

Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes (tabela 2):

Tabela 2 - Limitadores de pesquisa utilizados nas Bases de Dados

CINAHL complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2013- Janeiro 2018; Humano; Sexo feminino; Gravidez; Idade adulta: 19-44 anos; Texto completo em PDF.
Medline Complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2013- Janeiro 2018; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta: 19-44 anos.
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo em pdf; Texto completo; Data Janeiro de 2013- Janeiro 2018; Booleano/frase.
Cochrane Database of Systematic Reviews	Texto completo; Data Janeiro de 2013- Janeiro 2018; Booleano/frase.
Cochrane Central of Controlled Trials	Booleano/frase; Janeiro 2013 – Janeiro 2018; Texto completo; Resumo Disponível.
Cochrane Methodology Register	Booleano/frase; Janeiro 2013 – Janeiro 2018
Mediclatina	Texto completo em pdf; Texto completo; Data Janeiro de 2013- Janeiro 2018; Booleano/frase.

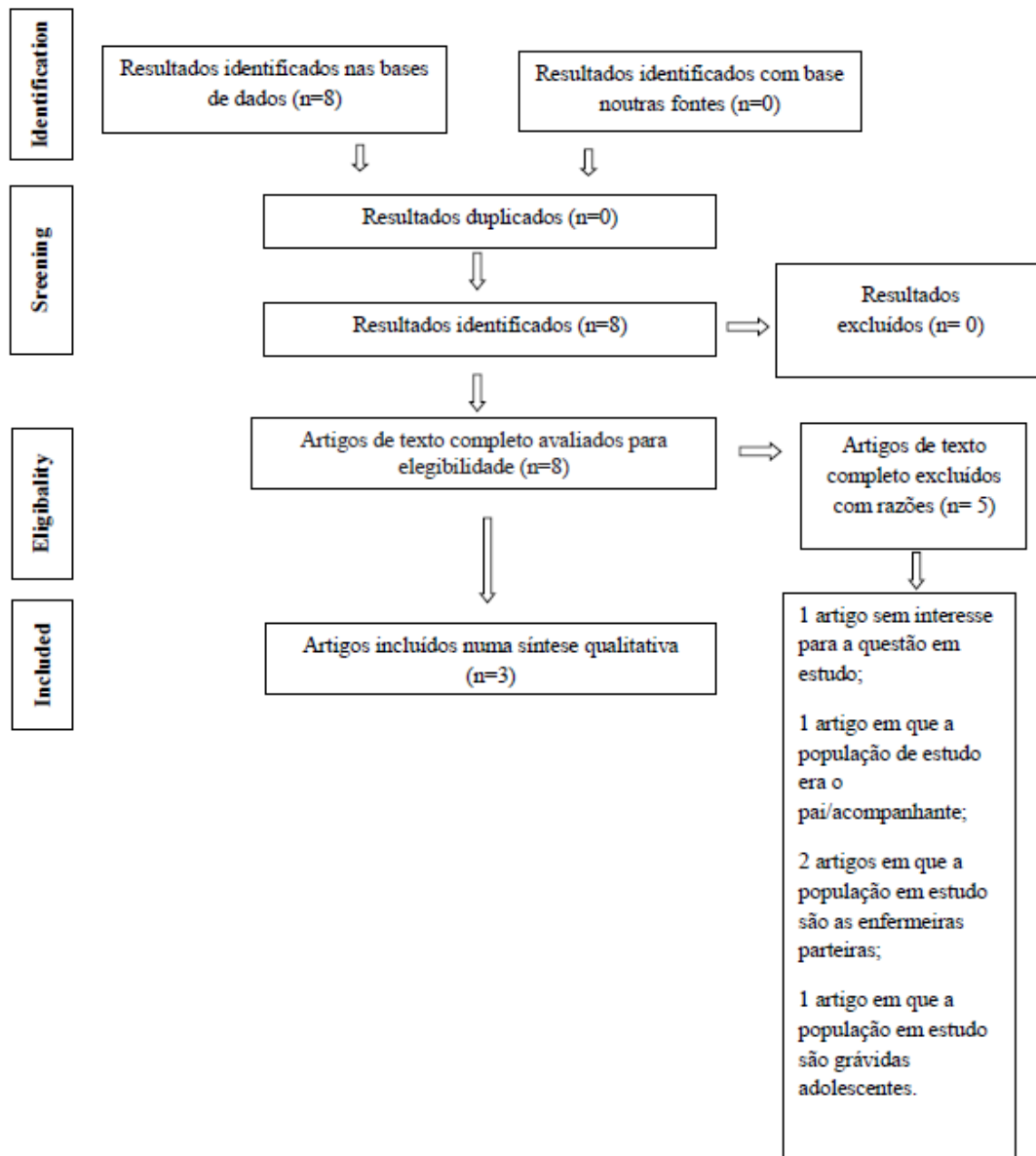
A tabela seguinte refere-se aos dados extraídos nas bases de dados anteriormente referidas.

Tabela 3 - Resultados das bases de dados

Palavras-chave	Resultados da Base de dados
Pregnant women	6,683
Expectant Parent Classes	14
Childbirth Education	70
Empowerment	864
Pregnant Women + (Expectant Parent Classes OR Childbirth Education)	70
Pregnant Women + Empowerment	54
(Expectant Parent Classes OR Childbirth Education) + Empowerment	15
Pregnant women + (Expectant Parent Classes OR Childbirth Education) + Empowerment	8

Partindo de cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos, foram identificados 8 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos (ver anexo II), foram considerados incluídos 3 artigos, tal como representado no PRISMA (esquema 1).

Os artigos seleccionados (em resumo na tabela nº4) foram alvo de uma análise da qualidade metodológica, através do instrumento de avaliação QARI (Anexo II), dado serem estudos qualitativos.



Esquema 2 – PRISMA

Adaptado de Prisma 2009 Flow Chart (The Joanna Briggs Institute, 2014, p. 127)

Tabela 4 - Resumo dos artigos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura (RSL)

Identificação do artigo	<i>Decision Making About Method of Delivery on the U.S. - Mexico Border</i>	<i>Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona</i>	<i>Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera</i>
Autor	Desisto, McDonald, Rochat, Diaz - Apodaca, & Declerq	Compte, Magret, Sabench, Sánchez, Redondo, Cano, Prades, Puig & Suñer-Soler	Vila-Candel, Mateu-Ciscar, Bellvis-Vázquez, Planells-López, Requena-Marín, Gómez-Sánchez
País	Estados Unidos da América	Espanha	Espanha
Ano	2016	2015	2015
Tipo de estudo	Qualitativo	Qualitativo	Qualitativo
População	18 Mulheres grávidas no 3º trimestre da gravidez (> 32 semanas de gravidez), nulíparas, com gravidez de baixo risco e 5 médicos obstetras.	99 mulheres em processo de parto.	249 grávidas
Metodologia	Observação de consultas pré-natais de mulheres no final da gravidez. Entrevistas semiestruturadas às mesmas mulheres nos períodos pré-natal e pós-parto. Realizadas entrevistas estruturadas com os Obstetras das mulheres em estudo de El Paso.	Estudo Observacional, prospetivo e longitudinal	Estudo Observacional e prospetivo em que se avaliam a variáveis (sociodemográficas, preferências durante o período de dilatação, preferências no período expulsivo, cuidado ao bebé e todo o processo de parto e nascimento).
Tratamento dos resultados	Entrevistas gravadas em ficheiro de áudio e transcritas na sua língua original, notas de	Analisar e comparar o modelo de cuidado no parto natural dirigido por parteiras e modelo de	Teste de McNemar para análise estatística das preferências antes e depois da frequência no

	observação revistas e transcritas no período até 24 h após observação das consultas.	cuidado ao parto intervencionado dirigido por parteiras e obstetras.	programa de educação maternal.
Conclusões e Sugestões	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão nas aulas de preparação da maternidade e paternidade de mulheres leigas inseridas na comunidade; - Informar a mulher para que esta possa tomar decisões acerca do seu trabalho de parto e parto; - Empoderar a mulher evita intervenções desnecessárias e complicações; - Formação contínua de toda a equipa de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupação pelo contínuo aumento da intervenção nos nascimentos, aumento da taxa de cesarianas e pela falta de confiança no processo de parto natural; - A deficiente comunicação entre os profissionais podem ser um obstáculo para a adoção de um parto normal e humanizado em meio hospitalar; - É importante reforçar a qualidade e quantidade de informação proporcionada à mulher/família, para estimular a participação da mesma nos processos de tomada de decisão e no início precoce da amamentação; - As mulheres em trabalho de parto e parto de baixo risco devem ser, preferencialmente, cuidadas por parteiras por serem profissionais que prestam cuidados de qualidade e segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> - A intervenção dos profissionais de saúde nas sessões de educação maternal influência a preferências da mulher durante o trabalho de parto e parto; - A escolha das preferências no trabalho de parto e parto deve-se ao interesse da grávida, através da sua própria investigação e o uso de outras fontes de informação; As diferenças mais significativas nos planos de parto corresponderam aos temas: evitar episiotomia, medidas de conforto como: ingestão de líquidos, posição de parto, puxos expulsivos, corte tardio do cordão umbilical e, o mesmo ser cortado pelo acompanhante, contacto pele-a-pele e amamentação mais precoce possível;

