



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**PLANO DE PARTO, UMA FORMA  
CONSCIENTE DE NASCER**

Nome da Mestranda | Vânia Cristina Caldeira Paralta

Orientação | Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

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

*Área de Especialização | Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*

Relatório de Estágio

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**PLANO DE PARTO, UMA FORMA  
CONSCIENTE DE NASCER**

Nome da Mestranda | Vânia Cristina Caldeira Paralta

Orientação | Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

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

*Área de Especialização | Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*

Relatório de Estágio

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

---

**DEDICATÓRIA**

Ao meu filho João Pedro,  
Por ele nenhuma conquista valeria a pena.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu filho João Pedro pela força imensa que me transmitiu ao longo de todo o caminho. Por ele nunca desisti.

Ao meu marido Flávio, que esteve sempre na retaguarda para me amparar. Porque o amor verdadeiro supera todos os obstáculos.

Aos meus pais, Natália e António, por serem modelos de coragem, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amizade, paciência, e, pela forma como estiveram sempre presentes na vida do meu menino enquanto eu estive ausente.

À Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias, pela sua orientação, apoio e disponibilidade. Também pelo saber que me transmitiu, pelas opiniões, críticas e todas as palavras de incentivo.

A todo o corpo docente e não docente da Escola Superior de Enfermagem S.João de Deus envolvido nesta caminhada, especialmente às docentes da área de enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

A todas as Colegas que comigo percorreram esta viagem, porque juntas somos mais fortes.

À Rute, ao Pedro, à Carla e à Elsa pelos saberes transmitidos ao longo desta jornada.

A todos os familiares, amigos e colegas que estiveram ao meu lado durante esta fase, pelo companheirismo, força e apoio em todos os momentos.

Às grávidas e parturientes que através da sua participação tornaram possível a realização deste trabalho.

E a todos os que não enunciei e que de alguma forma contribuíram para o percorrer deste caminho.

A todos, muito obrigada.



---

## RESUMO

**Título:** Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer

A OMS recomenda a execução do Plano de Parto a todas as mulheres em Trabalho de Parto. Através deste, a mulher pode refletir sobre as preferências para o nascimento do seu filho e comunicá-las antecipadamente aos profissionais de saúde. Este relatório tem como objetivo descrever o projeto de intervenção realizado na maternidade do Hospital de Portalegre, que visou desenvolver uma metodologia de cuidados à parturiente, promovendo a utilização do Plano Parto. Foram realizadas sessões formativas às grávidas e entregues guias informativos acerca desta temática. Foi também realizada uma formação aos enfermeiros do serviço. Posteriormente, foi avaliada a experiência de parto pelas puérperas através da *Labour Agency Scale*. Os resultados obtidos não evidenciaram diferenças significativas na perceção da experiência de parto entre as puérperas que utilizaram/não utilizaram o Plano de Parto. Contudo, as primeiras tiveram uma experiência de Parto discretamente mais positiva do que as segundas.

**Descritores:** Plano de Parto; Experiência de Parto; Autonomia da Grávida; Parto Humanizado; Tomada de Decisão.



## ABSTRACT

**Title:** Birth Plan, a conscious way to be born

The OMS recommends every woman in labor that they should follow a birth plan. Through this plan, the woman can analyse and decide on the options to give birth and, previously, communicate them to the healthcare professionals. This report aims to describe the intervention project carried out at the Maternity of Portalegre Hospital with the purpose to develop a care methodology to the parturient, encouraging the practice of the Birth Plan. Training sessions with the pregnant women were held and information guides about this issue were handed out. It was also held a training session for service nurses. Then, the puerperae made the evaluation of the labor experience through *The Labour Agency Scale*. The results didn't show significant differences regarding both the puerperae's labor experience either they had followed or not the Birth Plan. However, the former had a labor experience slightly more positive than the latter.

**Descriptors:** Birth Plan; Childbirth Experience, Pregnant Woman Autonomy; Humanized Delivery; Decision Making.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. ANÁLISE DO CONTEXTO .....</b>	<b>15</b>
1.1 Caraterização do ambiente físico da realização do estágio final .....	15
1.2 Caraterização dos recursos materiais e humanos .....	19
1.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.....	22
1.4 População e amostra .....	25
1.4.1 Amostra das Puérperas .....	26
1.4.2 Amostra dos Enfermeiros ESMO.....	31
1.5 Tipo de abordagem .....	34
1.6 Estudos sobre a intervenção com a população .....	35
<b>2. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>41</b>
2.1 Definição de objetivos .....	41
2.2 Definição dos indicadores de avaliação do projeto de intervenção.....	42
2.3 Estratégias utilizadas para implementar o projeto de intervenção .....	43
<b>3. EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>45</b>
3.1 Diligências preliminares .....	45
3.4 Aplicação da Intervenção a longo prazo.....	49
<b>4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>50</b>
4.1 Avaliação dos Indicadores pré-estabelecidos na fase de planeamento.....	50
4.2 Análise e discussão dos resultados .....	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
Anexo A. Taxa de mortalidade materna 1960-2015 .....	78
Anexo B. Taxa de mortalidade perinatal e neonatal 1960-2016 .....	82
Anexo C. Monitorização de dados do serviço de Ginecologia/Obstetrícia da ULSNA em 2016.....	86
Anexo D. Distribuição dos EESMO inscritos na OE por género em 2016 .....	91
Anexo E. Modelo T005 – Universidade de Évora .....	93



