

Parto Idealizado vs Parto Real: a intervenção do EESMO

**Relatório de Estágio
apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem em
Saúde Materna e Obstétrica**

**Ana Filipa Serafim
Tralhão**

Professora Doutora Dora Carteiro

2021, Dezembro

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Dora Carteiro, pela motivação, exigência, partilha de conhecimentos e permanente disponibilidade que demonstrou ao longo do curso de mestrado e realização deste relatório.

À Enfermeira cooperante do estágio IV, pelo acompanhamento neste percurso, carinho, partilha de conhecimentos de excelência, motivação incondicional e disponibilidade na colaboração do processo de aprendizagem.

Aos Professores da Escola Superior de Saúde de Santarém, que lecionaram no curso de mestrado, e orientadores do estágio I, II, e III, que contribuíram para o percurso formativo.

Às mulheres, recém-nascidos e acompanhantes, a quem foram prestados cuidados ao longo dos estágios, pela colaboração, permissão da minha intervenção e contributo para a formação profissional.

Às colegas de mestrado, pela amizade, companhia em horas de aflição e motivação constante.

Às colegas de trabalho, pelo apoio e incentivo e pelo facilitismo na realização de trocas de turno, que permitiram a presença nas atividades letivas.

À família e amigos, pelo suporte emocional, dedicação, presença nos momentos necessários e compreensão dos momentos de ausência.

ABREVIATURAS, SIGLAS

ACEESMO – Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

BP – Bloco de partos

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CPPP – Cursos de preparação para o parto e parentalidade

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

EBSCOhost – Elton Bryson Stephens Company Host

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

JBÍ – Joanna Briggs Institute

LS – Literacia em saúde

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

MeSH – Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDF – Portable Document Format

PNS – Plano Nacional de Saúde

PP – Plano de parto

RN – Recém-nascido

SARS-Cov2 – Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TP – Trabalho de parto

RESUMO

A idealização do momento do parto engloba as expectativas criadas pela mulher, ao longo da gravidez. A criação destas é inerente à condição humana, traduz-se na elaboração mental do que se espera em acontecimentos futuros. O respeito pelas expectativas maternas, relativas ao trabalho de parto (TP) e parto, influenciam a satisfação global e devem ser consideradas e compreendidas, de forma a promover cuidados adaptados às necessidades da mulher. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) é o responsável pela promoção de uma experiência de parto, que vá ao encontro do esperado pela mulher. Neste sentido, foi elaborada uma *scoping review* com o objetivo de identificar quais as intervenções do EESMO facilitadoras da concretização do TP e parto idealizado pelas mulheres. Através da evidência científica identifica-se que o EESMO deve promover a discussão sobre as expectativas e plano de parto (PP), de acordo com as opções disponíveis na instituição onde vai ocorrer o parto, intervir de acordo com as preferências da parturiente, salvaguardando o bem-estar materno e fetal e promover cuidados de enfermagem centrados na parturiente.

Palavras-chave: Expectativas, Trabalho de Parto, Parto, Intervenções do EESMO

ABSTRACT

The idealization of the time of childbirth encompasses the expectations created by the woman during pregnancy. The creation of these is inherent to the human condition, it is reflected in the mental elaboration of what is expected in future events. Respect for maternal expectations regarding labor (TP) and childbirth influence overall satisfaction must be considered and understood in order to promote care tailored to the woman's needs. The Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health (EESMO) is responsible for promoting a delivery experience that meets the expectations of the woman. In this sense, a scoping review was prepared with the aim of identifying which EESMO interventions facilitate the realization of TP and childbirth idealized by women. Through scientific evidence, it is identified that the EESMO should promote the discussion about expectations and the birth plan (PP), according to the options available in the institution where the birth will take place, intervene according to the mother's preferences, safeguarding the maternal and fetal well-being and promoting nursing care centered on the parturient.

Keywords: Expectations, Labor, Childbirth, EESMO's interventions

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1 – PERCURSO EM SALA DE PARTOS.....	10
1.1 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	12
2 – O PARTO IDEALIZADO COMO UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA E HUMANIZADA.....	22
2.1 – EXPECTATIVAS.....	24
2.2 – PLANOS DE PARTO	26
2.3 – LITERACIA EM SAÚDE MATERNA	28
3 – O EESMO NA GESTÃO DAS EXPECTATIVAS DA PARTURIENTE	30
4 – METODOLOGIA	34
4.1 – SCOPING REVIEW	34
4.1.1 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
APÊNDICES	58
APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO	59
APÊNDICE II – PÓSTER DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	93
APÊNDICE III – PROTOCOLO DA SCOPING REVIEW	94

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Critérios de Inclusão	35
Quadro 2 - Bases de dados utilizadas e limitadores aplicados	35
Quadro 3 - Identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis, por base de dados	36
Quadro 4- Caracterização e resultados dos artigos incluídos na <i>scoping review</i>	38

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- – Prisma 2009 Flow Diagram.....	37
---	----

INTRODUÇÃO

A participação ativa da mulher no processo do nascimento tem-se evidenciado ao longo dos tempos, pela necessidade de contestar a medicalização do parto e a utilização excessiva de intervenções a que é sujeita durante o TP e parto (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018). A crescente apresentação de planos de parto, tem demonstrado a necessidade das mulheres de salvaguardar os seus direitos e constitui um exercício de reflexão e expressão, onde são manifestados os seus desejos, expectativas e opções, para a vivência de uma experiência de parto positiva.

A prestação de cuidados em saúde materna e obstétrica reconhece a centralidade na mulher, considerando a sua individualidade de forma holística, as necessidades, a relação com pessoas significativas e com o ambiente em que se insere (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a). Os cuidados de enfermagem sustentam-se na escolha informada e na capacitação da mulher, com o intuito de promover a parceria de cuidados e integração no processo de tomada de decisões (OE, 2015a). Estes cuidados centram-se na mulher e família, para que, durante o TP e parto, sejam assegurados os melhores resultados e, consequentemente, a concretização das expectativas e do parto que a mulher idealizou (Cashion, 2014).

Durante a gravidez são criadas expectativas para o TP e parto, cuja formação contribui, de forma positiva ou negativa, para idealização de um momento como o parto. Quando o parto idealizado corresponde ao parto real, ou seja, quando as expectativas são alcançadas e respeitadas, existe maior probabilidade de as parturientes experienciarem um parto positivo (Iravani et al., 2015). O EESMO deve comprometer-se com o desenvolvimento de um plano de cuidados, cujo objetivo seja a promoção do TP e parto que vá ao encontro do idealizado e esperado pela pessoa. Estas especificações podem constar num PP, escrito ou mental (Direção Geral da Saúde [DGS], 2020a).

No âmbito da unidade curricular, estágio IV – estágio e relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica na sala de partos, inserido no 6º curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstétrica, da Escola Superior de Saúde de Santarém, foi realizado, entre 4 de janeiro e 28 de maio de 2021, estágio num hospital de apoio perinatal da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Assim, foi possibilitado o contacto com grávidas que recorreram ao serviço de urgência, parturientes, puérperas, recém-nascidos (RN) e pessoas significativas.

Neste estágio prevê-se a aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida, parturiente, puérpera, RN e família e ainda, a elaboração de um relatório de estágio, objeto de apreciação e discussão pública que será demonstrativo do processo de aprendizagem.

O presente relatório tem como finalidade descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas em estágio, considerando os objetivos definidos no projeto individual de estágio, documento que foi útil como instrumento orientador do planeamento das atividades desenvolvidas. No próximo capítulo consta uma análise das atividades e respetivo contributo para a aquisição de competências, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b).

No desenvolvimento do estágio contactou-se com mulheres que manifestaram as suas opções e desejos para o decorrer do TP e parto, fruto de idealizações construídas durante a gravidez e que constituíam matéria de discussão no momento de acolhimento, através de um PP ou durante o primeiro estadio. A manifestação destas expectativas nem sempre foi escrita, por vezes, baseou-se num diálogo, com o objetivo de promover intervenções de enfermagem que correspondessem ao pretendido e idealizado. Com intenção de potenciar de forma agradável e positiva a experiência de parto, foi selecionada a temática da *scoping review* que incide na identificação das intervenções do EESMO que contribuem para a concretização do TP e parto idealizado pelas mulheres. Desta forma, pretendeu-se compreender quais as expectativas formuladas para este período e como o EESMO o pode proporcionar. A fundamentação da temática constitui o segundo capítulo, seguido da apresentação do processo de investigação e posterior apresentação e discussão dos resultados. Finda-se o relatório com as considerações finais, onde se apresentam os contributos da investigação para a prática clínica.

Os objetivos definidos para este relatório são: i) descrever e avaliar as atividades desenvolvidas em contexto clínico, que proporcionaram aquisição e desenvolvimento de competências, ii) desenvolver espírito crítico e reflexivo relativamente à prestação de cuidados especializados, iii) identificar os contributos pessoais e profissionais do estágio, iv) identificar a intervenção do EESMO na gestão das expectativas das mulheres para o TP e parto, considerando as experiências do estágio e o desenvolvimento de uma *scoping review*.

Na realização do relatório de estágio, utiliza-se as normas de referências bibliográficas da sétima edição da *American Psychological Association* (2020).

1 – PERCURSO EM SALA DE PARTOS

A filosofia dos cuidados de saúde materna e obstétrica encontra-se enraizada num modelo de assistência ao parto, onde o EESMO atua em parceria com a mulher e lhe atribui o lugar central durante o ciclo reprodutivo (OE, 2015a).

O EESMO assume, no exercício da profissão, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco, como aquelas que envolvem processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019a). O estágio IV é desenvolvido em sala de partos, onde se preconiza a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida, parturiente, puérpera, RN e família.

Este estágio foi desenvolvido num hospital de apoio perinatal, que presta cuidados de saúde a cerca de 250 mil pessoas dos concelhos da área de abrangência. No decorrer do mesmo foi possível verificar a afluência de grávidas, cuja área de residência não pertence a estes concelhos, e que recorrem ao hospital por terem boas referências na humanização do parto e da equipa de profissionais de saúde. A opção por uma maternidade geograficamente afastada da área de residência está relacionada com a idealização do parto, na medida em que as grávidas procuram instituições que proporcionem experiências positivas de parto e que correspondam às suas expectativas. Verifica-se também o recurso a este hospital por mulheres imigrantes que não possuem residência no país, existindo, por isso, uma realidade multicultural subjacente.

O fenómeno migratório associado à maternidade dita a necessidade reflexiva no âmbito da diversidade cultural. O processo de nascimento na vertente cultural é marcado por crenças e práticas padronizadas, que apresentam diversidade nos rituais e comportamentos (Parreira et al., 2016). A cultura inclui valores, crenças e práticas adquiridas ao longo da vida, através de interações com outros da mesma cultura. É influenciada pela religião, acontecimentos ambientais e históricos, desempenhando um papel preponderante no comportamento individual e na interação com o outro, que podem influenciar a forma como os processos de doença/saúde são percecionados (Perry, 2014). Numa sociedade onde se verifica a multiculturalidade, impõe-se a prática de um modelo de cuidados centrados no utente, demonstrando respeito pela diversidade cultural (Cashion, 2014; Parreira et al., 2016). Ao longo do estágio procurou-se prestar cuidados culturalmente sensíveis, adequando-os à parturiente e família.

Pelo contexto pandémico associado ao período de estágio, foram adotadas normas internas da instituição de saúde, como a utilização de equipamentos de proteção individual e testagem às parturientes no momento do internamento no bloco de parto (BP). Ao longo dos cinco meses de estágio, o país assistiu a uma evolução favorável da pandemia, com diminuição da prevalência do número de casos e internamentos de pessoas infetadas pelo vírus SARS-CoV-2. A DGS foi atualizando as orientações para a prestação de cuidados à parturiente e RN e, por esse motivo, foram realizadas alterações nas práticas a nível hospitalar, adaptadas à conjuntura atual. De acordo com esta realidade, no projeto de estágio foi referido que os RN eram separados das mães infetadas no momento do nascimento, sendo os cuidados imediatos prestados por enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica e transferidos para uma unidade de isolamento do serviço de neonatologia. O internamento da puérpera decorria no serviço de infeciologia, com apoio da equipa de EESMO para a vigilância obstétrica. As normas internas hospitalares foram atualizadas, em concordância com as orientações nº 018/2020, atualizada a abril de 2021 da DGS (2020b) e nº 26/2020, atualizada a abril de 2021 (DGS, 2020c), e atualmente, as parturientes e RN permanecem em alojamento conjunto sendo promovido o contacto pele a pele e amamentação, com a utilização de máscara cirúrgica e desinfecção das mãos. Após o puerpério imediato, a díade é transferida para um quarto de isolamento com pressão negativa, no serviço de obstetrícia e ginecologia, onde permanecem até alta clínica. Este quarto foi adaptado ao contexto da covid-19 em fevereiro e, a partir desse momento, o serviço de obstetrícia iniciou a prestação de cuidados a utentes infetados. Em contexto de BP, todos os elementos da equipa multidisciplinar são informados do internamento da grávida infetada por SARS-CoV-2, assim como do início do período expulsivo, onde é necessária a presença do neonatologista para avaliação do RN. Durante o estágio, não foi realizado nenhum parto ou prestação de cuidados a parturientes infetadas.

As normas internas hospitalares relativas à presença de acompanhante não sofreram alterações desde o início do estágio e sempre foi permitida a sua presença durante o TP e parto. Contudo, no início da pandemia, a presença do acompanhante era interdita. Posteriormente, foram atualizadas as normas de acordo com a DGS (2020b) e a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO, 2020), onde se prevê a presença de um acompanhante durante todo o TP desde que assintomático, que nos últimos 14 dias tenha coabitado com a parturiente e que apresente um teste negativo ao SARS-CoV-2. Neste hospital a troca de acompanhantes não é permitida e estes não necessitam de apresentar teste negativo, é recomendada a entrada do acompanhante na fase de TP ativo, uma vez que só é permitida uma entrada no serviço. No caso de cesariana eletiva ou urgente, não é autorizada a presença do acompanhante no serviço e só após a transferência para o serviço de obstetrícia é permitida a sua entrada.

As salas de parto deste hospital encontram-se preparadas para todas as fases de TP, nelas está incluído todo o material e recursos necessários à prestação de cuidados. O serviço disponibiliza ainda acesso a medidas não farmacológicas, como utilização da música através de um leitor de CD's, liberdade de movimentos através de cardiotocografia (CTG) por wi-fi, hidroterapia e bola de pilates.

O hospital apresentou uma média de cerca de 1870 partos nos últimos 4 anos, tendo se verificado o maior número de partos em 2019 (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2021). A percentagem de cesarianas é aproximadamente de 30,5%, nos últimos quatro anos. Em 2021 verifica-se decréscimo no número de partos e, até maio do corrente ano, verifica-se uma diferença de, aproximadamente, 150 partos, relativamente ao mesmo mês do ano anterior.

No estágio IV foram prestados cuidados de enfermagem especializados à grávida, parturiente, puérpera, RN e família, como preconizado. Ao longo do estágio a estudante prestou cuidados a 9 grávidas, 109 parturientes, 65 puérperas e 84 recém-nascidos.

1.1 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Neste capítulo pretende-se avaliar e analisar, de forma crítica, a realização das atividades programadas para o estágio IV, tendo por base o projeto individual de estágio (Apêndice I). No projeto foram definidos objetivos, atividades correspondentes a cada objetivo, linha temporal para a concretização dos mesmos e recursos materiais e humanos necessários. Estas atividades foram enquadradas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019), publicado em Diário da República a fevereiro de 2019 (OE, 2019b), do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019) publicado em maio de 2019 (OE, 2019a) e do código deontológico, publicado em setembro de 2015 (OE, 2015b).

A concretização dos objetivos e avaliação das atividades realizadas ao longo do estágio, encontram-se descritas abaixo, seguindo a disposição do projeto de estágio. Relativamente à execução de atividades, serão analisadas as principais dificuldades e estratégias sustentadas em evidência científica e enquadradas na teoria do cuidar de Kristen Swanson (1991). A teoria foi selecionada pela sua visão holística da pessoa e necessidade de centralizar os cuidados na parturiente. Uma vez que o EESMO deve basear a sua prática considerando a individualidade da mulher e as suas expectativas, capacitando-a para vivenciar uma experiência de parto positiva, faz sentido relacionar com esta teoria.

O primeiro objetivo *“conhecer a estrutura física do local de estágio, assim como a dinâmica de serviço”*, foi definido considerando a necessidade de conhecer os protocolos existentes, circuito da grávida infetada por SARS-CoV-2, normas em contexto pandémico, estrutura funcional e orgânica do serviço. O processo de integração numa instituição deve promover a perceção do

conjunto de normas, valores e objetivos estabelecidos pela mesma e, no serviço, deve proporcionar uma adaptação adequada ao estudante, com o objetivo de contribuir para o seu desenvolvimento, exigindo a prestação de cuidados de qualidade (A. Carvalho, 2016). Considera-se que as atividades propostas foram realizadas e possibilitadas pela disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar. Assim, foram adquiridas e desenvolvidas as competências relativas à responsabilidade profissional e segurança do utente, melhoria contínua da qualidade da prática, ambiente terapêutico seguro, otimização de recursos humanos e materiais (OE, 2019b) e promoção da saúde da mulher no período pré-natal, TP e parto (OE, 2019a).

Para o objetivo *“integrar a organização do serviço e o método de trabalho na prestação de cuidados da equipa de enfermagem do BP”*, foram desenvolvidas atividades de conhecimento do papel do EESMO no serviço, recorrendo à observação e colaboração na prestação dos cuidados. O trabalho em equipa é considerado indispensável na atuação de enfermagem. Trabalhar em equipa é o meio mais adequado para a obtenção de resultados favoráveis e constitui uma garantia no desenvolvimento de tarefas, eficiência e criatividade, evitando a sobrecarga de trabalho (Laccort & Oliveira, 2017). As atividades foram realizadas no intervalo de tempo previsto, existindo por parte de toda a equipa disponibilidade para integração nas rotinas do BP. Consideram-se adquiridas competências relativas à garantia de um ambiente terapêutico e seguro, de otimização do trabalho de equipa com adequação dos recursos às necessidades dos cuidados (OE, 2019b).

Relativamente ao objetivo *“integrar a equipa multidisciplinar do BP”* considera-se ter sido de extrema importância para o desenvolvimento profissional e prestação de cuidados de enfermagem especializados, em conformidade com os protocolados no serviço. A equipa é constituída por enfermeiros generalistas e EESMO, obstetras, anestesistas, pediatras e assistentes operacionais. Em permanência no BP encontram-se três EESMO, duas assistentes operacionais e dois obstetras (o terceiro elemento assegura o serviço de urgência), os restantes elementos são chamados consoante necessidade do serviço. Esta equipa presta cuidados até sete utentes, sendo que cinco vagas são destinadas a mulheres em indução de TP ou TP, e as duas restantes, no recobro, são para puérperas. Analisando o parecer nº 43/2019 da MCEESMO (2019), que diz respeito às dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica, considera-se que os rácios são adequados, salvo em situações pontuais. A concretização deste objetivo foi relevante, na medida em que contribuiu para o conhecimento: do método e organização do trabalho da equipa multidisciplinar num BP; da intervenção do EESMO na realização da técnica epidural; da função de cada elemento em situações emergentes, partos distócicos e cesarianas; do método de articulação em induções de TP, no decorrer do TP e parto; e do processo de tomada de decisão em equipa. O mesmo permitiu desenvolver raciocínio crítico, identificar os desvios à normalidade e situações de risco de bem-estar materno e fetal, que são necessários comunicar ao obstetra,

pediatra e anestesista (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [ACEESMO], 2018). O trabalho em equipa aumenta a perceção sobre o processo saúde-doença e envolve diferentes habilidades profissionais, que articuladas permitem o desenvolvimento de ações centradas na resolução de problemas individuais do utente (Pereira et al., 2013). A cooperação entre categorias profissionais permite o desenvolvimento de ações em saúde, a comunicação é a principal ferramenta para o crescimento e prestação de cuidados integrados em equipa (Laccort & Oliveira, 2017). Não foi possível realizar a atividade programada no projeto de estágio relativa à participação ativa na decisão de transferir grávidas, uma vez que não ocorreu nenhuma transferência durante a presença da estudante no serviço. Assim, o contexto de estágio foi promotor do desenvolvimento de competências relativas à tomada de decisão, às práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, à qualidade da prática clínica e melhoria contínua, à gestão dos cuidados de enfermagem em articulação com a equipa de saúde e à prática clínica suportada em evidência (OE, 2019b). Este objetivo foi ao encontro das normas deontológicas que regem a profissão de enfermagem, nomeadamente no dever para com as outras profissões (OE, 2015b).

No objetivo *“desenvolver competências técnicas e relacionais no momento de acolhimento à grávida/ parturiente no BP”* considera-se terem sido realizadas as atividades programadas, nas primeiras semanas, com auxílio da enfermeira cooperante e, posteriormente, de forma autónoma. O momento do acolhimento no BP pode provocar emoções e sentimentos negativos como a vulnerabilidade. O suporte contínuo por alguém significativo reduz estes efeitos (OE, 2015a). O acolhimento no serviço, em contexto pandémico, apresenta diferentes contornos do habitual. Atualmente, as grávidas/parturientes são admitidas sozinhas, pelo facto de ser aconselhado ao acompanhante apenas entrar na sala de partos, na fase de TP ativo, como referido anteriormente. O acolhimento é um aspeto essencial na humanização do parto e implica a receção da mulher, assumi-la como alvo dos cuidados, ouvir as queixas e permitir que ela exprima preocupações e angústias (Toral et al., 2019). Como estudante, foi demonstrada acessibilidade e disponibilidade no esclarecimento de dúvidas que contribuíssem para o bem-estar e estabelecimento de uma relação empática e de confiança, praticando a escuta ativa, imparcial e livre de julgamentos, num ambiente de privacidade, como referido no estudo de Miranda et al. (2020). A realização das atividades descritas no projeto de estágio permitiram o desenvolvimento de competências de proteção, segurança e bem-estar das utentes (OE, 2019b), bem como promoção de saúde, diagnóstico precoce e prevenção de complicações (OE, 2019a).

O parto é uma experiência que reflete a singularidade de cada parturiente, na medida em que se encontra repleta por significados construídos pela mesma (Thayná Silva et al., 2017). No momento de acolhimento no serviço ou de apresentação da equipa de enfermagem no início de

cada turno, foi possível compreender de que forma o parto foi idealizado pelas mulheres, procurando conhecer as suas expectativas e desejos para o TP e parto e o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado. Este processo teve como objetivo corresponder às expectativas da mulher, providenciar uma experiência positiva de parto (OMS, 2018) e promover a satisfação da parturiente (ACEESMO, 2018). A teoria do cuidado de Swanson (1993) fundamenta estas intervenções, na medida em que analisa a enfermagem como uma disciplina de cuidar do bem-estar do outro, fundamentada pelo conhecimento empírico, ético, pessoal e estético, pela experiência da prática clínica e pelos valores e expectativas pessoais e sociais.

A colheita de dados relativa às expectativas foi realizada através do conhecimento do PP existente e anexado ao processo clínico físico da utente, do questionamento por parte da estudante relativamente às expectativas para o TP e parto, ou abordagem por parte das parturientes relativamente às suas escolhas e desejos.

O PP constitui uma ferramenta valiosa para o cuidar do EESMO, nele são refletidas as intenções e expectativas do casal relativamente ao trabalho do EESMO (Cashion, 2014; DGS, 2020a; Lopes, 2016), facilitando assim a prestação de cuidados individualizados e o envolvimento do acompanhante. Enquadrado na teoria de cuidados integra-se o conceito “conhecimento” na prestação de cuidados realizado durante o estágio, que consiste em conhecer a parturiente e pessoa significativa, o contexto onde estão inseridos, as suas crenças, expectativas e necessidades, considerando a pessoa cuidada como ser único, inserido num processo de criação e cuja integridade se completa manifestando pensamentos, sentimentos e comportamentos (Swanson, 1993). Quando a mulher não possui PP deve ser incentivada a exprimir-se relativamente às suas preferências e sentir que estas serão suportadas (Cashion, 2014; OE, 2015a).

Em qualquer uma das situações, a parturiente foi escutada tendo sido respeitadas as suas opções e discutidas estratégias para a concretização do parto idealizado, o que permite à mulher/casal a participação ativa no processo de nascimento e na tomada de decisão. Assim, considera-se que, durante a prestação de cuidados, foi dada a possibilidade de opção relativa ao TP e parto, colocando em prática o livre arbítrio, que, segundo Swanson (1993), é a capacidade de escolha e de decisão autónoma quando a mulher é confrontada com diversas opções. Neste processo, o enfermeiro deve demonstrar empatia, disponibilizando-se para ajudar e demonstrando respeito pelos direitos e liberdades de escolha da mulher, enfatizando o direito e importância do acompanhante (Thayná Silva et al., 2017). À estudante foi permitido o desenvolvimento da competência específica relativa à promoção do PP, aconselhamento e apoio na decisão da mulher (OE, 2019a), bem como o respeito das normas deontológicas relativas ao dever de informação e da humanização dos cuidados (OE, 2015b). Os cuidados foram prestados em conformidade com o preconizado pela ACEESMO (2018), que prevê o respeito pelas expectativas relacionadas com o TP

e parto e pelo projeto de maternidade/paternidade e, ainda, o estabelecimento de parcerias com o utente no planeamento do processo dos cuidados.

No contacto com as parturientes, ao longo do estágio, entendeu-se que o TP e parto idealizado incide num ambiente sereno, onde o acompanhante pudesse estar presente em todas as fases do TP e procedimentos, e o bem-estar materno e fetal fosse assegurado. Foram identificadas expectativas concretas para o primeiro estadio do TP, como a monitorização cardiotocográfica não ser realizada de forma contínua, possibilitando a liberdade de movimentos e que o EESMO prestasse apoio em todas as fases do TP, mas que permitisse a individualidade e privacidade do casal neste momento único. Para o momento do nascimento foi referido, pelas parturientes, desejos baseados na minimização de procedimentos invasivos, na presença do mínimo de profissionais necessários, na realização do contacto pele a pele, laqueação tardia do cordão umbilical e na não realização de episiotomia por rotina.

Nas consultas de vigilância da gravidez neste hospital, é abordada a temática sobre planos de parto e esclarecidas as grávidas que apresentem questões sobre o assunto. É aconselhada a realização do PP, caso seja essa a vontade da mulher/casal e o envio prévio por email, com o objetivo de este ser discutido antes do internamento no BP. Este processo possibilita transmitir à grávida/casal as opções disponíveis neste hospital, permitindo a criação de expectativas reais, adequadas ao contexto que escolheram para o nascimento. No contacto com as parturientes no BP, foi abordada a discussão prévia do PP com a equipa de saúde, como previsto pela Lei nº110/2019, de 9 de setembro, e qual o motivo que as levou à necessidade da realização do mesmo. Entendeu-se que a vivência de experiências de parto negativas anteriores, o relato de pessoas conhecidas que, por algum motivo, viveram uma experiência traumática, testemunhos negativos nas redes sociais e a necessidade de controlo no processo de nascimento foram os principais motivos identificados.

Relativamente ao objetivo *“desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no primeiro estadio do TP”*, não se identificam obstáculos ou dificuldades concretas. Este período de TP foi o que proporcionou maior contacto com as parturientes/casal, tendo sido possível prestar cuidados a 109 parturientes neste estadio. O elevado número de contactos com estas mulheres proporcionou diversidade nas experiências, tendo sido possível prestar cuidados específicos a utentes com hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, gravidez pré-termo, gravidez gemelar, diabetes gestacional, perturbações mentais, casos sociais críticos, como adoção da criança, entre outros. O processo de aprendizagem decorreu sem intercorrências, aumentando a autonomia de forma progressiva, bem como os conhecimentos para situações específicas como as descritas. Na realização das atividades programadas, a enfermeira cooperante partilhou de forma clara e objetiva os seus conhecimentos

e experiências, que foram úteis na aprendizagem e na construção da identidade profissional da estudante. O primeiro estadio de TP é o período onde a mulher se pode sentir inquieta e ansiosa e, por esse motivo, deve ser apoiada na gestão deste estadio pelo EESMO, que deve transmitir segurança, calma e informação concreta sobre o que está a decorrer (OE, 2015a). O enfermeiro é o responsável pelo acompanhamento contínuo da mulher em TP, o que favorece a criação de um vínculo forte e confiável (Miranda et al., 2020). No processo de cuidados no TP e parto, o enfermeiro apresenta disponibilidade para “estar com” a parturiente, transmitindo-lhe disponibilidade física e emocional, demonstrando apoio através da comunicação e escuta ativa, proporcionando o desenvolvimento de um vínculo e responsabilidade profissional (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1993). A prestação de cuidados às parturientes, neste estadio, foi realizada considerando as expectativas identificadas previamente e, com a elaboração de um plano de cuidados, no qual fosse possível dar resposta às necessidades e desejos da mulher, o que proporcionou aprendizagens enriquecedoras e reflexões com a enfermeira cooperante sobre a possibilidade de “fazer por” concretizá-las e “possibilitar” a execução das mesmas, considerando as crenças e valores da parturiente (Swanson, 1991).

Na maioria das situações foi possível atender às opções da mulher, como a promoção de um ambiente tranquilo, utilização de estratégias não farmacológicas, a liberdade de movimentos, a presença do acompanhante, a adoção da posição vertical, entre outros. Assim, foi possível alcançar maior satisfação por parte da parturiente para com o processo de nascimento e equipa de profissionais de saúde. A ingestão de alimentos foi também identificada como um desejo da mulher para o TP e parto. Este é um tema controverso e deve ser defendido pelo EESMO, dado que é essencial para o bem-estar da mulher em TP (Cashion, 2014; OE, 2015a), por esse motivo adotou-se a prática protocolada na instituição que prevê a ingestão de líquidos e gelatinas em fase de TP ativo. A diversidade de experiências permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências de promoção de saúde, diagnóstico precoce, prevenção de complicações durante o TP (OE, 2019a) e de um ambiente terapêutico e seguro, de respeito pelas normas legais, princípios éticos e deontológicos, direitos humanos e responsabilidades profissionais e de gestão de recursos (OE, 2019b).

No âmbito do objetivo *“desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no segundo estadio do TP”* foram realizados 50 partos eutócicos e assistidos 13 partos distócicos por ventosa. Pessoalmente, as atividades programadas neste objetivo são as que suscitam maior entusiasmo e satisfação, como futura EESMO, por ter a possibilidade de assumir um papel impactante numa transição inesquecível para uma mulher e família. A prestação de cuidados nesta fase de TP foi, inicialmente, motivo de receios, ansiedade e insegurança que, pela experiência, disponibilidade e partilha de

conhecimentos da enfermeira cooperante, se foram dissolvendo. Assim, foi possibilitada a execução de intervenções com confiança e autonomia na condução do segundo estadio do TP e o desenvolvimento de competências na promoção da saúde da mulher durante o TP, no diagnóstico de complicações decorrentes deste estadio, na prestação de cuidados em situações de patologia (OE, 2019a) e de autoconhecimento e assertividade (OE, 2019b). Neste estadio foi possível experienciar situações de desvio à normalidade, como distócias de ombros e desacelerações cardíacas fetais, momentos geradores de maior *stress*. Contudo, foi possível transmitir tranquilidade à mulher e acompanhante na resolução das mesmas. Neste estadio procurou-se ir ao encontro das expectativas relatadas pelas parturientes e, sempre que não foi possível, foram explicadas as razões que motivaram as decisões, como, por exemplo a laqueação tardia do cordão na presença de circulares cervicais apertadas ou a episiotomia em situações de sofrimento fetal. As explicações fundamentadas foram aceites pela mulher/casal, dado que já haviam sido discutidas durante o acolhimento ou no primeiro estadio do TP, desenvolvendo assim a prática baseada na evidência (OE, 2019b) e a tomada de decisão e ação (ACEESMO, 2018).

No terceiro estadio do TP, relativamente ao objetivo *“desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no terceiro estadio do TP”*, considera-se terem sido realizadas todas as atividades programadas. Neste objetivo identificou-se a maior dificuldade do estágio, relativa à reconstrução perineal e onde se considera ter existido maior evolução técnica e prática ao longo do estágio. A realização de 14 episiorrafias e a sutura de 21 lacerações de grau I ou grau II permitiu à estudante a aquisição e desenvolvimento de competências práticas, que considera essenciais como futura EESMO. Segundo a OMS (2018) e a Resolução da Assembleia da República nº 181/2021 a decisão de realização de episiotomia é controversa e a realização rotineira é considerada violência obstétrica e indicada como uma prática não recomendada, pela sua associação a taxas elevadas de dispareunia, hemorragias pós-parto, disfunções sexuais e incontinência urinária. A estudante assume a necessidade de continuação da prática de reconstrução perineal para melhor aperfeiçoamento de futuro. No âmbito deste objetivo surgiram momentos de aprendizagem, que permitiram a aplicação de conhecimentos previamente adquiridos, relativos a desvios à normalidade como a retenção da placenta, suspeita de fragmentação de membranas e atonia uterina, que, em articulação com a equipa médica, foram solucionados.

O objetivo definido para o último estadio do TP *“desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no quarto estadio do TP”* constitui o estadio onde foram apresentadas menos dificuldades, por existir experiência profissional por parte da estudante no âmbito do puerpério. Apesar disso, identificam-se as diferenças e especificidades deste estadio, como necessidade de maior vigilância na

prevenção de hemorragias e de sinais vitais maternos, constituir um período significativo na promoção da vinculação, promovendo o contacto pele a pele e a amamentação, que foram compreendidas e aperfeiçoadas, permitindo o desenvolvimento das competências relativas à promoção da saúde materna e fetal, diagnóstico precoce, prevenção e correção de complicações durante o período pós-natal (OE, 2019a). A avaliação das intervenções do EESMO facilitadoras da concretização do TP e parto idealizado pelas mulheres foram avaliadas maioritariamente nesta etapa. Neste período surgiu a perceção da concretização das suas expectativas prévias, dos seus sentimentos relativamente às expectativas que não foram concretizadas e dos aspetos a melhorar, por parte da equipa de enfermagem. Neste âmbito, ainda foi possível dar continuidade no internamento do puerpério, pelo facto de a estudante integrar equipa de enfermagem deste último serviço, onde foram desenvolvidas reflexões mais aprofundadas, com um olhar temporalmente mais distante do parto, num ambiente mais sereno, favorável à expressão de problemas e sentimentos, com recurso à escuta ativa.