Os artigos foram analisados e as intervenções sintetizadas para determinar o conhecimento atual acerca das intervenções que promovem o papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto (ver anexo II). Categorias das intervenções são:

- Promoção do parto normal e humanizado;
- Relação de confiança entre a mulher e os profissionais de saúde;
- Educação no período pré-natal acerca do processo de parto;
- Partilha de experiência entre as mulheres e os pares.
- Tomada de decisão da mulher;
- Preferências da mulher no processo de parto;
- Presença da pessoa significativa;
- Formação contínua dos profissionais de saúde.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta fase da revisão sistemática da literatura (RSL), pretende-se sintetizar os dados resultados de cada estudo incluído. De forma a possibilitar a caracterização e fundamentação das intervenções de enfermagem que permitem a promoção do papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto.

Com a evolução das práticas assistenciais durante o trabalho e parto e parto, com intuito de baixar as taxas de mortalidade e morbidade materno-infantis, os cuidados prestados durante o trabalho de parto tendem a ficar mais uniformizados e intervencionistas. Este acontecimento destituiu a mulher do seu papel ativo, causando-lhe insatisfação e medo. Daí a emergência de mudança de práticas assistenciais (DGS, APEO, & OE, 2012). Assim, compreende-se que os autores dos estudos de investigação incluídos tenham identificado como uma das categorias de intervenção a “**promoção do parto normal e humanizado**”. Os autores Compte, et al. (2015) consideram que a evidência científica demonstra que o parto intervencionado e a cesariana eletiva podem aumentar as taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal, em comparação com a planificação de parto normal. Ao longo dos anos, em diversos países tem se levado a crer que o cuidado no parto normal é similar a um parto considerado complicado ou de risco. Existindo a tendência de cuidar todas as mulheres com o mesmo grau de intervencionismo. Existem diversos obstáculos para a adoção do parto normal e humanizado em meio hospitalar como: fraca comunicação entre os profissionais, plano de cuidados que dão ênfase à necessidade dos profissionais e não das mulheres parturientes e a formação dos profissionais de saúde em meio hospitalar que conferem a falta de privacidade e o cuidado descontínuo. Para DGS, APEO, & OE (2012) na prática clínica os profissionais devem fomentar práticas baseadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto. Promovendo a individualização e a continuidade dos cuidados à parturiente, minimizando o número de profissionais envolvidos no processo de parto, tendo em consideração que as práticas envolvidas no mesmo afetam física e psicologicamente a mãe e o recém-nascido. As intervenções dos profissionais de saúde no trabalho de parto e nascimento podem, assim,

potenciar ou diminuir a confiança da mulher em parir, cuidar e amamentar o seu bebé. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015) é primordial a promoção do parto normal por parte dos EEESMOG. Os mesmos consideram que o EEESMOG é o elemento de referência mais especializado no atendimento ao parto natural. A humanização nos cuidados durante o trabalho de parto e nascimento visa promover uma assistência integral, respeitando e atendendo a parturiente nas dimensões espiritual, psicológica e biológica. O respeito pela fisiologia do parto é realizado através da diminuição de intervenções desnecessárias e na inserção de intervenções que reduzam o desconforto emocional e físico (Almeida, Gama, & Bahiana, 2015). Para IMBCI um dos passos para otimizar o trabalho de parto e parto é a aplicação de conhecimento e competências do EEESMOG/parteira para potenciar a fisiologia normal do parto e da amamentação (International MotherBaby Childbirth Initiative, 2017).

Os autores dos estudos incluídos na RSL concluíram que a **relação de confiança entre a mulher e o profissional de saúde** é fundamental para fomentar a aprendizagem e incrementar a tomada de decisão da mulher. As mulheres grávidas sentem-se mais confiantes a expôr as suas dúvidas e questões junto dos profissionais de saúde ou das pessoas em quem confiam. Sendo a comunicação um fator importante para o estabelecimento dessa relação (Desisto, McDonald, Rochat, Diaz - Apodaca, & Declerq, 2016). No entanto, os mesmos autores referem que as consultas pré-natais são muito breves, e que, apesar dos profissionais de saúde responderem às suas dúvidas, estes não dão a informação que estas consideram necessária. O que faz com que mulheres necessitem de recorrer a outras fontes de informação (Desisto, McDonald, Rochat, Diaz - Apodaca, & Declerq, 2016). Em Portugal, as consultas nos centros de saúde duram em média 15 minutos. A Ordem dos Médicos considera que 15 minutos é um tempo curto, para a complexidade das consultas, bem como, a dificuldade em gerir a consulta com o registo no sistema informático do Serviço Nacional de Saúde (LUSA, 2017). Para Direção-Geral da Saúde (2015) nas consultas de vigilância pré-natal devem ser prestados cuidados centrados na mulher/família, sendo o esquema de consultas, intervenções e exames adaptado consoante a presença ou não de fatores de risco ou risco. Phaneuf (2004) salienta que a comunicação e relação de ajuda são influenciados pela qualidade da presença, pelo respeito e pela autenticidade da enfermeira. A escuta, a capacidade de aceitar o outro na sua diversidade e acolher o seu sofrimento, são qualidades indispensáveis para a manutenção de uma relação de confiança e ajuda. Para Virginia Hendeson, entre os diferentes níveis de relação com a pessoa cuidada, a enfermeira e a

peessoa são parceiros e formulam, em conjunto, o seu plano de cuidados. A relação de confiança permite que ambos trabalhem para o mesmo objetivo, sendo a promoção da saúde indispensável para tal (Tomey, 2003).

Para Vila – Candel, et al (2015) a **educação pré-natal** é crucial para que a mulher esteja informada e empoderada sobre o trabalho de parto e parto. Os mesmos autores concluem que as mulheres têm uma ideia pré-determinada do parto, que pode ser menos correta, e que os benefícios da educação pré-natal são indiscutíveis. Por outro lado, os mesmos autores (2015) referem que as características intrínsecas dos profissionais que ministram os cursos de educação pré-natal influenciam a transmissão de informação como: diferentes atitudes perante a promoção do parto normal, a comunicação, a capacidade de síntese e a empatia. Para Virginia Henderson é mais vantajoso ajudar as pessoas a aprender a serem saudáveis do que a preparar os profissionais de saúde mais competentes para servirem as pessoas em crise (Tomey, 2003). Segundo o RCEEEESMOG (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4) o EEESMOG “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal”. Assim, torna-se fundamental facultar e habilitar as mulheres grávidas e parturientes para o autocuidado, promovendo a sua saúde pré-natal e a promoção do parto normal, através da educação. Esta educação torna-se mais adequada se os EEESMOG fornecerem informação e educação sobre a gravidez, preparação para o nascimento e parentalidade centrada nas necessidades da mulher/casal/família, pelos profissionais de referência e confiança na vigilância pré-natal (DGS, APEO, & OE, 2012).

Os autores do artigos incluídos na presente RSL refletem a importância da **partilha de experiências entre as mulheres e os seus pares** nos programas de educação pré-natal (Desisto, McDonald, Rochat, Diaz - Apodaca, & Declerq, 2016). Como referido anteriormente, as mulheres procuram outras fontes de informação quando consideram que o profissional de saúde não lhes transmitiu todas as informações necessárias. A mulher grávida aprende da partilha de experiências das pessoas em quem confia, como as mulheres importantes da sua vida: irmãs, mães, tias, amigas, entre outras, sendo que estas fontes de informação são decisivas para a tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e parto. Desta forma, os autores consideram relevante incluir nos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade mulheres inseridas na comunidade que não sejam profissionais da área da saúde, para permitir a partilha de experiências sobre os trabalhos de parto e parto e formas de comunicar à equipa de saúde as suas preferências durante o mesmo. Com estas

estratégias as mulheres grávidas podem vir a sentir-se mais confortáveis em colocar questões sendo uma motivação para a mulher se sentir mais participativa no seu projeto de maternidade e mais empoderada.