---

Anexo F. Comprovativo de inscrição em Relatório de Estágio – Universidade de Évora..	96
Anexo G. Pedido de avaliação do projeto à Comissão de Ética da Universidade de Évora	98
Anexo H. Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora para a realização do projeto .....	107
Anexo I. Declaração de aceitação da orientação do projeto.....	109
Anexo J. Parecer do Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULSNA para realização do projeto .....	111
Anexo K. Autorização para utilização da Labour Agency Scale na realização do projeto .....	115
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>117</b>
Apêndice A. Questionário Aplicado às Puérperas .....	118
Apêndice B. Questionário Aplicado aos EESMO.....	123
Apêndice C. Sessão de Formação apresentada aos EESMO.....	126
Apêndice D. Plano do Projeto de Intervenção .....	132
Apêndice E. Cronograma do Projeto de Intervenção .....	136
Apêndice F. Plano da Sessão de Formação apresentada aos EESMO .....	138
Apêndice G. Sessão de Formação apresentada às Grávidas.....	140
Apêndice H. Plano da Sessão de Formação apresentada às Grávidas.....	145
Apêndice I. Guia Informativo para Elaboração do Plano de Parto .....	147
Apêndice J. Plano de Parto Tabela.....	150
Apêndice K. Consentimento Informado aplicado aos EESMO .....	153
Apêndice L. Consentimento Informado aplicado às Puérperas.....	155





## Índice de Figuras

Figura 1. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por idade .....	26
Figura 2. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por nacionalidade.....	27
Figura 3. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por concelho de residência	27
Figura 4. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por estado civil .....	28
Figura 5. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por classificação profissional .....	29
Figura 6. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por Tipo de Parto .....	30
Figura 7. Gráfico da distribuição da amostra enfermeiros ESMO por Idade .....	31
Figura 8. Gráfico da distribuição da amostra de enfermeiros ESMO por Sexo .....	32
Figura 9. Gráfico da distribuição da amostra de enfermeiros ESMO por Estado Civil .	32
Figura 10. Gráfico da distribuição da amostra de enfermeiros ESMO por Número de Filhos .....	33
Figura 11. Gráfico da distribuição dos enfermeiros ESMO por Número de Anos de Ser- viço enquanto ESMO .....	34
Figura 12. Gráfico da forma de conhecimento do Plano de Parto.....	51
Figura 13. Gráfico da Distribuição do Respeito/Não respeito do Plano de Parto pelos Profissionais de Saúde .....	63



## Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra de puérperas por Habilitações Literárias .....	28
Tabela 2. Distribuição da amostra de puérperas por número de filhos .....	30
Tabela 3. Distribuição do número de enfermeiros ESMO por anos de serviço como enfermeiros generalistas .....	33
Tabela 4. Metodologia, objetivos, amostra e local dos estudos selecionados na Revisão Sistemática da Literatura .....	36
Tabela 5. Alpha de Cronbach .....	48
Tabela 6. Conhecimento do Plano de Parto.....	50
Tabela 7. Utilização do Plano de Parto .....	52
Tabela 8. LAS Score das Puérperas que utilizaram o Plano de Parto .....	52
Tabela 9. Média da Escala de LAS .....	54
Tabela 10. Estatística descritiva da LAS Score relativamente à amostra total de puérperas .....	55
Tabela 11. Média e Desvio Padrão da LAS Score das puérperas que foram mães pela primeira vez e das puérperas que não foram mães pela primeira vez .....	55
Tabela 12. Relação das puérperas que foram mães pela primeira vez e das puérperas que não foram mães pela primeira vez relativamente à LAS Score.....	56
Tabela 13. Média e Desvio Padrão da LAS Score conforme o Tipo de Parto .....	57
Tabela 14. Relação entre o tipo de parto e a LAS Score .....	58
Tabela 15. Relação entre as diferentes formas de conhecimento do Plano de Parto e a LAS Score .....	59
Tabela 16. Média e Desvio Padrão da LAS Score das puérperas que tinham conhecimento da definição de Plano de Parto e das puérperas que não tinham conhecimento da definição de Plano de Parto .....	60
Tabela 17. Relação das puérperas que tinham conhecimento do Plano de Parto e das puérperas que não tinham conhecimento do Plano de Parto relativamente à LAS Score .....	61
Tabela 18. Média e Desvio Padrão da LAS Score pelas puérperas que utilizaram Plano de Parto e das puérperas que não utilizaram Plano de Parto .....	61
Tabela 19. Relação das puérperas que utilizaram Plano de Parto e das puérperas que não utilizaram Plano de Parto relativamente à LAS Score .....	62

## INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade materna e neonatal constituiu-se durante muitos anos como um desafio para os serviços de saúde a nível mundial. A implementação de práticas altamente técnicas e sofisticadas durante o parto vieram reduzir esses valores (Anexos A e B). Contudo, o fato do trabalho de parto se tornar um evento mais intervencionista, destituiu a mulher do seu papel ativo, causando-lhe insatisfação e medo durante o trabalho de parto. A Organização Mundial de Saúde (OMS), já há algumas décadas, que tenta implementar políticas humanizadas de assistência ao parto, uma vez que os modelos intervencionistas existentes até então, ao mesmo tempo que reduziram as taxas de mortalidade (materna e neonatal), passaram também a mulher para segundo plano no processo de parto, deixando esta de ser o elemento principal deste processo. Em 1996, a OMS, chegou mesmo a emitir um documento onde estavam implícitas as práticas a incentivar durante o trabalho de parto, bem como as práticas a corrigir e a eliminar durante este processo (WHO, 1996). No caso português, a Ordem dos Enfermeiros, em 2012, publicou um documento, que surgiu de um Projeto intitulado “Pelo Direito ao Parto Normal: uma Visão Partilhada”, cujos objetivos são orientar e ajudar o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) a construir uma definição de parto normal e permitir consensos nas equipas promotoras de assistência ao parto (Pinheiro, Catarino, Leite, Freitas & Marques, 2012). Em Portugal, a Humanização do Parto tem sido um constante desafio, pelo que se torna importante realçar verdadeiramente o significado deste termo. Correia (2011), refere que humanizar o parto baseia-se em devolver o protagonismo às mulheres durante o trabalho de parto, passando estas a ter um papel ativo durante o mesmo. A mesma autora refere ainda que no parto humanizado as escolhas das mulheres têm de ser respeitadas e deve ser-lhes dada informação pertinente para que estas possam tomar decisões de uma forma consciente e informada. Permitir às mulheres, opinarem sobre o seu parto ainda é visto por muitos profissionais de saúde como um obstáculo ao seu trabalho. Contudo, a conduta para a humanização do parto passa por informar a mulheres acerca do trabalho de parto e de tudo o que o envolve, para que seja possível estas decidirem de forma

segura e de acordo com as suas preferências.