No projeto de estágio, foi definido um objetivo específico relativamente a *“desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e na prestação de cuidados especializados ao RN nas primeiras duas horas de vida”*. As atividades previstas no projeto de estágio foram realizadas, permitindo a colaboração com o pediatra, na prestação de cuidados imediatos ao RN nos partos distócicos e na resolução de sinais de alarme na adaptação à vida extrauterina. Para além disso, foi permitido à estudante prestar cuidados imediatos a RN que nasceram por parto eutócico, em situações de presença de outras estudantes de EESMO ou médicos internos que realizavam o parto. Assim, foi desenvolvida a avaliação do índice de Apgar e a avaliação inicial do RN, cujos objetivos são avaliar a adaptação à vida extrauterina, identificar anomalias estruturais e detetar a presença de traumatismos provocados pelo parto (Freitas & Batista, 2016), como é o caso da lesão do plexo braquial identificado num RN, e na qual foi necessário a chamada do pediatra à sala de partos. Neste sentido, foram desenvolvidas competências relativas à promoção da saúde do RN, diagnóstico precoce, prevenção e correção de complicações durante o terceiro e quarto estádios do TP e puerpério imediato (OE, 2019a).

No âmbito do objetivo *“desenvolver competências cognitivas, técnicas, relacionais e científicas na área de formação e educação para a saúde”* foram identificadas necessidades de formação pessoal no âmbito da prestação de cuidados, para as quais foi desenvolvida pesquisa sobre as práticas recomendadas e discutidas com a enfermeira cooperante em contexto clínico, permitindo a prática sustentada em evidência científica (OE, 2019b). São exemplos destas situações, as intervenções realizadas de diferentes formas por profissionais, para as quais foi reunida evidência sobre o mais recomendado, como por exemplo, suspender a ocitocina ou não após a expulsão e antes da dequitação e a drenagem de sangue placentário, no terceiro estadio

do TP. A evidência reunida sobre as temáticas permitiu concluir que o momento de administração de ocitocina não tem efeito significativo na hemorragia pós-parto, retenção placentária ou duração do terceiro estadio. Contudo, a drenagem de sangue placentário, ou seja, desclampar o cordão umbilical do lado materno, após o nascimento, reduz a duração do terceiro estadio do TP e reduz a quantidade de sangue perdido (Gomes, 2012). Assim, demonstra ser uma intervenção que previne a hemorragia pós-parto, motivo pela qual foi realizada nos partos realizados pela estudante. A necessidade de desenvolver competências na reanimação neonatal foi sentida e adequada à realidade das intervenções na sala de partos, por constituírem cuidados de enfermagem específicos, com os quais não existe contacto na prática diária da estudante. Por esse motivo, foi realizada pesquisa, discussões com os pediatras, observação e aquisição de competências práticas, no sentido de aperfeiçoar a técnica neste âmbito.

O objetivo relativo a *“desenvolver de competências de reflexivas e de autoavaliação”* foi concretizado e proporcionado, pela realização de seminários de partilha de experiência com estudantes e professoras, momentos de avaliação com a enfermeira cooperante e professora orientadora, partilha de experiências em equipa nas passagens de turno sobre a prestação de cuidados, promoção de diversos momentos de discussão e análise com a enfermeira cooperante sobre situações clínicas, intervenção adequada do EESMO e situações a melhorar. Estes momentos foram facilitadores do desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade, da melhoria contínua, da tomada de decisão, da prática clínica baseada em evidência científica (OE, 2019b), e do cumprimento das normas deontológicas relativas à excelência do exercício e aos deveres para com a profissão (OE, 2015b).

No âmbito do objetivo *“desenvolver competências técnicas e práticas no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais garantindo a qualidade dos cuidados”* foi observada e questionada a organização e gestão de recursos, com a finalidade de compreender a metodologia utilizada na gestão de recursos humanos e materiais. A competência de gestão do enfermeiro especialista, prevista pela OE (2019b), prevê a otimização de resposta da equipa na prestação de cuidados e constitui uma noção complexa que, no âmbito da enfermagem, requer o envolvimento de diversas competências como: liderança, motivação da equipa, relacionamento interpessoal e comunicação, que garantam a qualidade dos cuidados. Assim, o enfermeiro gestor deve ter uma postura ética e inteligência emocional, ser criativo, incentivador, empreendedor e imparcial, bem como possuir conhecimentos técnico-científicos e gerir na instituição os recursos disponíveis, e respetivos custos (Aragão et al., 2016). No âmbito da gestão dos cuidados e de recursos humanos foi realizado o plano dos cuidados em cada turno, adequando as intervenções de enfermagem às utentes e aos recursos disponíveis. Relativamente à gestão dos materiais, houve colaboração com a enfermeira cooperante, que assume, maioritariamente, o papel de enfermeira responsável de

turno, na verificação diária do carro de emergência, bloco de cesarianas e salas de parto, na reposição de material dos carros de anestesia e mesas de reanimação neonatal, na realização de pedidos e contagem de medicação, com o objetivo de prevenir rutura de stock interno e permitir a continuidade e qualidade dos cuidados. Ao longo de todo o estágio, durante a prestação de cuidados, houve preocupação com a rentabilização de recursos materiais, assim como no planeamento e priorização de atividades, de forma a gerir o tempo e recursos. As atividades desenvolvidas permitiram o desenvolvimento de competências de gestão de recursos (OE, 2019b).

Por último, para o objetivo “desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica”, foi desenvolvido uma *scoping review*, sobre expectativas das mulheres para o TP e parto. O estudo da temática incluiu análise e debate com a enfermeira cooperante e professora orientadora, reflexões com as parturientes sobre a mesma, pesquisa de evidência científica e partilha de resultados com a equipa de enfermagem que contribuíssem para a aplicação na prestação de cuidados. Uma das atividades previstas no projeto de estágio consistia na divulgação de resultados à equipa de enfermagem. Dado o contexto pandémico, a partilha de resultados foi realizada por meio de um póster (Apêndice II), enviado por email para a equipa; dos contactos informais com diferentes elementos da equipa multidisciplinar, emergiram reflexões sobre a necessidade de corresponder às expectativas das parturientes, a dificuldade em gerir planos de parto rígidos e onde não existe margem para a negociação de cuidados, e sobre estratégias de intervenção do EESMO que contribuíssem para a concretização das expectativas das mulheres, nomeadamente disponibilizar maior apoio às utentes, demonstrando presença e acessibilidade, principalmente quando ainda se encontram sozinhas nas salas de parto. A realização destas atividades foram úteis no desenvolvimento de competências relativas à melhoria contínua da qualidade, avaliação da qualidade das práticas clínicas, à prática baseada em evidência e assunção de um papel facilitador de aprendizagens em contexto de equipa (OE, 2019b). A abordagem sobre a temática em estudo constitui matéria dos próximos capítulos, assim como os resultados e discussão dos mesmos.

2 – O PARTO IDEALIZADO COMO UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA E HUMANIZADA

O desenvolvimento científico e tecnológico, que apresentou contributos na melhoria dos resultados perinatais e qualidade e segurança para as grávidas, conduziu a intervenções excessivas e medicalização do parto e demitiu a mulher do seu papel ativo, criando insatisfação, insegurança, medos, ansiedade e desconfiança (Andrade et al., 2017; Lopes, 2016; Monteiro et al., 2020; OE, 2012; OMS, 2018; Pinheiro, 2016). Assistiu-se ao aumento de intervenções por parte dos profissionais de saúde, na área de saúde materna e obstétrica, no sentido de controlar o processo de nascimento, como iniciar, acelerar, terminar, regular e monitorizar o processo fisiológico do TP e, por sua vez, melhorar os resultados para a mulher e bebé (OMS, 2018). Esta abordagem intervencionista não é sensível à mulher, às suas necessidades, valores, preferências pessoais e família e apresenta como consequência a vivência de uma experiência negativa do parto (Renfrew et al., 2014). A prova deste facto são os documentos e diretrizes que têm surgido nos últimos anos, e que orientam para a promoção do parto normal, humanização do parto e vivência de uma experiência de parto positiva, que defenda os direitos das mulheres.

Com a institucionalização do parto, verificou-se também um aumento nos relatos e experiências de parto perturbadoras para a mulher. Globalmente, assistiu-se a abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência na prestação de cuidados durante o processo de nascimento, o que pode representar consequências adversas para a mãe e criança. Estas práticas incluem violência física, humilhação, abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, falta de confidencialidade, falta de obtenção do consentimento informado, recusa de internamento nas instituições de saúde, prestação de cuidados negligentes durante o parto, entre outras (OMS, 2014).

No final do século XX, inicia-se o debate sobre o modelo de cuidados na assistência à grávida e parturiente, e à qualidade do atendimento nas instituições de saúde. Neste período, procedeu-se à implementação de programas de assistência, com a finalidade de reduzir as intervenções invasivas e fornecer recursos de apoio às grávidas, parturientes, família e profissionais de saúde para atingirem um parto o mais fisiológico possível (Pinheiro, 2016).

A OMS afirma que “todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação” (OMS, 2014, p.1). Refere-se ainda aos abusos, maus-tratos e negligência como uma violação dos direitos fundamentais das mulheres.

Swanson reforça que os enfermeiros têm responsabilidade de defender a luta pelos direitos humanos, pela equidade de acesso aos cuidados de saúde e diferentes causas humanitárias, dado que presenciou discriminação, no livre arbítrio, por raças, classes sociais e género (Swanson, 1993; Wojnar, 2011).

Na obtenção de um alto nível de respeito de assistência ao parto, os sistemas de saúde devem garantir o respeito à saúde sexual e reprodutiva e os direitos humanos das mulheres. Neste sentido, as mulheres têm direito à prestação de cuidados de alta qualidade e ao parto fisiológico, que pode ser realizado sem complicações, em grande parte dos casos (OMS, 2018). A Lei nº 110/2019, de 9 de setembro estabelece ainda que, na prestação de cuidados durante o TP, a parturiente e RN apenas devem ser submetidos a intervenções necessárias e baseadas em evidência científica, remetendo para a prestação de cuidados de saúde, com base nas recomendações da OMS para a experiência positiva do parto.

A filosofia dos cuidados em saúde materna e obstétrica deve ser enraizada no modelo de cuidados centrados na mulher, o que implica a prestação de cuidados adequada às necessidades individuais, sustentada na escolha informada, na capacitação da mulher e na promoção do TP e parto fisiológico (OE, 2015b). Neste modelo, o EESMO presta cuidados de forma holística, considerando a pessoa em todas as suas dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica. Assume o papel principal de defensor da mulher, permitindo-lhe a tomada de decisão informada, incentiva-a à autoeficácia e fornece informações isentas de julgamentos. Este modelo tem como pressupostos: o foco na gravidez e parto como início da vida familiar, que considera as experiências individuais; a mulher como parceira dos cuidados; a oportunidade de escolha informada; controlo da mulher nas decisões relativas à prestação de cuidados e apoio na gravidez e parto normal; a continuidade de cuidados, que promova o desenvolvimento de relações de confiança com os prestadores de cuidados (OE, 2015b).

A humanização do parto propõe um novo olhar sobre a prestação de cuidados à parturiente, respeitando a natureza e fisiologia do TP e parto e as opções das mulheres (Andrade et al., 2017; Toral et al., 2019). A humanização do TP e parto surge com o objetivo de erradicar abusos e violência das mulheres, tornando estes momentos o mais prazerosos possível para todos os envolvidos neste processo (Toral et al., 2019).

Assim, o parto ideal constitui uma perspetiva de experiência de parto positiva que corresponde àquele que preenche ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais das mulheres (OMS, 2018). Este engloba o nascimento de um bebé saudável, o TP e parto sem complicações, onde existe supervisão e acessibilidade dos recursos necessários que promovam um ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, sem muita dor, rápido, com maior liberdade de movimentos, com continuidade no apoio prático e emocional de pessoas significativas, com acesso

a informação, com o mínimo de incertezas possível e prestação de cuidados por profissionais de saúde atenciosos e tecnicamente competentes (Losada et al., 2013; OMS, 2018). Evidencia-se também o desejo, por parte das mulheres, em vivenciar um TP e parto fisiológico, com sensação de realização pessoal e envolvimento na tomada de decisão, mesmo quando há necessidade de intervenções médicas (OMS, 2018).

2.1 – EXPECTATIVAS

A gravidez corresponde a um período de preparação física, psicológica e emocional para o TP e parto, representa um período de aprendizagens para os progenitores e para os que lhes são próximos (Alden, 2014). O terceiro trimestre é associado a um período de ansiedade, que aumenta com a aproximação da data provável do parto. A este período são relacionados alguns receios como o medo de ter dor, de morrer no parto, de que as alterações físicas provocadas pelo parto permaneçam, de que episiotomias ou lacerações perineais provoquem disfunções sexuais, de não ser possível amamentar, de que o bebé apresente malformações corporais, entre outros. Os medos específicos da maternidade e as expectativas criadas são relativamente a si própria, ao bebé e a ambos (Iravani et al., 2015; Ledford et al., 2016; Maldonado, 2013; Pedreira & Leal, 2015).

As expectativas desempenham um papel importante na construção da identidade da grávida, preparando-a junto dos seus familiares, para as responsabilidades a assumir durante o nascimento da criança e após a mesma. Estas devem ser respeitadas e compreendidas de forma a promover cuidados adaptados às necessidades da mulher (Iravani et al., 2015). Quando essas expectativas não são consideradas, a probabilidade de insatisfação é maior (Ledford et al., 2016).

A flexibilidade das expectativas pode determinar a satisfação com o parto, na medida em que quanto mais rígidas se manifestarem relativamente às expectativas, menor é a avaliação de satisfação do parto. Quando é aceite a possibilidade do TP não ocorrer como esperado, constroem-se fatores de proteção para gerir as complexidades do nascimento (Afshar et al., 2016; Ledford et al., 2016). O momento do parto implica a vivência de sentimentos complexos que não se limitam ao momento em si, mas também engloba as expectativas sobre a experiência prévia ao parto (Pedreira & Leal, 2015). Quando as expectativas são alcançadas, as parturientes vivem uma experiência positiva de parto, é alcançado um maior nível de satisfação (Iravani et al., 2015), e, consequentemente, uma melhoria na qualidade dos cuidados (ACEESMO, 2018). Contudo, as expectativas podem constituir uma forma de avaliação das parturientes relativamente às suas próprias ações e comportamentos. A idealização do TP e parto poderá, consequentemente, provocar sentimentos de fracasso e culpa, caso não fiquem satisfeitas (Cashion, 2014).

Já nos anos 70, Ruth Lubic referiu que a prestação de cuidados em resposta às expectativas das mulheres/casal tem como fundamento básico a consideração pela dignidade humana, que

consiste no apoio e valorização da mulher em TP, através da utilização de uma comunicação atenta e respeitosa. Lubic (1972) propõe a prestação de cuidados com vista às expectativas das parturientes, que, para a autora, inclui conhecer a pessoa em todas as dimensões biopsicossociais. Exemplifica como recursos passar tempo com o indivíduo, observando o seu comportamento, e conhecer a sua cultura, refletindo sobre o modo como estes fatores influenciam as suas expectativas. O planeamento de cuidados, nesta perspetiva, facilita o processo de tomada de decisão, o respeito mútuo, a confiança no profissional e, consequentemente, potencia os ganhos em saúde. A autora identifica como expectativas que as mulheres apresentam para o TP: a valorização da parturiente, a participação na tomada de decisão, relação com os profissionais de saúde adequada, comunicação cuidadosa e holística e o bem-estar materno e fetal.

O conceito de expectativas foi mais tarde englobado no estudo de algumas teorias, na área da psicologia, nomeadamente por Albert Bandura (1977), na teoria de autoeficácia, onde é identificado que a formação de expectativas contribui para a conquista dos objetivos pessoais e onde há influência do comportamento humano. A expectativa de eficácia relaciona-se com a auto convicção de possuir capacidade para executar, com sucesso, o comportamento necessário, ou seja, sobre o julgamento que a pessoa faz sobre si mesma e sobre o sentimento de aptidão para desempenhar determinado comportamento. A expectativa de resultado é definida como o juízo, feito pela pessoa, de que determinado comportamento específico produzirá certos resultados. Estas expectativas diferem entre si, na medida em que as pessoas podem acreditar que determinada linha de ação irá produzir certos resultados, mas a dúvida sobre a sua capacidade para realizar a atividade pode influenciar o seu comportamento. Embora este estudo tenha sido apresentado há algumas décadas, considerou-se pertinente e com aplicabilidade à temática, por apresentar conceitos possíveis de mobilizar e articular com a teoria do cuidar de Swanson, como se pode verificar no capítulo seguinte.

As expectativas maternas relativas ao TP e parto constituem um papel fundamental na resposta específica da mulher à sua experiência do parto, determinando as suas escolhas e influenciando o seu nível de satisfação. A identificação dessas expectativas, desejos, necessidade e medos permite aos EESMO intervir no sentido de alcançar o objetivo das mulheres e, consequentemente, a experiência positiva do parto (Iravani et al., 2015; Marques et al., 2020).

As mulheres apresentam diferentes expectativas durante a gravidez, sobre variadas questões relacionadas com o parto, com base nos seus conhecimentos, experiências, crenças, cultura e origens sociais e familiares (Cashion, 2014; Iravani et al., 2015; Ledford et al., 2016). Estas são produzidas considerando informações adquiridas nas sessões de preparação para o nascimento, livros, televisão, internet, profissionais de saúde e experiências de familiares e amigos (Alden, 2014; Martin et al., 2013; Ledford et al., 2016). As experiências de TP e parto anteriores da

múltipla influenciam as expectativas de parto das mulheres (Cashion, 2014; Ledford et al., 2016), bem como as interações negativas com os profissionais no período pré-natal (Ledford et al., 2016). Estas fontes de informação podem influenciar de forma positiva e negativa as perspetivas individuais, provocando necessidade de controlo, medo da dor ou preferências relativamente a intervenções médicas (Martin et al., 2013; Nilsson et al., 2018). A veracidade das informações recebidas deve ser validada quando provêm de uma fonte informal, uma vez que pode levar a expectativas de parto desinformadas, prejudiciais ao bem-estar materno e fetal. Nestes casos, a experiência de nascimento pode ser negativa, com consequências a curto e longo prazo, como a dificuldade na adaptação pós-parto, inibição na vinculação, problemas de autoconfiança da mulher enquanto mãe, medo de futuras gestações e aumento de risco de depressão pós-parto (Martin et al., 2013). A implementação de planos de parto padronizados contribui para evitar a idealização expectativas irreais, para a simplificação do processo de criação do PP e maximização do seu potencial como instrumento de comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e a parturiente (Afshar et al., 2016).

Assim, entende-se que as expectativas são uma elaboração mental do que se pretende que aconteça em eventos futuros. A concretização destas, no TP e parto, influencia o grau de satisfação da parturiente e a sua experiência do parto.

2.2 – PLANOS DE PARTO

O sistema de saúde evidencia, cada vez mais, os cuidados centrados nas necessidades da mulher, conferindo-lhe um papel ativo no processo de tomada de decisão (DGS, 2015a, 2015b; Ferreira et al., 2017; OE, 2012, 2015). Essas decisões devem ser individuais e informadas e, por esse motivo, é necessária a posse de conhecimentos e competências na gestão da saúde e doença (Ferreira et al., 2017), assumindo a participação da mulher como parceira nos seus cuidados de saúde (DGS, 2015a; OE, 2015a). Uma estratégia de manifesto das decisões das mulheres para com a equipa de saúde e envolvimento da mulher na preparação do TP é a construção de um PP (Teresa Silva & Lopes, 2020).

Planos de parto ou planos de nascimento são termos que surgem nos discursos relacionados com a enfermagem em saúde materna e obstétrica. Pretende-se entender qual a diferença entre eles e qual o mais apropriado na utilização científica. Segundo a MCEESMO (2021), o PP é uma estratégia que promove a gestão das expectativas da mulher e a decisão informada, engloba decisões relacionadas com o parto e as opções clínicas face ao processo corporal fisiológico, com uma dimensão de incerteza e imprevisibilidade. O conceito nascimento refere-se ao RN e ao início da vida extrauterina, o plano de nascimento parece ter pouca significância relativamente ao período pré-natal e remete apenas para a via do parto, vaginal ou abdominal.

Assim, considerando que o plano se refere à parturiente, ao seu corpo, desejos, expectativas e decisões, a melhor designação para apresentar a intenção dos cuidados de enfermagem é PP.

Um PP consiste num documento escrito, elaborado pela grávida/casal de forma voluntária, onde são expressas as suas expectativas pessoais, apoio, relações entre enfermeiro e parturiente, e preferências relativamente ao tipo de envolvimento pessoal e à assistência clínica durante o TP e o nascimento (Afshar et al., 2016; DGS, 2020a). A construção de um PP permite o exercício do consentimento informado, livre e esclarecido (DGS, 2020a) e deve ser apoiada pelos EESMO no período pré-natal, nas consultas de vigilância da gravidez e/ou nos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) (Afshar et al., 2016; Alden, 2014; DGS, 2020a; Lei nº 110/2019; Lopes, 2016; Teresa Silva & Lopes, 2020). Este é um período marcado pela vulnerabilidade da grávida e receios, onde se pretende fomentar os conhecimentos sobre o processo do parto, disponibilizando informação fidedigna, baseada em evidências científicas, capacitando a mulher para a decisão informada (DGS, 2020a; Lopes, 2016). A elaboração do PP não se deve focar nas intervenções permitidas ou não permitidas, mas nas necessidades efetivas que a grávida possui para a vivência positiva, normal e segura do TP, considerando a imprevisibilidade de determinadas situações (Teresa Silva & Lopes, 2020).

A parturiente deve considerar, no PP e na elaboração das expectativas, a oferta de cuidados da instituição, onde se pretende que ocorra o parto, essa informação é transmitida pelos EESMO (DGS, 2020a), e permite à grávida construção de expectativas reais e a idealização de um parto que pode ser concretizado. Quando o mesmo não acontece, as mulheres sentem-se dececionadas e entendem que falharam durante o parto (Afshar et al., 2016).

A Lei nº110/2019, de 9 de março, prevê que as instituições garantam o direito a um PP, com referência a que deve ser apresentado e discutido com a equipa da unidade de saúde onde se prevê que o parto venha a ocorrer, envolvendo os profissionais de saúde e a mulher grávida ou o casal.

A intervenção dos profissionais, nas salas de parto, deve ser adaptada aos PP apresentados pelas parturientes (Lei nº 110/2019; Lopes, 2016; OE, 2019a). Contudo, os profissionais de saúde são confrontados com ambivalência entre as escolhas e expectativas da mulher/casal e a necessidade de as infringir pela necessidade de assegurar o bem-estar materno-fetal (Lopes, 2016). As competências técnicas dos profissionais de saúde, nas salas de parto, prevalecem ao PP (Lei nº 110/2019; Lopes, 2016), desde que devidamente fundamentadas, dado que as intervenções devem ser de qualidade e risco controlado (OE, 2019a); as suas alterações devem ser previamente conhecidas pela mulher/casal (Lopes, 2016). Assim, a prestação de cuidados dignos e respeitosos, independentemente da sua literacia, devem ser asseguradas, de forma a proporcionar a experiência de um parto positivo e cuidado digno durante o TP e parto (DGS, 2020a).

2.3 – LITERACIA EM SAÚDE MATERNA

A literacia em saúde (LS) assume um papel diferenciador no contributo para a gravidez e nascimento o mais saudável possível, uma vez que a mulher/casal necessitam de acesso a informação fidedigna e útil, que contribua para a tomada de decisões responsável e que influenciem de forma positiva a sua saúde e a da criança (DGS, 2020a; Teresa Silva & Lopes, 2020). Esta está relacionada com o nível e desenvolvimento de competências cognitivas e sociais, que permitem à pessoa a tomada de decisões fundamentadas para manter a saúde.

O conceito envolve conhecimento, motivação e as competências do indivíduo em obter, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde, concebendo juízos e tomando decisões sobre os cuidados de saúde, prevenindo as doenças e promovendo a saúde, de forma a manter ou melhorar a qualidade de vida durante todo o ciclo de vida (DGS, 2019, 2020a). Na abordagem à literacia devem ser contempladas as especificidades de cada estadio de desenvolvimento, de forma a potenciar e ir ao encontro das oportunidades e necessidades identificadas, promovendo a LS e o autocuidado ao longo do ciclo vital (DGS, 2019). A utilização da LS materna, implementada como medida de saúde pública, tem contribuído para a diminuição da morbilidade e mortalidade materno-infantil (DGS, 2015a) e, por esse motivo, os profissionais de saúde devem aproveitar todos os momentos de contacto com a grávida/casal para a promoção de LS e adoção de comportamentos saudáveis (Lei nº 110/2019).

No processo de nascimento, os EESMO têm obrigação ética e legal, no respeito pela autodeterminação, em fornecer informações claras e completas sobre os cuidados de enfermagem, tratamentos, alternativas e possibilitar à mulher a decisão baseada nas informações recebidas (OE, 2015b; A. Silva et al., 2015). No dever de informação, que constitui as normas deontológicas da profissão de enfermagem, o enfermeiro deve informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso e a maneira de os obter, bem como assumir um papel respeitador, defensivo e promotor do direito do utente ao consentimento informado (OE, 2015b).

O “Plano Nacional de Saúde (PNS): revisão e extensão a 2020” menciona que o utente deve ser capacitado para assumir a responsabilidade, na defesa da sua saúde individual e, para isso, necessita de acesso à informação, processar a mesma e aplicá-la na alteração dos seus comportamentos (DGS, 2015b). Analisando-o no contexto de saúde materna, é proposta: i) a promoção de uma cultura que inclua a promoção da literacia e a capacitação das mulheres, com o objetivo de estas se tornarem mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem delas depende, ii) a realização de ações de promoção de literacia que evidenciem medidas de promoção da saúde materna e prevenção de doença, iii) o desenvolvimento de programas de

educação para a saúde materna, iv) desenvolvimento de programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde (DGS, 2015b).

O plano de ação desenvolvido pela DGS (2019) para a LS entre 2019 e 2021 reflete o contexto de intervenção e metas estratégicas, enquadradas no ciclo da vida. As grávidas e parturientes são incluídas na fase de vida ativa e na navegação no sistema de saúde, e têm como objetivos gerais atribuídos a capacitação para a utilização adequada, a promoção do bem-estar e a promoção de conhecimentos e de investigação. Como áreas prioritárias são identificadas a gestão da saúde, os níveis de LS e os métodos e meios de promoção de LS.

Neste âmbito, Ferreira et al. (2017) refere que a criação dos CPPP emergiu da necessidade de reduzir a lacuna de informação, que confere à mulher autonomia na gestão da sua saúde, permitindo, assim, que não ocorra submissão a intervenções ou indicações dos profissionais de saúde, sem existir reflexão e questionamento sobre as mesmas. Os CPPP pretendem “contribuir para a vivência informada e gratificante da gravidez, do parto, do puerpério e da aprendizagem da parentalidade” (DGS, 2020a, p.8), promovem ainda o desenvolvimento de confiança e competências da grávida/casal para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade (DGS, 2015a). Assim, entende-se que os CPPP são promotores no desenvolvimento de LS da mulher, potenciando assim o desempenho de um papel ativo no processo de tomada de decisões durante a gravidez e o parto (DGS, 2019; Ferreira et al., 2017) e a sua dinamização é da responsabilidade do EESMO (ACEESMO, 2018; OE, 2019a).

A facilidade de acesso à informação que se verifica atualmente, conjugado com a capacidade de interpretação da mesma, confere à mulher autonomia, competência e poder para tomar decisões sobre o processo gravídico e exprimir as suas opções. A mulher tem o direito à liberdade, autonomia e autodeterminação (Lei nº 110/2019), no momento do TP e parto e deve usufruir desses direitos de forma a vivenciar uma experiência de parto positiva. A promoção da LS materna e a capacitação das mulheres, por parte dos EESMO, contribui para a elaboração mental ou escrita das preferências de nascimento e construção de expectativas. A construção de expectativas e elaboração de PP advém do conhecimento dos seus direitos para o TP e parto e do desejo pela vivência de uma experiência de parto positiva. Assim, o EESMO deve atuar em conformidade com as preferências e contribuir para a concretização das expectativas e do parto idealizado pelas mulheres.

3 – O EESMO NA GESTÃO DAS EXPECTATIVAS DA PARTURIENTE

O processo de enfermagem é utilizado na gestão de cuidados prestados à mulher e pessoas significativas, durante todos os estádios do TP (Cashion, 2014). O EESMO, no período pré-natal, desempenha um papel significativo na preparação da mulher para as complexidades do nascimento (Ledford et al., 2016), cujo acompanhamento deve ser continuado até ao momento do puerpério (Toral et al., 2019).

A parturiente é o centro dos cuidados do EESMO e, por esse motivo, o planeamento dos mesmos deve ser individualizado, de forma a promover a sensação de controlo da mulher, a sua participação ativa no nascimento, a autoestima, autodeterminação, dignidade, liberdade, o direito à informação e decisão esclarecida, respeitando assim as suas expectativas, crenças, valores e sentimentos (Cardoso et al., 2020; Lei nº 110/2019; OE, 2012, 2015). Os cuidados de enfermagem centram-se na avaliação e apoio à mulher e família, durante o processo de TP e parto, de forma a garantir os melhores resultados para os intervenientes (Cashion, 2014).

O desenvolvimento de cuidados de qualidade é uma competência do enfermeiro especialista (OE, 2019b) e o EESMO, no âmbito do TP e parto, assegura o mais elevado nível de satisfação das mulheres, assumindo o respeito pelas suas crenças, valores e desejos, expectativas para o TP e parto, expectativas para o projeto de maternidade e paternidade, estabelecimento de uma relação terapêutica, capacitação para a tomada de decisão e ação, estabelecimento de parceria de cuidados, inclusão das pessoas significativas e promoção de ambiente favorável (ACEESMO, 2018).

Assim, optou-se por enquadrar a intervenção do EESMO como contributo para a concretização das expectativas das mulheres, na teoria do cuidar de Kristen Swanson (1991). Os motivos pelos quais se optou por esta teoria baseiam-se na relevância atribuída à individualidade da parturiente, baseada no bem-estar da pessoa, nas suas crenças e capacidades, por identificar o EESMO como o profissional que acredita que, com a sua intervenção, capacitação e relação empática, a parturiente vai ser capaz de experienciar um parto positivo, que vá ao encontro das suas expectativas (Swanson, 1993) e por entender que a diferença dos cuidados pode marcar a vida das pessoas (Wojnar, 2011). A construção de expectativas, baseada nos valores e crenças da parturiente, e a sua especificação num PP têm como objetivo a vivência de um parto idealizado, que pressupõe o bem-estar da parturiente e, consequentemente, uma experiência de parto positiva.

A teoria de médio alcance de Swanson conceptualiza o cuidar à luz do metaparadigma e define enfermagem como a disciplina que é experiente em cuidar dos outros, sustentada em conhecimento empírico, da área de enfermagem e ciências relacionadas, pela prática clínica e valores e expectativas pessoais e sociais. Entende-se por pessoa um ser único, em evolução, que para ser íntegro, é necessária a manifestação de pensamentos, emoções e comportamentos (Swanson, 1993); tal como a parturiente/casal, que experimentam transições no parto, devem expressar dúvidas, medos e receios com o EESMO, as opções no PP e as emoções e comportamentos durante o TP e parto. As experiências de vida de cada pessoa são afetadas pela genética, espiritualidade e capacidade de decidir como agir (Swanson, 1993). O livre arbítrio é necessário para a individualidade da pessoa, por isso, é de considerar que todas as escolhas, como as preferências e expectativas para o TP, são válidas (Wojnar, 2011). Relativamente ao conceito de saúde, que engloba o bem-estar, a teórica afirma ser subjetivo, plena de significado. Implica a integridade e totalidade da pessoa, quer isto dizer que a parturiente é capaz de se exprimir livremente sobre assuntos como a espiritualidade, pensamentos, sentimentos, relacionamentos, inteligência entre outros (Swanson, 1993). O ambiente apresenta diferentes domínios de influência, como por exemplo, culturais, psicológicos, sociais, políticos, económicos, entre outros, e corresponde a “qualquer contexto que é influenciado ou influencia o cliente” (Swanson, 1993, p.8). Por esses motivos, é um ambiente situacional, que pode ser físico ou a nível da mente/físico individual, com influência de fatores biopsicossociais e espirituais (Swanson, 1993). O ambiente é promotor do acolhimento, de vínculo e confiança na vivência do TP e parto (Oliveira et al., 2018).

A teórica define cuidar como uma relação afetiva entre o enfermeiro e o utente, que promove desenvolvimento dos dois intervenientes e por quem se sente um compromisso pessoal e de responsabilidade (Swanson, 1991). As intervenções de enfermagem, na gestão das expectativas à parturiente, poderão fundamentar-se na estrutura de cuidar de Swanson (1993), que implica cinco categorias ou processos, que se sobrepõem e não podem ser considerados individuais: manter as crenças, conhecer, estar com, fazer por e possibilitar.

“Manter as crenças” diz respeito à apreciação do EESMO, em acreditar que a parturiente possui capacidade para enfrentar o TP conforme foi idealizado. Como tal, o EESMO tem a função de apoiar, promover a capacidade de autoconhecimento e autoeficácia, motivando a mulher para confiar no seu corpo, natureza e fisiologia do parto e na sua capacidade em o experienciar (Swanson, 1993). Segundo Bandura (1977), a crença sobre a autoeficácia influencia diretamente a construção das expectativas, podendo esperar-se resultados negativos quando o indivíduo se considera com baixa autoeficácia, ou resultados favoráveis dos comportamentos, quando no autojulgamento se considera eficaz. Assim, o EESMO necessita de empoderar a parturiente, de forma que esta obtenha sentimento de aptidão para o TP idealizado.

O “conhecimento” implica compreender os acontecimentos como significativos na vida da parturiente. O modelo de cuidados deve ser centrado da parturiente, pressupondo as noções preconizadas pela OE (2015a), de parto humanizado, referidas no capítulo anterior. Os estereótipos e ideias pré-concebidas devem ser evitados (Swanson, 1991; Swanson, 1993; Wojnar, 2011), e prevê-se prestar cuidados culturalmente sensíveis e aceitar a diversidade cultural existente. Deve ser com base neste pressuposto que o EESMO elabora o plano de cuidados (Swanson, 1993). As expectativas são formuladas, para além do referido, em crenças individuais das parturientes e o parto idealizado é constituído pelas crenças e “normas” da cultura onde estão inseridas. Cashion (2014) expõe a importância de as parturientes serem incentivadas a relatar os comportamentos e práticas específicas da sua cultura e que são essenciais na vivência do TP e parto, caso não exista ou não esteja contemplado no PP. A autora referencia exemplos de mulheres que não querem ser alvo de cuidados de um homem ou culturas onde só é permitida a ingestão de alimentos específicos durante o TP.