Os autores Desisto, McDonald, RoCHAT, Diaz - Apodaca, & Declerq (2016) consideram que as mulheres que estão incluídas no **processo da tomada de decisão** têm experiências de parto mais positivas. No entanto, as mulheres grávidas consideram que os profissionais de saúde não lhe transmitem todas as informações necessárias acerca do método do parto antes do seu trabalho de parto e parto. Os autores Vila – Candel, et al (2015) atentam que o plano de cuidados no trabalho de parto e parto deve incluir a decisão da mulher parturiente, através da receção da melhor atenção, tanto técnica como humana, bem como, toda a informação necessária para que a mesma tenha uma participação ativa. Estes autores concluem que nos encontramos numa altura propícia para rever e re-orientar os cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto, melhorando inúmeros aspectos como a autonomia da grávida e aplicação de práticas baseadas na evidência. Assim, são oferecidas as condições máximas de segurança, reconhecendo o seu direito de parir com respeito, intimidade e participação na tomada de decisões, conferindo as melhores condições para a mulher e o seu recém-nascido. É transversal em todos os estudos a **relevante importância do respeito pelas preferências da mulher durante o trabalho de parto e parto**. Desisto, McDonald, RoCHAT, Diaz - Apodaca, & Declerq (2016) referem que a equipa de saúde confere suporte à mulher respeitando o seu plano de parto, os seus desejos e as suas preferências. Estes concluem que as mulheres demonstram uma forte preferência pelo parto vaginal e que consideram tentar tudo para evitar uma cesariana. Para Vila – Candel, et al (2015, p. 29) “o plano de parto (...) é um documento escrito (...) onde a grávida manifesta (...) os seus desejos e expectativas para o momento do parto e do nascimento”. Os autores Compte, et al. (2015) descrevem que o parto e o nascimento são acontecimento de carácter fisiológico e requerem intervenções que respeitem as diferentes culturas e que permitem a prestação de cuidados de saúde sensíveis às necessidades de cada mulher. Para Ordem dos Enfermeiros (2015) o modelo de cuidados centrados na mulher implica que o EEESMOG adequa o plano de cuidados às reais necessidades da mulher, promovendo escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos ao trabalho de parto e parto. Assim, é enfatizado o empoderamento/capacitação da mulher, que pode afirmar a sua força e competências pessoais como um compromisso com a promoção do trabalho de parto e parto fisiológicos. Este modelo de cuidados dá prioridade aos desejos e necessidades das mulheres, enfatizando

a importância da escolha informada, da continuidade dos cuidados, do envolvimento das mulheres grávidas e parturientes, da qualidade dos cuidados, da capacidade de resposta e acessibilidade. O EEESMOG ao prestar cuidados centrados na mulher deve defender a mulher, para que esta consiga tomar as suas próprias decisões, apoiar nas suas escolhas informadas, de forma a incentivar a sua autoeficácia, para tal deve fornecer informações e educar de forma imparcial e isenta de julgamentos (Ordem dos Enfermeiros , 2015). Este modelo de cuidados acenta na filosofia teórica de Virgina Henderson em que o enfermeiro e a pessoa recetora de cuidados são parceiros que formulam em conjunto o plano de cuidados, as necessidades da pessoa existem independentemente do diagnóstico, mas podem ser alteradas por inúmeras condicionantes como “idade, temperamento, o estado emocional, estatuto social ou cultural e as capacidades físicas e intelectuais” (Tomey, 2003, p. 116) O cuidado centrado na mulher tem como princípios (Ordem dos Enfermeiros , 2015):

- A gravidez e o parto são o início da vida familiar, e não um episódio clínico isolado. Valoriza-se os significados individuais que cada mulher traz, tendo em consideração a sua experiência de maternidade;
- As mulheres são parceiras igualitárias no planeamento e prestação de cuidados;
- A escolha informada é fundamental, considerando as diferentes opções disponíveis durante a gravidez, parto e pós-parto;
- Às mulheres é conferida uma continuidade de cuidados, para que seja possível conseguirem desenvolver uma relação de confiança com os seus cuidadores.

Os suporte contínuo prestado pelo EEESMOG às parturientes tem o objetivo de promover uma forma positiva de encarar todo o processo de nascimento. Existem diversos tipos de suporte como (Amaral & Martins, 2016): o suporte físico e de conforto que permite melhorar o progresso do trabalho de parto, bem como a satisfação materna e a manutenção de um ambiente confortável; O suporte emocional como uma aptidão para participar e compartilhar os sentimentos da parturiente, este pressupõe que o EEESMOG motive a parturiente com a ocupação da mente com pensamentos positivos, diminuindo o medo, a ansiedade e a sensação de ameaça. Para tal, é fundamental o estabelecimento de uma relação de confiança, sem julgamentos e através de uma comunicação eficaz; o suporte de informação e instrução que se inicia no período pré-natal e o suporte de proteção que inclui a proteção da parturiente, atendendo às suas necessidades e assistir no processo de tomada de decisão, através da relação de ajuda.

Como visto anteriormente, a mulher deve sentir-se e estar no controlo da situação, sem pressão e com apoio da equipa de saúde. Neste sentido, o plano de parto transforma-se numa ferramenta valiosa para o EEESMOG, principalmente se este não conhecer antecipadamente a mulher/casal, no plano de parto estão contempladas as intenções e expectativas do casal para o trabalho de parto, nascimento e pós-parto. Este documento facilita a prestação de cuidados centrados na mulher parturiente, bem como, o envolvimento do acompanhante. No entanto, se a mulher não tiver um plano de parto esta deve ser igualmente encorajada a referir quais as suas preferências e sentir que estas são ouvidas e suportadas (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Está contemplado no RCEEEESMOG (2010) a promoção da elaboração de um plano de parto por parte da mulher/família, bem como, o seu cumprimento “Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5).

No estudo de Vila – Candel, et al (2015), os autores identificam que o que as mulheres mais valorizam na planificação dos seus plano de parto é: evitar episiotomia, a possibilidade de ingestão de líquidos, a posição de parto, os puxos expulsivos, o corte tardio do cordão umbilical e o mesmo ser cortado pelo acompanhante, contacto pele-a-pele e amamentação mais precoce possível. Estes temas vão de encontro aos indicadores do projeto “Maternidade com Qualidade” explorados no capítulo 1 do presente relatório: Hidratação / ingestão em trabalho de parto, estímulo das posições não supinas durante o trabalho de parto, evitar a episiotomia de rotina, alívio da dor com recurso a medidas não farmacológicas, a amamentação na 1ª hora de vida e o contacto pele-a-pele (MCEESMO - OE, 2014).

Para Vila – Candel, et al (2015) outra categoria de intervenção fundamental é a **presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto**. “Entende-se que, em um momento tão especial como é um nascimento de um filho, estar acompanhada pelo parceiro é muito importante para a grávida” (Vila - Candel, et al., 2015, p. 33). Segundo Oliveira et al. (2011) a presença de um acompanhante significativo para a mulher durante o trabalho de parto e parto traz benefícios como maior tranquilidade e segurança por parte da mulher no processo de nascimento, diminuição do tempo de trabalho de parto, diminuição do número de cesarianas e redução do risco de depressão pós-parto. É fundamental a presença da pessoa significativa para confortar e encorajar a mulher durante todo o processo. Segundo a lei nº 15/2014 de 21 de março “2- é reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida” (Lei n.º 15/2014 de 21 de março, capítulo III, seção I,

artigo 12º, nº 2). A IMBCI também documenta um dos passos para otimizar o trabalho de parto e parto: transmissão de informação à mulher sobre os benefícios do suporte contínuo e afirmação dos seus direitos para receber um acompanhante escolhido por si, durante o trabalho de parto e parto (International MotherBaby Childbirth Initiative, 2017).