Silva, Dias, Machado, Fonseca e Mendes (2012), referem que a conduta dos profissionais de saúde se deve basear no modelo bioético da autonomia, prestando ao utente informação pertinente para que ele próprio possa tomar decisões. O respeito pelo ser humano, à sua dignidade, à privacidade e à liberdade, devem ser sempre considerados. O Plano de Parto, assenta neste modelo, uma vez que é um documento onde a grávida regista as suas preferências para o trabalho de parto e pós-parto. É nesse documento que a grávida deixa registado por escrito o que deseja em relação ao trabalho de parto e aos procedimentos que o envolvem. Nesse documento podem também ser inseridas as escolhas relativamente aos cuidados ao recém-nascido no pós-parto.

A execução do Plano de Parto, é uma das práticas que deve ser encorajada durante o trabalho de parto, devendo consistir em um “personal plan determining where and by whom birth will be attended, made with the woman during pregnancy and made known to her husband/partner and, if applicable, to the family” (WHO, 1996, p.34). Em Portugal o Plano de Parto é um instrumento recomendado pela ordem dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012), uma vez que através deste são salvaguardadas as opções do casal relativamente ao processo de parto. Para DeBaets (2016), os planos de parto foram desenvolvidos com o intuito de melhorar a tomada de decisão da mulher no processo de parto e fornecer aos profissionais de saúde detalhes importantes sobre essas decisões. Através da utilização do plano de parto, as mulheres podem refletir previamente sobre as suas preferências para o nascimento do seu filho e comunicar antecipadamente estas preferências aos prestadores de cuidados.

Segundo o estudo de Cortés, Barranco, Roche e Jordana (2015), o Plano do Parto influencia positivamente o trabalho de parto e o seu desfecho, aumentando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, assim como a sua autonomia. Como refere Afshar, Y. na sua entrevista a Olmstead, S. (2017), verifica-se uma maior participação e, conseqüentemente satisfação durante o parto nas mulheres que realizam Plano de Parto. A mesma médica, refere que o trabalho de parto é um evento dinâmico,

que pode inverter o seu curso de um momento para o outro, pelo que nem o profissional de saúde nem a grávida tem controlo absoluto sobre este.

Por vezes, os Planos de Parto realizados pelas mulheres tornam-se inconsistentes, uma vez que as opções enumeradas por estas podem refletir preocupações desatualizadas sobre práticas rotineiras ou sobre a progressão do processo de parto. Por essa razão, nos dias de hoje, tal como afirma DeBaets (2016), é fundamental que o profissional de saúde e a grávida, negociem antecipadamente as preferências a incluir no plano de parto. Como refere a Afshar, Y., a Olmstead, S. (2017) é fundamental auxiliar a grávida na execução do Plano de Parto, quando é esta a sua intenção, fornecendo-lhe informação baseada na evidência. Para Welsh e Symon (2014), o plano de parto é delineado para melhorar a comunicação entre a grávida e o profissional de saúde. Silva, Silva, Souza e Oliveira (2015), consideram que os profissionais de saúde devem examinar o Plano de Parto com a grávida, promovendo assim a comunicação com a mesma contribuindo para a sua autonomia e tomada de decisão no processo de parto e nascimento. As mesmas autoras, referem ainda que se torna importante aumentar a divulgação do Plano de Parto durante o período pré-natal, realizando mesmo sessões de educação para a saúde acerca da temática. Os profissionais de saúde, devem também eles modificar as suas condutas perante uma mulher em trabalho de parto, de forma a respeitar ética e cientificamente as suas preferências.

Deste modo, torna-se fundamental promover a utilização do Plano de parto no serviço Obstetrícia e Ginecologia da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) com o objetivo de aumentar a satisfação das mulheres relativamente ao processo de parto. Nesta maternidade, instituição cuja área de abrangência se reporta ao distrito de Portalegre e onde em 2016 ocorreram 493 partos (Anexo C), o Plano de Parto não está formalmente implementado. No serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Dr. José Maria Grande (HDJMG), o Plano de Parto é uma realidade quase nula. No âmbito da frequência do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia pela mestranda, lecionado na Universidade de Évora no biénio 2015/2017, foi desenvolvido um projeto de intervenção cujo título é: “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”, que

tem como finalidade, a longo prazo, desenvolver uma metodologia de cuidados à parturiente, promovendo a utilização do Plano Parto. Pretende-se com este relatório descrever o projeto de intervenção acima referido. A elaboração do mesmo e a sua discussão pública, confere, após ser sujeito a avaliação, o grau de mestre à mestranda.

Para que o presente relatório possa ser compreendido na sua plenitude, os capítulos do mesmo encontram-se organizados em cinco partes. A primeira parte corresponde à introdução, onde é apresentada a temática do projeto bem como a finalidade do mesmo. A segunda parte corresponde à análise do contexto, onde se caracteriza o ambiente físico onde se realizou o estágio final, assim como os recursos materiais e humanos disponíveis. Nesta secção são ainda delineadas a população, a amostra e o tipo de abordagem que se utilizou na elaboração do projeto. Foi também incluída, nesta secção informação acerca de estudos realizados que circundam esta temática. A terceira parte corresponde ao planeamento da intervenção e nela são descritos os objetivos, os indicadores do projeto e as estratégias para implementação deste mesmo projeto de intervenção. A quarta parte descreve a execução da intervenção, onde se enumeram as atividades desenvolvidas para se atingirem os objetivos do estudo. Uma outra secção faz referência à avaliação da intervenção, onde se descreve a avaliação dos indicadores previamente estabelecidos, assim como os resultados obtidos. A última parte é referente às considerações finais, onde são enumeradas reflexões acerca da realização do projeto, assim como acerca dos resultados obtidos. No final do relatório apresentam-se as referências bibliográficas bem como documentação necessária à execução do projeto e que complementa o mesmo (Anexos e Apêndices).