“Estar com” significa estar emocionalmente disponível para a parturiente, demonstrando que as suas questões e experiências de vida interessam ao EESMO, através da prática de escuta ativa (Swanson, 1993). O EESMO, no âmbito da prestação de cuidados na sala de partos, assume a responsabilidade pelo bem-estar materno e fetal, demonstra à parturiente/casal disponibilidade para contribuir para a concretização das suas expectativas, prestar apoio contínuo durante o TP e parto e desenvolve um vínculo, cumplicidade, numa relação de ajuda e parceria de cuidados individualizados que refletem compromisso do profissional (Cashion, 2014; Swanson, 1993). Nesta categoria de cuidado, inclui-se a discussão sobre os sentimentos da parturiente e medos em relação ao parto, que raramente serão expressas pela mulher voluntariamente, mas que devem ser incentivadas pelo EESMO (Cashion, 2014). Para tal recorre-se à comunicação centrada na parturiente como garantia que as mulheres se sentem ouvidas, desenvolvendo-se comportamentos de apoio à tomada de decisão sobre o PP, que influencia a experiência de parto de forma positiva (Ledford et al., 2016).

“Fazer por” é fazer pela parturiente o que ela faria, caso conseguisse, é confortar, antecipando as necessidades, intervindo com competência e habilidade, protegendo-a e promovendo dignidade (Swanson, 1993). Nesta categoria de cuidado, estabelecem-se estratégias para que sejam prestados cuidados de qualidade adequados às necessidades da mesma (Oliveira et al., 2018), ou seja, respeitar as opções da parturiente e intervir em conformidade com o que esta deseja, necessita ou expectou. Swanson (1993) identifica que um exemplo de “não fazer por” é realizar episiotomia de forma a acelerar o parto.

“Possibilitar” consiste na capacitação da parturiente/casal para o autocuidado, o que inclui facilitar a vivência de transições ou eventos desconhecidos (Swanson, 1991; Swanson, 1993). Uma

das categorias identificadas no estudo de Iravani et al. (2015) foi a necessidade de satisfação das necessidades fisiológicas durante o parto, como assegurar as necessidades nutricionais, individuais e higiénicas e promoção de conforto e de privacidade. O EESMO é cuidador da parturiente, deve construir um plano de cuidados, que possibilite a vivência das suas potencialidades e autonomia e integre desejos, preferências, necessidades e expectativas da mulher para TP e parto (ACEESMO, 2018; Cashion et al., 2014; Oliveira et al., 2018). O EESMO tem a responsabilidade de promover a LS materna e informar a mulher sobre a possibilidade de alterações ao PP, assegurando que lhe serão transmitidos conhecimentos e informação para que lhe seja possível a tomada de decisão informada (Cashion, 2014).

Na promoção ao parto normal, a intervenção do EESMO e restantes profissionais de saúde, para o período do TP e parto, inclui: o envolvimento da mulher nas decisões do processo de nascimento, em linguagem clara e acessível, possibilitando a decisão esclarecida; possuir e aplicar conhecimentos que otimizam o desenvolvimento fisiológico do TP, nascimento, amamentação e pós parto; promover o apoio contínuo do acompanhante durante o TP e nascimento; promover os cuidados individualizados e contínuos à díade, durante o TP e nascimento, envolvendo o mínimo de profissionais necessários; facultar estratégias de conforto e alívio da dor, informando os seus benefícios para promover um parto normal; aplicar práticas sustentadas em evidência científica, contribuintes para a promoção do processo fisiológico do TP, nascimento e pós-parto; e por último, evitar a utilização rotineira de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja demonstrado (OE, 2012).

Na promoção ao parto humanizado, onde se pretende que o TP se ajuste às expectativas das parturientes, propõe-se a tomada de decisão compartilhada entre EESMO e utente, com o objetivo de proporcionar à mulher as melhores opções baseadas em evidência científica atual, com respeito pelas crenças e valores pessoais que se centrem na flexibilidade para corresponder às necessidades e desejos. Assim, a decisão deve centrar-se na compreensão das expectativas e experiências da mulher, na construção de parceria de cuidados, no fornecimento de evidência que inclua discussão sobre as incertezas do processo de nascimento, na proposta de recomendações e verificação de um entendimento mútuo (Afshar et al., 2016).

4 – METODOLOGIA

A metodologia utilizada para sistematizar as intervenções do EESMO que contribuem para a concretização do TP e parto idealizado pelas mulheres foi a *scoping review*.

4.1 – SCOPING REVIEW

A *scoping review* é utilizada com o objetivo de fornecer uma visão geral das evidências ou para responder a perguntas sobre a natureza e diversidade das mesmas (Peters et al., 2020). Tem o intuito de mapear conceitos que sustentem uma determinada área de conhecimento, esclarecer definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico (Arksey & O'Malley, 2005).

Nesta metodologia, é desenvolvido um protocolo de pesquisa, assumindo a estrutura proposta pelo Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020), onde consta a questão de revisão, o objetivo e métodos utilizados como a definição de critérios de inclusão e exclusão, estratégia de pesquisa, seleção dos estudos relevantes, extração, apresentação e resumo dos resultados.

Assim, foi realizada uma *scoping review* cumprindo as etapas anteriormente referidas, que constam no protocolo de pesquisa (Apêndice III).

Considerando a primeira etapa do protocolo, foi definida a questão de revisão: “Quais as intervenções do EESMO facilitadoras da concretização do TP e parto idealizado pelas mulheres?”. Foi definido como objetivo identificar as intervenções de enfermagem do EESMO que contribuem para a concretização do TP e parto idealizado pelas mulheres.

Posteriormente, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, como consta no quadro 1. A definição dos critérios de inclusão consideram a dimensão da questão de revisão, população (P), conceito (C) e contexto (C) (Peters et al., 2020). Os participantes foram definidos considerando o objetivo da pesquisa, como preconizado pelo JBI. Os conceitos constituem uma orientação na realização da *scoping review* e na amplitude da investigação, podendo, por isso, incluir intervenções e fenómenos de interesse. O contexto pode incluir fatores culturais, sociais e físicos. No tipo de estudo poderão ser incluídos estudos de paradigma qualitativo, quantitativo ou ambos (Peters et al., 2020).

Quadro 1- Critérios de Inclusão

Participantes	Grávidas e parturientes
Conceitos	Expectativas, TP, Parto, Intervenções do EESMO,
Contexto	Parto hospitalar
Tipos de estudos	Estudos qualitativos e quantitativos

Posteriormente, foram pesquisados termos no MeSH (*Medical Subject Headings*) Browser, com o objetivo de os validar como descritores, identificando possibilidades após a leitura da respetiva *scope note*. Assim, foi realizada pesquisa nas bases de dados identificadas no quadro 2 e aplicadas diversas expressões de pesquisa, onde se variou os descritores, a sua ordem e o boleano. Nesta fase, foi identificado como obstáculo o facto de o termo *expectations*, conceito organizador do estudo, não ser considerado um descritor MeSH e a sua ausência na estratégia de pesquisa conduzir à ausência de resultados ou resultados sem contributo para a questão de revisão. A introdução do termo *expectations* na plataforma MeSH Browser com a opção “*exact match*” encaminha para o descritor *motivations*, por ser um “*entry term*” do descritor. Contudo a *scope note* não é compatível com a questão de investigação e com o conceito teórico mobilizado no background. Foi realizada pesquisa do termo com as opções “*all fragments*” e “*any fragments*” e nenhum descritor compatível foi identificado. A mesma tentativa foi realizada com o descritor *intention*, onde se verificou a mesma situação, pelo que se optou pela inclusão do “*entry term*” *expectations*, na expressão de pesquisa e a mesma contribuiu para achados com valor para a investigação.

Assim, esta etapa foi concluída no dia 24 de abril de 2021, recorrendo à pesquisa nas bases de dados EBSCOhost e PubMed, com os limitadores identificados no quadro 2 e utilizando a expressão de pesquisa “*Expectations and Pregnant women and Delivery*”.

Quadro 2 - Bases de dados utilizadas e limitadores aplicados

Limitadores	EBSCOhost				PubMed
	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Medic Latina	CINAHL Complete	
Texto completo	x	X	x	x	X
Texto completo em Portable Document Format (PDF)	X	X	x	x	
Data de publicação: 2016-04-01 a 2021-04-24		X	x	x	x
Resumo disponível	x			x	X
Idioma inglês, português e espanhol	x	X	x	x	x

Com a expressão de pesquisa referida e os limitadores identificados, foi obtido o número de artigos identificados no quadro 3, onde é possível verificar o cruzamento entre os descritores.

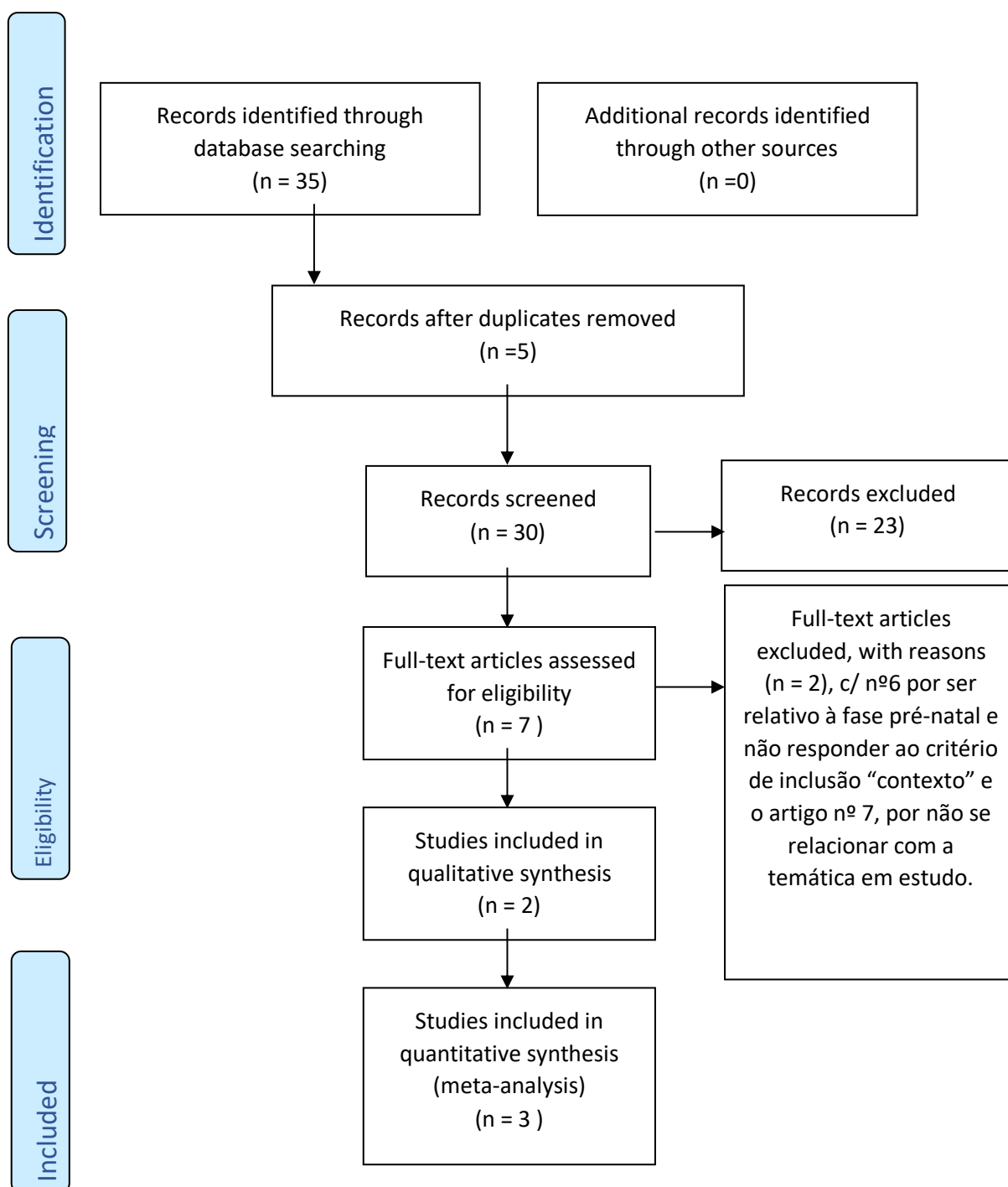
Quadro 3 - Identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis, por base de dados

Descritores	EBSCOhost				PubMed
	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Medic Latina	CINAHL Complete	
1- <i>Expectations</i>	6875	724	172	2258	10037
2 - <i>Pregnant women</i>	7659	626	571	2137	16667
3 - <i>Delivery</i>	30267	1776	475	6242	74125
1 e 2	43	11	6	35	90
1 e 3	268	34	3	104	498
2 e 3	1591	77	113	295	3697
1 e 2 e 3	8	0	2	4	21

Na fase *study collection* do protocolo, preconiza-se a seleção da evidência e avaliação da qualidade metodológica, com recurso ao “Prisma 2009 Flow Diagram” (figura 1), que se encontra na página seguinte. Da pesquisa realizada, nas bases de dados referidas, foram obtidos 35 artigos, dos quais 5 artigos foram removidos por se encontrarem duplicados. Na fase *screening* do prisma, observa-se a exclusão de 23 artigos após a leitura do título e *abstract*. Procedeu-se à leitura integral de 7 artigos; na fase *eligibility* foram excluídos 2 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão “contexto”, um relativo à fase pré-natal e outro por não se relacionar com a temática em estudo. Assim, na última fase do prisma, são incluídos 3 artigos de natureza qualitativa e 2 quantitativo.

Para a extração de resultados, recorreu-se à utilização de um quadro, conforme orientações do JBI, onde é possível identificar 9 variáveis que permitiram a extração e organização de dados, caracterizar os estudos e reunir os resultados significativos. Para além da identificação dos autores, ano de publicação, fonte, país de origem, tipo de estudo, objetivo, metodologia e interpretação desenvolvida pelos autores, cada artigo foi classificado de acordo com os níveis de evidência definidos pelo JBI (2013). O instrumento de extração de dados pode ser consultado no *appendix IV* do protocolo da *scoping review* (apêndice III). No quadro 4, é apresentado um resumo da análise dos artigos selecionados e, posteriormente, são apresentados os resultados obtidos com análise e interpretação dos mesmos. Os resultados são apresentados de forma sucinta e incluem as expectativas identificadas pelas participantes dos estudos.

Figura 1- – Prisma 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Quadro 4- Caracterização e resultados dos artigos incluídos na scoping review

Título	Autores (Ano)	País	Tipo estudo	Nível de evidência	População/Metodologia	Resultados com contributo para a investigação
1–“Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan”	Clare-Marie Anderson; Rosie Monardo; Reni Soon, Jennifer Lum, Mary Tschann, Bliss Kaneshiro (2017)	Estados Unidos da América	Estudo quantitativo	<i>Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study</i> (JBI, 2013)	81 grávidas com mais de 24 semanas e capacidade de leitura e compreensão em inglês; foi aplicado um questionário (pré e pós-parto) com resposta fechada numa escala visual analógica de 0 a 10 e preenchimento de um PP padronizado constituído pelas opções disponíveis na instituição de saúde, relativas ao TP e parto	O PP é um instrumento útil de comunicação e de trabalho para os profissionais de saúde. O PP padronizado e adequado às opções da instituição de saúde, permite a criação de expectativas reais e a possibilidade de concretizar o parto idealizado.
2 – “Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups”	Elke Mattern, Susanne Lohmann, Gertrud M. Ayerle (2017)	Alemanha	Estudo qualitativo	<i>Level 3.e – Observational study without a control group</i> (JBI, 2013)	50 mulheres grávidas ou que tiveram o parto na Alemanha, no último ano. Foram realizados “focos group”, onde se colheu dados relativos às perspetivas sobre os cuidados na maternidade	Expectativas: controlo/informação, apoio contínuo (EESMO/acompanhante), profissionais de saúde (confiança e acessibilidade)
3 – “Childbirth expectations of La Ribera pregnant women: a qualitative approach”	Francisca Camacho Morell, M ^a José Romero Martín (2018)	Espanha	Estudo qualitativo	<i>Level 3.e – Observational study without a control group</i> (JBI, 2013)	213 grávidas adultas, no terceiro trimestre de gestação; aplicação de questionário de resposta aberta sobre as expectativas para o parto	Expectativas: parto rápido, parto indolor, controlo/informação, apoio contínuo (EESMO/acompanhante), bem-estar materno e fetal, tipo de parto

Título	Autores (Ano)	País	Tipo estudo	Nível de evidência	População/Metodologia	Resultados com contributo para a investigação
4 - “Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontaneo”	Itziar Pastor, Silvia Maxía, Miguel Sánchez, Laura López, Asunción Cazorla, Ana Marqués (2019)	Espanha	Estudo quantitativo	<i>Level 3.c – Cohortstudy with control group</i> (JBI, 2013)	Estudo de coorte observacional prospetivo. 186 grávidas, constituíram o grupo de teste e controlo. Preenchimento de duas escalas de resposta fechada, relativas à satisfação, perceção e expectativas com o parto	Expectativas: parto indolor, controlo/informação, apoio contínuo (EESMO/acompanhante), bem-estar materno e fetal, profissionais de saúde (confiança e acessibilidade)
5 - “Childbirth preferences and related fears - comparison between Norway and Israel”	Heidi Preis, Yael Benyamini, Malin Eberhard-Gran & Susan Garthus-Niegel (2018)	Israel e Noruega	Estudo quantitativo	<i>Level 3.d – Case – controlled study</i> (JBI, 2013)	2918 mulheres grávidas norueguesas e 490 israelenses com capacidade de preenchimento e opção primário por um parto vaginal; foi aplicado dois instrumentos de resposta fechada: um questionário sobre a probabilidade de escolherem cesariana e recorrer a analgesia epidural e uma escala que avalia o medo do parto;	Expectativas: parto indolor, tipo de parto

4.1.1 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O conhecimento das expectativas da grávida para o TP e parto são essenciais para a prestação de cuidados personalizados (DGS, 2020a; Morell & Martín, 2018). As grávidas expectam cuidados humanizados durante a gravidez e parto, que considerem o indivíduo de forma sensível e holística (DGS, 2020a; Mattern et al., 2017; OMS, 2018). As expectativas das mulheres para o TP e parto diferem consoante a cultura, costumes e meio em que estão envolvidas (Cashion, 2014; Iravani et al., 2015; Ledford et al., 2016; Preis et al., 2018).

Os profissionais de saúde devem adaptar as suas intervenções ao decorrer do TP e parto e às expectativas da grávida, com o objetivo de alcançar o mais alto grau de satisfação relativo ao processo de nascimento (ACEESMO, 2018; DGS, 2020a; Iravani et al., 2015; Marques et al., 2020; Morell & Martín, 2018). O modelo do parto humanizado implica o conhecimento das expectativas da parturiente/casal e, ainda que a mulher decida sobre o seu processo de nascimento, é necessário existir comunicação entre as utentes e os profissionais de saúde (Andrade et al., 2017; M. Carvalho, 2014; DGS, 2020a; Morell & Martín, 2018; Toral et al., 2019).

Pastor et al. (2019) avaliaram a concretização das expectativas das parturientes, identificando que foram cumpridas ou superadas em mais de 78% das situações estudadas. A insatisfação relativa às expectativas foi superior em grávidas submetidas a indução de TP, quando comparadas a mulheres que os partos foram de início espontâneo. As mulheres apresentam maior nível de satisfação quando os seus partos tiveram início espontâneo (OMS, 2018; Pastor et al., 2019).

As expectativas e objetivos da grávida para o processo de nascimento podem constituir um documento escrito, realizado no período pré-natal, denominado de PP. O documento resulta num manifesto de escolhas do casal, onde são contempladas as opções, desejos, expectativas e preferências da mulher para o período do TP e parto e, ainda, a identificação das pessoas de apoio que estarão presentes (Anderson et al., 2017; DGS, 2020a; Teresa Silva & Lopes, 2020). A sua utilização fomenta na mulher reflexão e discussão sobre os seus desejos, expectativas, preocupações e perceções incorretas relativamente ao TP e parto (Anderson et al., 2017; DGS, 2020a).

Na construção do PP, as mulheres/casais devem ser informados, pelo EESMO (Afshar et al., 2016; Alden, 2014; Anderson et al., 2017; DGS, 2020a; Lei nº 110/2019; Lopes, 2016; Teresa Silva & Lopes, 2020) e por folhetos informativos, sobre os recursos disponíveis e oferta de cuidados da instituição onde pretendem que o nascimento ocorra (Afshar et al., 2016; Anderson et al., 2017). Assim, é proporcionado à grávida/casal criar expectativas e idealizar um parto, que vão ao encontro

das possibilidades existentes na instituição onde vai ocorrer o nascimento (Afshar et al., 2016; Anderson et al., 2017; DGS, 2020a; Lopes, 2016).

A variedade de informação e PP pré-preenchidos, existentes nas plataformas online, pode constituir uma barreira aos profissionais de saúde pela dificuldade na análise prévia e individual de cada documento. Pressupõe-se a discussão prévia com a grávida sobre as opções disponíveis no local onde se prevê que irá acontecer o parto. Caso não seja possível a análise da viabilidade das suas opções, serão criadas expectativas irrealistas para o TP e parto. Por esse motivo, é considerado facilitador a disponibilidade de um PP institucional, que inclua apenas as opções e disponibilidade de recursos disponíveis na respetiva instituição de saúde (Afshar et al., 2016; Anderson et al., 2017).

A utilização do PP padronizado foi associada a uma experiência de parto positiva relativamente à satisfação com o parto, comunicação e confiança na equipa de saúde (Afshar et al., 2016; Anderson et al., 2017). No estudo de Anderson et al. (2017), as parturientes que elaboram um PP pretendem, num parto subsequente, recorrer à utilização do mesmo, dados sugestivos de que este documento produz efeitos positivos para as mulheres. Contudo, quanto mais exigências são especificadas num PP e menor for a flexibilidade dessas preferências, menor é a satisfação geral com o parto (Afshar et al., 2016). A disparidade destes resultados é justificada pelos autores, afirmando que, mesmo quando as opções das parturientes não são correspondidas, estas podem demonstrar satisfação com a utilização de um PP, pelo facto de ser considerada benéfica a discussão das opções para o nascimento.

A análise dos resultados mostra que as mulheres para o TP e parto, apresentam expectativas relativas ao tipo de parto (Morell & Martín, 2018; Preis et al., 2018), à duração do TP (Morrell & Martín, 2018), à dor (Morrell & Martín, 2018; Pastor et al., 2019; Preis et al., 2018), ao acesso a informação contínua, esclarecimentos e tomada de decisão (Mattern et al., 2017; Morrell & Martín, 2018; Pastor et al., 2019), ao bem-estar materno e fetal (Morrell & Martín, 2018; Pastor et al., 2019), ao apoio contínuo (Mattern et al., 2017; Morrell & Martín, 2018; Pastor et al., 2019) e aos profissionais de saúde - EESMO e obstetra (Mattern et al., 2017; Pastor et al., 2019).

Segundo Morell & Martín (2018), as mulheres apresentam expectativas elevadas por terem um parto normal ou vaginal, em comparação com as expectativas para um parto por cesariana. Segundo Pastor et al. (2019), as mulheres apresentam níveis elevados de satisfação com a “experiência na expulsão” e níveis de insatisfação com a “capacidade de gerir emoções durante o período expulsivo”. Contudo, esta expectativa é influenciada pela cultura e a sociedade onde as utentes estão inseridas, como se verifica no estudo de Preis et al. (2018), que compara as expectativas e intenções para o TP e parto entre dois países (Noruega e Israel) e onde obtém maior preferência por uma cesariana nas mulheres norueguesas. Outros estudos corroboram os resultados de Morell & Martín (2018), como os de Arik et al. (2019) e M. Silva et al. (2019),

realizados no Brasil, onde se assiste a maior preferência pelo parto vaginal, devido à natureza do parto, à recuperação mais rápida, ao facto de proporcionar mais autonomia e mais vantagens para o RN. Contudo, as cesarianas continuam a ser uma das opções consideradas, argumentando o medo de sentir dor durante o TP, sofrimento desnecessário e imprevisibilidade do parto vaginal.

A categoria de expectativa em ter um parto rápido é a que se destaca no estudo de Morell & Martín (2018) por ser a que apresentou maior frequência de respostas, estes autores consideram-na uma das expectativas mais relevantes para as mulheres. Contudo, a OMS (2018) refere que a duração do TP é variável e depende do processo fisiológico individual e das características da gravidez. O EESMO tem a responsabilidade de informar sobre a possibilidade de uma nulípara poder alcançar as 12 horas na fase latente e as múltiparas 10 horas. A fase ativa de TP, nas nulíparas, pode ser concluída em 3 horas e em múltiparas em 2 horas (OMS, 2018).

A dor é uma experiência subjetiva e pessoal, a sua associação ao TP é descrita como uma das mais intensas que o ser humano pode experimentar. As contrações uterinas, a dilatação do colo e as alterações provocadas pela progressão do polo cefálico são os fatores físicos que contribuem para a perceção da dor (Monteiro et al., 2020). As parturientes têm receio de sentir dor da contratilidade, durante o TP e parto (Arik et al., 2019; Morell & Martín, 2018; M. Silva et al., 2019), relevando-se um dos fatores que provoca mais receio às parturientes no processo de nascimento (Morrell & Martín, 2018; Pastor et al., 2019) e o fator que mais influencia a satisfação global do parto (Pastor et al., 2019). Apesar disso, Pastor et al. (2019) obtêm resultados onde a mulher se sentiu satisfeita por ter sido capaz de gerir a dor das contrações durante a dilatação. Por estes motivos, a mulher deve ser capacitada na gestão da dor e possuir conhecimentos sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos no alívio da dor para o primeiro e segundo estadio do TP (Pastor et al., 2019). O recurso a métodos não farmacológicos no alívio da dor, durante o TP e parto, reduz ansiedade nas parturientes, permite a sua colaboração, participação e maior envolvimento do acompanhante, reduzindo consequentemente a utilização de métodos farmacológicos (Monteiro et al., 2020). Atualmente, há disponibilidade de diferentes métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, que incluem massagem, utilização de óleos essenciais, hipnose, hidroterapia, utilização da música e da bola, liberdade de movimentos, suporte contínuo, entre outros (Cashion, 2014; Lennon, 2018; Miranda et al., 2020; Monteiro et al., 2020; OMS, 2018; Toral et al., 2019). A adoção de posturas verticais e a liberdade de movimentos é recomendada pela OMS (2018) para alívio da dor e progressão normal do TP. O movimento, a deambulação, a verticalidade e as alterações de posição apresentam melhores resultados, quando comparados com a posição supina. Estes apresentam vantagens relativos à progressão de TP, ao traçado de CTG com menos alterações patológicas, à estática fetal, à adaptação anatómica e fisiológica do TP, à duração do TP, à intensidade da dor e possibilitam a vivência mais positiva do TP (Cardoso et al., 2020). Também

os métodos farmacológicos são recomendados em parturientes saudáveis, que manifestem a sua preferência por estes métodos, como a utilização de analgesia epidural e da administração de fármacos opióides consoante o estadio de TP (OMS, 2018). O EESMO deve demonstrar interesse e respeito pelas opções da parturiente relativamente aos métodos de alívio da dor. A autodeterminação da parturiente deve ter relevância no processo de tomada de decisão dos mesmos, após serem fornecidas informações e alternativas existentes, possibilitando a decisão informada (OE, 2015b).

O estudo de Preis et al. (2018) contrapõe a ideia generalizada dos autores anteriores, referindo que o receio de sentir dor durante o TP e parto depende da cultura e do contexto onde as mulheres estão inseridas. Nesta investigação, que comparou as expectativas e intenções para o TP e parto entre dois países (Noruega e Israel), os resultados obtidos relativos à intenção de serem submetidas a técnicas farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente analgesia epidural, revelam que 74,3% das grávidas israelenses pretende recorrer a esta técnica farmacológica, contrariamente às 77,2% norueguesas que não pretende. Estes dados refletem a cultura relativa ao processo de nascimento entre os dois países, mais natural na Noruega, em comparação com as práticas mais medicalizadas em Israel. Segundo estudos realizados pela OMS (2018), algumas mulheres expressam o desejo, *a priori*, de analgesia epidural para experienciarem um parto indolor, para reduzir o medo de experimentar dor ou de permanecerem controlo sob o TP. Outras mulheres solicitam analgesia epidural como último recurso, quando o nível de dor ou a sensação de controlo sobre o TP se manifesta incontroável. As diferenças verificadas nos dois países revelam que diferentes culturas, apresentam objetivos e expectativas distintas. Por esse motivo, há necessidade conhecer a cultura das parturientes e contextualizar as suas opções e expectativas no ambiente cultural em que se inserem. A multiculturalidade enfatiza a necessidade dos cuidados centrados na mulher, considerando a sua cultura, valores, crenças e princípios culturais a perceção sobre o parto. A prestação de cuidados pelo EESMO deve englobar respeito e ser culturalmente sensível (Parreira et al., 2016).

Em mulheres submetidas a indução de TP foram identificadas algumas expectativas referidas anteriormente. Apesar de constituírem expectativas negativas, são incluídos receios como um internamento mais prolongado, TP mais prolongado, ter mais dor e ser submetida a métodos mais invasivos. Nas situações de TP induzido, verifica-se maior percentagem de utilização de analgesia epidural, quando comparados com TP de início espontâneo (Pastor et al., 2019).

O medo é um fator que pode interferir na forma como o parto é expectado e no modo como ele ocorre na realidade. É um sentimento frequente no final da gravidez e no momento do parto e é desenvolvido através de experiências prévias da mulher ou das expectativas que foram criadas (D. Silva et al., 2015). Preis et al. (2018) avaliam fatores de medo entre os dois países (Israel e

Noruega), através da aplicação do questionário “Wijma Delivery Expectancy Questionnaire”. Este instrumento, segundo Marques et al. (2020), é utilizado em diferentes estudos e é útil para avaliar o medo do parto. Apesar das diferenças culturais já referidas, há semelhanças nas dimensões de medo relativo ao parto no estudo de Preis et al. (2018). Nos dois países, as nulíparas demonstram ter níveis mais elevados de medo na maioria dos fatores avaliados: o “medo”, a “avaliação negativa”, a “solidão”, a “falta de autoeficácia”, “falta de experiências positivas” e, por último, as “preocupações com a criança”. Estes fatores representam uma variedade de expectativas e preocupações que são influenciadas culturalmente. As mulheres norueguesas têm mais medo de ter uma experiência negativa durante o parto, como sentir solidão e/ou falta de autoeficácia, do que as israelenses. Além disso, as múltiparas da Noruega revelam preocupações no fator de experiências positivas, como o facto de não ser agradável, natural ou como elas o perspetivam (Preis et al., 2018). O medo intenso do parto é promotor de alterações fisiológicas na parturiente, como o aumento da tensão arterial, prolongamento das fases do TP, maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, cesariana emergente e parto distócico vaginal. Cerca de 80% das mulheres apresentam medo do parto que se manifesta de forma leve e cerca de 14% ultrapassam os limites da normalidade e o medo da dor torna-se incapacitante com repercussões graves para o bem-estar materno e fetal (Mello et al., 2021). O aumento de LS sobre o processo do parto aumenta a probabilidade de a parturiente vivenciar uma experiência positiva (Prata et al., 2015). Os EESMO podem intervir de forma a diminuir o medo e ansiedade, através da educação pré-natal e da desmistificação de ideias pré-concebidas relativamente ao parto (D., Silva et al., 2015; Nilsson et al., 2018; Prata et al., 2015).

A sensação de controlo do processo de nascimento é proporcionada pela informação transmitida às parturientes, durante o TP (Morrel & Martín, 2018), e constitui um dos requisitos para a vivência de uma experiência de parto positiva (OMS, 2018). A posse de informação promove, nas utentes, sentimentos de autoconfiança e estabilidade relativamente ao parto e parentalidade (Mattern et al., 2017), encarando-o de forma mais positiva, mesmo quando a experiência de parto anterior não correspondeu às expectativas (Morrel & Martín, 2018). Os estudos de Mattern et al. (2017) e da OMS (2018) demonstram que as mulheres pretendem controlar o processo de nascimento, receber informações de forma contínua relativamente à progressão do TP, diagnósticos e intervenções e desejam estar envolvidas no processo de tomada de decisões sobre o uso desses procedimentos. O item de avaliação “grau de participação na tomada de decisão durante a dilatação” da “escala classificação de satisfação do parto de Macke” adaptada, aplicada por Pastor et al. (2019), apresentou níveis de pontuação correspondentes a satisfação elevada. No estudo de Pastor et al. (2019), o resultado com maior percentagem de mulheres satisfeitas é relativo às informações e esclarecimentos prestados pelo EESMO durante o parto, ao contrário do

estudo de Morrel & Martín (2018), onde se observou que o mesmo parâmetro apresentou a menor frequência de repostas.

A informação fornecida durante o período pré-natal tem, da mesma forma, grande impacto na criação de expectativas das grávidas (DGS, 2020a; Ferreira et al., 2017; Mattern et al., 2017; Morrel & Martín, 2018) e no desenvolvimento do processo do TP e parto (Iravani et al., 2015). Neste período, as grávidas pretendem ser esclarecidas relativamente à veracidade de informações que adquirem online ou em livros (Ledford et al., 2016; Mattern et al., 2017; Morrel & Martín, 2018). Referem ainda que gostariam de obter explicações, por parte dos EESMO, sobre as intervenções utilizadas durante o TP e parto, que são baseadas em evidência científicas e quais as que não são (Mattern et al., 2017). Os EESMO são o principal veículo de informação e têm como função esclarecer as dúvidas das grávidas, promovendo CPPP. Quando não é possível, as grávidas recorrem a outros meios de informação e os profissionais de saúde devem validar a informação, sempre que necessário (Morrel & Martín, 2018), fornecendo informações claras e completas sobre os cuidados de enfermagem, tratamentos, alternativas e possibilitar à mulher a decisão baseada nas informações recebidas (Iravani et al., 2015; Lei nº 110/2019; OE, 2015; A. Silva et al., 2015).