Como referindo anteriormente as mulheres confiam na equipa de saúde para a prestação de cuidados de excelência logo a equipa de saúde deve estar em constante atualização das melhores práticas durante o trabalho de parto e parto (Desisto, McDonald, Rochat, Diaz - Apodaca, & Declerq, 2016). Desta forma, a **formação contínua** permite à equipa de saúde manter-se informada e atualizada para poder educar adequadamente a mulher grávida. Por outro lado, a formação contínua da equipa de saúde permite reduzir as taxas de cesariana, visto que a equipa de saúde relembra e mantém-se atualizada acerca dos benefícios para a mãe e recém-nascido do parto normal (Desisto, McDonald, Rochat, Diaz - Apodaca, & Declerq, 2016). Tendo em consideração a teoria de enfermagem de Virginia Henderson a formação contínua é fundamental para os enfermeiros. Os enfermeiras devem basear a sua prática de cuidados em evidência científica, e as questões de investigação surgem a partir de cada um dos 14 componentes do cuidado básico de enfermagem. “É função da enfermeira assumir a responsabilidade da identificação de problemas, validando continuamente a sua função, melhorando os métodos que utiliza e reassegurando a eficácia dos cuidados de enfermagem” (Tomey, 2003, p. 120). Para a promoção do parto normal e pelo respeito dos direitos da mulher os EEESMOG devem fomentar a investigação sobre práticas clínicas, considerando a fisiologia e processos de gravidez, trabalho de parto, parto, amamentação e pós-parto, é necessário estimular a formação contínua dos médicos e enfermeiros sobre as práticas promotoras do parto normal, bem como, o treino regular na assistência a mães e recém-nascidos em situações de emergência (DGS, APEO, & OE, 2012). Um dos passos passo das IMBCI também contempla a formação contínua dos profissionais referindo a promoção de cuidados baseados em evidência científica para beneficiar o trabalho de parto e parto (International MotherBaby Childbirth Initiative, 2017).

5. CONCLUSÃO

No presente relatório, onde a RSL foi a metodologia selecionada para ir ao encontro das evidências científicas, procurou-se obter resposta para a pergunta PICO “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto?”.

Foram analisados três artigos, de estudo qualitativo com níveis de evidência nº 3c segundo *Joanna Briggs Institute Levels of Evidence – Effectiveness* (The Joanna Briggs Institute, 2014), o que permitiu uma visão abrangente do tema em estudo. Os resultados mostraram que as categorias de intervenção para a promoção do papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto apresentam pontos comuns com os conceitos abordados na concetualização teórica. Assim, as intervenções de enfermagem para a promoção do papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto identificadas foram: **Promover o parto normal e humanizado, estabelecer uma relação de confiança entre a mulher e o EEESMOG, educar no período pré-natal acerca do processo de parto, permitir a partilha de experiências entre as mulheres e pares, respeitar a tomada de decisão da mulher, respeitar as preferências da mulher no processo de parto, promover a presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto, estimular a formação contínua dos profissionais de saúde.** As intervenções de enfermagem identificadas vão ao encontro do RCEEEESMOG no período pré-natal: “H2.1.5 Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sob os recursos disponíveis na comunidade”, “H2.1.7 concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável”, “H2.1.9 Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4). No trabalho de parto e parto a unidade de competência H.3.1 “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Com a realização do presente relatório foi possível confirmar a importância do EEESMOG como promotor da saúde junto da mulher grávida/parturiente e a sua família no

planeamento das suas preferências de trabalho de parto e parto. Visto que, colocar a mulher/família no centro do plano de cuidados é respeitar os seus direitos como pessoa e parturiente, considerando que esta tem um papel ativo no seu próprio trabalho de parto e parto, concomitantemente são respeitados os decursos fisiológicos do processo de parto, promovendo um parto normal e, conseqüentemente, reduzindo o intervencionismo e a taxa de cesarianas. Assim, a implementação do documento realizado em estágio IV e abordado anteriormente (anexo I) onde estão contempladas as preferências da mulher parturiente e da sua família é uma atividade que permite desenvolver as intervenções de enfermagem identificadas no presente relatório.

A realidade de alguns hospitais portugueses ainda está longe do ideal, mas é com pequenos passos que se consegue chegar à excelência dos cuidados. A intervenção diária do EEESMOG como prestador de cuidados e protetores da parturiente é fundamental para a consciencialização de todos os profissionais de saúde para a importância do respeito pelas preferências da mulher durante o trabalho de parto e parto, bem como, a promoção do parto normal e humanizado. Por outro lado, seria importante a implementação de projetos de melhoria da qualidade em todas as maternidades hospitalares, semelhantes ao projeto estudado “Maternidade com Qualidade”. Com os achados é imperativo a promoção da comunicação entre os EEESMOG que prestam cuidados no período pré-natal e os EEESMOG que prestam cuidados no trabalho de parto, parto e puerpério.

Em suma, o presente trabalho permitiu enriquecer o percurso formativo, no entanto, ainda existe muito mais para aprender sobre o presente tema. Considera-se que o presente relatório foi uma mais valia para a produção de conhecimento científico que possa ser usado como base à prestação de cuidados à mulher parturiente e à sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, O., Gama, E., & Bahiana, P. (Jan. - Jun. de 2015). Humanização do Parto - a atuação dos enfermeiros . *Revista Enfermagem Contemporânea* , pp. 79-90.
- Amaral, A., & Martins, C. (2016). Manutenção das necessidades da parturiente . Em M. Nené, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 400-406). Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda. .
- Balaskas, J. (2017). *Parto Ativo - Guia prático para o parto natural* . São Pedro do Estoril : 4Estações - Editora, Lda.
- Compte, C., Magret, A., Sabench, C., Sánchez, J., Redondo, J., Cano, A., . . . Suner-soler, R. (2015). Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas profesión, 16* , pp. 54-60.
- Couto, C., & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global nº 47*, 552-562.
- Desisto, C., McDonald, J., Rochat, R., Diaz - Apodaca, B., & Declerq, E. (2016). Decision Making About Method of Delivery on the U.S. - Mexico Border. *Health Care For Women International, 37*, pp. 426-443.
- DGS, APEO, & OE. (2012). *Documento de Consenso "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada"*. Ordem dos Enfermeiros.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto . Em M. Nené, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lisboa : Lidel - edições técnicas, Lda.

- Ferreira, A., Ribeiro, M., Dias, L., Ferreira, J., Ribeiro, M., & Neto, F. (Maio de 2013). HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: ACOLHER A PARTURIENTE NA. *Revista Enfermagem UFPE On Line* , pp. 1398-1405.
- Ferreira, C. C. (2015). *Os bebés também querem dormir*. Lisboa : Matéria-prima Edições .
- Ferreira, C. C. (2016). *O Livro de Magia das Mães* . Lisboa : Matéria Prima - edições .
- Frello, A., & Carraro, T. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, pp. 660-8.
- International MotherBaby Childbirth Initiative. (23 de Novembro de 2017). Obtido de International MotherBaby Childbirth Initiative: www.imbco.weebly.com
- Jardim, M., Silva, A., & Fonseca, L. (2017). Contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no processo de parturição natural . *VIII Jornada Internacional Políticas Públicas*. Universidade Federal do Maranhão, Brasil : UFMA.
- LUSA. (23 de Novembro de 2017). *Quanto tempo duram as consultas no médico? 15 minutos em Portugal, 48 segundos no Bangladesh*. Obtido de Público : <https://www.publico.pt/2017/11/23/sociedade/noticia/consultas-no-medico-de-familia-duram-em-media-15-minutos-em-portugal-1793594>
- MCEESMO - OE. (2014). *Maternidade com qualidade* . Obtido de Ordem dos enfermeiros: www.ordemenfermeiros.pt, pesquisa realizada a 15 de Março de 2017.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa : Lidel - Edições técnicas, Lda. .
- Oliveira, Sandra. (2017). *Nascer Saudável*. Porto Salvo: Edições Chá das Cinco Lda.
- Oliveira, A., Rodrigues, D., Guedes, M., Felipe, G., Galiza, F., & Monteiro, L. (Abril - Junho de 2011). O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. *Coagitare Enfermagem* , pp. 247-253.
- OMS. (2002). *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum care. Promoting Effective Perinatal Care. Training modules, Module 3*. WHO Regional Office for Europe .

- Ordem dos Enfermeiros . (22 de Outubro de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica* . Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros . (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia/ Parteiras* . Goody, S.A.
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica* . Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentocompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Pereira, M. (2016). Preparação para o nascimento e parentalidade . Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 152-157). Lisboa : Lidel - edições técnicas, Lda.
- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* . Loures : Lusociência - edições técnicas e científicas, Lda .
- PWC. (Março de 2015). *Mulheres em Portugal - Onde estamos e para onde queremos ir*. Lisboa, Portugal: PWC.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. The University of Adelaide - Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Tomey, A. M. (2003). Virginia Henderson - Definição de Enfermagem . Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem, 5ª Edição* (pp. 111- 125). Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. .
- Vila - Candel, R., Mateu-Ciscar, C., Bellvis - Vázquez, E., Planells-López, E., Requena-Marin, M., & Gómez - Sánchez, M. J. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. *Matronas Profesión, 16*, pp. 28-36.