O presente relatório foi redigido de acordo com a 6.ª edição das normas da American Psychological Association (APA, 2012) e o encadeamento das suas secções e subsecções foi efetuado respeitando o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional de acordo com a Ordem de Serviço n.º18/2010, e o Regulamento do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre conforme Ordem de Serviço n.º 8/2013, ambos da Universidade de Évora. O relatório foi redigido em concordância com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, tal como recomendado pela circular 4/2011 de 5 de Dezembro da Universidade de Évora. A análise de dados estatísticos foi efetuada

---

recorrendo ao programa estatístico *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.

## **1. ANÁLISE DO CONTEXTO**

A investigação é considerada um processo de aprendizagem, tanto para o indivíduo que a realiza como para a sociedade no seu todo (Sousa & Baptista, 2011). Ultimamente, os profissionais de enfermagem têm investido neste âmbito, seja a nível académico, seja a nível profissional. Nos mais diversos serviços, têm sido desenvolvidos projetos de investigação que a longo prazo irão contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Pereira, Alves e Nunes (2009), consideram que a investigação na profissão de enfermagem é benéfica por contribuir para a solidificação de novos saberes e para a melhoria das competências dos enfermeiros. Por outro lado, a investigação em enfermagem pode abrir caminho para a descoberta de novas áreas de possível intervenção.

A intervenção realizou-se na maternidade do HDJMG com a intenção de melhorar ainda mais a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A análise do contexto pretendeu descrever o ambiente físico em que decorreram as atividades ou ações planeadas no projeto de intervenção, bem como os recursos materiais e humanos disponíveis. Após descrever e fundamentar o processo de aquisição de competências foi efetuada a descrição da população e enumerados estudos anteriores relativamente à temática do estudo.

### **1.1 Caraterização do ambiente físico da realização do estágio final**

O serviço de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), também conhecido por maternidade Dr. Francisco Feitinha, designação a qual adotou após ser remodelado e inaugurado em Agosto de 2009, em homenagem ao médico obstetra e antigo diretor do serviço de obstetrícia e ginecologia deste hospital, funciona no 4.º andar do HDJMG. A ULSNA foi criada em 1 de Março de 2007 com a finalidade de prestar cuidados de saúde primários e diferenciados à população do distrito de Portalegre. Esta entidade, é constituída por um conjunto de



instituições de saúde que englobam o HDJMG de Portalegre, o Hospital Santa Luzia de Elvas e dezasseis Centros de Saúde (Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Montargil, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel).

A ULSNA, E.P.E. tem por objetivo principal a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou com entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como articular com as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida. A ULSNA, EPE também tem por objetivo desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contrato-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento. (ULSNA, 2017)

Como referido anteriormente, o serviço de obstetrícia e ginecologia funciona em todo o 4.º piso do HDJMG (o que inclui a ala direita e a ala esquerda). O acesso ao serviço é restrito, pelo que é necessária a marcação de um código de segurança pelos profissionais de saúde, para abrir a porta eletrónica. A entrada e saída das utentes e respetivos acompanhantes e visitas é controlada pelas administrativas do serviço, nos dias úteis, em horário de expediente e no restante período pela equipa de enfermagem e/ou de assistentes operacionais. A ala esquerda serve a urgência obstétrica e ginecológica, as consultas externas de obstetrícia e ginecologia e a sala de partos. A urgência obstétrica e ginecológica é composta por um gabinete (com ecógrafo) e marquesa ginecológica para que possam ser avaliadas as situações de urgência obstétrica e ginecológica que após serem triadas no serviço de urgência geral, segundo a classificação de Manchester, são encaminhadas para este serviço. Nesta ala funciona também uma sala para realização de cardiotocografia (com capacidade para realizar monitorização cardiotocográfica a quatro grávidas em simultâneo). Esta sala funciona também como gabinete de enfermagem, onde o enfermeiro faz a avaliação das utentes, que precede a consulta médica. A ala esquerda é ainda composta por três gabinetes médicos, dois gabinetes para realização de ecografias, uma sala de arrumos o gabinete

do diretor (que funciona também como gabinete de apoio para o projeto "Nascer Cidadão" que permite aos pais efetuar o registo de nascimento na maternidade). Ainda na ala esquerda funcionam duas salas de partos (em que a segunda funciona apenas quando a primeira está ocupada, e funciona também como sala de realização de histeroscopias), uma casa de banho para os profissionais e para os utentes, um vestiário misto, um armazém de material de consumo clínico e dois quartos médicos. A sala de partos principal, para além da marquesa obstétrica, possui um armário com material de consumo clínico que possa ser necessário durante um parto, um cardiotocógrafo, um carro de urgência, laringoscópio e respetivas lâminas (de adulto e pediátrica), rampas de oxigénio, e, um reanimador de RN. A ala direita é composta por um gabinete administrativo, uma sala polivalente (onde funcionam as aulas de preparação para o parto, assim como formações e reuniões do serviço), um refeitório (para as refeições das utentes), uma sala de despejos, um armazém de material de consumo comum, um armazém de roupa, uma casa de banho para os profissionais, o gabinete da enfermeira chefe, uma sala de enfermagem, uma sala de trabalho, uma sala de realização de pensos, uma sala de pausa, e uma sala de observação dos recém-nascidos. Esta ala é também composta por nove enfermarias, cada uma com duas camas e uma casa de banho privativa. Dessas nove enfermarias, três servem o puerpério, duas acolhem as grávidas patológicas, outras três recebem utentes do foro ginecológico, e uma funciona como sala de dilatação onde é vigiado e monitorizado todo o primeiro estágio do trabalho de parto (posteriormente as grávidas são transferidas para a sala de partos da ala esquerda onde decorrem o segundo e terceiro estágio do trabalho de parto). Existe ainda um quarto individual, que habitualmente recebe grávidas/puérperas que sofreram uma perda fetal ou neonatal. Em épocas de grande fluxo no serviço, a distribuição das utentes pelas enfermarias pode ser alterada.