O bem-estar materno e fetal é também identificado como uma expectativa relevante na idealização do parto, apresentando-se em segundo lugar nas expectativas mais importantes no estudo de Morell & Martín (2018). O bem-estar da criança é um indicador de elevada satisfação identificado por Pastor et al. (2019), contudo, é relatada menor satisfação, relativamente ao tempo que demorou até o bebé ser alimentado e à baixa frequência no contacto pele a pele, nas mulheres submetidas a cesariana. Também no estudo de Iravani et al. (2015) foi identificada a necessidade de sensação de segurança e bem-estar materno e fetal.

A presença de um acompanhante que promova apoio contínuo na sala de partos constitui um direito da parturiente (Lei nº 110/2019; MCEESMO, 2020) e apresenta benefícios para a mesma. A sua presença constitui uma das expectativas das mulheres para o TP e parto (Iravani et al., 2015; Mattern et al., 2017; Morrel & Martín, 2018; Pastor et al., 2019). A ajuda e apoio do acompanhante, durante o primeiro estadio do TP, promove elevada satisfação nas parturientes (OMS, 2018), contudo, o acompanhante desconhece formas de promover o conforto da mulher ou não tem iniciativa para tal (Pastor et al., 2019). A evidência sugere que a necessidade emocional e relacional, satisfeita através da presença de um acompanhante durante o TP e parto, reduz a duração do mesmo. Os acompanhantes promovem na mulher sentimentos positivos, de autoconfiança, e auxiliam a melhorar a autoestima, quando reconhecem, reforçam e incentivam o esforço da parturiente (Iravani et al., 2015; OMS, 2018; Thayná Silva et al., 2017). O suporte contínuo, durante o TP, pode melhorar os resultados maternos e fetais, incluindo o aumento da probabilidade parto vaginal, redução da probabilidade de parto por cesariana, parto vaginal instrumentado, utilização

de analgesia, índice de Apgar baixo aos cinco minutos e sentimentos negativos sobre as experiências de parto (Bohren et al., 2017).

A intervenção e apoio dos EESMO configura-se como importante e reconfortante para as parturientes (Thayná Silva et al., 2017), sendo considerada mais significativa e eficaz, na contribuição de uma experiência de parto positiva. O apoio do acompanhante escolhido pela parturiente é relevante, mas não obtém os mesmos efeitos positivos que o acompanhamento profissional, como a menor duração do TP e a capacidade de motivar a parturiente (Morrel & Martin, 2018). Neste âmbito, as mulheres apresentam expectativas relativamente à intervenção do EESMO no envolvimento do acompanhante nos cuidados à parturiente e ao RN (Mattern et al., 2017).

Pastor et al. (2019) aplicam no seu estudo a “escala classificação de satisfação do parto de Macke” adaptada. Nela constam alguns itens de satisfação da mulher relativamente aos EESMO que estão relacionados com a informação e explicação, conhecimentos, capacidade e competência, interesse e trato pessoal, sensibilidade, prestação de cuidados físicos e auxílio no relaxamento. Estes parâmetros encontram-se entre os primeiros 13 itens de maior satisfação global entre os 36 itens avaliados, sendo o item mais pontuado referente às “informações e esclarecimentos prestados pela parteira durante o parto”. No mesmo estudo, o item que apresentou maior insatisfação relativo à intervenção do ESMO foi “ajuda e o apoio da parteira na utilização de diferentes métodos de alívio da dor”.

As expectativas das mulheres relativamente aos cuidados prestados pelos EESMO dizem respeito ao desejo de existir acompanhamento nos cuidados pelos mesmos enfermeiros, desde o início da gravidez, ao nascimento e ao período pós-parto, baseados em consultas num ambiente calmo, propício à construção de relação de confiança, onde fossem abordadas questões delicadas, como a experiência em partos anteriores (Mattern et al., 2017).

As grávidas valorizam nos profissionais de saúde a acessibilidade e confiabilidade, sendo o motivo que mais as dececiona a falta de tempo para atendimento individualizado. O atendimento do EESMO deve ser centrado na mulher, manifestando o seu interesse pela promoção do bem-estar, cuidado e escuta ativa, com acesso a informações, feedback e explicações contínuas durante o TP e parto e deve ser promotor do desenvolvimento de confiança (Mattern et al., 2017; Thayná Silva et al., 2017).

Os estudos incluídos nesta revisão evidenciaram dimensões das expectativas das parturientes, facilitadoras da concretização de um parto idealizado e de uma experiência positiva de parto, como preconizado pela OMS (2018). Enquanto EESMO, identifica-se a necessidade de explorar as opções e expectativas e contribuir para a satisfação das mulheres no TP e parto, que constitui um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde

materna e obstétrica (ACEESMO, 2018). O conceito de satisfação não constituiu, inicialmente, objeto de estudo, mas rapidamente se associou às expectativas, por estarem diretamente relacionadas com a qualidade dos cuidados e a satisfação da mulher com o TP e parto.

O EESMO, no âmbito da prestação de cuidados especializados, deve procurar responder às expectativas das parturientes, respeitando a liberdade de escolha, a vida, a dignidade humana e a saúde e bem-estar das parturientes, cumprindo as recomendações internacionais e nacionais impostas e adotando medidas que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2015b). No âmbito dos cuidados, são observáveis práticas que não correspondem ao descrito, contudo, o enfermeiro tem a responsabilidade de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum” (OE, 2015b, p.8102). Assim, o EESMO é o defensor da parturiente durante o TP e parto e deve adotar práticas coincidentes com os direitos da mulher e da dignificação da profissão, que cuidem da pessoa sem qualquer discriminação e respeitando a sua integridade biopsicossocial, cultural e espiritual (OE, 2015b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EESMO tem como função prestar cuidados de excelência durante o exercício profissional, procurando o nível mais elevado de satisfação dos utentes (ACEESMO,2018). A satisfação com a experiência de parto está relacionada com as expectativas de cada parturiente (MCESMO, 2021).

O parto idealizado corresponde ao conjunto de expectativas que a mulher construiu ao longo da gravidez para o período do TP e parto. O EESMO deve aproximar a sua intervenção ao esperado pelas mulheres, promovendo uma experiência de parto positiva e a concretização do parto idealizado. Na prestação de cuidados, deve ser considerado a promoção do TP e parto, que respeite a dignidade da mulher e as suas necessidades físicas e psicológicas, demonstrando postura acolhedora, disponibilidade em escutar, assistir e esclarecer dúvidas, incertezas e receios.

As parturientes manifestam, atualmente, interesse em participar ativamente no processo de nascimento, através da sua inclusão no processo de tomada de decisão, com o intuito de escolherem as opções mais vantajosas para si próprias e intervenientes envolventes, como a criança e acompanhante. Com o crescente aumento da LS e facilidade no acesso à informação, desenvolvem expectativas para o TP e parto.

O modelo de cuidados centrados na parturiente requer sensibilização e capacitação dos profissionais de obstetrícia para as atuais necessidades das mulheres, o que impõe a atualização constante dos profissionais de saúde e implica mudança na filosofia de cuidados em sala de partos. Os EESMO devem refletir sobre as intervenções em prática nas salas de parto. Há necessidade de promover momentos de discussão e reflexão em equipa multidisciplinar, investigar e atuar com base em evidência científica e identificar estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, identificou-se uma oportunidade de melhoria, reconhecendo a necessidade de corresponder às expectativas das mulheres e promover o parto idealizado pelas mesmas, proporcionando uma experiência positiva de parto, como preconizado pela OMS (2018).

Os planos de parto foram identificados como um instrumento de comunicação e de trabalho dos EESMO, dado que espelham as expectativas, opções e necessidades da parturiente. Este deve ser discutido com a equipa multidisciplinar no período pré-natal, como estratégia de empoderamento da mulher/casal, promovendo o direito à autodeterminação e da sua possibilidade em tomar decisões, considerando a mulher em todas as dimensões biopsicossociais, inserida num meio envolvido pelas suas crenças e valores.

As expectativas das parturientes envolvem a evolução do TP e parto rápido, sem dor, onde é assegurado o bem-estar materno e fetal. Neste período, idealizam o acesso contínuo à informação, onde são o participante central no processo de tomada de decisão, na qual são acompanhadas de forma contínua por pessoas significativas e por EESMO, que apoiam as suas decisões e as informam sobre os riscos e benefícios das mesmas. A duração do TP é variável e depende de mulher para mulher, contudo, se o EESMO promover uma relação empática, proporcionar um ambiente calmo, acolhedor, identificar estratégias de alívio da dor adequadas à individualidade da pessoa e esclarecer dúvidas sobre a evolução do TP, a vivência deste período pode ser mais tranquila e vivida com menos ansiedade e preocupações. A presença de uma pessoa significativa deve ser incentivada e defendida pelo EESMO, assim como a sua inclusão e capacitação para a prestação de cuidados, caso seja vontade da parturiente.

A confiança e acessibilidade nos EESMO é considerada uma segurança para a parturiente. A segurança é primordial para a fisiologia do TP e parto e a confiança é essencial para o estabelecimento de relação empática, que permita estabelecer intervenções e compartilhar decisões, que promovam a prestação de cuidados que vá ao encontro das expectativas da mulher.

Ultimando este relatório de estágio, considera-se que foram alcançados os objetivos propostos inicialmente e que foi possível entender o contributo da intervenção do EESMO na concretização das expectativas das mulheres, com o objetivo de promover o parto idealizado. É inegável que a construção de expectativas varia de mulher para mulher, bem como a evolução do TP e parto, como foi possível analisar com a realização desta investigação e identificadas ao longo do estágio em BP.

Como contributos desta revisão, espelhados ao longo do relatório, responde-se à questão de revisão da *scoping review* e identificam-se intervenções do EESMO facilitadoras na promoção do TP e parto idealizado. Entende-se que existe necessidade de promover momentos de discussão e formação, para os profissionais de saúde, relativos aos benefícios da liberdade de movimentos e alternativas à posição litotómica para parir; o incentivo dos EESMO, para com a parturientes, à adoção de medidas não farmacológicas de alívio da dor; e, ainda, a discussão sobre a implementação de planos de parto padronizados, com as opções disponíveis nas instituições. Considera-se também que, no período pré-natal, podem ser desenvolvidas intervenções do EESMO, com vista à promoção do TP e parto idealizado, nomeadamente com a implementação de consultas de PP onde deverão ser abordados o PP em articulação com a mulher/casal e equipa multidisciplinar, a discussão de expectativas com as grávidas, esclarecimentos de dúvidas do casal, abordagem a medidas não farmacológicas disponíveis.

Assim, entende-se que o EESMO deve promover um parto o mais natural possível, que vá ao encontro das expectativas das mulheres. É necessário adequar o suporte dos EESMO

institucionalmente, proporcionando reuniões entre a equipa para uniformização de cuidados e identificando estratégias com vista à promoção da participação ativa, do parto humanizado e idealizado. A parturiente deve ser empoderada e capacitada, de forma a ser integrada no processo de tomada de decisão.

O presente estudo contribui para a sensibilização dos EESMOS para a temática e para reflexão e prática de cuidados de qualidade, que impreterivelmente se encontram associados à satisfação da mulher. As expectativas das mulheres para o TP e parto têm que ser matéria de discussão e análise por parte da equipa multidisciplinar que presta cuidados às parturientes, com o objetivo de melhorar as práticas clínicas.

Apresentam-se como sugestões futuras a implementação de consultas de PP nas maternidades, com o objetivo de discutir e dar visibilidade às opções das mulheres e gerir as expectativas das grávidas/casal; a implementação de um momento no pós-parto, presencial ou telefónico, de forma a avaliar a concretização das expectativas e a satisfação com a prestação de cuidados e instituição, utilizando os resultados como instrumento de avaliação da qualidade, que permita estudar e analisar possíveis alterações, que na prática possam ser promotoras de uma experiência de parto positiva.

A divulgação dos resultados deste estudo num artigo científico será um dos próximos objetivos, de forma a difundir a evidência reunida e sustentar uma prática baseada na evidência, para os EESMOS fundamentarem a mudança de mentalidades e comportamentos diminuindo a distância entre o parto idealizado pelas mulheres e a realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afshar, Y., Mei, J., & Gregory, K. (2016). Birth plans: Birth preferences or labor manifesto. *Gynecology & Obstetrics Case Reports*, 2(1), 12. <https://gynecology-obstetrics.imedpub.com/birth-plans-birth-preferences-or-labor-manifesto.php?aid=8656>
- Alden, K. (2014). Nursing care of the family during pregnancy. In: S.E. Perry, M.J. Hockenberry, D.L. Lowdermilk & D. Wilson (Eds.), *Maternal child nursing care* (5ª edição, pp. 186-226). Elsevier.
- Anderson, C., Monardo, R., Soon, R., Lum, J., Tschann, M. & Kaneshiro, B. (2017). Patient communication, satisfaction, and trust before and after use of a standardized birth plan. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 76 (11), 305-309. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5694973/>
- Andrade, L.O., Felix, E.S., Souza, F.S., Gomes, L.O. & Boery, R.N. (2017). Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. *Revista de enfermagem UFPE*, 11(6), 2576-2586. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23426>
- Aragão, O. C., Teófilo, J. K. S., Mourão Netto, J. J., Soares, J. S. A., Goyanna, N. F., & Cavalcante, A. E. S. (2016). Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. *Espaço Para Saúde*, 17(2), 66-74. <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n2p66>
- Arik, R.M., Parada, C.M., Tonete, V.L. & Sleutjes, F.C. (2017). Percepções e expectativas das gestantes sobre o tipo de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 46-54. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0731>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *The International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8194/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo-1.pdf
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Carvalho, A.I. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros. Dissertação de Mestrado* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios científicos de acesso aberto de Portugal.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana%20Carvalho%20VERS%C3%83O%20DEFINITIVA.pdf

Carvalho, M. S. M. (2014). *Reflexo de um Caminho Percorrido: Processo de Aprendizagem no Contexto da Prática. A Satisfação da Mulher com o Trabalho de Parto e Parto: Relação com as suas Expectativas e Experiências. Revisão Integrativa da Literatura* [Relatório Final de Estágio para obtenção do grau de Mestre, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios científicos de acesso aberto de Portugal.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9521/1/MonicaCarvalho_VersaoFinal.pdf

Cashion, K. (2014). Nursing care of the family during labor and birth. In: S.E. Perry, M.J. Hockenberry, D.L. Lowdermilk, D. Wilson (Eds.), *Maternal child nursing care* (5ª edição, pp. 401-441). Elsevier

Direção Geral da Saúde (2015a). *Programa Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020*. DGS

<http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*.

DGS. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Direção Geral da Saúde (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. DGS.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2020a). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto CRPP – Orientações*. DGS.

<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2020b). *Orientação nº 018/2020 de março de 2020, atualizada a abril de 2021 – Covid-19: Gravidez e Parto*. DGS

https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Orientac%C3%A7%C3%A3o_018_2020_act_20_04_2021.pdf

Direção Geral da Saúde (2020c). *Orientação nº 026/2020 de maio de 2020, atualizada a abril de 2021 – Covid-19: Cuidados ao recém-nascido na maternidade*. DGS

https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Orientac%C3%A7%C3%A3o_026_2020_act_20_04_2021.pdf

- Ferreira, M., Neto, S., Amaral, O., Duarte, J. (2017). Health literacy and pregnancy surveillance. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 30(10), 103-110. doi: <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2017.09.10>
- Freitas, M.J. & Baptista, M.C. (2016). Avaliação e estabilização do recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, M.A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 487-491). Lidel.
- Gomes, N. (2012). *Um olhar retrospectivo sobre o processo de aquisição de competências: Contributo para a gestão eficaz do terceiro período do trabalho de parto* [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios científicos de acesso aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9364>
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of education and health promotion*, 4(6), 31-37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355842/>
- Joanna Briggs Institute (2013). JBI Levels of Evidence. https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Laccort, A.A. & Oliveira, G.B. (2017). A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. *Uningá Review*, 29(3), 6-10. <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976>
- Ledford, C.J.W., Canzona, M.R., Womack, J.J. & Hodge, J.A. (2016). Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal: A qualitative study. *Family Medicine*, 48(7), 523–31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27472789/>
- Lei nº 110/2019, de 9 de setembro. Diário da República 1ª série, nº 172, 94-101. Lisboa: Assembleia da República. <https://dre.pt/application/conteudo/124539905>
- Lennon, R. (2018). Pain management in labour and childbirth: Going back to basics. *British Journal of Midwifery*, 26(10), 637-641. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.10.637>
- Lopes, M. (2016). Plano de parto. In M. Néné, R. Marques, M.A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 167-169). Lidel.
- Losada, M.T., Sanisidro, E.D., Romero, M.D., Boubeta, A.R., Mallou, J.V. & Fontán, A.C. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista de calidad asistencial*, 28(5), 291-299. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.02.001>
- Lubic, R.W. (1972). What the lay person expects of maternity care: Are we meeting these expectations?. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 1(1), 25-31. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1972.tb00528.x>
- Maldonado, M.T. (2013). *Psicologia da Gravidez* [Ebook]. Editora Jaguatirica Digital

- Marques, G.M., Nascimento, D.Z., Trevisol, D.J. & Iser, B.P.M. (2020). Instruments measuring pregnant women's expectations of labor and childbirth: a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive*, 246, 90-98.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.014>
- Martin, D., Blumer, S. & Pettker, C. (2013). Childbirth expectations and sources of information among low- and moderate-income nulliparous pregnant women. *The Journal of Perinatal Education*, 22(2), 103-112. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.103>
- Mattern, E., Lohmann, S. & Ayerle, G. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(389). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1552-9>
- Mello, R., Toledo, S., Mendes, A., Melarato, C. & Mello, D. (2021). Medo do parto em gestantes. *Feminina*, 49(2), 121-128. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224070/femina-2021-492-p121-128-medo-do-parto-em-gestantes.pdf>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em saúde Materna e Obstétrica (2020). *Pronúncia Da Mesa Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica N.º 02/2020 - Nascimento Do Filho Com Mãe E Pai: Um Direito Para Além Da Pandemia*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18569/pronuncia-mceesmo_02-2020_nascimento-do-filho-com-m%C3%A3e-e-pai_-um-direito-para-al%C3%A9m-da-pandemia.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em saúde Materna e Obstétrica (2021). *Pronúncia Da Mesa Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica N.º 14/2021 – Preparação para o parto*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21879/pronuncia-mceesmo_14-2021_prepara%C3%A7%C3%A3o-para-o-parto.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em saúde Materna e Obstétrica (2019). *Parecer nº 43/2019 – Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- Miranda, B.S., Santana, G.H., Tavares, L.M., Albuquerque, R.R. & Macêdo, W.P. (2020). Contribuição da assistência de enfermagem na humanização do parto: Uma revisão integrativa. *Revista electrónica estágio recife*, 6(1), 1-13. <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/456>
- Monteiro, M.J., Santos, M., Prata, A.P. & Sequeira, A. (2020). Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto. In A. Sequeira, O. Pousa, C.F. Amaral (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 84-91). Lidel.

- Morrel, F & Martín, M. (2018). Childbirth expectations of La Ribera pregnant women: a qualitative approach. *Enfermeria Global*, 17 (1), 336-346. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/en_1695-6141-eg-17-49-00324.pdf
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjoblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H. & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(28), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
- Oliveira, T.C., Silva, A.L., Oliveira, J.F., Pereira, E.A. & Trezza, M.C. (2018). A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 3-6. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1138>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Documento de consenso “Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada”*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Lei nº 156/2015. *Diário da República*, 1ª série, 181 (setembro), 8101-8105. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento nº 391/2019. *Diário da República*, 2ª série, 85 (maio), 13560-13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento nº 140/2019. *Diário da República*, 2ª série, 26 (fevereiro), 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Organização Mundial da Saúde (1998). *Health Promotion Glossary*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1
- Organização Mundial da Saúde (2018). *WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience*. OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- Parreira, V., Coutinho, E. & Nené, M. (2016). A competência cultural e a prática de enfermagem no processo de maternidade. In M. Néné, R. Marques, M.A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 83-93). Lidel.

- Pastor, I., Maxía, S., Sánchez, M., López, L., Cazorla, A. & Marquez, A. (2019). Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo. *Investigación & Cuidados*, 37, 6-16.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=141693507&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Pedreira, M. & Leal, I. (2015). Terceiro trimestre de gravidez: Expectativas e emoções sobre o parto. *Psicologia, saúde e doenças*, 16(2), 260-273.
<https://www.redalyc.org/pdf/362/36242128010.pdf>
- Pereira, R. C., Rivera, F. J & Artmann, E. (2013). O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 327-340. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>
- Perry, S.E. (2014). Community care: The family and culture. In: S.E. Perry, M.J. Hockenberry, D.L. Lowdermilk, D. Wilson (Eds.), *Maternal child nursing care* (5ª edição, pp. 17-38). Elsevier
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In: E. Aromataris, Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp.406-449).
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinheiro, A.A. (2016). Promoção do parto normal. In M. Néné, R. Marques, M.A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 324- 334). Lidel.
- Preis, H., Benyamini, Y., Eberhard-Gran, M. & Garthus -Niegel, S. (2018). Childbirth preferences and related fears - comparison between Norway and Israel. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, 362.
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1997-5>
- Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., Campbell, J., Channon, A.A., Cheung, N.F., Silva, D., Soo, D., Kennedy, H.P, Malata, A., McCormick, F., Wick, L. & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Resolução da Assembleia da República nº181/2021. Diário da República 1ª série, 123 (junho).
<https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/181-2021-165865615>
- Serviço Nacional de Saúde (2021). *Partos e Cesarianas nos cuidados de saúde hospitalares*. SNS
<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>
- Silva, A.L.S., Nascimento, E.R. & Coelho, E.A.C. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(3), 424-431. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>
- Silva, D., Ferreira, M. & Duarte, J. (2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 16, 13-16.

<https://rapeo.apeo.pt/index.php/rapeo/issue/view/9/102>

- Silva, M.M., Silva S.C. & Melo, G.A. (2019). Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 21(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.aget>
- Silva, T., Bisognin, P., Prates L., Bortoli, C., Oliveira, G. & Ressel, B. (2017). Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1294>
- Silva, T.M. & Lopes, M.I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19095>
- Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40(3), 161-166. <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>
- Swanson, K.M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of nursing scholarship*, 25(4), 352-357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- Toral, A., Vilain, C., Morais, T., Valcarenghi, R., Correia, J. & Ponciano, T. (2019). Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. *Estácio saúde*, 8(1), 45-53. <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/5358/47965290>
- Wojnar, D.M. (2011). Kristen M. Swanson: Teoría de los cuidados. In M.R. Alligood & A.M. Tomey (Eds.) *Modelos y teorías*. (7ª edição, pp.741-752). Elsevier España

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
6º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA



PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO IV – ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS

Projeto de estágio elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Unidade Curricular estágio IV com orientação da Professora Doutora Dora Carteiro

Ana Filipa Serafim Tralhão

Nº aluna 180400149

Santarém, janeiro de 2021

LISTA DE SIGLAS

BO – Bloco operatório

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de saúde da grávida

BSIJ – Boletim de saúde infantil e juvenil

CTG – cardiotocografia

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FC – Frequência Cardíaca

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

ITP – Indução de trabalho de parto

LTM – Líquido tinto mecónio

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura prematura de membranas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TP – Trabalho de parto

VHB – Vacina da hepatite B

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	63
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	66
2 – PLANO DE ATIVIDADES	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular do estágio IV, Estágio e relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica na sala de partos, inserido do 6º curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstétrica, orientado pela Professora Doutora Dora Carteiro, foi elaborado o presente projeto individual de estágio.

O estágio IV irá decorrer no bloco de partos (BP) num hospital de apoio perinatal da região de Lisboa e vale do Tejo e contempla no total 700 horas distribuídas pela prestação de cuidados (560h) e elaboração de relatório para discussão pública (200h). Iniciou no dia 4 de janeiro de 2021 e tem término previsto a 28 de maio de 2021.

Neste estágio prevê-se a aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida, parturiente, puérpera, recém-nascido (RN) e família e ainda, a elaboração de um relatório de estágio, objeto de apreciação e discussão pública que será demonstrativo do processo de aprendizagem.

Assim, surge a elaboração deste trabalho previsto no plano de estudos, desenvolvido em articulação com a enfermeira cooperante e a professora orientadora. Neste documento prevê-se a mobilização de conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados especializados das metodologias de investigação, formação e gestão e o planeamento de atividades a desenvolver ao longo das 20 semanas de estágio.

Ao longo deste documento irão ser definidos os objetivos específicos faseadamente, ou seja, serão definidos três momentos para que a estudante os concretize, na quinta, décima-segunda e vigésima semanas de estágio. Para cada objetivo serão sistematizadas e calendarizadas atividades que permitam a consecução dos mesmos, identificando os recursos necessários. Neste documento preconiza-se ainda o estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica, de acordo com a necessidade e realidade do contexto de estágio, assim como as motivações pessoais.

As atividades a desenvolver no âmbito deste estágio irão ao encontro do plano de estudos do CMESMO, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), publicado em Diário da República a fevereiro de 2019, e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019a) publicado em maio de 2019..

Competências comuns define-se como competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua especialidade, que devem ser visíveis pelas aptidões de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito de formação, investigação e assessoria (OE, 2019b). Entende-se por competências específicas as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019b, p.4745). O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define como domínio das competências comuns a responsabilidade ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica prevê a responsabilidade e competência do EEESMO em prestar cuidados de enfermagem qualificados, através de intervenções autónomas e interdependentes, nas áreas de planeamento familiar, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade.

Assim, ao longo deste trabalho as atividades planeadas para o estágio terão o enquadramento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEESMO que melhor se adequem e ainda das normas deontológicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

A escolha dos objetivos, abaixo definidos, teve como suporte a leitura do regulamento de competências específicas do EEESMO. Como estudante do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica e futura enfermeira especialista considero pertinente que os objetivos de estágio sejam coerentes com os documentos orientadores dos enfermeiros especialistas.

Considerando o objetivo geral a aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida, parturiente, puérpera, recém-nascido (RN) e família atrás mencionado, defino como objetivos específicos para este estágio:

- Conhecer a estrutura física do local de estágio, assim como a dinâmica de trabalho multidisciplinar do bloco de partos
- Integrar a organização do serviço e o método de trabalho na prestação de cuidados da equipa de enfermagem do bloco de partos
- Integrar a equipa multidisciplinar
- Desenvolver competências técnicas e relacionais no momento de acolhimento à grávida/parturiente
- Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no primeiro estadio do trabalho de parto (TP)

- Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no segundo estadio do TP
- Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no terceiro estadio do TP
- Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no quarto estadio do TP
- Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e na prestação de cuidados especializados ao RN nas primeiras duas horas de vida
- Desenvolver competências cognitivas, técnicas, relacionais e científicas na área de formação e educação para a saúde
- Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação
- Desenvolver competências técnicas e práticas no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais garantindo a qualidade dos cuidados
- Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Este documento apresenta dois capítulos principais, o primeiro corresponde à descrição do contexto de estágio e o segundo contempla os objetivos e descrição de atividades. Em anexo irão constar os documentos, anteriormente referidos, para consulta e interpretação do projeto.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O hospital de apoio perinatal onde é desenvolvido o estágio IV teve início de atividade, nas novas instalações, em março de 2013, prestando cuidados de saúde a cerca de 250 mil pessoas dos concelhos da área de abrangência. Contudo, verifica-se que existem grávidas que não pertencem a estes concelhos que optam por este hospital ou que são imigrantes e não possuem residência no país.

O estágio IV é realizado no bloco de partos que se localiza, junto ao serviço de consultas de obstetrícia e ginecologia e provisoriamente (plano de contingência covid-19) junto ao serviço de urgência obstétrica e ginecológica. A proximidade destes serviços complementares é benéfica, caso exista a necessidade de transferência urgente de grávidas das consultas ou urgência para o BP.

O BP tem capacidade total para sete utentes internadas, sendo que possui cinco salas de parto e um recobro com duas camas. Possui ainda um bloco operatório (BO) destinado apenas a cesarianas urgentes ou programadas, com uma antecâmara para desinfecção dos profissionais. No seu espaço físico é ainda contemplada uma sala de enfermagem para preparação de medicação, registo de intervenções de enfermagem em sistema informático com quatro computadores, sendo que um deles é destinado à transmissão do registo cardiotocográfico das utentes internadas, permitindo assim a avaliação contínua do bem-estar materno e fetal. Nesta sala existe ainda uma incubadora para vigilância de RN com dificuldade na adaptação ao meio extrauterino, caso necessário.

Das cinco salas de parto existentes no BP, apenas são utilizadas com maior frequência quatro, uma vez que uma delas está atualmente destinada a grávidas portadoras da infeção por SARS-CoV-2 e por esse motivo não é ocupada.

O circuito da grávida infetada por covid inicia-se na triagem da urgência de pediatria covid, e é posteriormente transferida para o bloco de partos, acompanhada por assistente operacional, equipa de limpeza e segurança que limita a circulação nos corredores e orienta para o elevador destinado ao transporte de utentes covid positivos. Antecede a este circuito o contacto prévio com todos os profissionais envolvidos na transferência e prestação de cuidados à utente. Na distribuição de utentes no BP, o EEESMO responsável pela grávida/parturiente/puérpera infetada não presta cuidados a mais nenhum utente e é rendido após 4 horas. No período expulsivo é informada a equipa de neonatologia e pediatra, previamente informados, que se deslocam ao bloco de partos. A Enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica é responsável pelo RN, presta os cuidados imediatos e transporta o RN em incubadora para os cuidados intermédios pediátricos (espaço destinado para RN filhos de utentes com covid- 19, ao lado do BP). Atualmente o hospital não suporta espaço físico que permita a permanência da díade em alojamento conjunto, assim a

puérpera, após o puerpério imediato é transferida para a infeciologia (serviço que se localiza no mesmo piso), cumprindo os requisitos de transferência anteriormente referidos, acompanhada pelo EEESMO e assistente operacional que se encontram dentro da sala de partos com a utente.

O BO do BP é fisicamente mais pequeno quando comparado com as salas do bloco central, é constituído por uma marquesa operatória, um ventilador, carro de apoio à anestesia, equipamento de aquecedor de roupa, mesa de reanimação neonatal. Após a cesariana as utentes vão para a sala de recobro para vigilância do pós-parto imediato, acompanhadas pelo RN e onde permanecem até completar duas horas após o nascimento.

As salas de parto apresentam uma área relativamente grande, são individuais e têm casa de banho privativa. Encontram-se equipadas com uma cama de parto, cadeirão, mesa de reanimação neonatal, balança numa bancada de apoio e carro de apoio com todo o material necessário para a prestação de cuidados à utente.

Cada sala de parto está preparada para que a grávida possa permanecer nela em todas as fases do TP. Caso a sala de parto seja necessária para outra grávida que seja internada, o quarto estadio do TP pode ser realizado no recobro. Outra exceção é referente às induções de trabalho de parto (ITP), que em dias úteis e no turno da manhã, são realizadas numa sala polivalente do internamento. As grávidas que tenham iniciado a ITP no internamento, são transferidas por volta das 15h para o BP de partos e caso não existam vagas, suspende-se a ITP reiniciando no BP quando houver vaga ou no dia seguinte.

O serviço de BP dispõe de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. O acesso à analgesia epidural é disponível 24 horas por dia e realizado após chamada do anestesista ao serviço. Como métodos não farmacológicos de alívio da dor as utentes têm à disposição hidroterapia, musicoterapia (leitor de Compact Disc (CD's) disponível), bola de pilates e liberdade de movimentos (está disponível CTG por telemetria/wi-fi).

Pelo contexto pandémico que se verifica as grávidas tem direito a acompanhante com restrições de livre circulação, isto é, antes da pandemia os acompanhantes podiam entrar e sair do serviço sempre que necessitassem. Atualmente apenas são permitidas uma entrada e uma saída e por esse motivo, é aconselhada a entrada do acompanhante numa fase de TP ativa e autorizado que levem pequenos snacks para o período de acompanhamento. O acompanhante pode assistir ao parto, apenas se for um parto via vaginal e sai do serviço após o nascimento, não sendo permitida a sua presença no puerpério imediato. Estas restrições são impostas pelo facto de os acompanhantes não serem submetidos a teste covid, ao contrário de todas as grávidas.

A testagem para a covid-19 é realizada por técnicos de otorrinolaringologia, no carro dos utentes, com 48 horas de antecedência, caso esteja programada uma ITP ou uma cesariana (CST) eletiva ou realizado no momento do internamento pelos EEESMO nas salas de parto.

O programa informático utilizado no hospital de estágio é a Glintt e é utilizado o partograma para registo do TP, iniciado quando a grávida inicia o TP ativo.

No bloco de partos encontram-se em permanência a equipa médica de urgência com três médicos especialistas, equipa de enfermagem de três EEESMO e duas assistentes operacionais. Existe um EEESMO responsável pelo turno, normalmente o que tem mais experiência ou trabalha no serviço há mais tempo.

O hospital apresenta uma média de cerca de 1870 partos nos últimos 4 anos, tendo apresentado o maior número de partos em 2019 (SNS,2021), a percentagem de cesarianas é aproximadamente 30,5% nos últimos quatro anos.