Woodal, J., Raine, G., South, J., & Warwick-Booth, L. (2010). *Empowerment and health & well-being - Evidence review*. Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University: All Together Better.

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva : World Health Organization .

ANEXOS

Anexo I – Plano de preferências da mulher parturiente e família

BLOCO DE PARTOS

Identificação da Parturiente

--

PLANO DE PREFERÊNCIAS DA MULHER PARTURIENTE E FAMÍLIA

	Sim	Não	Na
Tem plano de parto?			
Deseja presença de acompanhante?			
O seu acompanhante quer assistir ao parto?			
Ingestão de líquidos claros durante o trabalho de parto (chá, água e sumo de frutas sem polpa, volumes não superiores a 100 ml de 15 em 15 minutos)			
Adoção de diferentes posições durante o trabalho de parto e parto: litotomia, ereta, cócoras, lateralizada, de “gatas” Se sim, quais? _____			
Pretende realizar analgesia epidural?			
Pretende adotar medidas não farmacológicas (deambulação e mudança de posição, bola de pilatos, hidroterapia, musicoterapia, entre outras) Se sim, quais? _____			
Deseja que lhe seja administrada perfusão ocitócica, durante o 1º estágio do trabalho de parto?			
Acompanhante/pai ou parturiente pretende fazer corte do cordão umbilical? Se sim, quem? _____			
Pretende realizar contacto pele-a-pele precocemente?			
Pretende amamentar e iniciar a amamentação na 1ª hora do pós-parto?			

Sugestões/comentários: _____

Anexo II – Protocolo de Pesquisa

Título - Intervenções de Enfermagem na promoção do papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto

Sara, Costa¹

Dias, Hélia¹

Santiago, Maria Conceição¹

1 Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde

Autor Correspondente:

Sara Costa

Email: enf.saracosta@gmail.com

Questão de Investigação

Pergunta PICO: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto?” Em que a população de interesse (P) são as mulheres parturientes, a Intervenção (I) são as intervenções de enfermagem, e o contexto da área de interesse e intervenção (Co) é o empoderamento da mulher no processo de parto.

Quadro 2 - Critérios utilizados para a formulação da pergunta PICO

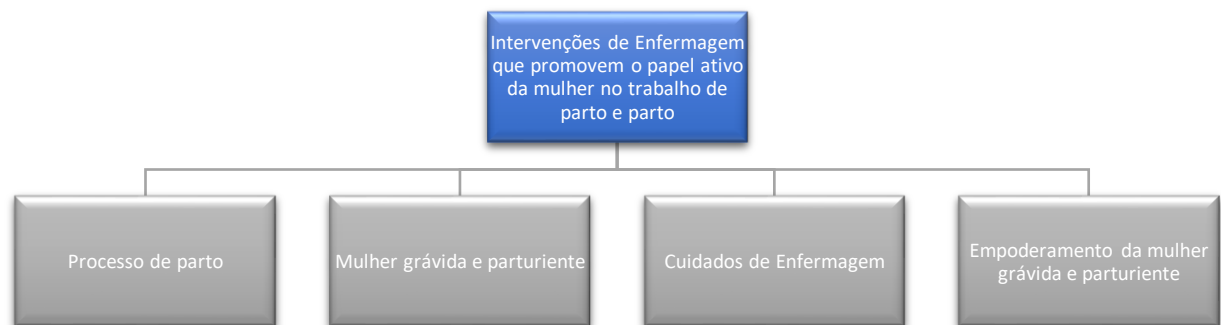
			Palavras – Chave
P	População de interesse	Parturiente	Pregnant Women
I	Intervenção	Intervenção do Enfermeiro	Expectant parent classes Childbirth education
Co	Contexto da área de interesse ou intervenção	Empoderamento da parturiente no processo de parto	Empowerment

Objetivo

Identificar estudos que referenciam intervenções de Enfermagem na promoção do papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto.

Conceptualização - Mapa conceptual

O mapa conceptual permite desenvolver uma estratégia de pesquisa compreensiva e providencia uma clara imagem do tópico de pesquisa. Neste está definido o tema, deste advêm as áreas de interesse. A conceptualização será desenvolvida em maior pormenor no capítulo 2 do presente relatório. Após identificado o tópico e as áreas de interesse, são reconhecidas as disciplinas profissionais que publicam artigos sobre o tópico que se pretende desenvolver.



Áreas de interesse:

1. Medicina/saúde
2. Ciências sociais: Psicologia e Sociologia

Palavras-chave

As palavras-chave são descritoras da *Mesh Browser*:

- Pregnant Women
- Expectant parent classes
- Childbirth Education
- Empowerment

<https://meshb.nlm.nih.gov/search> [consultado a 16-02-2018]

CrITÉRIOS de inclusÃO

Participantes

Mulheres parturientes em idade adulta (19-44 anos): com gravidez de baixo risco, sem patologia prévia à gravidez

Intervenções de interesse

Intervenções de enfermagem que promovam o papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto

Resultados

Características que ilustram o papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto

Tipo de estudos

Todos os tipos

Estratégia de pesquisa

Com base nas palavras-chave descritoras Mesh Browser procuraram-se estudos que identifiquem intervenções de Enfermagem para a promoção do papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto. Para ir ao encontro do objetivo procede-se à pesquisa nas seguintes bases de dados da plataforma EBSCO – host:

- Medline;
- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL);
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive
- Cochrane Database of Systematic Review
- Cochrane Central of Controlled Trials
- Cochrane Methodology Register
- Mediclatina

A pesquisa foi realizada a 16 de fevereiro 2018 no distrito de Santarém pelas 15.30h com a seguinte expressão de pesquisa: **“Pregnant women” AND “Expectant parent classes” OR “Childbirth Education” AND “Empowerment”**

Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes (quadro 2):

Quadro 3 - Limitadores de pesquisa da Base de Dados

CINAHL complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2013- Janeiro 2018; Humano; Sexo feminino; Gravidez; Idade adulta: 19-44 anos; Texto completo em PDF.
Medline Complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Janeiro de 2013- Janeiro 2018; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta: 19-44 anos.
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo em pdf; Texto completo; Data Janeiro de 2013- Janeiro 2018; Booleano/frase.

Cochrane Database of Systematic Reviews	Texto completo; Data Janeiro de 2013- Janeiro 2018; Booleano/frase.
Cochrane Central Controlled Trials	Booleano/frase; Janeiro 2013 – Janeiro 2018; Texto completo; Resumo Disponível.
Cochrane Methodology Register	Booleano/frase; Janeiro 2013 – Janeiro 2018
Mediclatina	Texto completo em pdf; Texto completo; Data Janeiro de 2013- Janeiro 2018; Booleano/frase.