Como já referido anteriormente, o serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HDJMG, foi remodelado em 2009, e, nas obras executadas foi prevista a divisão do serviço em Bloco de Partos e Internamento de Puérperas, em que o primeiro funcionaria na ala esquerda e o segundo na ala direita, contudo a existência de poucos recursos humanos, nomeadamente EESMO, obrigou a que a dinâmica do serviço fosse alterada.

Na ala direita são monitorizados o primeiro e quarto estádio do trabalho de parto e na ala esquerda decorrem o segundo e terceiro estádios do trabalho de parto. Devido à condicionante do trabalho de parto não se processar no mesmo local, a grávida apenas tem direito ao acompanhante durante o trabalho de parto no período das 8 horas às 24 horas. Para o período expulsivo, é solicitada a presença do acompanhante, se este manifestar vontade em assistir ao parto, uma vez que por norma este estará a aguardar na sala de espera da urgência geral. Se eventualmente, a estrutura do serviço fosse a que estava inicialmente prevista, todo o trabalho de parto funcionaria na mesma sala e com uma grávida em trabalho de parto em cada uma. As últimas orientações legislativas referentes a esta temática podem ser visíveis na Lei n.º15/2014 de 21 de Março.

Os partos distócicos por cesariana, são efetuados no único Bloco Operatório (BO) do hospital, e a transferência da grávida é assegurada pelo enfermeiro responsável pela mesma e por um assistente operacional. Imediatamente após o nascimento, a presença do enfermeiro é solicitada ao BO para assegurar a transferência do Recém-Nascido (RN) para o serviço numa incubadora de transporte e para a realização dos cuidados imediatos. Os cuidados prestados ao RN após o nascimento são imprescindíveis à sua adaptação à vida fora do útero materno (Freitas & Baptista, 2016). A observação do RN é efetuada na sala de observação do RN que dispõe de um reanimador de RN, uma balança e um carro de urgência dotado de material imprescindível para utilização numa situação de urgência.

No ano de 2016, segundo dados fornecidos pela ULSNA (Anexo C), realizaram-se na maternidade do Hospital de Portalegre, um total de 493 partos, dos quais 277 (56,2%) foram eutócicos e 216 (43,8%) foram distócicos. Dos partos distócicos 139, ou seja 28,2% do total de partos ocorridos, foram cesarianas. No que se reporta à taxa média de ocupação do serviço relativamente ao internamento de obstetrícia houve no ano de 2016 uma taxa média de ocupação de 58,74%, havendo uma média de 2,85 dias de internamento. Em relação ao internamento de recém-nascidos a taxa média de ocupação foi de 55,24%, sendo que o número médio de dias por cada internamento foi de 2,30 dias. Quanto à taxa média de ocupação no internamento de ginecologia esta foi de 46,65%, traduzindo-se numa média de 3,58 dias de internamento. No que se reporta

aos exames de obstetrícia, foram realizados 2168 cardiotocogramas, 887 ecografias do 1.º trimestre, 560 ecografias do 2.º trimestre, e, 520 ecografias do 3.º trimestre. Foram realizadas no HDJMG 782 consultas de obstetrícia, 1255 consultas de gravidez de risco, e 316 consultas de IVG. No Hospital de Santa Luzia, em Elvas (HSLE) foram também realizadas 933 consultas de obstetrícia (asseguradas por um médico e uma enfermeira). No que concerne às consultas de ginecologia, foram realizadas 1414 consultas. Também no HDJMG se realizam consultas de Patologia Cervical e Planeamento Familiar, sendo que em 2016, totalizaram respetivamente 420 e 280 consultas.

Como se pode verificar, a prestação de cuidados na maternidade Dr. Francisco Feitinha engloba a prestação de cuidados à mulher, em grande parte do seu ciclo de vida que inclui os cuidados à grávida, à puérpera e à mulher do foro ginecológico, e planeamento familiar, onde estão patentes cuidados de saúde bastante distintos. Deste modo é necessária uma boa gestão e articulação de todos os recursos humanos e materiais para que não se descure a qualidade dos cuidados prestados no referido serviço.

## **1.2 Caraterização dos recursos materiais e humanos**

De forma a acautelar o bom funcionamento do serviço de obstetrícia e ginecologia do HDJMG, a equipa é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e pessoal administrativo. Momentaneamente, a equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe (Especialista em Médico-Cirúrgica) e dezassete enfermeiros (dos quais treze são ESMO, um é Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, e três são enfermeiros generalistas). A equipa de enfermagem é coordenada pela Enfermeira Chefe, que elabora os horários para quatro semanas e os planos diários de distribuição. A gestão desta equipa implica o conhecimento de toda a atividade no serviço de ginecologia e obstetrícia para que se possa dar resposta a todas as necessidades. Neste momento, de segunda a sexta-feira, para o serviço de consultas externas estão escalados dois elementos da equipa de enfermagem, um que dá apoio à

consulta de ginecologia/patologia cervical, e outro que dá apoio à consulta de gravidez de risco/termo e planeamento familiar.

No serviço de Obstetrícia e Ginecologia são ministradas aulas de preparação para o parto por duas enfermeiras em que cada uma conduz alternadamente um grupo de grávidas. As aulas de preparação para o parto funcionam três vezes na semana, havendo dois períodos formativos (um grupo durante o período da manhã e outro durante o período da tarde). Silva (2010) considera que os cursos de preparação para o nascimento possibilitam ao casal adquirir competências que lhe permitam vivenciar a gravidez e o trabalho de parto, tornando-os protagonistas destes eventos.