2 - PLANO DE ATIVIDADES

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS / DEONTOLOGIA PROFISSIONAL	RECURSOS
1º e 2ª semana de estágio	i) Conhecer a estrutura física do local de estágio e dinâmica de serviço	- Estabelecimento de uma relação empática e cordial com a equipa - Conhecimento do funcionamento da equipa multidisciplinar - Leitura dos protocolos de trabalho existentes na unidade - Conhecimento dos projetos implementados no serviço - Conhecimentos dos recursos existentes no serviço - Conhecimento de registos no programa informático da unidade - Análise da estrutura funcional e orgânica do serviço relativamente a recursos humanos e materiais - Análise da estrutura e dinâmica do serviço, relativamente à promoção de segurança, privacidade e dignidade da mulher, RN e acompanhante - Identificação da área de abrangência e de utentes - Identificação das normas em contexto de pandemia - Identificação do circuito da grávida portadora de SARS-Cov2	Competências comuns do enfermeiro especialista: A2, B1.1, B2.1, B3.1, C2.1, D2.3 (consultar anexo I) Competências específicas do ESMO: 2.1, 3.1, 4.1 (consultar anexo II) Código deontológico: 101º, 110º (anexo III)	Humanos: - Enfermeira cooperante - Estudante - Equipa multidisciplinar

Até à 5ª semana de estágio	ii) Integrar a organização do serviço e o método de trabalho na prestação de cuidados da equipa de enfermagem do bloco de partos	- Observação, colaboração e realização das rotinas diárias da equipa (verificação do BO, material das unidades neonatais, salas de parto, medicação) - Conhecimento do critério de distribuição de utentes pelo EEESMO - Conhecimento do papel do EEESMO responsável (pedidos de medicação, manutenção de material, articulação com o enfermeiro coordenador e equipa multidisciplinar) - Conhecimento da atuação em utentes covid positivas - Observação, colaboração e participação na gestão recursos humanos dentro do bloco operatório (definição de papeis dentro do BO) - Observação, colaboração e participação na gestão recursos humanos dentro de uma sala de parto (definição de papeis dentro da sala de partos) - Conhecimento de materiais existentes no BO e nas salas de parto (Tipos de fórceps, pinças, material para realização da cesarina, material para realização de analgesia e anestesia, trouxa de partos) - Participação na passagem de dados entre profissionais de enfermagem, utilizando uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (ISBAR), para segurança dos utentes	Competências comuns do enfermeiro especialista: B3, C2.1 (consultar anexo I) Código deontológico: 104º, 106º, 109º, (Anexo III)	Humanos: - Equipa de enfermagem do BP - Estudante Materiais: - Mesa de reanimação neonatal - Material de reanimação do RN - Material utilizado em cesarianas e sala de partos - Material de ventilação da mulher no BO
----------------------------	---	---	---	--

Adquirir até à 5ª semana de estágio Desenvolver da 5ª semana até ao final do estágio	iii) Integrar a equipa multidisciplinar do bloco de partos	- Conhecimento e colaboração na articulação com pediatra, anestesista, obstetra, enfermeira da neonatologia, serviço de urgência e obstetrícia - Participação ativa no trabalho da equipa multidisciplinar - Colaboração na visita médica às utentes e posteriormente realização da passagem de informação à restante equipa de enfermagem - Promoção da segurança, privacidade e dignidade dos utentes na prestação de cuidados multidisciplinares - Participação ativa na tomada de decisão, com recurso à evidência científica, segundo princípios, valores e normas deontológicas, avaliando o processo e resultados - Observação dos diferentes métodos de trabalho na prestação de cuidados - Participação ativa na decisão de transferir grávidas, articulação com hospitais diferenciados e prestação de cuidados que permitam a transferência em segurança	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1.1, A1.3, A2, B2.1, B2.3, B3, C1, D2.2(consultar anexo I) Código deontológico: 104º, 106º, 109º, 112º (anexo III)	Humanos: - Equipa multidisciplinar - Estudante - Utentes
--	---	---	---	---

Adquirir até à 5ª semana de estágio Desenvolver da 5ª à 12ª semana de estágio com supervisão Aperfeiçoar a partir da 12ª semana de estágio de forma autónoma	iv) Desenvolver competências técnicas e relacionais no momento de acolhimento à grávida/ parturiente no BP	- Apresentação do espaço físico do bloco de partos e sala de partos e recursos à disposição - Disponibilização de informação relativa ao acompanhante em contexto pandémico, segundo a prática instituída no hospital - Promoção de um ambiente acolhedor, calmo e seguro - Disponibilização da presença da equipa de enfermagem, estabelecendo uma relação empática e de confiança - Esclarecimento de dúvidas em ambiente adequado que proporcione privacidade e dignidade - Demonstração de respeito pela cultura, religião, etnia, raça, crenças e valores dos intervenientes nesta área, de modo a prestar cuidados individualizados, respeitando a individualidade de cada pessoa como um ser holístico (a aplicar ao longo de todo o internamento e estadios de TP – considerar em todos os objetivos) - Realização de avaliação inicial considerando a sua individualidade, identificando as suas necessidades, complementando com a passagem de dados do EEESMO do serviço de urgência e consulta de processo clínico, do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e análises/exames realizados. Colheita de dados relativos aos antecedentes obstétricos e ginecológicos, pessoais e familiares;	Competências comuns do enfermeiro especialista: A2.2, B3.1, (consultar anexo I) Competências específicas do ESMO: 2.1.10, 2.2 (consultar anexo II) Código deontológico: artigo 99º, 100º, 102º, 103º, 104º, 105º, 107º, 109º, 110º, 111º, 112º (anexo III)	Humanos: -Enfermeira cooperante - Estudante - Utentes -Equipa multidisciplinar
---	---	--	---	---

	(continuação) iv) Desenvolver competências técnicas e relacionais no momento de acolhimento à grávida/ parturiente no BP	gravidez atual, hábitos e estilos de vida, dados demográficos e socioeconómicos - Verificação da realização de teste covid ou realização do mesmo à parturiente, explicando o procedimento e tempo de resultado - Definição de diagnósticos, planeamento de intervenções e prestação de cuidados especializados que responda às necessidades da mulher/casal - Verificação da realização de sessões de preparação para o nascimento - Conhecimento da existência de PP (caso exista) e expectativas para o TP e parto, permitindo a participação ativa da mulher e caso necessário, negociação de cuidados de forma a garantir intervenções de qualidade e risco controlado - Avaliação do bem-estar materno e fetal através da observação física e com recurso à realização de CTG		
--	--	---	--	--

	(continuação) iv) Desenvolver competências técnicas e relacionais no momento de acolhimento à grávida/parturiente no BP	- Avaliação física da grávida de acordo com a situação clínica, de forma a identificar a evolução do TP com recurso: - Realização de manobras de Leopold para determinação da posição, apresentação, encravamento e tamanho fetal - Realização do toque vaginal (avaliando as condições da bacia, integridade das membranas, índice de Bishop e variedade da apresentação) - Enquadramento da prática clínica nas normas deontológicas e princípios éticos da profissão de enfermagem, mobilizando os conteúdos do código deontológico, do Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem, RCCEE e RCEEEESMO.		
--	---	---	--	--

Adquirir até à 5ª semana de estágio Desenvolver da 5ª à 12ª semana de estágio com supervisão Aperfeiçoar a partir da 12ª semana de estágio de forma autónoma	v) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no primeiro estadio do TP	- Identificação dos sinais de início do primeiro estadio do TP - Avaliação física da grávida de acordo com a situação clínica, com recurso - Avaliação de sinais vitais e realização de manobras de Leopold para determinação da posição, apresentação, encravamento e tamanho fetal - Avaliação do bem-estar materno e fetal: - Realização de CTG para monitorização da Frequência Cardíaca (FC) fetal e sua variabilidade, dinâmica uterina avaliando a sua frequência, duração e intensidade - Aplicação de monitorização de FC fetal interna, em situações de Rotura Prematura de Membranas (RPM) e em situações de monitorização externa ineficaz - Avaliação da progressão do TP: - Realização do toque vaginal para avaliação do índice de Bishop, integridade das membranas e características de bacia - Realização de amniotomia e caracterização do líquido amniótico - Identificação de sinais de alarme/ desvios à normalidade que coloquem em risco o bem-estar materno e fetal (FC fetal, perdas sanguíneas, líquido amniótico, contratilidade uterina, etc.)	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1.1, A1.3, A2.1, A2.2, B1.1, B3.1, C1.1, C2.1, D1, D2.3 (consultar anexo I) Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3 (consultar anexo II) Código deontológico: artigo 99º, 100º, 102º, 103º, 104º, 105º, 107º, 109º, 110º, 111º, 112º (anexo III)	Humanos: - Enfermeira cooperante - Estudante - Utentes - Equipa multidisciplinar Materiais: - de analgesia - CTG - monitorização interna - de auxílio as medidas não farmacológicas
---	--	--	--	---

	(continuação) v) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no primeiro estadio do TP	- Avaliação e controlo da dor recorrendo: - Utilização e realização de ensinos sobre métodos não farmacológicas para alívio da dor (hidroterapia, bola de pilates, movimento, posicionamento no leito, musicoterapia...) - Inclusão do acompanhante na participação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor - Administração de medicação endovenosa em fase latente do TP (prévia à analgesia epidural) - Conhecimento do protocolo de analgesia epidural existente no BP, bem como a medicação a administrar e cuidados a ter na administração de medicação via epidural - Cooperação com a equipa de anestesia na realização de analgesia epidural: posicionar a parturiente, preparar material necessário ao posicionamento, vigiar alterações à normalidade - Administração de medicação via epidural, avaliando a evolução do TP, colocação correta do cateter epidural e avaliação de sinais vitais por risco de hipotensão, eficácia da intervenção e FC fetal por risco de bradicardia após a administração de opióides		
--	---	--	--	--

	(continuação) v) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no primeiro estadio do TP	- Vigilância da eliminação vesical, incentivando a parturiente à eliminação espontânea e caso necessário, promover o esvaziamento vesical - Promoção de cuidados de higiene e conforto sempre que necessário - Promoção da ingesta controlada de líquidos claros e gelatina - Identificação precoce de complicações inerentes ao primeiro estadio do TP relativamente ao canal de parto, contrações e feto e referenciar para médico especialista caso necessário - Identificação de sinais eminentes do segundo estadio do TP - Verificação do material necessário à reanimação neonatal (caso não tenha sido verificado anteriormente) - Condução de TP que vá ao encontro das expectativas da parturiente/ ao PP - Realização de registos claros e concisos relativamente à evolução do TP no partograma e sistema informático - Utilização de equipamentos de proteção individual caso a utente seja portadora da infeção por SARS- CoV-2		
--	---	---	--	--

Adquirir até à 5ª semana de estágio	vi) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no segundo estadio do TP	- Identificação dos sinais de início do segundo estadio do TP - Avaliação contínua do bem-estar materno e fetal - Identificação precoce de complicações inerentes ao segundo estadio do TP e referenciar para médico especialista, caso necessário - Realização do toque vaginal de forma a validar as características da bacia e variedade da apresentação - Observação da eficácia da contratilidade uterina - Identificação do momento em que a parturiente deve iniciar esforços expulsivos e realizar incentivo verbal e ensinamentos sobre os mesmos (posicionamento, momento e local da aplicação da força) - Incentivo ao acompanhante para se manter junto da parturiente, a assistir na respiração e a incentivar na realização de esforços expulsivos - Avaliação da dor e necessidade de administração de medicação via epidural (caso tenha sido submetida a este procedimento) - Promoção do conforto e confiança da parturiente/casal - Avaliação da progressão da apresentação fetal - Avaliação de sinais de proximidade da expulsão fetal (aumento do introito vaginal, abaulamento do períneo e coroamento do polo cefálico)	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1.1, A1.3, A2.1, A2.2, B1.1, B3.1, C1.1, C2.1, D1 (consultar anexo I) Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3 (consultar anexo II) Código deontológico: artigo 99º, 100º, 102º, 103º, 104º, 105º, 107º, 109º, 110º, 111º, 112º (anexo III)	Humanos: - Enfermeira cooperante - Estudante - Utentes - RN - Acompanhante Material: - de reanimação neonatal - de realização parto
-------------------------------------	---	---	--	--

	(continuação) vi) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no segundo estadio do TP	- Administração de ocitocina conforme protocolo do serviço - Posicionamento da parturiente para a expulsão fetal que vá ao encontro das suas expectativas/PP, que não comprometa o bem-estar materno e fetal - Preparação da mesa de apoio ao parto (kit partos, compressas, etc.) - Realização de ensinamentos sobre esforços respiratórios - Avaliação e execução de episiotomia - Realização de manobras de proteção do períneo (controlo de lacerações) - Pesquisa da presença de circulares cervicais após extração da cabeça - Realização de manobras de extração do corpo fetal - Realização de expressão manual das vias aéreas do RN (na ausência de mecónio) e prestação de restantes cuidados imediatos - Avaliação/Execução de colheita de sangue para análises do RN/tipagem sanguínea		
--	---	--	--	--

	(continuação) vi) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no segundo estadio do TP	- Laqueação do cordão após parar de pulsar ou laqueação precoce em situações de risco / Questionar previamente a vontade do acompanhante ou da parturiente em cortar o cordão umbilical (em situações lineares) - Participação em partos distócicos (ventosa, fórceps, cesariana) - Utilização de equipamentos de proteção individual caso a utente seja portadora da infeção por SARS- CoV-2		
--	---	--	--	--

Adquirir até à 5ª semana de estágio	vii) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no terceiro estadio do TP	- Promoção do contacto pele a pele com a parturiente - Promoção da vinculação precoce entre a díade ou tríade - Identificação e vigilância de sinais de descolamento de placenta (contração uterina, mudança da forma uterina de discoide para ovoide, saída súbita de sangue à vulva, descida do cordão, aumento do volume vaginal observável) - Realização da dequitação, realizando tração controlada do cordão - Verificação do mecanismo de descolamento - Administração de ocitócico (oxitocina em perfusão, preferencial, ou intramuscular, caso necessário) - Verificação da contratilidade uterina e presença do globo de segurança de Pinard - Avaliação da quantidade de perdas hemáticas/ risco de hemorragia - Revisão do canal de parto, avaliando a integridade dos tecidos e necessidade de sutura - Preparação do material de sutura, caso necessário - Avaliação da necessidade/administração de analgésico perineal (via cateter epidural ou anestesia local) - Aplicação de tamponamento vaginal - Identificação dos tecidos a suturar e classificar o grau de laceração	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1.1, A1.3, A2.1, A2.2, B1.1, B3.1, C1.1, C2.1, D1 (consultar anexo I) Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3, (consultar anexo II) Código deontológico: artigo 99º, 100º, 102º, 103º, 104º, 105º, 107º, 109º, 110º, 111º, 112º (anexo III)	Humanos: - Enfermeira cooperante - Estudante - Utentes - RN - Acompanhante
-------------------------------------	---	--	---	---

	(continuação) vii) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no terceiro estadio do TP	- Realização de episiorrafia e/ou perineorrafia (em lacerações de grau I e II) e de ensinios de autocuidado para a ferida cirúrgica ou traumática - Realização de toque retal verificando a sua integridade - Promoção de cuidados de higiene e conforto à parturiente - Aplicação de gelo na perineorrafia como medida de prevenção de hemorragia e edema - Realização de ensinios relativos aos cuidados a ter com a ferida traumática/cirúrgica - Realização de registos claros e concisos sobre os dados do parto, do RN, mecanismo de descolamento da placenta, medidas não farmacológicas e farmacológicas utilizadas ao longo do TP, posicionamentos adotados durante o TP, profissionais presentes no parto, ...) – partograma, BSG, boletim de saúde infantil e juvenil (BSIJ), livro de partos, sistema informático (puérpera e RN) - Utilização de equipamentos de proteção individual caso a utente seja portadora da infeção por SARS- CoV-2		
--	---	---	--	--

Adquirir até à 5ª semana de estágio Desenvolver da 5ª à 12ª semana de estágio com supervisão Aperfeiçoar a partir da 12ª semana de estágio de forma autónoma	viii) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no quarto estadio do TP	- Promoção de vinculação precoce - Esclarecimento de dúvidas dos pais - Inclusão do pai nos cuidados ao RN (ex.: vestir, apoio amamentação) - Transferência da sala de partos para o recobro, caso seja necessário e caso a utente seja covid negativa - Vigilância de sinais e sintomas desviantes do padrão da normalidade, que necessitem de intervenção urgente ou emergente - Avaliação obstétrica (mamas, mamilos, altura do fundo do uterino) - Vigilância de perdas hemáticas/risco ou presença de hemorragia - Realização de educação para a saúde à puérpera sobre os sinais de alarme no puerpério imediato - Realização de educação para a saúde sobre amamentação e adaptação do RN à mama caso seja vontade materna - Promoção da amamentação (correção de posicionamento, pega, estimulação do RN, etc.) - Avaliação da interação entre a díade/tríade <u>2 horas após o parto ou previamente caso existam sinais de alerta:</u> - Verificação da presença do globo de segurança de Pinard	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1.1, A1.3, A2.1, A2.2, B1.1, B3.1, C1.1, C2.1, D1, D2.3 (consultar anexo I) Competências específicas do ESMO: 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 (consultar anexo II) Código deontológico: artigo 99º, 100º, 102º, 103º, 104º, 105º, 107º, 109º, 110º, 111º, 112º (anexo III)	Humanos: - Enfermeira cooperante - Estudante - Utentes - RN - Acompanhante
---	---	--	---	---

	(continuação) viii) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à parturiente no quarto estadio do TP	- Avaliação das características dos lóquios (quantidade, cor e cheiro, presença de coágulos - Avaliação da ferida cirúrgica (penso abdominal ou perineal) ou traumática (perineal) – hemorragia, edema, hematomas - Avaliação de hemorroida pós-parto e promoção de medidas de alívio - Avaliação de sinais vitais - Vigilância de globo vesical- incentivar a puérpera a urinar espontaneamente ou realizar esvaziamento vesical - Vigilância de eliminações do RN - Administração de medicação analgésica, caso necessário - Remoção do cateter epidural - Avaliação da experiência da mulher do TP e parto, relativamente às suas expectativas prévias, promovendo um ambiente favorável à expressão de problemas e sentimentos, recorrendo à escuta ativa - Realização de registos claros e concisos dos parâmetros avaliados - Realização da transferência da utente e RN para o internamento de obstetrícia e ginecologia (caso covid negativo) ou da puérpera para a infecciologia (covid positivo)		
--	--	--	--	--

Adquirir até à 5ª semana de estágio	ix) Desenvolver competências	- Avaliação do registo cardiotocográfico durante o TP e identificação de fatores de risco, de forma a providenciar cuidados adequados no momento do nascimento - Verificação do material de reanimação neonatal antes do nascimento - Preparação da vacina anti hepatite B e vitamina K e posterior administração (VHB quando RN >2000g)	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1.1, A1.3, A2.1, A2.2, B1.1, B3.1, C1.1, C2.1, D1 (consultar anexo I)	
Desenvolver da 5ª à 12ª semana de estágio com supervisão	técnicas, científicas, práticas e na prestação de cuidados especializados ao RN nas primeiras duas horas de vida	- Aquecimento prévio da mesa de reanimação neonatal e pano para receber RN - Avaliação da necessidade de chamar pediatra à sala de partos (LTM, desacelerações CTG, dificuldade respiratória no momento do nascimento, risco infeccioso) - Identificação de sinais de alarme no momento de nascimento e adaptação à vida extrauterina - Colaboração com o pediatra na reanimação cardiorrespiratória do RN - Conhecimento de procedimentos em filhos de mães portadoras de HIV ou hepatite B. - Estimulação do RN no momento do nascimento e prestação de cuidados imediatos	Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3 (consultar anexo II)	Humanos: -Enfermeira cooperante - Estudante - Utentes - RN -Acompanhante
Aperfeiçoar a partir da 12ª semana de estágio de forma autónoma			Código deontológico: artigo 99º, 100º, 102º, 103º, 104º, 105º, 107º, 109º, 110º, 111º, 112º (anexo III)	

	(continuação) ix) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e na prestação de cuidados especializados ao RN nas primeiras duas horas de vida	- Colocação de pulseira eletrónica anti roubo no RN e de pulseira de identificação, confirmando sempre com a mãe o seu nome - Avaliação do índice de Apgar até aos 10 minutos de vida (continuação) - Observação física do RN que despiste alterações estruturais - Avaliação do peso do RN - Realização de contacto pele a pele, caso o RN demonstre estabilidade clínica - Promoção da vinculação precoce entre a díade/tríade - Promoção do aleitamento materno, se for desejo materno - Inclusão do pai na prestação de cuidados ao RN (ex.: vestir) - Realização de ensinios aos pais sobre a mudança da fralda, vestir e despir e amamentação - Conhecimento do funcionamento da incubadora existente na sala de trabalho e monitorização do RN na mesma, caso seja necessário - Colaboração/Participação na decisão de transferir RN para a neonatologia, prestação de cuidados que permitam a transferência em segurança e realização de passagem de dados ISBAR às colegas do internamento		
--	---	---	--	--

	(continuação) ix) Desenvolver competências técnicas, científicas, práticas e na prestação de cuidados especializados ao RN nas primeiras duas horas de vida	- Inclusão dos pais nas decisões relativas ao RN, caso necessário, permitindo-lhes que tomem decisões esclarecidas no processo de saúde da criança, capacitando-os para a prestação de cuidados - Incentivo ao acompanhante/pai a ir à neonatologia visitar o RN e tirar fotografias para enviar à mãe (continuação) - Avaliação da adaptação familiar após o nascimento de forma a identificar alterações nos processos de transição e de adaptação à parentalidade, encaminhando situações anómalas ou críticas para a peritos - Realização de registos claros e concisos, com os dados do nascimento no sistema informático, BSG e BSIJ		
--	---	---	--	--

Ao longo de todo o estágio	xi) Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação	- Aceitação de críticas construtivas de forma a melhorar o desempenho pessoal - Promoção de momentos de discussão/ análise com a enfermeira cooperante sobre a situações clínicas, refletindo sobre a melhor atuação e as diferenças na execução da prática entre profissionais de saúde, de forma a adotar a prática mais correta e desenvolver o autoconhecimento e assertividade - Discussão com a enfermeira cooperante sobre o projeto de estágio e objetivos profissionais e pessoais, fomentando a reflexão - Reflexão e avaliação da prestação de cuidados da estudante com a enfermeira cooperante em contexto clínico e com a professora orientadora - Construção de estratégias, com a enfermeira cooperante, para ultrapassar dificuldades/barreiras - Realização de auto e hetero avaliação com a enfermeira cooperante e professora orientadora	Competências comuns do enfermeiro especialista: B1.1, B2.1, B2.2, C1.2, D1, D2 (consultar anexo I) Código deontológico: 109º (anexo III)	Humanos: -Enfermeira cooperante -Estudante -Professora Orientadora
-----------------------------------	---	--	--	---

Entre a 5ª e a 12ª semana de estágio	xii) Desenvolver competências técnicas e práticas no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais garantindo a qualidade dos cuidados	- Observação da metodologia e organização de recursos humanos e materiais no BP - Participação na verificação diária de funcionamento e materiais do BO, salas de parto, carros de apoio ao parto, mesas de reanimação neonatais do BP - Colaboração na reposição de stock de materiais e medicação - Conhecimento da gestão dos resíduos produzidos no BP - Utilização de recursos de forma eficiente para promover a prestação de cuidados de qualidade - Organização/Planeamento e priorização de atividades, de forma a gerir o tempo e recursos - Participação ativa na gestão de vagas entre os serviços de urgência de obstetrícia e ginecologia, BP e internamento de obstetrícia e puerpério - Participação ativa na gestão de vagas, materiais e recursos em casos de utentes covid positivas - Colaboração com a enfermeira orientadora/ enfermeira chefe na gestão do serviço	Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, C2 (consultar anexo I) Código deontológico: 109º	Humanos: -Enfermeira cooperante -Estudante
--------------------------------------	---	---	--	--

A partir da 5ª semana de estágio	xiii) Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica	- Identificação de uma situação/problema a desenvolver no relatório de estágio com discussão pública e abordagem da temática com a professora orientadora e enfermeira cooperante - Colheita de dados com as grávidas/parturientes antes do parto sobre as suas expectativas no TP e parto, leitura de planos de parto (caso existam) - Colheita de dados com as puérperas após o parto, de forma a entender se a intervenção do EEESMO no TP e parto foi ao encontro das suas expectativas - Pesquisa bibliográfica sobre a temática, investigação, interpretação e discussão de resultados - Realização de uma <i>scoping review</i> - Elaboração e discussão de relatório de estágio que evidencie a articulação entre os conhecimentos teóricos e reflexão sobre a prática e qualidade de cuidados - Discussão com a equipa do bloco de partos sobre a temática “expectativas da mulher no trabalho de parto” e divulgação dos resultados de investigação obtidos. - Reuniões de orientação e análise com a enfermeira cooperante e professora orientadora	Competências comuns do enfermeiro especialista: B1.1, B2.1, D2.1, D2.2. (consultar anexo I) Competências específicas do ESMO: 2.1.10, 3.1., 3.2, 3.3 (consultar anexo II) Código deontológico: artigo 103º, 105º, 107º, 109º, 110º (anexo III)	Humanos: -Enfermeira cooperante -Estudante -Professora Orientadora
---	---	---	---	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto de estágio foi útil na medida em que servirá como instrumento orientador para alcançar os objetivos preconizados e definidos. Este documento poderá ser reformulado mediante o decorrer do estágio e será avaliado com a realização do relatório final.

O planeamento de atividades proporcionou a consulta e reflexão sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESMO, assim como dos programas em vigor da Direção Geral da Saúde e os estatutos da OE.

Perspetiva-se o cumprimento deste projeto, contudo considera-se este trabalho como um planeamento, assim importa referir que o mesmo pode sofrer alterações tendo em conta as oportunidades de aprendizagem e necessidades do serviço de bloco de partos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei nº 156/2015. Diário da República 1ª série, 181 (setembro), 8101-8105. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento nº 140/2019. Diário da República, 2ª série, 26 (fevereiro), 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento nº 391/2019. Diário da República, 2ª serie, 85 (maio), 13560-13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Serviço Nacional de Saúde (2021). Partos e Cesarianas nos cuidados de saúde hospitalares. Disponível em <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>

APÊNDICE II – PÓSTER DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

PARTO IDEALIZADO VS PARTO REAL

Tralhão, F.¹, Carteiro, D.², Sôpa, M.³

No processo de transição para a parentalidade, a mulher idealiza a sua experiência na maternidade, elaborando mentalmente as expectativas relativamente ao trabalho de parto e parto. No acolhimento na sala de parto, o EESMO deve ser detentor de conhecimento das perspetivas, escolhas e idealização do momento do trabalho de parto e parto pela parturiente/casal, com o objetivo de aproximar o esperado a uma experiência real.

A satisfação com o processo de nascimento está relacionada com as expectativas pessoais, a intervenção eficiente dos profissionais de saúde, a qualidade da relação entre a mulher/casal com a equipa de saúde que presta cuidados e com a participação ativa na tomada de decisão acerca do processo de nascimento (Direção Geral da Saúde, 2020).

Palavras Chave: Expectativas, trabalho de parto, parto, intervenções do EESMO

MÉTODOS

Metodologia	Scoping Review
Objetivo	Identificar as intervenções de enfermagem do EESMO que contribuam para a concretização do trabalho de parto e parto idealizado pelas mulheres
Questão	Quais as intervenções do EESMO facilitadoras da concretização do trabalho de parto e parto idealizado pelas mulheres?
Critérios de inclusão/exclusão	Participantes: Grávidas e Parturientes, Contexto: Parto hospitalar Conceitos: Expectativas, Trabalho de Parto, Parto, Intervenções de Enfermagem Tipos de estudo: Estudos qualitativos e quantitativos
Base de dados	PubMed e EBSCOhost (Medline complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Medic Latina, CINAHL Complete)
Expressão de pesquisa	"Expectations and Pregnant women and Delivery" limitadores: acesso a texto integral, resumo disponível, idiomas: inglês, português ou espanhol, data de publicação entre 2016-04-01 a 2021-04-24

P R I S M A	Identification	Screening	Eligibility	Included
	35 artigos	Excluídos 23 artigos	7 artigos	2 qualitativos 3 quantitativos

DISCUSSÃO

► A satisfação com o processo de nascimento está relacionada com as expectativas pessoais, a intervenção eficiente dos profissionais de saúde, a qualidade da relação entre a mulher/casal com a equipa de saúde e com a participação ativa na tomada de decisão acerca do processo de nascimento (Direção Geral da Saúde (DGS), 2020).

► O EESMO deve conhecer as perspetivas, escolhas e idealização do momento do trabalho de parto e parto pela parturiente/casal, com o objetivo de aproximar o esperado a uma experiência real (DGS, 2020; Morell & Martín, 2018). É a especificação das expectativas que pode ser contemplada num plano de parto (DGS, 2020).

► O atendimento do EESMO deve ser centrado na mulher, fornecendo informações e explicações contínuas durante o internamento. As intervenções e a evolução do trabalho de parto e parto devem ser adaptadas às expectativas da grávida, com o objetivo de alcançar o mais alto grau de satisfação relativo ao processo de nascimento (Mattern, Lohmann & Ayerle, 2017; Morell & Martín, 2018). As grávidas valorizam nos EESMO a acessibilidade e confiabilidade, sendo o motivo que as deprecia a falta de tempo para atendimento individualizado (Mattern, Lohmann & Ayerle, 2017).

RESULTADOS



CONCLUSÃO

► O conhecimento das expectativas da grávida é essencial para a promoção do parto idealizado e para a satisfação global da grávida com o trabalho de parto e parto.

► Os EESMO, no período pré-natal, prestam cuidados na colaboração dos planos de parto e na discussão com as grávidas sobre as suas expectativas, informando-as das opções disponíveis na instituição de saúde. A criação de expectativas reais, conduz a maior probabilidade de as mesmas serem concretizadas, aumentando a satisfação da mulher/casal e permitindo uma experiência de parto positiva.

Referências Bibliográficas

- ¹Anderson, C.M., Monardo, R., Soon, R., Lum, J., Tschann, M. & Kaneshiro, B. (2017). Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. *Hawaii Journal of Medicine & Public Health*, 76 (11), 305-309
- ²Mattern, E., Lohmann, S. & Ayerle, G. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(389). doi: 10.1186/s12884-017-1552-2
- ³Morell, F. & Martín, M. (2018). Childbirth expectations of La Ribera pregnant women: a qualitative approach. *Enfermería Global*, 17 (1), 336-346. doi: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.276061>
- ⁴Pastor, I.A., Maxia, S.B., Sánchez, M.G., López, L.M., Cazorla, A.Q., Marqués, A.P. (2019). Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo. *Investigación & Cuidados*, 37, 6-16
- ⁵Preis, H., Benyamini, Y., Gran, M.E. & Niegler, S.G. (2019). Childbirth preferences and related fears - comparison between Norway and Israel. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (362). doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1997-5>
- Direção Geral da Saúde (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto CRPP – Orientações. Lisboa: Direção Geral da Saúde

¹ Estudante do 6º CMESMO ESSS, Enfermeira no Hospital de Vila Franca de Xira filipatralhao@gmail.com

² Doutorada em enfermagem, Professora Adjunta ESSS dora.carteiro@esssaude-ipsantarem.pt

³ Mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica, Enfermeira especialista no Hospital Vila Franca de Xira maria.joao.sopa@hvfxf.pt

APÊNDICE III – PROTOCOLO DA SCOPING REVIEW

Review Title

Parto idealizado vs Parto real: a intervenção do EESMO

Reviewers

1 Ana Filipa Tralhão

2 Professora Doutora Dora Carteiro

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS)

Review question/objective

Questão de revisão: Quais as intervenções do EESMO facilitadoras da concretização do trabalho de parto e parto idealizado pelas mulheres?

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem do EESMO que contribuem para a concretização do trabalho de parto e parto idealizado pelas mulheres;

Background

A filosofia dos cuidados de saúde materna e obstétrica encontra-se enraizada, num modelo de assistência ao parto em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) exerce em parceria com a mulher, colocando-a no lugar central durante o ciclo reprodutivo (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

O EESMO tem no foco dos seus cuidados, a responsabilidade de cuidar da mulher, inserida na família e comunidade, ao longo do ciclo vital e reprodutivo. A sua prática inclui intervenções autónomas em situações de baixo risco, como processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, ou seja, processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019). O EESMO tem, entre outras, a competência específica de “cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente

seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina” (OE, 2019, p.13562).

A Confederação Internacional de Parteiras (ICM, 2011) define parteira como a profissional que tenha adquirido as qualificações necessárias para praticar obstetrícia. A parteira é uma profissional responsável por trabalhar em parceria com mulheres, apoia, presta cuidados e aconselha durante a gravidez, parto, e período pós-parto, realiza partos sobre a sua própria responsabilidade e presta cuidados ao RN. A prestação de cuidados das parteiras inclui medidas preventivas como a promoção do parto normal, deteção precoce de complicações na mãe e no filho, obtenção de assistência médica e execução de medidas de emergência. O termo parteira é utilizado no contexto dos artigos mobilizados, no instrumento de colheita de dados desta *scoping review*, dado que o nome EESMO é atribuído em Portugal e os estudos são estrangeiros.

A avaliação da satisfação com o processo de nascimento permite avaliar a intervenção dos profissionais de saúde, a qualidade da relação entre a mulher/casal com a equipa prestadora de cuidados. O EESMO tem como um dos padrões de qualidade dos cuidados, ir ao encontro de níveis elevados de satisfação da utente, como consta no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Os cuidados prestados pelos EESMO só poderão ser considerados de excelência, se obedecerem elementos importantes na satisfação dos utentes como: i) a ética e a deontologia para com o utente, considerando o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente, ii) o respeito pelas expectativas relacionadas com o parto, iii) o respeito pelas expectativas relacionadas com o projeto de maternidade/paternidade, iv) o estabelecimento de uma relação terapêutica, v) o empenho do EESMO na capacitação para a tomada de decisão e a ação, vi) o estabelecimento de parcerias com a utente no planeamento do processo de cuidados, vii) o envolvimento de conviventes significativos no processo de cuidados e por último, viii) o empenho do EESMO em criar condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo do processo assistencial de saúde (ACEESMO, 2018).

A satisfação com o processo de nascimento está relacionada com as expectativas pessoais, a intervenção eficiente dos profissionais de saúde, a qualidade da relação entre a mulher/casal com a equipa de saúde que presta cuidados e com a participação ativa na tomada de decisão acerca do processo de nascimento (Direção Geral da Saúde [DGS], 2020).

O processo de enfermagem é utilizado na gestão de cuidados prestados à mulher e pessoas significativas, durante todos os estadios do TP. O EESMO deve envolver a parturiente na gestão dos cuidados individualizados, promovendo assim, a sensação de controlo da mulher, a participação no nascimento, e o aumento autoestima e do nível de satisfação (Cashion, 2014). Os cuidados de enfermagem centram-se na avaliação e apoio à mulher e família, durante o processo de TP e parto,

de forma a garantir os melhores resultados para os intervenientes (Cashion, 2014).

A construção de expectativas para grandes eventos da vida pode ajudar na preparação física e mental para determinada experiência. O mesmo acontece na preparação para o nascimento de um filho, onde o momento do TP e parto é antecipado na gravidez, sob a forma de expectativas (Iravani et al., 2015). O período pré-natal constitui assim, uma fase de preparação física e psicológica, para o nascimento e parentalidade (Alden, 2014; DGS, 2015), de construção de expectativas, receios e vulnerabilidade, em relação ao momento do parto, ao seu desempenho como mãe, vivenciando emoções muitas vezes contraditórias. Por esse motivo, a intervenção eficiente dos profissionais de saúde nesta fase é de extrema importância, de forma que a mulher/casal disponha de informação correta e baseada em evidência científica, capacitando-os para a decisão informada (Lopes, 2016).