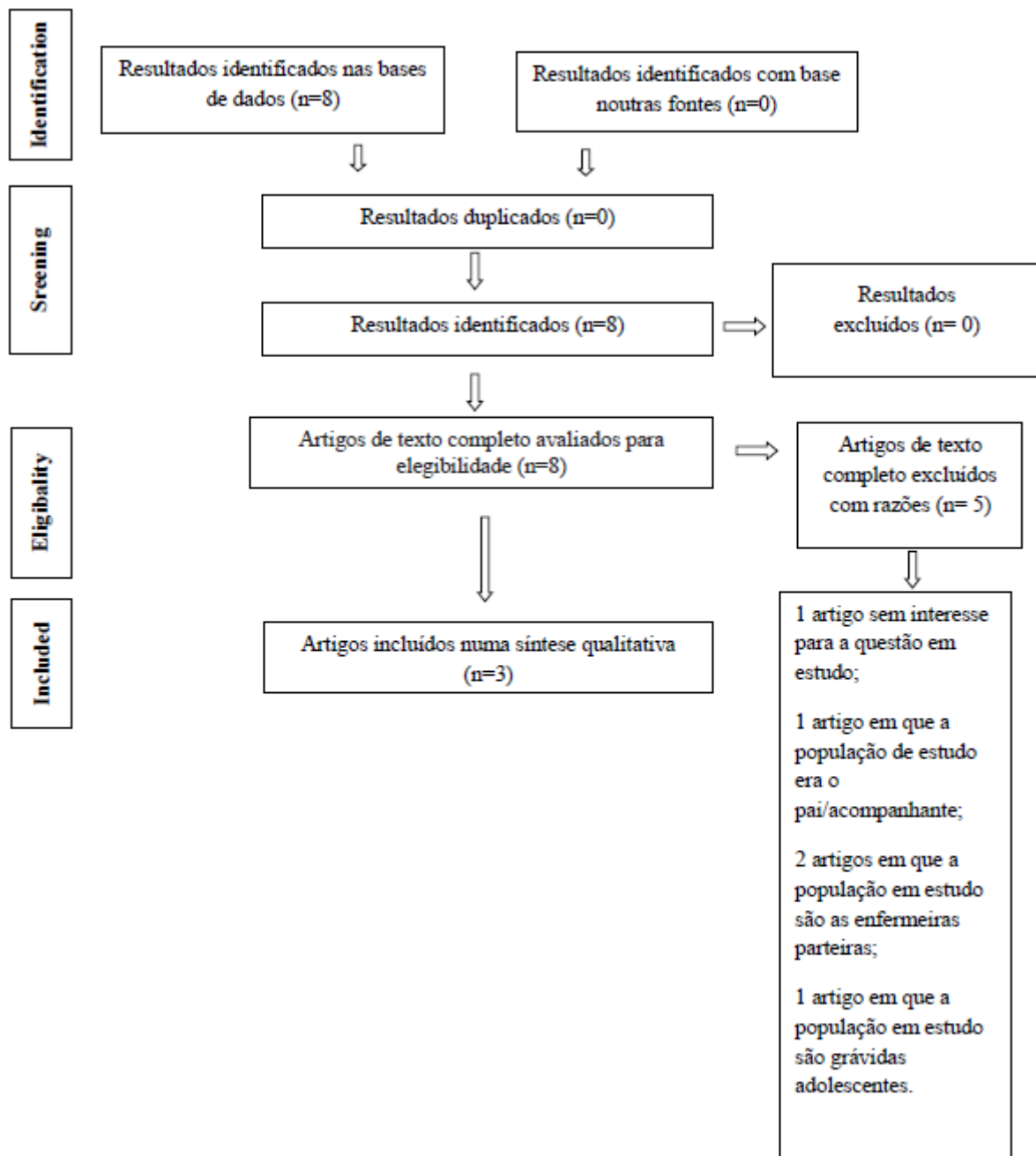
A tabela seguinte refere-se aos dados extraídos nas bases de dados anteriormente referidas.

Tabela 1 - Resultados das bases de dados - Pesquisa realizada a 16 de Fevereiro de 2018 às 15.30h, Distrito de Santarém

Palavras-chave	Resultados da Base de dados
Pregnant women	6,683
Expectant Parent Classes	14
Childbirth Education	70
Empowerment	864
Pregnant Women + (Expectant Parent Classes OR Childbirth Education)	70
Pregnant Women + Empowerment	54
(Expectant Parent Classes OR Childbirth Education) + Empowerment	15
Pregnant women + (Expectant Parent Classes OR Childbirth Education) + Empowerment	8

Avaliação de qualidade metodológica

Partindo de cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos, foram identificados 8 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos, foram considerados incluídos 3 artigos. Os artigos selecionados foram alvo de uma análise da qualidade metodológica, através do instrumento de avaliação QARI (ver anexo I). O motivo da aplicação deste instrumento deve-se ao fato dos artigos incluídos incidirem em estudos de paradigma qualitativo.



Esquema 3 - Adaptado de Prisma 2009 Flow Chart (Joanna Briggs Institute 2014:127)

Resultados

Os artigos foram analisados e as intervenções sintetizadas para determinar o conhecimento atual acerca das intervenções que promovem o papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto. Categorias das intervenções são:

- Relação de confiança entre a mulher e os profissionais de saúde;
- Preferências da mulher no processo de parto;
- Tomada de decisão da mulher;
- Formação contínua dos profissionais de saúde;
- Partilha de experiência entre as mulheres e os pares.
- Promoção do parto normal e humanizado;
- Educação no período pré-natal acerca do processo de parto;
- Presença da pessoa significativa.

Análise de resultados

A análise descritiva dos resultados encontra-se realizada no presente trabalho no capítulo 4.

Conflitos de Interesse

O autor não tem conflitos de interesse a declarar.

Referências Bibliográficas

- Compte, C., Magret, A., Sabench, C., Sánchez, J., Redondo, J., Cano, A., . . . Suner-soler, R. (2015). Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas profesión, 16* , pp. 54-60.
- Desisto, C., McDonald, J., Rochat, R., Diaz - Apodaca, B., & Declerq, E. (2016). Decision Making About Method of Delivery on the U.S. - Mexico Border. *Health Care For Women International, 37*, pp. 426-443.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. The University of Adelaide - Austráia: The Joanna Briggs Institute.
- Vila - Candel, R., Mateu-Ciscar, C., Bellvis - Vázquez, E., Planells-López, E., Requena-Marin, M., & Gómez - Sánchez, M. J. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. *Matronas Profesión, 16*, pp. 28-36.

ANEXOS

Anexo I: Avaliação Crítica de Artigos – Qari



AVALIAÇÃO CRÍTICA DE ARTIGOS

QARI | JBI

Título Decision Making About Method of Delivery on the U.S.–Mexico Border
--

Revisor Sara Costa

Autor Carla L. Desisto; Jill A Mcdonald; Roger Rochat; Beatriz A. Diaz Apodaca; Eugene Declercq
Ano 2016

Título Decision Making About Method of Delivery on the U.S.–Mexico Border

	QARI					COMMENTS
	Criteria	Y	N	unc	na	
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	X				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	X				
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	X				
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	X				
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	X				
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.		X			
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.	X				“A single bilingual investigator conducted all observations and interviews.”
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	X				
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	X				“The study protocol was evaluated by Emory University and the Centers for Disease Control and Prevention for human subjects concerns and determined to be exempt from Institutional Review Board review.”
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	X				

Absolut Value	X						
---------------	---	--	--	--	--	--	--

Legend: Y – Yes | N – No | unc – unclear | na – not applicable

DECISÃO

Ineívoco [] Credível [x] Indefinido []

Fundamentação: O artigo demonstra ser de relevada importância para o tema em estudo. Demonstra o nível de evidência nº 3c segundo *Joanna Briggs Institute Levels of Evidence - Effectiveness*

Dimensões	Descrição das características
Método	Tipo de estudo qualitativo. Observação de consultas pré-natais de mulheres no final da gravidez. Entrevistas semiestruturadas às mesmas mulheres nos períodos pré-natal e pós-parto. Realizadas entrevistas estruturadas com os Obstetras das mulheres em estudo de El Paso.
Fenómeno de interesse	Comunicação e tomada de decisão acerca do tipo de parto, entre as mulheres e médicos obstetras.
Contexto de cuidados	Vigilância pré-natal
Origem geográfica	Cidades de El Paso, Texas, Ciudad Juárez e Chihuahua
Origem cultural	Ocidental
Participantes	18 Mulheres grávidas no 3º trimestre da gravidez (> 32 semanas de gravidez), nulíparas, com gravidez de baixo risco e 5 médicos obstetras.
Conclusões dos autores	Os autores categorizam a informação recolhida entre as entrevistas e observação das consultas pré-natais resultando de 7 categorias diferentes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fontes de informação da mulher; 2. Antecipação do tipo de parto; 3. Indução do trabalho de parto; 4. Intervenções para acelerar o trabalho de parto; 5. Comunicação entre a mulher e o médico; 6. Participação da mulher na tomada de decisão do tipo de parto; 7. Barreiras para a tomada de decisão da mulher do tipo de parto. 1. Os autores concluem que as mulheres aprendem acerca do trabalho de parto e parto com as mulheres importantes da vida delas, como as suas mães, irmãs, tias e amigas. Pessoas com quem têm muita confiança. O médico é também considerado uma fonte