No serviço de internamento a equipa de enfermagem trabalha segundo o método de enfermeiro responsável, em que estão escalados dois enfermeiros no turno da noite, três no turno da manhã, e, dois ou três (consoante as necessidades) durante a tarde. Duarte (2014), refere que o método de trabalho do enfermeiro por enfermeiro responsável consiste na atribuição dos doentes a cada enfermeiro escalado. Esse enfermeiro presta cuidados individualizados a cada utente, promovendo a relação enfermeiro/utente. São prestados cuidados de enfermagem numa vertente holística. Obrigatoriamente, dos enfermeiros escalados para cada turno, dois têm de ser ESMO. Em cada turno, um dos EESMO é distribuído no plano semanal, como responsável pela sala de partos cabendo-lhe ainda as tarefas de gerir o serviço quando a chefe não se encontra, prestar apoio na urgência de ginecologia e obstetrícia, bem como na realização de cardiocotogramas. Ao segundo elemento (também este ESMO) cabe-lhe a função de auxiliar o colega na sala de partos, bem como prestar cuidados às restantes utentes do internamento, e à realização de transferência de grávidas/puérperas para os hospitais de apoio perinatal (HAP). Aos restantes enfermeiros de serviço compete a prestação de cuidados às utentes distribuídas e a ajuda na realização de alguns exames. Até Junho de 2017, os domingos, 3.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> feiras, funcionavam no serviço as consultas de Enfermagem de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), contudo, perante o movimento dos EESMO que surgiu, e que foi apoiado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), os recursos humanos tornaram-se insuficientes para manter esta consulta no plano de

trabalho. As consultas de IVG foram transferidas para o Hospital de Abrantes e até ao momento estão suspensas no HDJMG. Segundo Varela e Ferreira (2014), a maternidade do Dr. Francisco Feitinha esteve envolvida no Projeto Maternidade com Qualidade, cuja implementação foi promotora de boas práticas na assistência durante o trabalho de parto e pós parto nas maternidades envolvidas no projeto. Ainda hoje, a equipa de enfermagem orienta a sua prática profissional no sentido de continuar a promover a qualidade dos cuidados prestados.

Da equipa de profissionais, fazem parte ainda 13 assistentes operacionais que alternam a prestação de cuidados entre o serviço de obstetrícia e ginecologia, e o serviço de Pediatria. Entre segunda e sexta-feira, o serviço é reforçado por duas funcionárias administrativas que são responsáveis por questões burocráticas que o serviço envolve. Aos fins-de-semana as responsabilidades administrativas são asseguradas pelo administrativo da urgência. No que concerne à equipa médica, esta é constituída por apenas dois médicos efetivos, que contam com o apoio clínico de profissionais, contratados em regime de escala de urgência e todos eles são especialistas em obstetrícia e ginecologia. A equipa médica, para além de assegurar a urgência obstétrica e ginecológica (durante as vinte e quatro horas diárias), também é responsável pela consulta externa, e pela realização de alguns exames e cirurgias. A equipa multidisciplinar dispõe ainda do apoio de um pediatra, que é solicitado à sala de partos ou ao internamento sempre que necessário. De forma a assegurar a analgesia do trabalho de parto ou de outro procedimento na área da ginecologia e obstetrícia, o serviço tem apoio permanente de um anestesista.

No que concerne aos recursos materiais, no serviço existem alguns que se tornam fundamentais à prestação de cuidados nesta área tão específica que é a obstetrícia. Neste momento existem sete cardiotocógrafos no serviço (quatro no gabinete de enfermagem da ala esquerda, dois na sala de dilatação, e um na sala de partos principal), em que dois deles permitem a monitorização de gravidezes gemelares. Na sala de dilatação, um dos cardiotocógrafos permite a monitorização por telemetria. Caso haja necessidade de monitorizar mais do que duas grávidas simultaneamente no internamento, é recrutado um cardiotocógrafo do gabinete de enfermagem da consulta

externa. Existem também três ecógrafos no serviço: um no gabinete de urgência e os outros dois, cada um nas duas salas de ecografia que servem o serviço. As puérperas de parto eutócico ou distócico por fórceps ou ventosa são transferidas da sala de partos para a ala direita do serviço imediatamente após o parto e aí realizam as duas primeiras horas do puerpério imediato. Os recém-nascidos (RN's) acompanham as mães, no entanto, caso haja necessidade (devido a alteração do estado hemodinâmico que requeira vigilância específica) são transferidos para o Serviço de Pediatria, no 6.º Piso do HDJMG. Nos partos por cesariana, o período de recobro materno é realizado no BO durante o horário de expediente, fora desse horário, é efetuado no serviço de obstetrícia e ginecologia.

Como aspetos positivos, salientam-se o facto de as instalações serem relativamente recentes, e, por outro lado, a equipa que segue o trabalho de parto e puerpério imediato acompanha a puérpera e o RN durante o internamento. Como aspeto negativo destaca-se a estrutura física do próprio serviço, que obriga a transferência da grávida para o extremo oposto do serviço no período expulsivo. Por outro lado, como referido a transferência da grávida para a sala de partos obriga à passagem da mesma no corredor das consultas externas e sala de urgência, o que implica que a privacidade da mesma não seja totalmente respeitada.

### **1.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências**

A redução da mortalidade materna e neonatal assume-se há muitos anos como um desafio para os serviços de saúde a nível mundial, como podemos verificar nos objetivos definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2010), na Cimeira do Milénio. A redução das taxas de mortalidade materna e neonatal tem sido uma preocupação a nível mundial, como nos referem Pinheiro et al. (2012). Segundo dados recolhidos pela Base Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA, 2017), em Portugal, à semelhança da evolução que se tem vindo a registar na maioria dos países, os indicadores de

saúde relativos à mortalidade perinatal/neonatal e mortalidade materna, tem vindo a diminuir significativamente (Anexos A e B).

Carlo e Travers (2016), afirmam mesmo, que a diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal, surgiram, em grande parte, devido à implementação de intervenções médicas eficazes durante o trabalho de parto. Contudo, o facto do parto se tornar um evento mais intervencionista, destituiu a mulher do seu papel ativo, durante o trabalho de parto excluindo-a do processo de tomada de decisão durante o mesmo, diminuindo assim a sua autonomia, como referem Pinheiro et al (2012). Com o intuito de aumentar as boas práticas de cuidados no parto e nascimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu, já em 1996, uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito durante o processo do parto, baseando-se em evidências científicas (WHO, 1996).