A flexibilidade das expectativas pode determinar a satisfação com o parto, na medida em que, quanto mais rígidas se manifestarem relativamente às expectativas, menor é a avaliação de satisfação do parto. Quando é aceite a possibilidade do TP não ocorrer como esperado, constrói-se fatores de proteção para gerir as complexidades do nascimento (Afshar et al., 2016; Ledford et al., 2016). O momento do parto implica a vivência de sentimentos complexos que não se limitam ao momento em si, mas também engloba as expectativas sobre a experiência prévia ao parto (Pedreira & Leal, 2015). Quando as expectativas são alcançadas, as parturientes vivem uma experiência positiva de parto, é alcançado um maior nível de satisfação (Iravani et al., 2015), e consequentemente, uma melhoria na qualidade dos cuidados (ACEESMO, 2018). Contudo, as expectativas podem constituir uma forma de avaliação das parturientes relativamente às suas próprias ações e comportamentos. A idealização do TP e parto poderá, consequentemente, provocar sentimentos de fracasso e culpa, caso não fiquem satisfeitas (Cashion, 2014).

As expectativas podem resultar de informações adquiridas nas sessões de preparação para o nascimento, livros, televisão, internet, profissionais de saúde e experiências de familiares e amigos (Alden, 2014; Martin et al., 2013; Ledford et al., 2016). A múltipara tem a sua própria experiência do parto, o que influencia a forma como prepara o nascimento do próximo filho (Cashion, 2014; Ledford et al., 2016). Estas fontes de informação podem influenciar de forma positiva e negativa, as perspetivas individuais e as crenças anteriores, como a necessidade de controlo, medo da dor ou preferências relativamente a intervenções médicas (Martin et al., 2013; Nilsson et al., 2018). A veracidade das informações recebidas deve ser validada, quando provêm de uma fonte informal, uma vez que pode levar a expectativas de parto desinformadas, prejudiciais ao bem-estar materno e fetal. Nestes casos, a experiência de nascimento pode ser negativa, com consequências a curto e longo prazo como a dificuldade na adaptação pós-parto, inibição na vinculação, problemas de autoconfiança da mulher enquanto mãe, medo de futuras gestações e

aumento de risco de depressão pós-parto (Martin et al., 2013). A implementação de PP padronizados contribui para evitar a idealização expectativas irreais, para a simplificação do processo de criação do PP e maximiza-se o seu potencial como instrumento de comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e a parturiente (Afshar et al., 2016).

O comportamento da mulher durante o parto é determinado pelo modo como constrói mentalmente a experiência, é relevante compreender como a grávida antecipa o parto, de forma a poder ser apoiada na preparação e participação no momento do parto (Alden, 2014; Costa et al., 2003). No momento do parto, pode surgir ansiedade relativa às incertezas do bem-estar materno e fetal, pelo desconhecimento da anatomia e de tudo o que envolve o nascimento, sentem medo da dor e de futuras lesões (Alden, 2014). As informações e orientações fornecidas podem diminuir estes receios (Alden, 2014), e por esse motivo, o EESMO deve intervir demonstrando a sua disponibilidade e estabelecendo uma relação terapêutica adequada, de forma que a grávida/casal expresse as suas necessidades e expectativas e que obtenha informação para a tomada de decisão livre e esclarecida (Lopes, 2016), contribuindo assim, para uma experiência de parto positiva e cuidados dignos durante o nascimento (M. Carvalho, 2014; DGS, 2020).

A OMS (2018) refere-se às expectativas das mulheres quanto a terem uma experiência de parto positiva, como aquela que cumpre e excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais da mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com continuidade do apoio prático e emocional de um acompanhante no nascimento e dispor de cuidados prestados por profissionais de saúde atenciosos e tecnicamente competentes. A maioria das mulheres pretende um TP e parto fisiológico, com a sensação de realização pessoal e envolvimento na tomada de decisão, mesmo quando são necessárias ou desejadas intervenções médicas.

Nas recomendações para uma experiência de parto positiva a OMS (2018) sublinha ainda, a importância de cuidados centrados na mulher, de forma a otimizar a sua experiência com o TP e parto, e nos seus filhos, através de uma abordagem holística, baseada nos direitos humanos. Preconiza também a prestação de cuidados de maternidade respeitosos, no que se refere a cuidados organizados para fornecer a todas as mulheres dignidade, privacidade e confidencialidade, que garanta a ausência de danos e maus-tratos e que permita uma escolha informada e apoio contínuo durante o TP e parto.

No processo de transição para a parentalidade, a mulher idealiza a sua experiência na maternidade, elaborando mentalmente as expectativas relativamente ao TP e parto. No momento de acolhimento numa sala de parto, o EESMO deve ser detentor de conhecimento das perspetivas, escolhas e idealização do momento do TP e parto pela parturiente/casal, com o objetivo de aproximar o esperado a uma experiência real. É a especificação das expectativas que pode ser

contemplada num PP (DGS, 2020).

Num PP são espelhadas as expectativas e objetivos que as grávidas/casal têm para o seu TP, parto e nascimento do bebé (DGS, 2020). Na construção do PP, as mulheres/casais devem ser informadas pelo EESMO ou folhetos informativos dos recursos disponíveis e oferta de cuidados da instituição onde pretendem que o nascimento ocorra. Algumas instituições recorrem ao plano de nascimento institucional, que permite, à grávida, a construção de um plano individual compatível com a disponibilidade de recursos do estabelecimento de saúde (DGS, 2020). Uma vez que as expectativas são geradas considerando os recursos disponíveis, existe maior probabilidade de as mesmas serem concretizadas, aumentando a satisfação da mulher/casal e permitindo uma experiência de parto positiva.

O cumprimento do PP nas salas de parto deve ser respeitado, contudo, a equipa de saúde é confrontada, por vezes, com ambivalência entre as escolhas e expectativas da mulher/casal e a necessidade de as infringir pela necessidade de bem-estar materno-fetal. As competências técnicas dos profissionais de saúde, nas salas de parto prevalecem ao PP, desde que devidamente fundamentadas e as alterações ao plano de nascimento devem ser conhecidas pela grávida/casal (Lopes, 2016). Apesar disso, a prestação de cuidados dignos e respeitosos por parte das equipas de saúde, independentemente da sua literacia, devem ser asseguradas, de forma a proporcionar a experiência de um parto positivo e cuidado digno durante o TP e parto (DGS, 2020).

Inclusion criteria

Types of participants:

Grávidas e Parturientes

Concept:

Expectativas, Trabalho de Parto, Parto, Intervenções do EESMO

Context:

Parto hospitalar

Types of studies:

Estudos qualitativos e quantitativos

Search strategy

Inicialmente nesta etapa do protocolo foi realizada uma procura de palavras-chave na plataforma MeSH Browser, com o objetivo de identificar os descritores a utilizar na pesquisa de evidência científica. Foram realizadas diversas tentativas de pesquisa com diferentes descritores e combinações que, em grande parte, conduziram à ausência de resultados ou resultados sem

contributo para a investigação. Por esse motivo, foi decidido a utilização de um entry term (“expectations”) do descritor MeSH “motivations” que contribuiu para achados científicos com valor para a investigação.

Previamente à decisão da utilização de “expectations” como descritor, foram colocadas como hipótese os descritores MeSH “motivations” e “intentions” que foram excluídos ou por a “scope note” não corresponder à definição teórica compatível com o conceito teórico mobilizado no background, ou porque a utilização dos mesmo produzia zero resultados quando combinados com os restantes descritores.

Assim, esta etapa foi concluída no dia 24 de abril de 2021, com a opção pela utilização da expressão de pesquisa “Expectations and Pregnant women and Delivery” na plataforma EBSCOhost nas bases de dados MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Medic Latina, CINAHL Complete e PubMed, os limitadores específicos utilizados nas mesmas são apresentados na tabela abaixo. Como limitadores gerais foram utilizados “texto completo”, resumo disponível, idioma inglês, português e espanhol e friso cronológico de 5 anos “2016-04-01 a 2021-04-24”.

	Texto completo em PDF	Resumo disponível
MEDLINE Complete		x
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	x	
Medic Latina	x	
CINAHL Complete	x	x
PubMed		x

Study Selection

Após a pesquisa de artigos, na fase de “*identification*” do prisma (appendix III), foram identificados 35 artigos nas bases de dados científicas, tendo sido removidos 5 artigos duplicados. Na fase de “*screening*” dos 30 artigos selecionados foram excluídos 23 artigos após leitura do título e “*abstract*”. Após a leitura integral dos 7 artigos na fase “*eligibility*” foi excluído o artigo nº6 por ser relativo à fase pré-natal e não cumprir o critério de inclusão “contexto” e o artigo nº 7, por não de relacionar com a temática em estudo. Na fase de “*included*” foram incluídos 2 artigos de cariz qualitativo e 3 quantitativo.

Artigos selecionados na fase screening

Nº1 – “Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan”

Nº 2 – “Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups”

Nº 3 – “Childbirth expectations of La Ribera pregnant women: a qualitative approach”

Nº 4 – “Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo”

Nº 5 – “Childbirth preferences and related fears -comparison between Norway and Israel”

Artigos excluídos

Nº 6 – “The Viewpoint of Iranian Gynecologists and Midwives on the Expectations of Pregnant Women: A Content Analysis Study”

Nº 7 – “Experiences of midwives regarding nursing practice breakdown in maternity units at a selected public hospital in kwazulu-natal”

Data collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento de recolha de dados, orientado conforme indicações da Joanna Briggs Institute, constituído por nove variáveis que permitiram a extração e organização de dados, caracterizar os estudos e reunir os resultados significativos (Appendix IV).

Data synthesis

A discussão dos resultados que se apresenta de seguida encontra-se integrada no corpo do relatório, no subcapítulo 4.1.1, motivo pelo qual a informação neste capítulo do apêndice poderá estar duplicada.

O conhecimento das expectativas da grávida para o TP e parto são essenciais para a prestação de cuidados personalizados (DGS, 2020a; Morell & Martín, 2018). As grávidas expectam cuidados humanizados durante a gravidez e parto, que considerem o indivíduo de forma sensível e holística (DGS, 2020a; Mattern et al., 2017; OMS, 2018). As expectativas das mulheres para o TP e parto diferem consoante a cultura, costumes e meio em que estão envolvidas (Cashion, 2014; Iravani et al., 2015; Ledford et al., 2016; Preis et al., 2018).

Os profissionais de saúde devem adaptar as suas intervenções ao decorrer do TP e parto e às expectativas da grávida, com o objetivo de alcançar o mais alto grau de satisfação relativo ao processo de nascimento (ACEESMO, 2018; DGS, 2020a; Iravani et al., 2015; Marques et al., 2020; Morell & Martín, 2018). O modelo do parto humanizado implica o conhecimento das expectativas da parturiente/casal e ainda que, a mulher decida sobre o seu processo de nascimento, é necessário existir comunicação entre as utentes e os profissionais de saúde (Andrade et al., 2017; M. Carvalho, 2014; DGS, 2020a; Morell & Martín, 2018; Toral et al., 2019).

Pastor et al. (2019) avaliaram a concretização das expectativas das parturientes, identificando que foram cumpridas ou superadas em mais de 78% das situações estudadas. A insatisfação relativa às expectativas foi superior em grávidas submetidas a indução de TP, quando comparadas a mulheres que os partos foram de início espontâneo. As mulheres apresentam maior nível de satisfação quando os seus partos tiveram início espontâneo (OMS, 2018; Pastor et al., 2019).

As expectativas e objetivos da grávida para o processo de nascimento podem constituir um documento escrito, realizado no período pré-natal, denominado de PP. O documento resulta num manifesto de escolhas do casal, onde são contempladas as opções, desejos, expectativas e preferências da mulher para o período do TP e parto e ainda, a identificação das pessoas de apoio que estarão presentes (Anderson et al., 2017; DGS, 2020a; Teresa Silva & Lopes, 2020). A sua utilização fomenta na mulher reflexão e discussão sobre os seus desejos, expectativas, preocupações e perceções incorretas relativamente ao TP e parto (Anderson et al., 2017; DGS, 2020a).

Na construção do PP, as mulheres/casais devem ser informados, pelo EESMO (Afshar et al., 2016; Alden, 2014; Anderson et al., 2017; DGS, 2020a; Lei nº 110/2019; Lopes, 2016; Teresa Silva & Lopes, 2020) /e por folhetos informativos, sobre os recursos disponíveis e oferta de cuidados da instituição onde pretendem que o nascimento ocorra (Afshar et al., 2016; Anderson et al., 2017). Assim, é proporcionado à grávida/casal criar expectativas e idealizar um parto, que vá ao encontro das possibilidades existentes na instituição onde vai ocorrer o nascimento (Afshar et al., 2016; Anderson et al., 2017; DGS, 2020a; Lopes, 2016).

A variedade de informação e PP pré-preenchidos, existentes nas plataformas online, pode constituir uma barreira aos profissionais de saúde, pela dificuldade na análise prévia e individual de cada documento. Pressupõe-se a discussão prévia com a grávida, sobre as opções disponíveis no local onde se prevê que irá acontecer o parto. Caso não seja possível a análise da viabilidade das suas opções, serão criadas expectativas irrealistas para o TP e parto. Por esse motivo, é considerado facilitador a disponibilidade de um PP institucional, que inclua apenas as opções e disponibilidade de recursos disponíveis na respetiva instituição de saúde (Afshar et al., 2016; Anderson et al., 2017).

A utilização do PP padronizado foi associada a uma experiência de parto positiva relativamente à satisfação com o parto, comunicação e confiança na equipa de saúde (Afshar et al., 2016; Anderson et al., 2017). No estudo de Anderson et al. (2017), as parturientes que elaboram um PP pretendem, num parto subsequente, recorrer à utilização do mesmo, dados sugestivos de que este documento produz efeitos positivos para as mulheres. Contudo, quanto mais exigências são especificadas num PP e menor for a flexibilidade dessas preferências, menor é a satisfação geral com o parto (Afshar et al., 2016). A disparidade destes resultados é justificada pelos autores afirmando que, mesmo quando as opções das parturientes não são correspondidas, estas podem demonstrar satisfação com a utilização de um PP, pelo facto de ser considerada benéfica a discussão das opções para o nascimento.

Análise dos resultados mostra que as mulheres para o TP e parto, apresentam expectativas relativas ao tipo de parto (Morell & Martín, 2018; Preis et al., 2018), à duração do TP (Morrell & Martín, 2018), à dor (Morrell & Martín, 2018; Pastor et al., 2019; Preis et al., 2018), ao acesso a informação contínua, esclarecimentos e tomada de decisão (Mattern et al., 2017; Morrel & Martín, 2018; Pastor et al., 2019), ao bem-estar materno e fetal (Morrel & Martín, 2018; Pastor et al., 2019), ao apoio contínuo (Mattern et al., 2017; Morrel & Martín, 2018; Pastor et al., 2019) e aos profissionais de saúde - EESMO e obstetra (Mattern et al., 2017; Pastor et al., 2019).

Segundo Morell & Martín (2018) as mulheres apresentam expectativas elevadas por terem um parto normal ou vaginal, em comparação com as expectativas para um parto por cesariana. Segundo Pastor et al. (2019), as mulheres apresentam níveis elevados de satisfação com a “experiência na expulsão” e níveis de insatisfação com a “capacidade de gerir emoções durante o período expulsivo”. Contudo, esta expectativa é influenciada pela cultura e a sociedade onde as utentes estão inseridas, como se verifica no estudo de Preis et al. (2018), que compara as expectativas e intenções para o TP e parto entre dois países (Noruega e Israel) e onde obtém maior preferência por uma cesariana nas mulheres norueguesas. Outros estudos corroboram os resultados de Morell & Martín (2018), como os de Arik et al. (2019) e M. Silva et al. (2019), realizados no Brasil, onde se assiste a maior preferência pelo parto vaginal, devido à natureza do parto, à recuperação mais rápida, ao facto de proporcionar mais autonomia e mais vantagens para o RN. Contudo, as cesarianas continuam a ser uma das opções consideradas, argumentando o medo de sentir dor durante o TP, sofrimento desnecessário e imprevisibilidade do parto vaginal.

A categoria ter um parto rápido é a expectativa que se destaca no estudo de Morell & Martín (2018), por ser a que apresentou maior frequência de respostas, estes autores consideram-na uma das expectativas mais relevantes para as mulheres. Contudo, a OMS (2018) refere que a duração do TP é variável e depende do processo fisiológico individual e das características da gravidez. O EESMO tem a responsabilidade de informar sobre a possibilidade de uma nulípara

poder alcançar as 12 horas na fase latente e as múltiparas 10 horas. A fase ativa de TP, nas nulíparas, pode ser concluída em 3 horas e em múltiparas em 2 horas (OMS, 2018).

A dor é uma experiência subjetiva e pessoal, a sua associação ao TP é descrita como uma das mais intensas que o ser humano pode experimentar. As contrações uterinas, a dilatação do colo e as alterações provocadas pela progressão do polo cefálico, são os fatores físicos que contribuem para a percepção da dor (Monteiro et al., 2020). As parturientes têm receio de sentir dor da contratilidade, durante o TP e parto (Arik et al., 2019, Morell & Martín, 2018; M. Silva et al., 2019), é um dos fatores que provoca mais receio às parturientes no processo de nascimento (Morrell & Martín, 2018; Pastor et al., 2019) e o fator que mais influencia a satisfação global do parto (Pastor et al., 2019). Apesar disso, Pastor et al. (2019) obtêm resultados onde a mulher se sentiu satisfeita por ter sido capaz em gerir a dor das contrações durante a dilatação. Por estes motivos, a mulher deve ser capacitada na gestão da dor e possuir conhecimentos sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos no alívio da dor para o primeiro e segundo estadio do TP (Pastor et al., 2019). O recurso a métodos não farmacológicos no alívio da dor, durante o TP e parto, reduz ansiedade nas parturientes, permite a sua colaboração, participação e maior envolvimento do acompanhante, reduzindo consequentemente a utilização de métodos farmacológicos (Monteiro et al., 2020). Atualmente há disponibilidade de diferentes métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, que incluem massagem, utilização de óleos essenciais, hipnose, hidroterapia, utilização da música e da bola, liberdade de movimentos, suporte contínuo, entre outros (Cashion, 2014; Lennon, 2018; Miranda et al., 2020; Monteiro et al., 2020; OMS, 2018; Toral et al., 2019). A adoção de posturas verticais e a liberdade de movimentos é recomendada pela OMS (2018), para alívio da dor e progressão normal do TP. O movimento, a deambulação, a verticalidade e as alterações de posição apresentam melhores resultados, quando comparados com a posição supina. Estes apresentam vantagens relativos à progressão de TP, ao traçado de CTG com menos alterações patológicas, à estática fetal, à adaptação anatómica e fisiológica do TP, à duração do TP, à intensidade da dor e possibilitam a vivência mais positiva do TP (Cardoso et al., 2020). Também os métodos farmacológicos são recomendados em parturientes saudáveis, que manifestem a sua preferência por estes métodos, como a utilização de analgesia epidural e da administração de fármacos opióides (OMS, 2018). O EESMO deve demonstrar interesse e respeito pelas opções da parturiente relativamente aos métodos de alívio da dor. A autodeterminação da parturiente deve ter relevância no processo de tomada de decisão dos mesmos, após serem fornecidas informações e alternativas existentes, possibilitando a decisão informada (OE, 2015b).

O estudo de Preis et al. (2018) contrapõem a ideia generalizada dos autores anteriores, referindo que, o receio de sentir dor durante o TP e parto depende da cultura e do contexto onde as mulheres estão inseridas. Nesta investigação, que comparou as expectativas e intenções para o

TP e parto entre dois países (Noruega e Israel), os resultados obtidos relativos à intenção de serem submetidas a técnicas farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente analgesia epidural, revelam que 74,3% das grávidas israelenses pretende recorrer a esta técnica farmacológica, contrariamente às 77,2% norueguesas que não pretende. Estes dados refletem a cultura relativa ao processo de nascimento entre os dois países, mais natural na Noruega, em comparação com as práticas mais medicalizadas em Israel. Segundo estudos realizados pela OMS (2018), algumas mulheres expressam o desejo, à priori, de analgesia epidural para experienciarem um parto indolor, para reduzir o medo de experimentar dor ou de permanecerem controlo sob o TP. Outras mulheres, solicitam analgesia epidural como último recurso, quando o nível de dor ou de sensação de controlo sobre o TP se manifesta incontável. As diferenças verificadas nos dois países revelam que diferentes culturas, apresentam objetivos e expectativas distintas. Por esse motivo, há necessidade conhecer a cultura das parturientes e contextualizar as suas opções e expectativas no ambiente cultural em que se inserem. A multiculturalidade enfatiza a necessidade dos cuidados centrados na mulher, considerando a sua cultura, valores, crenças e princípios culturais a percepção sobre o parto. A prestação de cuidados pelo EESMO deve englobar respeito e ser culturalmente sensíveis (Parreira et al., 2016).

Em mulheres submetidas a indução de TP foram identificadas algumas expectativas referidas anteriormente. Apesar de constituírem expectativas negativas, incluem um internamento mais prolongado, TP mais prolongado, ter mais dor e ser submetida a métodos mais invasivos. Nas situações de TP induzido verifica-se maior percentagem de utilização de analgesia epidural, quando comparados com TP de início espontâneo (Pastor et al., 2019).

O medo é um fator que pode interferir na forma como o parto é expectado e no modo como ele ocorre na realidade. É um sentimento frequente no final da gravidez e no momento do parto e é desenvolvido através de experiências prévias da mulher ou das expectativas que foram criadas (D. Silva et al., 2015). Preis et al. (2018) avaliam fatores de medo entre os dois países (Israel e Noruega), através da aplicação do questionário “Wijma Delivery Expectancy Questionnaire”. Este instrumento, segundo Marques et al. (2020), é utilizado em diferentes estudos, e é útil para avaliar o medo do parto. Apesar das diferenças culturais, já referidas, há semelhanças nas dimensões de medo relativo ao parto no estudo de Preis et al. (2018). Nos dois países, as nulíparas demonstram ter níveis mais elevados de medo na maioria dos fatores avaliados: o “medo”, a “avaliação negativa”, a “solidão”, a “falta de autoeficácia”, “falta de experiências positivas” e por último, as “preocupações com a criança”. Estes fatores representam uma variedade de expectativas e preocupações que são influenciadas culturalmente. As mulheres norueguesas têm mais medo que as israelenses, em ter experiência negativa durante o parto, como ser solitárias e sem autoeficácia. Além disso, as multíparas da Noruega revelam preocupações no fator de experiências positivas,

como o facto de não ser agradável, natural ou como elas o perspetivam (Preis et al., 2018). O medo intenso do parto é promotor de alterações fisiológicas na parturiente como o aumento da tensão arterial, prolongamento das fases do TP, maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, cesariana emergente e parto distócico vaginal. Cerca de 80% das mulheres apresentam medo do parto que se manifesta de forma leve e cerca de 14% ultrapassam os limites da normalidade e o medo da dor torna-se incapacitante com repercussões graves para o bem-estar materno e fetal (Mello et al., 2021). O aumento de LS sobre o processo do parto aumenta a probabilidade de a parturiente vivenciar uma experiência positiva (Prata et al., 2015). Os EESMO podem intervir de forma a diminuir o medo e ansiedade, através da educação pré-natal e na desmistificação de ideias pré-concebidas relativamente ao parto (D., Silva et al., 2015; Nilsson et al., 2018; Prata et al., 2015).

A sensação de controlo do processo de nascimento é proporcionada pela informação transmitida às parturientes, durante o TP (Morrel & Martín, 2018), constitui um dos requisitos para a vivência de uma experiência de parto positiva (OMS, 2018). A posse de informação promove nas utentes, sentimentos de autoconfiança e estabilidade relativamente ao parto e parentalidade (Mattern et al., 2017), encarando-o de forma mais positiva, mesmo quando a experiência de parto anterior não correspondeu às expectativas (Morrel & Martín, 2018). Os estudos de Mattern et al. (2017) e da OMS (2018), demonstram que as mulheres pretendem controlar o processo de nascimento, receber informações de forma contínua, relativamente à progressão do TP, diagnósticos e intervenções e desejam estar envolvidas no processo de tomada de decisões sobre o uso desses procedimentos. O item de avaliação “grau de participação na tomada de decisão durante a dilatação” da “escala classificação de satisfação do parto de Macke” adaptada, aplicada por Pastor et al. (2019), apresentou níveis de pontuação correspondentes a satisfação elevada. No estudo de Pastor et al. (2019) o resultado com maior percentagem de mulheres satisfeitas é relativo às informações e esclarecimentos prestados pelo EESMO durante o parto, ao contrário, do estudo de Morrel & Martín (2018) onde se observou que, o mesmo parâmetro apresentou a menor frequência de repostas.

A informação fornecida durante o período pré-natal tem, da mesma forma, grande impacto na criação de expectativas das grávidas (DGS, 2020a; Ferreira et al., 2017; Mattern et al., 2017; Morrel & Martín, 2018) e no desenvolvimento do processo do TP e parto (Iravani et al., 2015). Neste período, as grávidas pretendem ser esclarecidas relativamente à veracidade de informações, que adquirem online ou em livros (Ledford et al., 2016; Mattern et al., 2017; Morrel & Martín, 2018). Referem ainda que gostariam de obter explicações, por parte dos EESMO, sobre as intervenções utilizadas durante o TP e parto, que são baseadas em evidência científica e quais as que não são (Mattern et al., 2017). Os EESMO são o principal veículo de informação e têm como função esclarecer as dúvidas das grávidas, promovendo CPPP. Quando não é possível, as grávidas recorrem

a outros meios de informação e os profissionais de saúde devem validar a informação, sempre que necessário (Morrel & Martín, 2018), fornecendo informações claras e completas sobre os cuidados de enfermagem, tratamentos, alternativas e possibilitar à mulher a decisão baseada nas informações recebidas (Iravani et al., 2015; Lei nº 110/2019; OE, 2015; A. Silva et al., 2015).

O bem-estar materno e fetal é também identificado como uma expectativa relevante na idealização do parto, apresentando-se em segundo lugar nas expectativas mais importantes no estudo de Morell & Martín (2018). O bem-estar da criança é um indicador de elevada satisfação identificado por Pastor et al. (2019), contudo é relatada menor satisfação, relativamente ao tempo que demorou até o bebé ser alimentado e à baixa frequência no contacto pele a pele, nas mulheres submetidas a cesariana. Também no estudo de Iravani et al. (2015) foi identificada a necessidade de sensação de segurança e bem-estar materno e fetal.

A presença de um acompanhante que promova apoio contínuo na sala de partos, constitui um direito da parturiente (Lei nº 110/2019; MCEESMO, 2020) e apresenta benefícios para a mesma. A sua presença constitui uma das expectativas das mulheres para o TP e parto (Iravani et al., 2015; Mattern et al., 2017; Morrel & Martín, 2018; Pastor et al., 2019). A ajuda e apoio do acompanhante, durante o primeiro estadio do TP, promove elevada satisfação nas parturientes (OMS, 2018), contudo o acompanhante desconhece formas de promover o conforto da mulher ou não tem iniciativa para tal (Pastor et al., 2019). A evidência sugere que a necessidade emocional e relacional, satisfeita através da presença de um acompanhante durante o TP e parto, reduz a duração do mesmo. Os acompanhantes promovem na mulher sentimentos positivos, de autoconfiança e auxiliam a melhorar a autoestima, quando reconhecem, reforçam e incentivam o esforço da parturiente (Iravani et al., 2015; OMS, 2018; Thayná Silva et al., 2017). O suporte contínuo, durante o TP, pode melhorar os resultados maternos e fetais, incluindo o aumento da probabilidade parto vaginal, redução da probabilidade de parto por cesariana, parto vaginal instrumentado, utilização de analgesia, índice de Apgar baixo aos cinco minutos e sentimentos negativos sobre as experiências de parto (Bohren et al., 2017).

A intervenção e apoio dos EESMO configura-se como importante e reconfortante para as parturientes (Thayná Silva et al., 2017), é considerada mais significativa e eficaz, na contribuição de uma experiência de parto positiva, apesar do apoio do acompanhante ser relevante, não obtém os mesmos efeitos positivos, como a menor duração do TP e a capacidade de motivar a parturiente (Morrel & Martín, 2018). Neste âmbito, as mulheres apresentam expectativas relativamente à intervenção do EESMO no envolvimento do acompanhante nos cuidados à parturiente e ao RN (Mattern et al., 2017).

Pastor et al. (2019) aplicam no seu estudo a “escala classificação de satisfação do parto de Macke” adaptada. Nela constam alguns itens de satisfação da mulher relativamente aos EESMO

que estão relacionados com a informação e explicação, conhecimentos, capacidade e competência, interesse e trato pessoal, sensibilidade, prestação de cuidados físicos e auxílio no relaxamento. Estes parâmetros encontram-se entre os primeiros 13 itens de maior satisfação global entre os 36 itens avaliados, sendo o item mais pontuado referente às “informações e esclarecimentos prestados pela parteira durante o parto”. No mesmo estudo, o item que apresentou maior insatisfação relativo à intervenção do ESMO foi “ajuda e o apoio da parteira na utilização de diferentes métodos de alívio da dor”.

As expectativas das mulheres relativamente aos cuidados prestados pelos EESMO, dizem respeito ao desejo de existir acompanhamento nos cuidados pelos mesmos enfermeiros, desde o início da gravidez, ao nascimento e ao período pós-parto, baseados em consultas num ambiente calmo, propício à construção de relação de confiança, onde fossem abordadas questões delicadas, como a experiência em partos anteriores (Mattern et al., 2017).

As grávidas valorizam nos profissionais de saúde a acessibilidade e confiabilidade, sendo o motivo que as dececiona é a falta de tempo para atendimento individualizado. O atendimento do EESMO deve ser centrado na mulher, manifestando o seu interesse pela promoção do bem-estar, cuidado e escuta ativa, com acesso a informações, feedback e explicações contínuas durante o TP e parto e deve ser promotor do desenvolvimento de confiança (Mattern et al., 2017; Thayná Silva et al., 2017).

Os estudos incluídos nesta revisão evidenciaram dimensões das expectativas das parturientes, facilitadoras da concretização de um parto idealizado e de uma experiência positiva de parto, como preconizado pela OMS (2018). Enquanto EESMO identifica-se a necessidade de explorar as opções e expectativas e contribuir para a satisfação das mulheres no TP e parto, que constitui um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica (ACEESMO, 2018). O conceito de satisfação não constituiu, inicialmente, objeto de estudo, mas rapidamente se associou às expectativas, por estarem diretamente relacionadas com a qualidade dos cuidados e a satisfação da mulher com o TP e parto.

O EESMO, no âmbito da prestação de cuidados especializados deve procurar responder às expectativas das parturientes, respeitando a liberdade de escolha, a vida, a dignidade humana e a saúde e bem-estar das parturientes, cumprindo as recomendações internacionais e nacionais impostas e adotando medidas que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2015b). No âmbito dos cuidados, são observáveis práticas que não correspondem ao descrito, contudo, o enfermeiro tem a responsabilidade de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum” (OE, 2015b, p.8102). Assim, o EESMO é o defensor da parturiente durante o TP e parto e deve adotar práticas coincidentes com os direitos da mulher e da dignificação da profissão, que cuidem da pessoa sem qualquer discriminação e

respeitando a sua integridade biopsicossocial, cultural e espiritual (OE, 2015b).