	<p>de informação e aulas de preparação para a maternidade e paternidade também aprendem o que esperar durante a gravidez, trabalho de parto e parto, amamentação e outros.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Os autores também concluem que as mulheres tendem a ter preferência pelo parto vaginal razões influenciadas pelos custos de uma cesariana mesmo com seguro de saúde, recuperação mais difícil após uma cesariana, por ser mais natural, pelos obstetras também preferirem o parto natural, parto vaginal tem menos complicações para uma gravidez futura, recuperação mais rápida e também ser mais vantajoso para o recém-nascido. 3. Todas as mulheres do estudo acreditavam que o seu trabalho de parto iniciaria de forma espontânea, mas compreendiam por vezes ser necessária a indução do trabalho de parto. As mulheres consideram que a decisão para indução do trabalho de parto é feita exclusivamente pelo médico por terem confiança no mesmo, no entanto, esperam uma razão para que tal aconteça. Nem todas as razões foram de carácter obstétrico ou centradas na mulher. 4. Todas as mulheres do estudo foram submetidas a perfusão ocitócica, os autores referem que esta é uma prática que pode levar ao aumento da necessidade de cesariana. Com isto concluem que as mulheres se encontram informadas e participam na decisão do tipo de parto, contudo não são incluídas na tomada de decisão em intervenções realizadas no decurso do trabalho de parto; 5. A comunicação entre a mulher e o obstetra é fundamental para estabelecer uma relação de confiança, mas estes nem sempre ouvem as suas dúvidas e preocupações. 6. As mulheres estão motivadas para a participar na tomada de decisão durante o trabalho de parto e parto, na ausência de uma emergência obstétrica. As mulheres que apresentam maior conhecimento acerca do nascimento defendem um parto vaginal e tiveram apoio da equipa de saúde. As participantes consideram importante a elaboração de um plano de parto e que o mesmo seja respeitado pela equipa de saúde. As mulheres que se sentem incluídas no processo de decisão demonstram maior gratidão à equipa de saúde e referem uma experiência de parto positiva. As mulheres que se sentiram excluídas do processo da tomada de decisão durante o trabalho de parto e parto referem não ter gostado do Hospital, das enfermeiras e do medico. Referem que numa futura gravidez irão procurar outros profissionais. 7. Como barreiras ao processo de tomada de decisão da mulher no tipo de parto são: acessos limitado às aulas de preparação da maternidade e paternidade por serem caras ou então por serem em horários incompatíveis com horário de trabalho da grávida. E a estrutura das consultas pré-natais: são rápidas e com pouca privacidade. <p>Principais conclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inclusão nas aulas de preparação da maternidade e paternidade de mulheres leigas inseridas na comunidade e/ou enfermeiras adequadamente formadas para tal pelo Lamaze International. As mulheres podem sentir-se mais confortáveis a realizar questões neste ambiente. As aulas permitem empoderar e a motivar a mulher a ser mais participativa; • A mulher precisa de estar bem informada para poder participar nas tomadas de decisão acerca do seu trabalho de parto e parto; • Mulheres empoderadas podem evitar intervenções desnecessárias e eventuais cesarianas ou partos instrumentados; • Formação científica e atualizada a toda a equipa de saúde; • Equipa de saúde deve informar mais a mulher.
--	--

Comentários do revisor	Apesar do artigo incidir maioritariamente na comunicação/relação entre mulher e médico, os conhecimentos adquiridos são fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher na gravidez, trabalho de parto e parto.
------------------------	---

Identificação das categorias

Nome	Relação de confiança entre a mulher e o profissional de saúde	
Descrição Ilustração no txt	As mulheres sentem-se mais confortáveis a expor as suas dúvidas e questões junto de pessoas da sua confiança.	<p>“Study women said that they learned about labor and delivery mostly from important women in their lives, their doctor, and childbirth classes.”(p.431)</p> <p>“Our observations and interviews with women demonstrated that communication between women and their doctors was an important factor in establishing a trusting relationship” (p.434)</p> <p>“Many women mentioned, however, that their prenatal care appointments were very brief. Several said that their doctors listened to their concerns and answered their questions, but they did not provide as much information as they would have liked, leading the women to rely more on other sources of information about the birth process.” (p.435)</p>
Nome	Preferências da mulher no processo de parto	
Descrição Ilustração no txt	É importante para a mulher que sejam respeitadas as suas preferências durante o trabalho de parto e parto. Para tal a equipa de saúde confere suporte respeitando o seu plano de parto, os seus desejos e as suas preferências.	<p>“Women and their providers demonstrated a strong preference for vaginal deliveries.” (p.431)</p> <p>“In the prenatal interview, when discussing the possibility of having a cesarean section, several women expressed a desire to talk to their doctors about trying harder or waiting longer for a vaginal delivery” (p.435)</p>

		“few participants also noted the importance of having a birth plan in writing for their delivery team” (p.435)
Nome	Tomada de decisão da mulher	
Descrição Ilustração no txt	As mulheres que se sentem incluídas na tomada de decisão cerca do trabalho de parto e parto tendem a ter experiências mais positivas.	<p>“In the absence of a medical emergency, however, women wanted to participate in the decision about their own method of delivery. Some women, especially those who were most knowledgeable about the birth process, participated by advocating for a vaginal delivery and taking advantage of a supportive medical team. Women assessed their labor and delivery experience according to their participation in key decisions” (p.435)</p> <p>“Women in El Paso and Ciudad Juarez wanted to be involved in decisions about their own method of delivery. Because prenatal care visits were usually brief, however, women did not learn a lot about delivery decisions from their doctors before the onset of labor.” (p.438)</p>
Nome	Formação contínua dos profissionais de saúde	
Descrição Ilustração no txt	As mulheres confiam na equipa de saúde para a prestação de cuidados de excelência logo a equipa de saúde deve estar em constante atualização das melhores práticas durante o trabalho de parto e parto	<p>“successful interventions may include periodic scientific training for busy obstetricians and medical staff on labor and delivery”(p.440)</p> <p>“Practitioners, including doctors, nurses, and midwives, who stay up-to-date on the literature regarding cesarean deliveries may provide more accurate information to women; binational continuing education may keep practitioners well-informed and augment independent reading of professional journals. Several authors have suggested the use of continuing education for providers as a way to reduce cesarean delivery rates” (p.440)</p> <p>“As part of a multifaceted intervention, professional continuing education in a</p>

		binational setting may provide an opportunity to ensure that practitioners stay current about the maternal and fetal benefits of vaginal delivery.” (p.440)
Nome	Partilha de experiências entre as mulheres e os seus pares.	
Descrição Ilustração no txt	As mulheres confiam nas mulheres da sua vida (irmãs, mães, tias, amigas...) como importantes fontes de informação, fundamentais para a tomada de decisão no trabalho de parto e parto.	<p>“First, interventions may benefit from the inclusion of childbirth education classes led by <i>promotoras</i>, or female lay community health workers” (p.439)</p> <p>“(…)and they may be able to work with primigravidas and their families to enhance knowledge of labor and delivery and skills to communicate birthing desires to obstetricians. Women may feel more comfortable asking questions of a <i>promotora</i> than a medical doctor, and the classes may empower and motivate women to participate more in their maternity care.” (p.440)</p>

Resultado (s)

Categorias:

- Relação de confiança entre a mulher e os profissionais de saúde;
- Preferências da mulher no processo de parto;
- Tomada de decisão da mulher;
- Formação continua dos profissionais de saúde;
- Partilha de experiência entre as mulheres e os pares.



AVALIAÇÃO CRÍTICA DE ARTIGOS

QARI | JBI

Título Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona

Revisor Sara Costa

Autor Carme Compte, Agnès Magret, Cristina Sabench, Josefa Sánchez, Jezabel Redondo, Ana Cano, Lluïsa Prades, Dolors Puig, Rosa Suñer-Soler
 Año 2015

Jornal: Matronas Profesi3n n3 16, pp 54-60

QARI						COMMENTS
Criteria	y	n	unc	na		
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	X				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	X				
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	X				
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	X				
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	X				
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.			X		
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.			X		
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	X				
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	X				El proyecto del estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación del centro
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	X				
Absolut Value		X				

Legend: Y – Yes | N – No | unc – unclear | na – not applicable

DECISÃO

Inequívoco [] **Credível** [x] **Indefinido** []

Fundamentação: O artigo demonstra ser de relevada importância para o tema em estudo. Demonstra o nível de evidência nº 3c segundo *Joanna Briggs Institute Levels of Evidence - Effectiveness*

Dimensões	Descrição das características
Método	Estudo Observacional, prospetivo e longitudinal
Fenómeno de interesse	Analisar e comparar o modelo de cuidado no parto natural dirigido por parteiras e modelo de cuidado ao parto intervencionado dirigido por parteiras e obstetras.
Contexto de cuidados	Trabalho de parto e parto
Origem geográfica	Girona, Espanha
Origem cultural	Ocidental
Participantes	99 mulheres em processo de parto
Conclusões dos autores	<ul style="list-style-type: none"> • Uma grande parte dos partos de baixo e médio risco resultam em parto eutócico. • As pessoas saudáveis não precisam de medicação excessiva durante o trabalho de parto e parto. Neste sentido quanto mais elevado o nível económico, maior é a aceitação com analgesia epidural, associada à cultura da prevenção. As classes económicas mais baixas mantêm uma atitude mais resignada com a dor e o sofrimento; • Preocupação pelo contínuo aumento da intervenção nos nascimentos, aumento da taxa de cesarianas pela falta de confiança no processo de parto natural; • Os obstáculos para a adoção de um parto normal e humanizado em meio hospitalar resultam da deficiente comunicação entre os profissionais de saúde, a falta de privacidade e a atenção descontinuada. • Estudo das variáveis de saúde do bem-estar do recém-nascido demonstra que os recém-nascidos de parto normal apresentam pontuações iguais ou superiores nas variáveis de bem-estar e ausência de sofrimento fetal; • Não se observam diferenças significativas na satisfação da mulher no tipo de parto nem no profissional que lhe presta cuidados. • As parteiras são profissionais muito valorizadas para atender e proporcionar um cuidado integral; • É importante reforçar a qualidade e quantidade da informação proporcionada à mulher e família, para estimular a participação da mulher na tomada de decisões e no início precoce da amamentação;

	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre que possível os trabalhos de parto e parto de baixo risco devem ser cuidados, preferencialmente, por parteiras. Uma vez que estes profissionais prestam cuidados de qualidade e segurança.
Comentários do revisor	Os autores não encontraram diferenças significativas entre os modelos de cuidados em estudo. No entanto, este artigo torna-se relevante devido às variáveis em estudo durante o processo de parto. O que confere informações relevantes acerca da tomada de decisão das mulheres e a sua satisfação durante o processo de parto.