De uma forma geral, o período gravídico, corresponde a uma fase em que a mulher está mais fragilizada, pelo que devem ser-lhe explicados todos os procedimentos e esta deve estar ocorrente de todos os acontecimentos (Vieira & Parizotto, 2013). Um estudo de Attanasio, McPherson e Kozhimannil (2013), confirma que a comunicação com a grávida é um fator fundamental no processo de parto. Para evitar situações constrangedoras, em que a mulher é destituída do processo de tomada de decisão durante o trabalho de parto, é normal que a futura mãe expresse por escrito que práticas deseja realizar e evitar durante o mesmo. De facto, as sociedades científicas vão adequando os seus protocolos para englobarem as recomendações da OMS na sua prática clínica, havendo uma consciencialização cada vez maior dos profissionais que acompanham a mulher. Segundo Farahat, Mohamed, Elkader e El-Nemer (2015), no século passado, surgiu na Europa e América, o Plano de Parto com o intuito de dar resposta à crescente medicalização e intervenção durante o trabalho de parto. Muitas das maternidades já implementaram na sua conduta um modelo de assistência personalizada, o Plano de Parto. De acordo com Whitford, et al. (2014) e Magoma, et al. (2013), o Plano de Parto, é amplamente usado nas mais diversas localizações geográficas, como podemos constatar respetivamente nas populações da Escócia e da Tanzânia.



Em Portugal, o Plano de Parto é um instrumento recomendado pela ordem dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012). De fato a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica emitiu um comunicado formal sobre a utilização do Plano de Parto no Sistema Nacional de Saúde (e.g. Parecer nº7/2012). Segundo este documento, o EESMO deve colaborar na execução do Plano de Parto, no sentido de salvaguardar a real e correta informação adquirida pelo casal relativamente ao processo de parto, estando deste modo a contribuir para a melhoria dos indicadores de qualidade propostos para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A excelência dos cuidados a prestar pelo EESMO na sala de parto exige a observação do Plano de Parto apresentado pelos casais. A alteração ao Plano de Parto traçado pelo casal sem justificação pertinente, viola o Código Deontológico dos Enfermeiros.

Barradas et al (2015), consideram que caso a mulher não apresente Plano de Parto no momento da admissão, os profissionais de saúde devem incentivá-la a manifestar as suas escolhas. Segundo Hodnett et al (2012), citados por Barradas et al (2015, p.40), “há um poderoso efeito na satisfação da mulher e no progresso do trabalho de parto, quando a mulher se sente em controle e envolvida nas tomadas de decisão.” Também a OMS (WHO, 2006), se manifesta em relação ao Plano de Parto, afirmando que este é mesmo um componente fundamental a utilizar em todos os serviços de assistência ao parto, e a sua realização deve ser incluída nos programas de preparação para o parto.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010), o EESMO, é responsável pela prestação de cuidados à mulher em idade reprodutiva. Neste âmbito, a prestação de cuidados destes enfermeiros envolve processos de saúde/doença no âmbito sexual, planeamento familiar, anticoncepcional, pré-concepcional, durante a gravidez, parto e puerpério, e também ao nível do climatério, ginecologia e rastreios ao nível da comunidade. No seu exercício, o EESMO assume a prestação de cuidados autónomos em situações de baixo risco (nas quais estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo de vida reprodutivo da mulher) e interdependentes (em situações de médio e alto risco) relacionadas com processos patológicos no ciclo de vida das mulheres (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Henriques,

Catarino e Franco (2012), consideram que em Portugal, o nível de formação EESMO tem evoluído crescentemente, sendo visto como um dos mais avançados da Europa.

A importância do Plano de Parto, está bem evidenciada no Regulamento das Competências Específicas do EESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2010), que refere que o mesmo promove o Plano de Parto, aconselha e apoia a mulher na decisão, e por outro lado atua de acordo com o Plano de Parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.

O projeto “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”, visa melhorar a satisfação das parturientes que recorrem à maternidade Dr. Francisco Feitinha, aumentando a sua autonomia durante o processo de parto.

#### **1.4 População e amostra**

O projeto em causa engloba dois grupos populacionais distintos. O primeiro grupo populacional é constituído pelo conjunto de puérperas submetidas a um parto no referido serviço no período de 31 de Março a 30 de Junho de 2017. O segundo grupo populacional é constituído pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, prestadores de cuidados de enfermagem especializados no serviço em causa. Para Hill e Hill (2009), a população corresponde ao conjunto total de casos sobre os quais se pretende obter conclusões.

Os dois grupos populacionais foram facilmente acessíveis à mestranda, uma vez que a recolha de dados foi efetuada durante parte do período de tempo em que decorreu o estágio final do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia da mestranda, que coincide também com o local de trabalho da mesma.

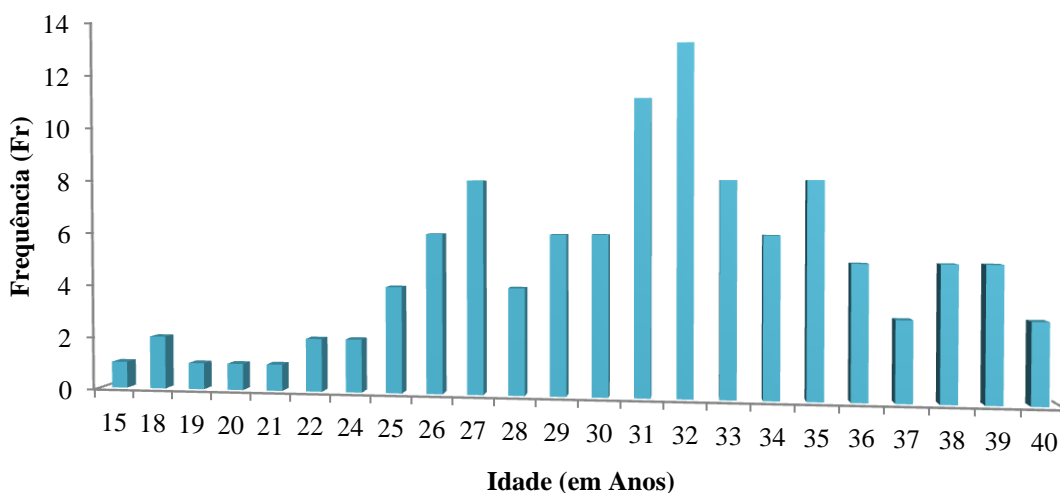
Para Fortin, Côte e Filion (2009), a amostra corresponde a uma parte da população sobre a qual se realiza o estudo. A amostra deve ser representativa da população, devendo apresentar todas as características da mesma (Pocinho, 2012). Desta forma, foram constituídas amostras dos dois grupos populacionais.