Conflicts of interest

A autora não tem conflitos de interesse a declarar

Acknowledgements

A autora manifesta agradecimento à Professora Doutora Dora Carteiro e à enfermeira cooperante pelo apoio, incentivo e momentos de discussão e reflexão que resultaram na elaboração desta *scoping review*

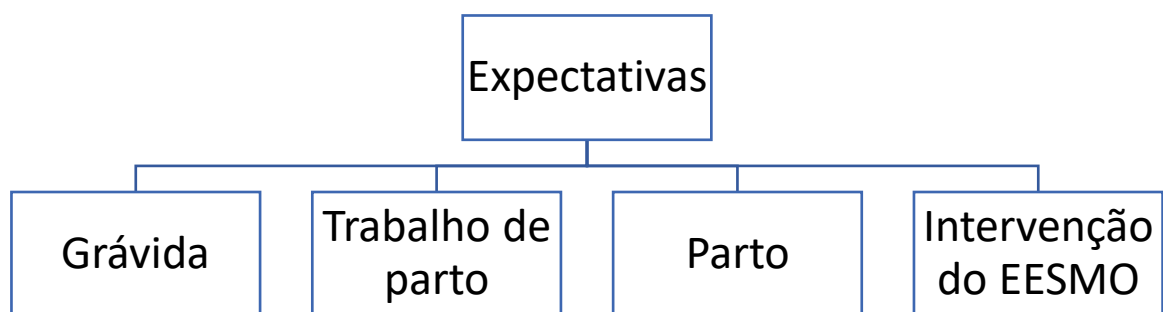
References

- Afshar, Y., Mei, J., & Gregory, K. (2016). Birth plans: Birth preferences or labor manifesto. *Gynecology & Obstetrics Case Reports*, 2(1),12. Disponível em: <https://gynecology-obstetrics.imedpub.com/birth-plans-birth-preferences-or-labor-manifesto.php?aid=8656>
- Alden, K. (2014). Nursing care of the family during pregnancy. In. S.E. Perry, M.J. Hockenberry, D.L. Lowdermilk, D. Wilson (Eds.), *Maternal child nursing care* (5ª edição, pp. 186-226). Elsevier
- Anderson, C., Monardo, R., Soon, R., Lum, J., Tschann, M. & Kaneshiro, B. (2017). Patient communication, satisfaction, and trust before and after use of a standardized birth plan. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 76 (11), 305-309. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29164014/>
- Arik, R.M., Parada, C.M., Tonete, V.L. & Sleutjes, F.C. (2017). Perceções e expectativas das gestantes sobre o tipo de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 46-54. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0731>
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf
- Carvalho, M. S. M. (2014). Reflexo de um Caminho Percorrido: Processo de Aprendizagem no Contexto da Prática. A Satisfação da Mulher com o Trabalho de Parto e Parto: Relação com as suas Expectativas e Experiências. Revisão Integrativa da Literatura [Relatório Final de Estágio para obtenção do grau de Mestre] Repositórios científicos de acesso aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9521/1/MonicaCarvalho_VersaoFinal.pdf

- Cashion, K. (2014). Nursing care of the family during labor and birth. In: S.E. Perry, M.J. Hockenberry, D.L. Lowdermilk, D. Wilson (Eds.), *Maternal child nursing care* (5ª edição, pp. 401-441). Elsevier
- Direção Geral da Saúde (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. DGS
- Direção Geral da Saúde (2020a). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto CRPP – Orientações*. DGS
- International Confederation of Midwives (2011). International Confederation of Midwives Global Standards for Midwifery Regulation. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/04/global-standards-for-midwifery-regulation-eng.pdf>
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of education and health promotion*, 4(6), 31-37. doi: [10.4103 / 2277-9531.151885](https://doi.org/10.4103/2277-9531.151885)
- Ledford, C.J.W., Canzona, M.R., Womack, J.J. & Hodge, J.A. (2016). Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal: A qualitative study. *Family Medicine*, 48(7), 523–31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27472789/>
- Lennon, R. (2018). Pain management in labour and childbirth: Going back to basics. *British Journal of Midwifery*, 26(10), 637-641. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.10.637>
- Lopes, M. (2016). Plano de parto. In M. Néné, R. Marques, M.A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 167-169). Lidel.
- Martin, D., Blumer, S. & Pettker, C. (2013). Childbirth expectations and sources of information among low- and moderate-income nulliparous pregnant women. *The Journal of Perinatal Education*, 22(2), 103-112. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.103>
- Mattern, E., Lohmann, S. & Ayerle, G. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(389). doi: 10.1186/s12884-017-1552-9
- Morrel, F. & Martin, M. (2018). Childbirth expectations of La Ribera pregnant women: a qualitative approach. *Enfermería Global*, 17 (1), 336-346. doi: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.276061>
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjoblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H. & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(28), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento nº 391/2019. Diário da República, 2ª série, 85 (Maio), 13560-13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Organização Mundial da Saúde (2018). *WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience*. OMS
- Pastor, I.A., Maxía S.B., Sánchez, M.G., López, L.M., Cazorla, A.Q., Marqués, A.P. (2019). Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo. *Investigación & Cuidados*, 37, 6-16. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=141693507&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. (2020) Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. doi: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Preis, H., Benyamini Y., Gran, M.E. & Niegel, S.G. (2019). Childbirth preferences and related fears - comparison between Norway and Israel. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (362). doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1997-5>

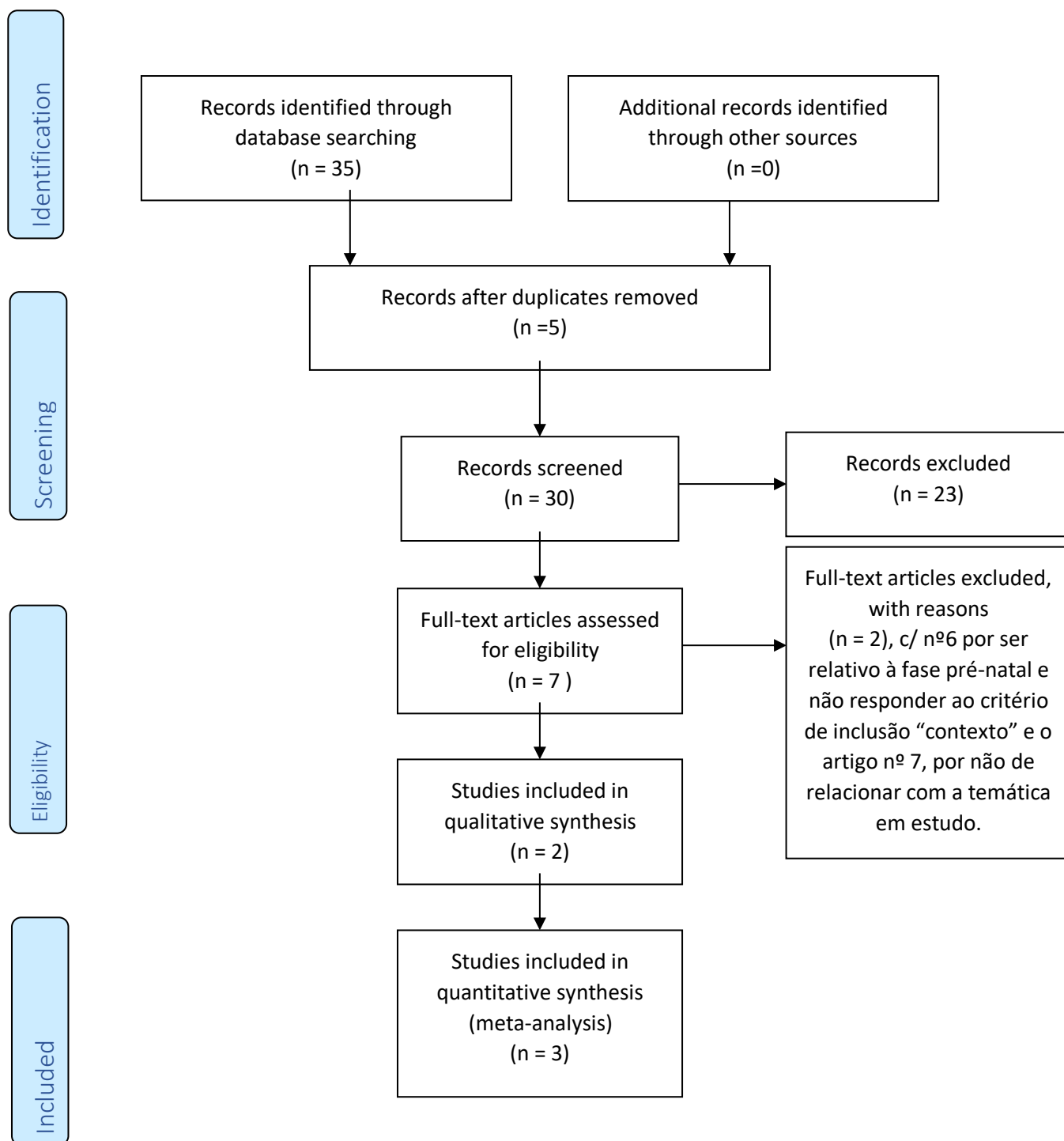
Appendix I: Initial Search Strategy



Appendix II: Appraisal instruments

	EBSCOhost				
Descritores	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Medic Latina	CINAHL Complete	PubMed
1- Expectations	6875	724	172	2258	10037
2 - Pregnant women	7659	626	571	2137	16667
3 - Delivery	30267	1776	475	6242	74125
1 e 2	43	11	6	35	90
1 e 3	268	34	3	104	498
2 e 3	1591	77	113	295	3697
1 e 2 e 3	8	0	2	4	21

Appendix III – Prisma 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
For more information, visit www.prisma-statement.org.

Appendix IV: Data extraction instrument

Artigo nº1 - Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan
➤ <u>Autores:</u> Clare-Marie Anderson¹; Rosie Monardo²; Reni Soon³, Jennifer Lum⁴, Mary Tschann⁵, Bliss Kaneshiro⁶ 1. University of Hawai'i at Manoa, Honolulu 2,3,4,5,6 Department of Obstetrics, Gynecology & Women's Health, John A. Burns School of Medicine, University of Hawai'i at Manoa, Honolulu
➤ <u>Ano da Publicação:</u> 2017
➤ <u>Fonte:</u> Hawai'i Journal Of Medicine & Public Health, November 2017, 76 (11), 305-309
➤ <u>País de origem:</u> Estados Unidos da América
➤ <u>Tipo de estudo:</u> Estudo quantitativo, quase experimental
➤ <u>Objetivos:</u> Avaliar a relação entre o uso de um PP padronizado e uma experiência de parto positiva, e a sua utilidade como meio de comunicação facilitador entre a grávida e a equipa de saúde; Avaliar a confiança e satisfação da mulher, que utilizou um PP padronizado, antes e depois do parto e a sua utilização numa gravidez futura.
➤ <u>Metodologia:</u> Estudo quantitativo com recurso a um questionário e PP padronizado sustentado nas opções que a instituição disponibilizava. Foram incluídas mulheres grávidas, adultas, com mais de 24 semanas de gestação, com capacidade de leitura e compreensão em inglês e que recorreram a cuidados obstétricos na mesma instituição. Foram excluídas mulheres que tiveram um parto vaginal pré-termo, cesariana ou um parto fora da instituição de saúde. O estudo decorreu numa instituição de saúde (Kap'iolani Medical Center Women's Outpatient Clinic) em Honolu, Havai, durante 14 meses nos anos de 2014 e 2015. Inicialmente as participantes foram a uma consulta médica onde lhes foi apresentado o estudo, assinado o consentimento informado. Neste momento, as grávidas forneceram dados

demográficos e responderam às questões “utilizando um plano de parto, o quão satisfeita pensa que estará com o parto e trabalho de parto?”, “pensa que tem uma comunicação adequada com os profissionais da saúde que estão a acompanhar a sua gravidez?” e “confia nos médicos que estão a cuidar de si”. Para as respostas fechadas, foi utilizada uma escala visual analógica de 0 a 10.

Após responderem a estas questões, as mulheres preencheram o PP padronizado, que foi elaborado pela equipa de investigadores. O PP padronizado foi constituído por 2 páginas, 40 itens, baseado nas opções disponíveis para a grávida na instituição de saúde. O seu preenchimento foi de resposta fechada, assinalar com um “x” e incluiu opções relativas ao TP e parto. O profissional de saúde leu o PP com as utentes, o seu preenchimento foi realizado de forma autónoma e demorou cerca de 10 minutos ou menos. Após o parto, foi aplicado o mesmo questionário, utilizando a escala visual analógica, na companhia de um investigador que não esteve envolvido nos seus cuidados.

➤ **Resultados e conclusões:**

O PP ou de nascimento descreve as opções e desejos da mulher para a experiência do TP e parto. As utentes que utilizam planos de parto geralmente preparam um documento por escrito durante o período pré-parto e apresentam aos profissionais de saúde no momento de internamento. Os planos de nascimento abordam as preferências físicas e emocionais e incluem itens como a identificação de pessoas de apoio que estarão presentes no parto.

Os planos de parto são uma ferramenta de comunicação útil entre os profissionais de saúde e as utentes, uma vez que permite a discussão sobre as opções disponíveis nas instituições de saúde. A sua utilização fomenta na mulher reflexão e discussão sobre os seus desejos, expectativas, preocupações e perceções incorretas relativamente ao TP e parto.

Existe disponível online uma variedade elevada de exemplos de planos de parto, podendo variar em extensão e complexidade. Essa diversidade poderá constituir uma barreira, às instituições de saúde, na análise individual dos planos de nascimento. Caso se verifique esta condicionante, e não seja possível discutir com a grávida, a viabilidade das suas opções, serão criadas expectativas irrealistas para o TP e parto. Por esse motivo, é considerado facilitador a disponibilidade online de um PP por parte de cada instituição de saúde, que inclua apenas as opções disponíveis para a mesma instituição.

A amostra foi constituída por 81 grávidas de múltiplas raças, que cumpriam os critérios de inclusão, a idade média das participantes foi de 27,8 anos, cerca de 48% tinha o ensino secundário ou menos. Cerca de 90% das grávidas nunca tinham utilizado um PP, antes de participar neste estudo.

A maioria das participantes não necessitou de procedimentos para apagamento cervical antes do parto (93%), cerca de três quartos das mulheres foram submetidas a epidural durante o

TP (78%) e tiveram um parto vaginal espontâneo (75%), cerca de metade das participantes foi submetida a rotura artificial de membranas (51%) e foi lhes administrada ocitocina para indução ou progressão do TP (51%), poucas participantes tiveram infeção (5%) e poucos RN foram transferidos para a unidade intensiva neonatal (1%). Relativamente a complicações pós-parto, 6% das mulheres apresentaram hemorragia e 1% placenta retida, tendo sido submetidas a curetagem.

Os resultados relativamente aos itens de comunicação, satisfação e confiança, apresentaram um aumento de pontuação no período de pós-parto, com a utilização do PP padronizado, apesar do item “satisfação” ter sido o que obteve um aumento de pontuação mais significativo, sugerindo a experiência de um parto positivo. Verifica-se um diferencial mais significativo na pontuação das multíparas, mulheres com idades compreendidas entre os 26 aos 35 anos, e mulheres com níveis elevados de instrução.

Os autores ressaltam como limitações ao estudo que as utentes, no momento pré-parto, preencheram os documentos na instituição de saúde o que poderá ter incitado “pressão” para a atribuição de pontuações mais elevadas, mesmo com a garantia que os seus cuidados médicos não seriam afetados. A atribuição de pontuações elevadas pré-parto originou a que não se verificasse um aumento significativo, no momento de preenchimento pós-parto. Os autores sugerem que se poderia ter verificado um aumento de pontuação mais significativo, caso os questionários fossem preenchidos pelas utentes em casa.

Pelo facto de não existir grupo de controlo no estudo, os autores não possuem dados para determinar se o aumento verificado após o parto, relativo à satisfação, comunicação e confiança, teria sido maior ou menor se o PP padronizado não tivesse sido utilizado. Contudo, a utilização do PP padronizado foi associada a uma experiência de parto positiva relativamente à satisfação, comunicação e confiança e cerca de 84% das participantes utilizariam um PP num parto subsequente, sugestivo de que a utilização de um PP obteve efeitos positivos para as mulheres.

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/ retrospective control group study

Artigo nº2 - “Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups”	
➤ <u>Autores:</u>	Elke Mattern, Susanne Lohmann and Gertrud M. Ayerle
➤ <u>Ano da Publicação:</u>	2017
➤ <u>Fonte:</u>	BMC Pregnancy and Childbirth (2017) 17:389 DOI 10.1186/s12884-017-1552-9
➤ <u>País de origem:</u>	Alemanha
➤ <u>Tipo de estudo:</u>	Estudo qualitativo com recurso a “focos group”
➤ <u>Objetivos:</u>	- Entender o contexto europeu relativamente às perspetivas subjetivas das mulheres sobre os cuidados na maternidade
➤ <u>Metodologia:</u>	Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados Medline, PSYINDEX, CINAHL, Scopus and MIDIRS. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: os artigos serem apresentados na língua inglesa ou alemã, que incluíssem entrevistas na sua pesquisa, “focus groups” ou questionários com questões de resposta aberta. A pesquisa foi ainda limitada a estudos publicados a partir do ano de 2000, realizados na europa, devido à heterogeneidade dos sistemas de saúde. Na pesquisa, realizada entre 2015 e agosto de 2016 foram utilizados como descritores as palavras: “perception”, “preference”, “need”, “understanding”, “perspective”, “experience”, “suggestion” or “subjective” AND “women”, “mother”, “midwifery” or “pregnancy”. Foram obtidos 1134 artigos, tendo sido excluídos 503 artigos por não serem europeus, 283 artigos por não abordarem cuidados obstétricos, 54 artigos sobre perspetivas das parteiras, 7 artigos por serem revisões e 278 por serem estudos com intervenção em subgrupos com cuidados especiais. Na fase “included” do prisma foram selecionados 9 artigos. Os nove artigos incluídos abordam perceções das mulheres relativamente: a) às expectativas das mulheres em relação aos cuidados obstétricos, b) escolha de um modelo de cuidados obstétricos e c) critérios que indicam bons cuidados obstétricos.

A pesquisa exploratória foi sustentada na abordagem hermenêutica, cujo objetivo é compreender de forma ampla e aprofundada as perspectivas dos indivíduos. A mesma foi realizada com foco no outro como sujeito de instrução, o diálogo reflexivo entre a equipa de pesquisa e a explicação de cada etapa da colheita e análise de dados.

Primariamente, o diálogo reflexivo centrado nos pontos de vista dos membros da equipa, relativamente aos cuidados obstétricos para as grávidas, mulheres em TP e parto e mães na fase de pós-parto na Alemanha. Isto permitiu analisar os preconceitos individuais, reflexões esclarecidas e interpretação das experiências dos participantes do estudo.

Após este diálogo, em segundo lugar, procedeu-se à realização de “focus group” onde foi solicitado às participantes reflexão e abertura durante a aplicação deste método. Foi permitido às participantes relatarem as suas experiências sem interrupção por parte do investigador e discutirem, sem restrições, ideias entre elas.

Em terceiro lugar, foi realizada colheita de dados, num processo interativo, sobre o contexto das experiências, atitudes e valores das participantes.

Os investigadores construíram um quadro com os resultados colhidos nesta fase de pesquisa, onde consta a caracterização das participantes relativamente à sua idade, escolaridade, número de gravidezes, número de filhos (vivos ou mortos) e abortos espontâneos, número de mães solteiras, número de grávidas com antecedentes de gravidez de risco, tipo de cuidados pré-natal (médico ou parteira, avaliação subjetiva dos cuidados da parteira e por último, número de mulheres que tiveram cuidados pós-natal.

O estudo teve como critérios de inclusão mulheres grávidas ou que tiveram o parto na Alemanha, no último ano. O critério de exclusão foi não saberem falar ou compreender a língua alemã. As mulheres, com diferentes níveis de escolaridade, foram informadas do estudo e convidadas a participar pelas parteiras dos hospitais.

Assim, para o “focus group” formaram-se grupos de 4 a 6 pessoas (grávidas ou mães) com grau de escolaridade distintos, pressupondo que grupos mais pequenos teriam mais facilidade no discurso e discussão de ideias, evitando a inibição das participantes.

Assim, 79 participantes de 19 cidades ou zonas rurais da Alemanha, demonstraram interesse em participar. Foi-lhes solicitado dados sociodemográficos e alguns pormenores relativos à recorrência dos cuidados na maternidade. Os grupos foram formados por conveniência geográfica, considerando que possuíam as características necessárias à formação do grupo. Por estas limitações, um dos grupos formado incluiu apenas 3 participantes.

As participantes avaliaram a prestação de cuidados obstétricos através da atribuição de pontuação entre muito bom e insuficiente, numa escala de 1 a 6, em que 1 corresponde a muito

bom e 6 insuficiente.

A colheita de dados foi realizada durante 5 meses em 2015, as dinamizadoras do “focus group” foram duas parteiras, membros da equipa de investigação.

Nas sessões, as participantes foram acolhidas e foi-lhes novamente explicado o objetivo da pesquisa e participação. As mulheres escolheram alcunhas para serem chamadas durante o “focus group”, que teve uma duração média de 2 horas. Inicialmente a dinamizadora da entrevista questionou as participantes com as questões: “Qual foi a sua experiência com os cuidados obstétricos?”, “Como gostaria de ser cuidada na gravidez/como mãe do seu bebé?” ou “Como é que os cuidados na maternidade/obstétricos poderiam ser diferentes?”. A parteira não interferiu na conversa, ouvindo as participantes. O mesmo não se verificou no caso de mulheres com grau de escolaridade inferior, em que o fluxo da conversa era afetado e houve intervenção no sentido de pedir mais detalhes sobre o contexto, permitindo assim compreensão aprofundada da situação.

As entrevistas do “focus group” foram gravadas e transcritas integralmente em formato digital e ouvidas posteriormente, de forma a validar a transcrição correta. As participantes interessadas que não puderam participar, tiveram a possibilidade de escrever as suas experiências e desejos em relação a cuidados obstétricos. A contribuição de três mulheres foi adicionada aos restantes resultados. As respostas obtidas foram agrupadas em subtemas.

Antes do primeiro “focus group” a equipa de investigadores documentou as suas experiências pessoais enquanto mães e parteiras e as suas perspetivas relativamente às mulheres grávidas e mãe conhecidas. Refletiram em equipa sobre os pontos fortes e limitações dos cuidados obstétricos na Alemanha e, perspetiva de profissionais e investigadoras, refletiram sobre as experiências, necessidades e desejos das mulheres.

➤ **Resultados e conclusões:**

Segundo a revisão de literatura realizada, em quatro estudos as mulheres relataram expectativas referentes a cuidados obstétricos e prestação de cuidados pelo sistema de saúde.

As expectativas das mulheres relativamente aos cuidados prestados pelas parteiras, são referidos o desejo de maior continuidade nos cuidados personalizados desde o início da gravidez, ao nascimento e ao período pós-parto, baseados em consultas com a parteira em ambiente calmo, propício à construção de relação de confiança em que fossem abordadas questões delicadas, como a experiência em partos anteriores.

As grávidas expectaram cuidados humanizados durante a gravidez, que considerassem o indivíduo de forma sensível e holística. As mulheres beneficiaram de mais informação, o que levou ao aumento de autoconfiança e estabilidade relativamente ao parto e parentalidade. Outro aspeto que as grávidas consideraram relevante foi a existência de aulas de preparação para o nascimento

e da visita à maternidade, com o objetivo de conhecerem, as parteiras que lá trabalham, antes do início de TP.

Relativamente ao TP, as grávidas referem a intenção de receber informação contínua relativamente à progressão do TP. Na fase do puerpério é identificada a necessidade de permanecer mais do que três dias na maternidade e maior assistência no período pós-natal.

As grávidas pretendem ser as responsáveis pelos seus cuidados, expectando que a gravidez e o parto sejam períodos positivos e impactantes. Na Alemanha, as grávidas podem escolher ser acompanhadas por médico especialista ou parteira, algumas mulheres optam por um modelo de cuidados pré-natal partilhado entre estes profissionais. Na revisão de literatura, relativamente a este tópico, as grávidas consideram que o seu próprio bem-estar é secundário relativamente ao do filho, sendo capazes de consentir ao modelo biomédico e medicalizado para a gravidez e parto, caso seja garantido o bem-estar fetal. Os resultados encontrados relativamente às múltiparas, demonstram que o clínico geral decidiu sobre o modelo de cuidados obstétricos, direcionando, na maioria das vezes, para modelos biomédicos associados ao parto hospitalar.

Relativamente ao tópico de “qualidade obstétrica” as mulheres relataram, em quatro estudos que sentiram sozinhas e sem apoio na fase latente do TP, em casa e no hospital. As participantes dos estudos analisados referem a falta de profissionais, o ambiente ruidoso hospitalar e a agitação dos serviços as deixaram preocupadas, e com receio de receber intervenções desnecessárias caso não ocorresse a progressão de TP expectável. Estes fatores provocaram sentimentos de ansiedade, solidão, “disempowerment”, impotência e uma atitude negativa numa eventual futura gravidez.

Por outro lado, as mulheres sentiram que as parteiras têm ou teriam um papel importante no seu empoderamento e na promoção de experiências positivas.

Na pesquisa exploratória, o objetivo com a amostra foi a inclusão de mulheres com diferentes características, permitindo que fossem formados grupos heterogéneos relativamente à sua idade, paridade, modelo de assistência à maternidade na gravidez e avaliação subjetiva de satisfação com a prestação de cuidados obstétricos.

Assim, foram formados 10 “focus group” com 50 mulheres de cinco estados federais da Alemanha: 9 mulheres não possuíam escolaridade ou tinham certificado inferior ao nível secundário, oito mulheres tinham completado o ensino secundário ou equivalente e 30 tinham escolaridade superior; 15 mulheres estavam grávidas e 35 tinham sido mães nos últimos 12 meses; 44 eram múltiparas; 15 mulheres tiveram uma perda gestacional ou perda de um filho - 6 destas mulheres encontravam-se a frequentar um grupo de apoio de pais após nados-mortos/morte infantil e queriam abordar especificamente as suas experiências e necessidades relativas à perda

de seus filhos. Estas participantes foram convidadas a pertencer a um grupo separado; 16 mulheres relataram que sua última gravidez foi de alto risco; 13 mulheres eram mães solteiras; 4 mulheres desafiadas por apresentarem dificuldades de aprendizagem e a viver numa casa de acolhimento para mãe-filho formaram um grupo separado; 6 mulheres tiveram acompanhamento adicional por parteiras de família, dada a sua vulnerabilidade relativamente a recursos limitados e necessidade psicossociais complexas; 2 mulheres receberam cuidados pré-natais exclusivamente de uma parteira, 10 exclusivamente de um obstetra e a maioria (n = 38) recorreu a cuidados pré-natais partilhados (parteira e obstetra).

Com os dados obtidos, foram agrupadas as respostas das grávidas em 3 temas relativo às experiências e desejos das mulheres e as deficiências identificadas no sistema. Os três temas identificados foram: i) **conhecimento ou falta de consciência nos cuidados de obstetrícia** – com quatro subtemas: informação sobre os cuidados obstétricos, aulas de preparação para o parto, competência da parteira, informação insuficiente e aconselhamento incoerente; ii) **acesso e disponibilidade de parteiras** – com cinco subtemas: encontrar uma parteira, acessibilidade da parteira, períodos de transição, falta de parteiras e parteiras de família; iii) **cuidados obstétricos no sistema de saúde** – com seis subtemas: cuidados pré-natais – parteira e obstetra, fase de latência e períodos de transição, parto fora do hospital, continuidade, modelos de cuidados alternativos, família e grupos de suporte.

No primeiro subtema, “informação sobre os cuidados obstétricos”, verifica-se que as mulheres pretendem obter mais informação no âmbito dos cuidados obstétricos, da regulamentação e dos serviços do sistema de saúde. As mulheres pretendem que a informação dada oralmente ou de forma escrita no livro de registos, seja clara e perceptível e que facilite a vigilância partilhada entre a parteira e obstetra. Existe desconhecimento por parte das grávidas sobre os diferentes tipos de aulas de preparação para o parto e cursos de reabilitação pós-natal, dinamizados por parteiras e cobertos pelos seguros de saúde na Alemanha.

No subtema de “aulas de preparação para o parto”, verifica-se que, na opinião das mulheres, as sessões devem ser normatizadas e planeadas, de forma que todas as mulheres, independentemente das sessões que frequentam, recebam a mesma informação. Os motivos encontrados para as grávidas não comparecerem são: a falta de conhecimento e apreciação dos conteúdos abordados, falta de interesse em interagir com as restantes grávidas, localização geográfica distante, ou a perceção de que não necessitam de frequentar as sessões. As grávidas pretendem que seja abordado, nas aulas pré-natais, a fisiologia do nascimento, exercícios de respiração e relaxamento que as ajude na promoção do bem-estar, na gestão da dor e na vinculação com o seu filho. Desejam ainda sessões que possibilitem a presença do acompanhante, que

abordem cenários como os partos fora do hospital e que as prepare não só para o nascimento, mas também para a parentalidade.

As grávidas desconhecem a prática das parteiras, o seu benefício e o seu apoio especializado, como está descrito no terceiro subtema – “competência da parteira”. Revelam desconhecer se todas as parteiras fazem partos fora do hospital e a sua competência relativamente à prestação de cuidados pré-natais, realização de exames vaginais, episiorrafias e exames ao RN.

No quarto subtema é abordada a “informação insuficiente e aconselhamento incoerente”. As múltiparas referem que não receberam a mesma quantidade de informação, aconselhamento e apoio obstétrico, em comparação com a primeira gravidez. As expectativas das mulheres diferem relativamente aos cuidados obstétricos, algumas mulheres confiam no apoio proativo da parteira, outras esperam que a parteira as apoie, após ser solicitado e outras participantes referem não necessitarem de ajuda da parteira. A experiência das mulheres com o apoio e aconselhamento da parteira, são relatadas como positivas e negativas, considerando que esse apoio chegava demasiado tarde. As mulheres sentiram-se angustiadas por lhes serem apresentados diagnósticos divergentes e aconselhamento inconsistente por médicos ou parteiras, relativos a intervenções médias (ex. recomendações na amamentação, procedimentos em situações de gravidez pós-termo). Os pontos de vista divergentes dos especialistas confundem e stressam as mulheres, especialmente nulíparas. As participantes revelam ainda que, gostam de ser esclarecidas relativamente a informações que adquirem online ou em livros e que, gostam que as parteiras lhes expliquem quais as intervenções utilizadas que são baseadas em evidência científicas e quais as que não são. Os autores abordam, relativamente a esta temática, que é necessária maior disponibilidade para utente com níveis de escolaridade mais baixos, referem que para a acessibilidade dos cuidados e promoção da maternidade, é necessária a prestação de cuidados multidisciplinares e explicações mais exaustivas relativamente ao processo de nascimento, procedimentos e intervenções. Esta abordagem pode ser realizada, na Alemanha, pelas parteiras de família que acompanham mulheres com recursos limitados de saúde.

Concluindo o primeiro tema relativo ao “conhecimento ou falta de consciências dos cuidados de obstetrícia”, os autores verificam que, a principal crítica à organização dos cuidados obstétricos no sistema de saúde alemão é a falta de acessibilidade a informações relevantes, nomeadamente sobre os serviços e área de atuação das parteiras. As participantes criticam o facto de os obstetras não as encaminharem para cuidados pré-natais, apoio e aconselhamento, prestados pelas parteiras numa fase precoce, recomendando-as apenas para o curso de preparação para o parto. Para além disso, as mulheres não possuem informação sobre os modelos de prestação de cuidados, a necessidade e indicação de intervenções e as opções de cuidados baseados em

evidências.

Na segunda temática é abordada a **disponibilidade e acessibilidade às parteiras**. O primeiro subtema diz respeito a ‘encontrar uma parteira’, os resultados obtidos revelam ser um processo frustrante e stressante, devido ao elevado número de recusas. Algumas mulheres referem não terem conseguido cuidados pré-natais, por terem iniciado os contactos mais tarde. As múltiparas referem maior facilidade neste âmbito, uma vez que recorrem à parteira que as acompanhou na gravidez anterior, sendo aceites nos cursos pré-natais ou pós-parto. As mulheres sem recurso a internet referem dificuldade em encontrar uma parteira e a generalidade refere dificuldade em entender quais os serviços oferecidos pelas diferentes parteiras.

No subtema “acessibilidade da parteira”, os autores verificam que as mulheres pretendem que a parteira esteja disponível. As participantes preferem contactar a parteira através de telefone, identificam que esse poderia ser um meio que evitaria idas aos serviços de urgência. A falha das parteiras relativamente ao agendamento das consultas e de visitas domiciliárias é apontada como uma crítica à acessibilidade das parteiras.

No subtema “períodos de transição” é referido que as mulheres em ITP ou fase de latência de TP experimentam sentimentos de abandono, se não puderem permanecer na unidade obstétrica e forem encaminhadas para casa, transferidas para a enfermaria, ou se não forem bem cuidadas por uma parteira da enfermaria.

Conclui-se que na segunda temática “acesso e disponibilidade de parteiras”, que há dificuldade de acesso a uma parteira. O que as mulheres valorizam mais nestas profissionais é a acessibilidade e confiabilidade, o que as dececiona é a falta de tempo para atendimento individualizado. O atendimento da parteira deve ser centrado na mulher, com acesso a informações, feedback e explicações contínuas durante o TP e parto e deve ser promotor do desenvolvimento de confiança. Relativamente ao acompanhamento após alta, as mulheres expectavam mais atenção às suas necessidades individuais, principalmente após uma cesariana ou em caso de perda gestacional/neonatal. Os autores concluem, referindo que as mulheres na Alemanha e em países europeus, apreciam várias qualidades nos cuidados obstétricos, nomeadamente, a abordagem e apoio holístico por parte das parteiras, o aconselhamento proativo e preventivo e o estabelecimento de uma relação de confiança. O suporte especializado das parteiras deve promover autoconfiança, sensação de controlo, participação na tomada de decisões e dignidade. As participantes referem que, a intervenção da parteira deve ser iniciada numa fase precoce da gravidez para que, seja possível o desenvolvimento de uma relação de confiança.

O último tema é relativo aos “cuidados obstétricos no sistema de saúde” e inclui seis subtemas.

No primeiro subtema “cuidados pré-natais – parteira e obstetra” as participantes referem diferenças na abordagem de cuidados e pretendem cuidados uniformizados. Apesar de a sua expectativa incluir a cooperação eficaz entre a parteira e o obstetra no acompanhamento pré-natal, as mulheres deparam-se com alguns conflitos, no que diz respeito à falta de concordância entre os cuidados. As mulheres esperam receber, por parte dos dois grupos profissionais, informações relativas a apresentação pélvica, utilização de medicamentos, indicações para cardiocotografia pré-natal, entre outros.

No subtema “fase de latência e períodos de transição”, as mulheres relatam que se sentem mal recebidas no hospital e malcuidadas, caso ainda não estejam em TP ativo, por vezes, são encaminhadas para casa. Durante a ITP, as grávidas são incentivadas a deambular fora da unidade de parto, é lhes administrado medicamentos e são sujeitas a intervenções baseadas em justificações incompreensíveis. No domicílio, as mulheres sentem-se inseguras e necessitam de orientações e apoio, por profissionais competentes. As expectativas das grávidas para esta fase, é que a parteira os visite em casa e fique com o casal, até se tomar a decisão de ir para o hospital. De forma a evitar intervenções desnecessárias, as participantes demonstraram preferir os cuidados das parteiras durante a gravidez e o parto, consultando o médico apenas quando fosse necessário. As mulheres sentem que o nível de stress seria reduzido, caso a comunicação e cooperação entre as parteiras e obstetras fosse mais eficaz e não houvesse necessidade de ser as utentes a transmitir as conclusões entre estes dois profissionais. As mulheres sentem que têm alta hospitalar demasiado cedo, especialmente em situações de cesarianas ou morte neonatal, referindo que, não existe transferência dos cuidados e que têm que gerir o encaminhamento.

No terceiro subtema “parto fora do hospital”, as grávidas referem querer parir em ambientes não hospitalares, como um centro de parto. O centro de parto é, para elas, um ambiente ideal para o parto, onde apreciam o ambiente, existe cuidados contínuo da parteira, há apoio para um processo de nascimento fisiológico e ausência de intervenções médicas.

No quarto subtema “continuidade”, identifica-se que as mulheres gostariam de receber cuidados contínuos da parteira escolhida, desde a concepção até ao desmame do RN. Afirmam que a continuidade dos cuidados, lhes proporcionaria maior apoio para conseguir um parto normal e evitar intervenções desnecessárias. Na Alemanha, a assistência à maternidade é fragmentada, e as mulheres enfrentam o dilema de que, embora possam escolher uma parteira para os cuidados pré-natais e pós-parto, no hospital é lhes atribuída uma parteira desconhecida.

No subtema “modelos de cuidados alternativos”, as mulheres desejam que no futuro, as parteiras possam realizar ecografias, para que os cuidados possam ser prestados exclusivamente por parteiras. As grávidas gostariam que as consultas fossem realizadas por uma parteira num

centro de família. As mulheres, com escolaridade mais baixa, que não conseguem interpretar e reter informação fornecida pelo médico, consideraram importante a presença da parteira nas consultas durante a gravidez e pós-parto. Em casos de dificuldade de aprendizagem, pedem cursos alternativos que tenham em consideração as suas necessidades especiais. É ainda referido o desejo da existência de cursos alternativos pré e pós-natal para treino de musculatura pélvica e abdominal, poderiam ser combinados com as visitas domiciliárias e prolongados por mais tempo.