Identificação das categorias

Nome	Promoção do parto normal e humanizado	
Descrição Ilustração no txt	O respeito pelo processo de parto natural permite diminuir as taxas de mortalidade e morbidade da mulher e do RN.	<p>“La evidencia científica revela que diversas formas de parto intervenido pueden influir en las tasas de mortalidad perinatal, ya que pueden comportar riesgos. También se sabe que la morbimortalidad materna asociada a las cesáreas electivas es mayor que la asociada a la planificación de un parto vaginal a término” (P.55)</p> <p>“La consideración de que un nacimiento es normal una vez se ha producido, ha llevado a que en muchos países desarrollados se crea que la atención de un parto normal es similar a la de un parto complicado. Este planteamiento tiene serios inconvenientes, ya que equipara un proceso fisiológico normal a un proceso intervenido, con tendencia a tratar todos los partos con el mismo grado de intervencionismo; esto tiene consecuencias negativas, como el incremento del coste económico y la iatrogenia”(p.55)</p> <p>“Se supone que la filosofía de base de un modelo de atención por matronas está en la normalidad y la capacidad natural de las mujeres para llevar a cabo el parto con una intervención mínima, con el objetivo de proporcionar atención durante el parto a mujeres sanas con embarazos sin complicaciones o de bajo riesgo” (p.55)</p> <p>“Entre los obstáculos más citados</p>

		<p>para la adopción de un parto normal y parto humanizado en hospitales de alta tecnificación, figuran la deficiente comunicación entre los profesionales, el afán de especialización de las partes interesadas en lugar del deseo de humanización, y el entorno de formación del hospital, que lleva a la existencia de muchos profesionales de la salud y, en consecuencia, a la falta de privacidad y a la discontinuidad de la atención”(p.59</p>
Nome	Preferências da mulher no processo de parto	
Descrição Ilustração no txt	Respeitar as necessidades da mulher durante o trabalho de parto e parto.	<p>“El parto y el nacimiento son acontecimientos fisiológicos trascendentales en la vida de la mujer y del recién nacido, y requieren actuaciones que respeten las diferentes culturas y permitan una atención sanitaria sensible a las necesidades de cada mujer”(p.55)</p>

Resultado (s)

Categorias:

- Promoção do parto normal e humanizado;
- Preferências da mulher no processo de parto.



AVALIAÇÃO CRÍTICA DE ARTIGOS

QARI | JBI

Título: Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferências del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera

Revisor Sara Costa

Autores: Rafael Vila-Candell, Cristina Mateu-Ciscar, Erica Bellvis-Vázquez, Encarnación Planells-López, Marta Requena-Marín, M.a José Gómez-Sánchez

Matronas Profesión nº 16, pp. 28-36, 2015

QARI						COMMENTS
Criteria	y	n	unc	na		
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	X				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	X				
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	X				
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	X				
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	X				
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.			X		
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.	X				
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	X				
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	X				
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	X				
Absolut Value		X				

Legend: Y – Yes | N – No | unc – unclear | na – not applicable

DECISÃO

Inequívoco [] Credível [X] Indefinido []

Fundamentação: O artigo demonstra ser de relevada importância para o tema em estudo. Demonstra o nível de evidência nº 3c segundo Joanna Briggs Institute Levels of Evidence - Effectiveness

Dimensões	Descrição das características
Método	Estudo Observacional e prospetivo em que se avaliam a variáveis (sociodemográficas, preferências durante o período de dilatação, preferências no período expulsivo, cuidado ao bebé e todo o processo de parto e nascimento).
Fenómeno de interesse	Observar se existem diferenças nas preferências que as grávidas indicam no seu plano de parto antes e depois das aulas de preparação para a maternidade e paternidade.
Contexto de cuidados	Período pré-natal
Origem geográfica	Espanha, La Ribeira
Origem cultural	Ocidental
Participantes	249 grávidas
Conclusões dos autores	<ul style="list-style-type: none"> • As análises aos planos de partos mostram diferenças entre o antes e o depois no que diz respeito à ordem das preferências da mulher no processo de parto. Tal se deve à intervenção dos profissionais de saúde ao longo das diversas sessões de educação maternal. Nestas aulas é dada informação selecionada, são esclarecidas dúvidas e são apresentas evidências científicas do processo. • Existe uma relação entre as preferências no parto e aulas de educação maternal; • A escolha das preferências no parto também se deve ao interesse da mulher grávida, através da sua própria investigação e o uso de outras fontes de informação; • Houve maior interesse nas aulas de preparação de maternidade e paternidade por mulher nulíparas. • As diferenças mais significativas nos planos de parto corresponderam aos temas: evitar episiotomia, medidas de conforto como ingestão de líquidos, posição de parto, puxos expulsivos, corte tardio do cordão umbilical e ser cortado pelo acompanhante, contacto pele-a-pele e amamentação mais precoce possível;
Comentários do revisor	O artigo permite constar a importância da educação pré-natal para o empoderamento da mulher no processo de parto. Bem como, a importância das preferências da mulher em trabalho de parto e parto.

Identificação das categorias

Nome	Preferências da mulher no processo de parto	
Descrição Ilustração no txt	Desejos, preferências e expectativas para o trabalho de parto e parto.	“El plan de parto (PP) es un documento escrito, que figura en la cartilla del embarazo, donde la gestante manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento.”(p.29)
Nome	Educação no período pré-natal acerca do processo de parto	
Descrição Ilustração no txt	A educação pré-natal é crucial para que a mulher esteja informada e empoderada sobre o trabalho de parto e parto.	<p>“Se sabe que las mujeres se acercan al parto con unas expectativas predeterminadas, pero los efectos de la educación prenatal sobre el parto siguen sin ser bien conocidos.” (p.29)</p> <p>“existen características intrínsecas entre los profesionales que quizás influyan en la transmisión de la información: las diferentes actitudes ante la estrategia del parto normal y las distintas aptitudes de cada una, como la comunicación, capacidad de síntesis, empatía, todas intimamente relacionadas con un perfil docente” (p. 33)</p>
Nome	Tomada de decisão da mulher no processo de parto	
Descrição Ilustração no txt	Plano de cuidados durante o trabalho de parto e parto deve incluir a decisão da mulher parturiente.	<p>El objetivo último de la Estrategia es asegurar una atención de calidad al parto, de manera que todas las gestantes reciban la mejor atención, tanto técnica como humana, al tiempo que puedan participar en el proceso de forma activa y con la información necesaria. Nos encontramos en un momento propicio para revisar y reorientar la atención al parto, mejorando otros aspectos como la autonomía de la gestante y la aplicación de la medicina basada en la evidencia.” (p.29)</p> <p>Se trata de ofrecer a la mujer las máximas condiciones de seguridad a la vez que se reconoce su derecho a parir con respeto e intimidad y a participar en la toma de decisiones,</p> <p>y en las mejores condiciones tanto para ella como para su recién nacido.” (p.29)</p>
Nome	Presença da pessoa significativa	

Descrição Ilustração no txt	O acompanhamento pela pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto é fundamental.	“Se entende que, en un momento tan especial como es el nacimiento de un hijo, el estar acompañada por la pareja es muy importante para la gestante.” (p.33)
-------------------------------------	---	---

Resultado (s)

Categorias:

- Preferências da mulher no processo de parto;
- Educação no período pré-natal acerca do processo de parto;
- Tomada de decisão da mulher no processo de parto;
- Presença da pessoa significativa.