Por último, no subtema “família e grupos de suporte”, as mulheres esperam que as parteiras facilitem o envolvimento do acompanhante nos cuidados, com início no hospital e continuidade no domicílio. As aulas de preparação para o parto e grupos de apoio, são frequentadas por mulheres com o objetivo de conhecerem outras grávidas, familiarizarem-se com a unidade de parto do hospital, refletir sobre questões relacionadas com o parto e pós-parto e para dedicar tempo à sua gravidez. Para além das aulas pré-natais, existem grupos de pares que fornecem apoio em relação a experiências negativas de parto, bem como informações sobre outros profissionais de saúde, posturas, medicamentos alternativos, atividades de autocuidado ou cuidados de saúde infantil.

De forma a finalizar os resultados obtidos, relativamente ao terceiro tema investigado “cuidados obstétricos no sistema de saúde”, identifica-se a necessidade de atuação no aconselhamento e apoio obstétrico. As utentes pretendem receber informações abrangentes sobre medidas preventivas, testes, diagnósticos e intervenções. As participantes do estudo identificaram a falta de uniformização de informações nas aulas de preparação para o parto, que promovessem a vinculação pré-natal, consciência corporal, relaxamento e capacidade de gerir o parto fisiológico.

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

Level 3.e – Observational study without a control group

Artigo nº 3 - Childbirth expectations of La Ribera pregnant women: a qualitative approach

➤ **Autores:**

Francisca Camacho Morell¹, M^a José Romero Martín²

1 Midwife. Student of the Doctorate program in Clinical and Community Nursing at the University of Valencia. Midwife in the delivery room of the University Hospital of La Ribera. Alzira. Valencia. Spain.

2 Midwife in the Delivery room of the University Hospital of La Ribera. Alzira. Valencia. Spain

➤ **Ano da Publicação:**

2018

➤ **Fonte:**

Enfermería Global, 17 (1), 336-346

➤ **País de origem:**

Espanha

➤ **Tipo de estudo:**

Estudo qualitativo

➤ **Objetivos:**

Primário: Realizar uma abordagem qualitativa ao estudo das expectativas para o parto em mulheres grávidas espanholas.

Secundário: Comparar as expectativas de grávidas nulíparas e primíparas/multíparas

➤ **Metodologia:**

O estudo baseou-se na resposta aberta à questão: “Quais são as suas expectativas para o parto? O que deseja ou perspectiva para parto?”.

Como critérios de inclusão foi definido que as participantes teriam que ser grávidas no terceiro trimestre de gestação, maiores de 18 anos, que se conseguissem expressar sem dificuldade em espanhol ou valenciano e que consentissem a sua participação no estudo. As mulheres que não cumprissem esses critérios foram excluídas do estudo.

Foi aplicado um questionário piloto a um grupo de 10 mulheres e o mesmo foi aprovado pelo Serviço de Qualidade do Hospital Universitário La Ribera.

A amostra utilizada foi selecionada por conveniência.

As variáveis selecionadas para a colheita de dados foram:

- Idade expressa em anos, variável agrupada em 3 intervalos (de 18 a 25, de 26 a 35 e maior de 35 anos)
- Nível de escolaridade, variável com 4 categorias (sem estudos, estudos primários, estudos secundários e estudos universitários)
- Índice obstétrico, variável dicotómica (nulíparas ou primíparas/multíparas)

- Pertencente à área de saúde de La Ribera, variável dicotômica (dentro da área da saúde ou não)
- Atividades de preparação para o parto, variável dicotômica (sim / não)
- Expectativas de parto, questão aberta sobre a qual foi realizada análise de conteúdo (realizada transcrição e leitura das respostas, identificar temas comuns, codificar os dados de forma a reduzi-los a conceitos e por último, organizar os conceitos em categorias e subcategorias)
- A codificação destas respostas foi realizada por dois investigadores separadamente e posteriormente comparado, discutido e reavaliado, de forma a aumentar a confiabilidade da análise de dados.

O tratamento estatístico das respostas às variáveis anteriormente referidas, assim como os dados sociodemográficos, foi realizado através do programa “Statistical Program of Social Sciences” (SPSS). A comparação das variáveis foi realizada com recurso ao teste qui-quadrado de Pearson.

A amostra foi constituída por 213 grávidas que cumpriam os critérios de inclusão.

Os dados foram colhidos entre junho de 2014 e janeiro de 2015, no La Ribera University Hospital (Alzira, Valencia).

➤ **Principais resultados e conclusões:**

Relativamente aos dados sociodemográficos das grávidas da amostra, verifica-se que 8% das grávidas, têm entre 18 e 25 anos, 68,5% encontram-se entre os 26 e 35 anos e 23,5% têm idade superior a 35 anos. Da amostra 54,9% nunca tiveram filhos e 45,1 têm 1 ou mais filhos. Relativamente à área de residência, 84% das mulheres pertencem à área do hospital de La Ribera, ao contrário dos restantes 16%. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 0,5% não têm estudos, 29,6% têm estudos primários, 34,7% tem nível secundário e 35,2% possuem estudos universitários. Da amostra selecionada, 61,5% realizaram atividades de preparação para o parto, ao contrário das restantes 38,5%. A 69% das mulheres foi possibilitada uma conversa no terceiro trimestre no hospital, ao contrário das restantes 31%.

Na questão de resposta aberta sobre as expectativas para o parto, obteve-se um total de 422 respostas codificadas que incluíram os casos em que as grávidas afirmaram não ter expectativas para o parto (n=11). As respostas foram codificadas em 7 categorias e 4 subcategorias.

As categorias definidas pelos investigadores foram apresentadas por meio de gráfico e tabela e consistem em: “relativo à dor”, “ter o parto rápido”, “ter suporte”, “bons resultados obstétricos”, “relativo ao tipo de parto”, “informação e controlo” e por último “protocolos de cuidados ao parto normal”. As subcategorias “apoio profissional” (n=47) e “apoio prestado pela pessoa escolhida como acompanhante” (n=18) foram incluídas na categoria “suporte”. E as subcategorias “ter parto vaginal” (n=54) e “ter cesariana eletiva” (n=3) foram incluídas na categoria

“relativa ao tipo de parto”.

No total das 422 respostas obtidas, 57% (n=239) foram obtidas por nulíparas e 43% (n=183) por primíparas/múltiparas.

Os dados obtidos não demonstram diferença, estatisticamente significativa, entre nulíparas ou primíparas/múltiparas, em qualquer uma das categorias de expectativas. Contudo, os dados sugerem algumas tendências como na categoria “protocolos de cuidados ao parto normal”, onde se obteve maior frequência de expectativas em nulíparas em comparação com primíparas/múltiparas.

No estudo foi verificada uma relação estatisticamente significativa, relativamente à frequência de atividades programadas de educação materna (preparação para o parto e conversa de terceiro trimestre no hospital), ou seja, mulheres que não têm filhos estão associadas a maior percentagem de presença nestas atividades pré-natais.

Nas 7 categorias do estudo, a que se destacou, por ter maior frequência de respostas (n=106), foi “ter o parto rápido”, os autores consideram-na uma das expectativas mais importantes, fator que se encontra em concordância com outros autores.

A categoria “bons resultados obstétricos” é assente nas expectativas das grávidas relativamente ao bem-estar materno e fetal, e é a segunda categoria com maior frequência de respostas (n=82). A categoria “dor no parto” é a terceira categoria com maior frequência neste estudo (n=70), o que prova que as mulheres têm receio de experimentar dor durante o parto.

Os resultados obtidos na categoria “apoio” que foi dividida nas duas subcategorias (profissional e acompanhante), indicam que o apoio profissional é mais relevante que o apoio do acompanhante, concluindo que é o mais significativo para melhorar a experiência da mulher durante o parto, apesar do apoio do acompanhante ser significativo, não mostra o mesmo efeito positivo.

As expectativas relacionadas com o “tipo de parto” são mais elevadas para um parto normal ou vaginal (n=54) em relação às expectativas de uma cesariana eletiva (n=3).

Na categoria “protocolos cuidados ao parto normal”, os investigadores incluem a expectativa de ter um parto eutócico, categoria que apresentou baixa frequência de respostas (n=22). Associam o resultado, ao facto da sua introdução do modelo de assistência ao parto ser recente. Afirmam ainda que é difícil de interpretar, na restante evidência científica, se as expectativas das mulheres é ter um parto normal ou um parto vaginal.

A última categoria, que diz respeito a “informação e controlo” é a categoria com menor frequência de respostas (n=9). Contudo, a sensação de controlo proporcionado pela informação é considerada importante em estudos, de forma a enfrentar a experiência de parto de forma positiva,

mesmo quando a experiência de parto anterior não correspondeu às expectativas. Assim, a mulher possuir informação é um elemento chave na criação de expectativas específicas.

O transmissor de informação devem ser os profissionais de saúde, em particular as “midwives”, especialmente quando existe a oportunidade de participar em aulas de preparação para o parto ou educação materna. Os autores ressaltam que, quando não é possível a frequência destas sessões de preparação, as grávidas utilizam outros meios de obter informação e os profissionais de saúde devem validar a informação quando necessário.

O conhecimento das expectativas de parto da grávida é essencial para a prestação de melhores cuidados durante o parto. O profissional de saúde deve adaptar a evolução do TP e parto às expectativas da grávida, com o objetivo de alcançar o mais alto grau de satisfação relativo ao processo de nascimento. Espanha encontra-se num momento de mudança no modelo de assistência ao parto e por esse motivo, os autores evidenciam a importância de conhecer as expectativas de parto da grávida, uma vez que o modelo de atenção ao parto humanizado implica que a mulher decida sobre o seu processo de nascimento e é necessário existir comunicação entre as utentes e os profissionais de saúde.

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

Level 3.e – Observational study without a control group

Artigo nº 4 - Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo

➤ **Autores:**

Itziar Antón-Pastor¹, Silvia Baile-Maxía², Miguel Ángel Gil-Sánchez³, Laura Mora-López⁴, Asunción Quijada-Cazorla⁵, Ana Palacios-Marqués⁶

1,2,3,4 “Matrona”

5 Obstetra. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Alicante.

➤ **Ano da Publicação:**

2019

➤ **Fonte:**

Investigación & Cuidados, 37, 6-16

➤ **País de origem:**

Espanha

➤ **Tipo de estudo:**

Estudo quantitativo

Estudo de coorte observacional prospetivo

➤ **Objetivos:**

Geral: Comparar a satisfação materna entre ITP vs TP espontâneo.

Específicos:

- Analisar a perceção da dor, a duração e as complicações ocorridas em relação às esperadas, bem como as expectativas de acordo com a forma de início do parto.

- Avaliar o grau de conhecimento prévio, bem como as expectativas da grávida sobre a indução do parto.

- Analisar as diferenças em termos de resultados obstétricos e perinatais entre TP induzido e espontâneo, incluindo fatores como: analgesia intraparto, duração do TP, método de conclusão, complicações materno-fetais e dias de internamento

- Identificar elementos que podem melhorar a perceção da mulher durante o parto.

➤ **Metodologia/métodos:**

O artigo descreve um estudo de coorte observacional prospetivo, realizado entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, no serviço de obstetrícia e ginecologia do Hospital Universitário Geral de Alicante, com a hipótese de estudo de que a forma de início de parto (espontâneo ou induzido) pode influenciar a satisfação materna com a vivência do mesmo. A ITP, estará associada a maior intervenção médica, maior número de cesarianas e duração de TP mais prolongado. Por esses motivos, a satisfação materna com o parto pode ser inferior quando comparada com o início de TP

espontâneo.

A amostra definida para o estudo foi constituída por grávidas de baixo ou médio risco, estudadas no momento do parto, incluídas por amostragem bola de neve. O grupo de teste incluiu grávidas submetidas a ITP (por ocitocina ou prostaglandinas) e o grupo de controlo grávidas com início de TP espontâneo. A amostra foi constituída por 186 grávidas, das quais 90 mulheres integraram o grupo de teste (ITP) e 96 ao grupo de controlo (início de TP espontâneo).

Como critérios de inclusão foram definidos: idade superior a 18 anos; gestações de termo em apresentação cefálica com feto vivo e sem contraindicação para parto vaginal; mulheres em TP espontâneo ou com indicação médica justificada para interrupção médica da gravidez segundo o protocolo de ITP, utilizado no serviço em estudo.

Os critérios de exclusão definidos foram: Grávidas de alto risco; cesarianas eletivas; barreira de língua, antecedentes de feto-morto em gestações anteriores; complicações durante o parto ou puerpério (como morte perinatal ou materna) ou efeitos adversos graves na mulher ou RN.

As variáveis explicativas do estudo foram sociodemográficas, antecedentes obstétricos e gravidez atual. A variável independente foi a forma de início de TP. A variável de resultado foi a satisfação global com o processo de cuidado no parto, avaliada através da aplicação de 35 itens da “escala classificação de satisfação do parto de Macke” adaptada por Mas-Pons et al. (2012). As restantes variáveis identificadas pelos investigadores foram a satisfação, as expectativas e a perceção, o conhecimento prévio e as expectativas da ITP e variáveis de resultados obstétricos e perinatais.

A “escala classificação de satisfação do parto de Macke” é constituída por 36 itens agrupados em seis subescalas que se referem ao obstetra, à parteira, à dilatação, ao parto, ao RN, ao acompanhante e ao conforto.

A colheita de dados sociodemográficos e referentes à gravidez, parto e RN foram obtidos a partir da consulta da história clínica, disponível em registos digitais.

As restantes variáveis foram colhidas através no preenchimento de uma escala tipo Likert de satisfação, perceção e expectativa do parto, aplicada antes e após o parto, e com o preenchimento da escala MCSRS adaptada. A primeira escala aplicada foi constituída por 5 itens pontuados por 6 respostas, numa escala de 1 a 5, em que 1 ponto corresponde a “muito insatisfeito”, 5 pontos corresponde a “muito satisfeito” e 3 pontos corresponde a “indiferente”. A pontuação da segunda escala aplicada foi obtida com a soma dos valores atribuídos a cada item, sendo que quanto maior a pontuação, maior a satisfação.

As grávidas propostas para ITP preencheram ainda um questionário sobre os seus conhecimentos e expectativas, antes de se dar início à ITP.

De forma a garantir homogeneidade dos dois grupos foi realizada uma análise bivariada com as variáveis explicativas, seguida de um estudo bivariado entre as variáveis de resultados dos dois grupos em estudo: satisfação materna, perceção e expectativas, resultados obstétricos e perinatais. O teste Qui-quadrado foi aplicado para as variáveis qualitativas e o teste de Student ou procedimentos de análise de variância (ANOVA) para as variáveis quantitativas. Por fim, e com base no MCSRS adaptado, foram identificados os fatores que implicam em pior satisfação materna com o parto e que são suscetíveis de melhoria. Os resultados foram analisados com o software SPSS 21.0.

➤ **Principais resultados e conclusões:**

Os dados sociodemográficos colhidos das participantes foram relativos à idade, etnia, país de nascimento, escolaridade, situação laboral, estado civil, hábitos tabágicos, índice de massa corporal, paridade, antecedentes de cesarianas e antecedentes de ITP. Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

A média de idades registada no grupo de teste foi de 32,5 anos, no grupo de controlo foi de 31,5 anos. Relativamente aos antecedentes obstétricos:

i) No grupo de teste 62,2% são nulíparas, 26,7% primíparas e 11,1% multíparas. Neste grupo 3,3% (n=3) já haviam sido submetidas a cesariana e 12,2% (n=11) a ITP;

ii) No grupo de controlo 47,9% são nulíparas, 35,4% primíparas e 16,7% multíparas. Neste grupo 7,3% (n=7) tinham antecedentes de cesariana e 8,3% (n=8) antecedentes de ITP.

As variáveis principais e secundárias de satisfação foram apresentadas em tabela, onde constam oito subescalas: i) satisfação geral com o TP (avaliada pelos 35 itens da “escala classificação de satisfação do parto de Macke”), ii) satisfação geral com o nascimento (36º item da “escala classificação de satisfação do parto de Macke”), iii) satisfação com a parteira, iv) satisfação relativa ao RN, v) satisfação com o obstetra, vi) satisfação com o acompanhante e conforto, vii) satisfação com o período expulsivo, viii) satisfação com o período de dilatação.

Em todas as variáveis avaliadas, pode verificar-se que a satisfação relativa às oito subescalas foi sempre menor nos partos induzidos. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na satisfação geral com o TP, com a parteira, o obstetra e o período de dilatação, existindo maior satisfação no TP com início espontâneo.

Relativamente aos 36 itens avaliados da “escala classificação de satisfação do parto de Macke” adaptada, aplicada no estudo, observa-se que o item com maior percentagem de mulheres “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” (98,4%) é relativo a “informações e esclarecimentos prestados

pela parteira durante o parto". O item com menor percentagem de mulheres "satisfeitas" ou "muito satisfeitas" é "capacidade de lidar com as contrações durante a dilatação" (83,3%).

Posteriormente serão identificados os itens com maior relevância relativos à parteira, obstetra, RN, acompanhante, período expulsivo e dilatação na "escala classificação de satisfação do parto de Macke" adaptada.

Relativamente à participação da parteira, o item que adquire maior satisfação por parte das mulheres é "informações e esclarecimentos prestados pela parteira durante o parto" e o motivo pelo qual se sentem mais "insatisfeitas" ou "muito insatisfeitas" é a "ajuda e o apoio da parteira na utilização de diferentes métodos de alívio da dor" (3,8%).

Em relação ao obstetra, o fator com o qual as mulheres se sentem mais "satisfeitas" ou "muito satisfeitas" é "o conhecimento, a capacidade e a competência profissional do médico durante o parto" (95,7%). Pelo contrário, o motivo pelo qual se sentem "insatisfeitas" ou "muito insatisfeitas" é "as informações e esclarecimentos prestados pelo ginecologista durante o parto" (4,6%).

No que diz respeito ao RN, o maior motivo pelo qual mulheres se sentem mais "satisfeitas" ou "muito satisfeitas" é "a saúde do bebê ao nascer" (97,4%). Sendo que o motivo pelo qual mais mulheres se sentem "insatisfeitas" ou "muito insatisfeitas" é "o tempo que passou, desde o nascimento até o alimentar pela primeira vez" (4,8%).

No item relativo ao companheiro e conforto, verifica-se que o motivo pelo qual as mulheres se sentem "satisfeitas" ou "muito satisfeitas" é "a ajuda e apoio do acompanhante durante a dilatação" (96,3%). Pelo contrário, o motivo pelo qual mais mulheres se sentem "insatisfeitas" ou "muito insatisfeitas" é a falha do acompanhante no "conforto durante a dilatação" (4,9%).

No período expulsivo as mulheres sentem-se mais "satisfeitas" ou "muito satisfeitas" com a "experiência na expulsão" (88,7%) e "insatisfeitas" ou "muito insatisfeitas" com a "capacidade de gerir emoções durante o período expulsivo" (3,8%).

O período de dilatação foi o item menos pontuado da escala. O principal motivo pelo qual as mulheres se sentem "satisfeitas" ou "muito satisfeitas" é o "grau de participação na tomada de decisão durante a dilatação" (90,4%). Pelo contrário, a razão pela qual mais mulheres se sentem "insatisfeitas" ou "muito insatisfeitas" é a "capacidade em suportar as contrações durante a dilatação" (7,6%).

Na aplicação da escala tipo Likert, que avaliou o grau de satisfação, percepção e expectativa do parto, obteve-se resultados de maior satisfação com o parto espontâneo relativamente ao parto induzido, embora sem diferenças estatisticamente significativas. As expectativas nas ITP foram

cumpridas em 56,7% (n=51) das mulheres, já nos TP de início espontâneo foram de 56,2% (n=54). Nas mulheres submetidas a ITP, 22,2% (n=20) relatam que o parto foi melhor do que as expectativas e 21,1% (n=19) referem que foi pior do que as suas expectativas. Nas mulheres que tiveram TP de início espontâneo, 29,2% (n=28) relatam ter tido uma melhor experiência do que expectavam e 14,6% (n=14) relatam o contrário.

Os resultados apurados relativamente às ITP identificam que as grávidas percecionaram TP mais prolongados, mais dolorosos e com mais complicações, quando comparados com TP de início espontâneo. A escala aplicada às grávidas submetidas a ITP revela que as suas expectativas, mesmo que negativas são: ter um internamento mais prolongado, ter TP mais prolongado, ter mais dor e ser submetida a métodos mais invasivos.

Outro fator avaliado pelos investigadores, diz respeito ao conhecimento das grávidas relativamente às ITP, comprovando que a maioria das participantes possui conhecimentos moderados ou escassos sobre a indução. 62,2% das participantes afirmam saber o que é a ITP mas, desconhecem os efeitos adversos dos medicamentos utilizados (78,9%). As mulheres valorizam a utilização de medicação segura para o bem-estar materno e fetal (94,4%) e que medicação utilizada provoque o mínimo de dor possível (87,8%).

Relativamente aos resultados obstétricos e perinatais, verifica-se que nos partos induzidos houve maior percentagem de utilização de analgesia epidural, TP mais lento, internamento mais prolongado, maior índice de cesarianas e o contacto pele a pele foi realizado menos vezes. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas relativamente aos resultados perinatais e complicações maternas.

Os resultados obtidos pelo estudo vão, maioritariamente ao encontro de outras investigações consultadas pelos autores. Referem que a dor, durante o TP é um dos fatores que mais influencia a satisfação global e que, o facto de não se ter encontrado diferenças estatisticamente significativas na perceção da dor poderá estar relacionada com a maior utilização de analgesia epidural nas ITP (92,2% vs 67,7%).

Os autores obtiveram resultados de maior taxa de cesarianas e menos contacto pele a pele nas ITP, associando o último item ao facto de, no hospital em estudo, os RN por cesariana serem em primeiro lugar observados pelo neonatologista e posteriormente entregues ao acompanhante.

Os resultados obtidos de maior satisfação com a parteira, obstetra, período de dilatação, obtidos em mulheres com início de TP espontâneo são relacionados com o menor período de tempo

para alcançar o período ativo do TP (13,3 horas em média) e às técnicas disponíveis de gestão da dor nesta fase.

O tempo de internamento mais prolongado nas mulheres submetidas a ITP relaciona-se com a maior taxa de cesarianas neste grupo. No hospital em estudo a alta do puerpério é após 72 horas a mulheres submetidas a cesariana e 48 horas após o parto em mulheres que tiveram um parto vaginal.

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

Level 3.c – Cohort study with control group

Artigo nº 5 - Childbirth preferences and related fears -comparison between Norway and Israel

➤ **Autores:**

Heidi Preis¹, Yael Benyamini¹, Malin Eberhard-Gran^{2,3,4} and Susan Garthus-Niegel^{2,5}

1 Escola de Trabalho Social Bob Shapell, Universidade de Tel Aviv, Tel Aviv, Israel.

2 Departamento de Saúde Infantil, Instituto Norueguês de Saúde Pública, Oslo, Noruega.

3 Unidade de Pesquisa de Serviços de Saúde, Hospital Universitário de Akershus, Lorenskog, Noruega.

4 Instituto de Medicina Clínica da Universidade de Oslo, Oslo, Noruega.

5 Departamento de Psicoterapia e Medicina Psicossomática, Faculdade de Medicina da Technische Universität Dresden, Alemanha, Dresden, Alemanha.

➤ **Ano da Publicação:**

2018

➤ **Fonte:**

BMC Pregnancy and Childbirth (2018) 18, 362

➤ **País de origem:**

Israel e Noruega

➤ **Tipo de estudo:**

Estudo quantitativo

➤ **Objetivos:**

- Comparar as preferências de nascimento relativo a cesariana e analgesia epidural em Israel e Noruega

- Comparar o nível de medo do parto, avaliados pelo Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ) entre mulheres grávidas em Israel e na Noruega

- Investigar como os fatores de medo do parto estão relacionados às preferências das mulheres, relativamente a cesariana e analgesia epidural, nos respetivos países

➤ **Metodologia/métodos:**

O estudo é resultado de uma análise secundária de dois grandes estudos, realizados de forma independente durante 5 anos em Israel e na Noruega.

O recrutamento para o estudo norueguês ocorreu entre novembro de 2008 e abril de 2010, no Hospital Universitário de Akershus, perto de Oslo. Em Israel ocorreu em maio de 2012 e dezembro de 2013, em centros de saúde para mulheres numa grande área metropolitana no centro de Israel.

As mulheres receberam, nos dois países, explicação sobre o estudo, fornecendo o seu consentimento por escrito. Foi-lhes solicitado o preenchimento de um questionário em norueguês ou hebraico, respetivamente.

A capacidade de preenchimento do inquérito e a opção por um parto vaginal, foram os critérios de inclusão do estudo.

No questionário aplicado, as mulheres foram questionadas sobre a probabilidade de escolherem cesariana e recorrer a analgesia epidural, durante o TP e parto. No questionário norueguês foram apresentadas afirmações como “If I could choose, I would rather deliver/prefer to deliver by CS” e ainda “I would rather have epidural anesthesia”, as opções de resposta fechada variam de 4 = discordo totalmente, 3 = discordo, 2 = concordo, a 1 = concordo totalmente. No questionário israelense as mulheres foram questionadas se consideravam ter um parto por cesariana ou solicitar analgesia epidural, tendo como hipótese de resposta 0 = não o considerou em qualquer fase, 1 = considerada, mas sem qualquer hipótese que eu faça essa escolha, 2 = pequena hipótese de escolha, 3 = média hipótese de escolha, 4 = alta hipótese de escolha. De forma a compatibilizar os dois questionários, os dados noruegueses foram pontuados de forma inversa e os dados de Israel 0 e 1 foram combinados, de forma que as respostas das duas amostras variassem entre 1 e 4, com pontuações mais elevadas, indicando maior concordância com a preferência. Para além desta adaptação, foi codificada uma escala dicotómica de preferência com pontuações 1-2 = não é provável que faça essa escolha e 3 e 4 = provável que faça essa escolha.

Para avaliar a variável “medo do parto” foi utilizado o Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ), instrumento que avalia, no período pré-natal, vários aspetos de medo do parto. A escala foi traduzida de inglês para a língua norueguesa e hebraica. Este instrumento é constituído por 33 itens, pontuados de 0 a 5. As pontuações dos fatores de medo relativo ao parto foram calculadas pela média dos itens avaliados, e as pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de “medo do parto”. Em cada item é sugerido às participantes que quantifiquem os sentimentos e pensamentos.

A análise estatística foi realizada através da utilização do programa SPSS versão 24.0 e AMOS 22.

➤ **Principais resultados e conclusões:**

A amostra foi constituída por 2918 mulheres grávidas norueguesas e 490 israelenses. A média de idade foi de 31,1 anos para a amostra norueguesa e de 32,2 anos de idade na amostra israelense. A idade gestacional média, no momento de preenchimento do questionário foi de 32,6 semanas na Noruega e 31,8 semanas em Israel. Relativamente ao número de filhos, a amostra norueguesa apresenta 49,8% de mulheres nulíparas, na amostra israelense as nulíparas representam 39,0%.

Na Noruega, as práticas clínicas assentam na corrente de pensamento de que a gravidez e do parto são processos naturais. A prestação de cuidados pré-natais, na gravidez de baixo risco, é

realizada por uma parteira, pressupondo a **centralidade dos cuidados na pessoa** e considerando-a um elemento participante na tomada das decisões. São realizados poucos exames médicos, como apenas uma ecografia e análises sanguíneas. Neste país a taxa de cesarianas é baixa em comparação com outros países ocidentais (6,6% de cesarianas eletivas e 10,5% de cesarianas emergentes). Culturalmente, as mulheres são vistas como seres individuais e autónomos, adotando papéis socialmente ativos e adiando o projeto de maternidade. As mulheres norueguesas têm acesso a planeamento familiar e a taxa de natalidade tem diminuído.

Em Israel verifica-se uma realidade diferente, existe incentivo à natalidade e consequentemente, apresenta maior taxa de natalidade. Culturalmente espera-se que as mulheres sejam mães, e o nascimento de uma criança é visto como uma “missão nacional”, que visa aumentar a população judaica, reduzida na segunda guerra mundial. Existem estigmas associados a mulheres que não têm filhos, considerando que é uma obrigação da mulher. O governo fornece apoios à fertilidade, até duas crianças, sendo que é um país líder na tecnologia de reprodução medicamente assistida.

A pressão existente sobre as mulheres israelenses para engravidar e ter o “bebé perfeito”, origina a medicalização excessiva na saúde reprodutiva. Durante a gravidez, as mulheres são submetidas a várias ecografias pré-natais e várias análises, de forma a garantir o desenvolvimento saudável do feto. Para além disso, são realizadas técnicas de implantação, testes genéticos e abortos em casos de anomalias fetais, legais no país. A taxa de mulheres que recorrem a analgesia epidural ronda os 90% e a taxa de cesarianas os 19%. O parto em casa é desencorajado e as parteiras realizam partos sem complicações, supervisionadas por um médico.

Os resultados obtidos, relativamente às preferências de parto, foram significativamente distintos. Na Noruega, cerca de três quartos das mulheres preferem não ser submetidas a analgesia epidural, em Israel, três quartos das mulheres preferem ser submetidas a analgesia epidural. Relativamente às cesarianas, o dobro das norueguesas (9,6%) preferem ser submetidas a cesariana, em comparação com as mulheres israelenses (5,0%). Não se encontraram diferenças significativas neste âmbito, relativamente à paridade.

Os autores referem que, os achados são consistentes com a menor utilização de analgesia epidural para alívio da dor na Noruega. Este país incentiva a autonomia da mulher, na escolha de ter filhos e no processo de TP e parto natural. A reflexão sobre o parto natural é iniciada na gravidez, concentra-se no papel da mulher e na sua capacidade em conseguir parir de forma natural, dando menos ênfase aos possíveis riscos do TP e parto. Assim, as mulheres norueguesas não são incentivadas e não planeiam a utilização de medicação analgésica.

Em contraste, em Israel, o discurso sobre a gravidez e parto é mais clínico. As mulheres são

submetidas a mais exames realizados por especialistas e a busca pelo “bebé ideal” é apoiada pelos profissionais de saúde e pela religião. As sessões de preparação para o nascimento e visitas à maternidade são centradas nas intervenções médicas, durante o TP e parto e na forma como lhes é assegurado o bem-estar materno e fetal através das mesmas. Assim, o foco é centralizado num processo de nascimento doloroso e arriscado para a mulher e na garantia que o bebé perfeito é produzido.

Os autores associam os resultados obtidos à hipótese que, as mulheres da Noruega têm mais autonomia e estão mais envolvidas no processo de tomada de decisão durante o parto, aumentando a probabilidade de preferir uma cesariana e não quererem recorrer a analgesia epidural. Os achados são compatíveis com a taxa elevada de cesarianas a pedido (7,6%), comparativamente com a mesma taxa em Israel (2,1%). Os investigadores realçam que as taxas de fertilidade mais elevadas no país israelita poderão também, ser explicativos dos resultados alcançados, dado que uma cesariana pode ter implicações na reprodução e nascimento filhos no futuro, pelo que as mulheres que pretendem ter mais filhos preferem evitar uma cesariana.

No estudo, os resultados obtidos entre a paridade e a nacionalidade das participantes, relativa ao nível de medo com o parto, não foram estatisticamente significativas.

Apesar das diferenças culturais no processo de nascimento, há semelhanças nas dimensões de medo relativo ao parto, como refletem os resultados obtidos pela aplicação da escala “Wijma Delivery Expectancy Questionnaire”. Os 33 itens desta escala foram comparados entre os dois países e agrupados em seis fatores, nomeadamente o “medo”, a “avaliação negativa”, a “solidão”, a “falta de autoeficácia”, “falta de experiências positivas” e por último, as “preocupações com a criança”. Estes fatores representam uma variedade de expectativas e preocupações que são influenciadas culturalmente, nos dois países em estudo. Nos dois países, as nulíparas demonstram ter níveis mais elevados de medo na maioria dos fatores.

Verifica-se que as mulheres norueguesas têm mais medo que as israelenses, relativamente a ter uma experiência negativa durante o parto, como ser solitárias e sem autoeficácia. Além disso, as múltiparas da Noruega revelam preocupações no fator de experiências positivas, como o facto de não ser agradável, natural ou como elas o perspetivam.

Os dados israelenses indicam maior preocupação em ter resultados negativos associados ao parto, como a experiência de nascimento não ser fantástica, não ficarem satisfeitas, orgulhosas ou ficarem infelizes. Este grupo estudado apresenta também maiores níveis de medo geral e receio de ter dor.

Os resultados obtidos entre o nível de medo com o parto e as preferências do parto foram distintos entre as duas culturas. Nas mulheres norueguesas, houve correlação fraca a moderada,

entre os níveis de medo com o parto e a preferência por um parto mais medicalizado (opções de cesariana e analgesia epidural). Já os resultados obtidos através das participantes israelenses revelam correlações fracas e a maioria não foi significativa.

Nas mulheres norueguesas todos os fatores de medo com o parto (medo, avaliação negativa, solidão, falta de autoeficácia, falta de experiências positivas e preocupações com a criança) foram correlacionados de forma positiva com a preferência pela analgesia epidural ($p < 0,001$). Já nas mulheres israelenses a preferência pela analgesia epidural foi correlacionada apenas a preocupações com relação à falta de autoeficácia ($p < 0,01$). No estudo o fator “falta de autoeficácia” inclui sentimentos como não ser confiante, não ser forte, não estar segura, entre outros.

Nas mulheres norueguesas, todos os fatores de medo com o parto, foram associados à preferência com um parto por cesariana ($p < 0,001$), nas mulheres israelenses essa preferência foi associada apenas com a categoria “medo”, que inclui os itens da escala “medo, tensa, pânico, desespero, dor e perda de controlo”.

As mulheres norueguesas preocupam-se mais com os fatores associados à experiência subjetiva do nascimento. Preocupam-se com o facto de o nascimento não ocorrer como expectável – natural e agradável, uma experiência poderosa e fortalecedora, na qual se iriam sentir fortes e confiantes. Preocupam-se com o facto de poderem vivenciar uma experiência negativa.

As mulheres israelenses, que geralmente são acompanhadas por familiares ou têm outro suporte (como as doulas), durante o TP e parto não atribuem tanta preocupação com o facto de se sentirem sozinhas. As suas preocupações incidem maioritariamente no processo de nascimento e nos resultados, relatam na generalidade maior medo, tensão e possível pânico ou perda de controlo e preocupações relativas à saúde e segurança do filho (Preis et al., 2018).

Os autores assumem a possibilidade de que o “medo”, que foi mais associado às preferências de parto, é separável dos restantes fatores que afetam as expectativas das mulheres. Concluem com a investigação que as dimensões de “medo com o parto”, avaliado pelos fatores do “Wijma Delivery Expectancy Questionnaire” versão A, foram semelhantes na Noruega e em Israel, mas os níveis de medo do parto e as preferências de nascimento diferem entre culturas.

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

Level 3.d – Case – controlled study