### 1.4.1 Amostra das Puérperas

A amostra das puérperas foi constituída por mulheres submetidas a um parto na maternidade do hospital de Portalegre no período de 31 de Março a 30 de Junho do ano de 2017, foram excluídas as que não sabiam ler ou escrever e cuja idade gestacional no momento do parto fosse inferior às 37 semanas.

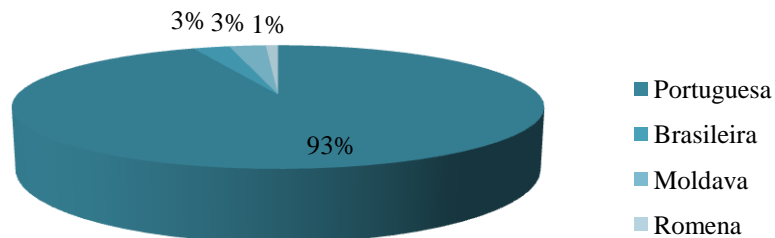
A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário (Apêndice A), durante o internamento das puérperas. Esta amostra foi constituída por 111 puérperas, todos os questionários aplicados foram considerados válidos.

No que concerne à distribuição das puérperas por idades verifica-se que a média de idades é de 31,01 anos. O gráfico abaixo (*figura 1*), mostra que as mulheres que foram mães nesta maternidade no período de tempo que durou a investigação têm idades compreendidas entre os 15 e os 40 anos.



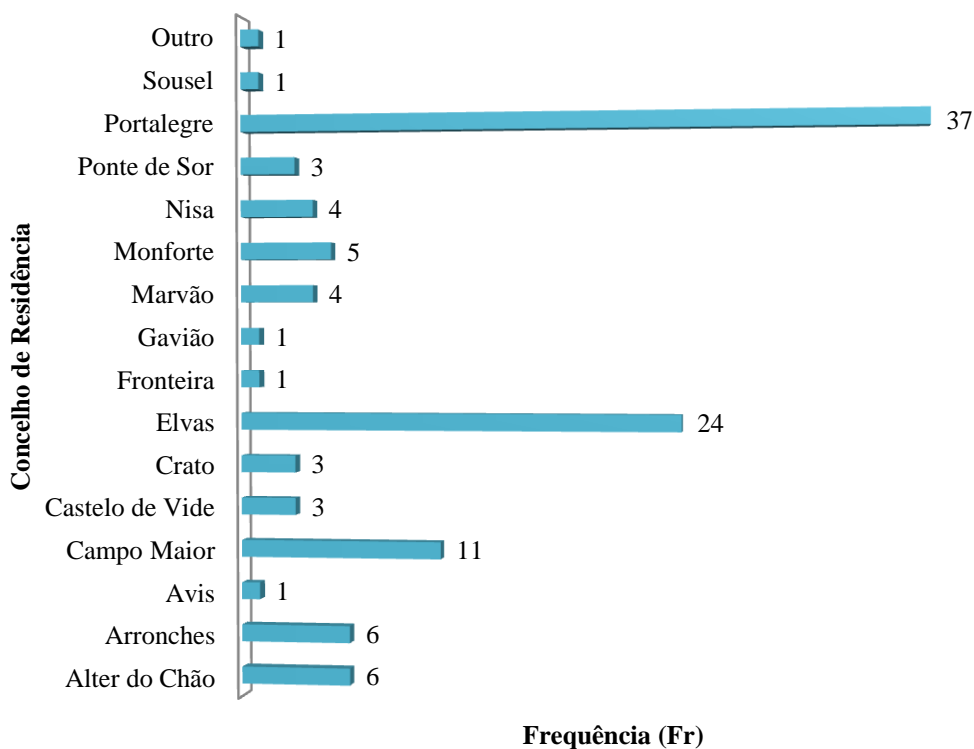
**Figura 1. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por idade**

Relativamente à nacionalidade, a maioria das respondentes tem nacionalidade portuguesa (93%), sendo que as restantes 7% têm nacionalidade Brasileira, Moldava (3%), e Romena (1%), conforme consta na *figura 2*.



**Figura 2. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por nacionalidade**

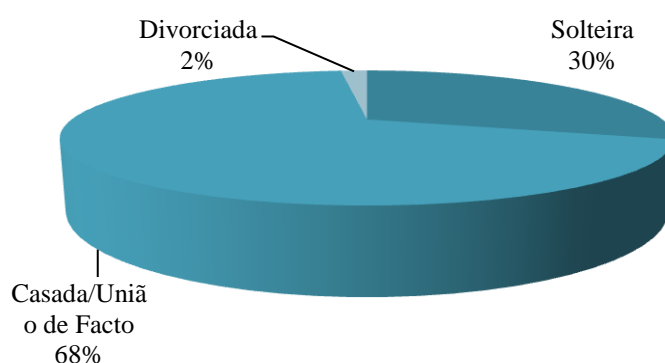
Relativamente ao concelho de residência das puérperas, verifica-se que grande parte reside nos concelhos de Elvas e Portalegre, com um total de 24 e 37 puérperas respetivamente, como se pode verificar através da análise da *figura 3*.



**Figura 3. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por concelho de residência**

. Uma vez que a maternidade da ULSNA serve o distrito de Portalegre, verifica-se que 110 puérperas residem no distrito de Portalegre, e apenas uma reside no distrito de Évora (concelho de Estremoz).

No que concerne ao estado civil (*Figura 4*), a amostra de puérperas é maioritariamente casada ou vive em união de facto (68%), uma pequena percentagem é divorciada (2%), e as restantes são solteiras (30%).



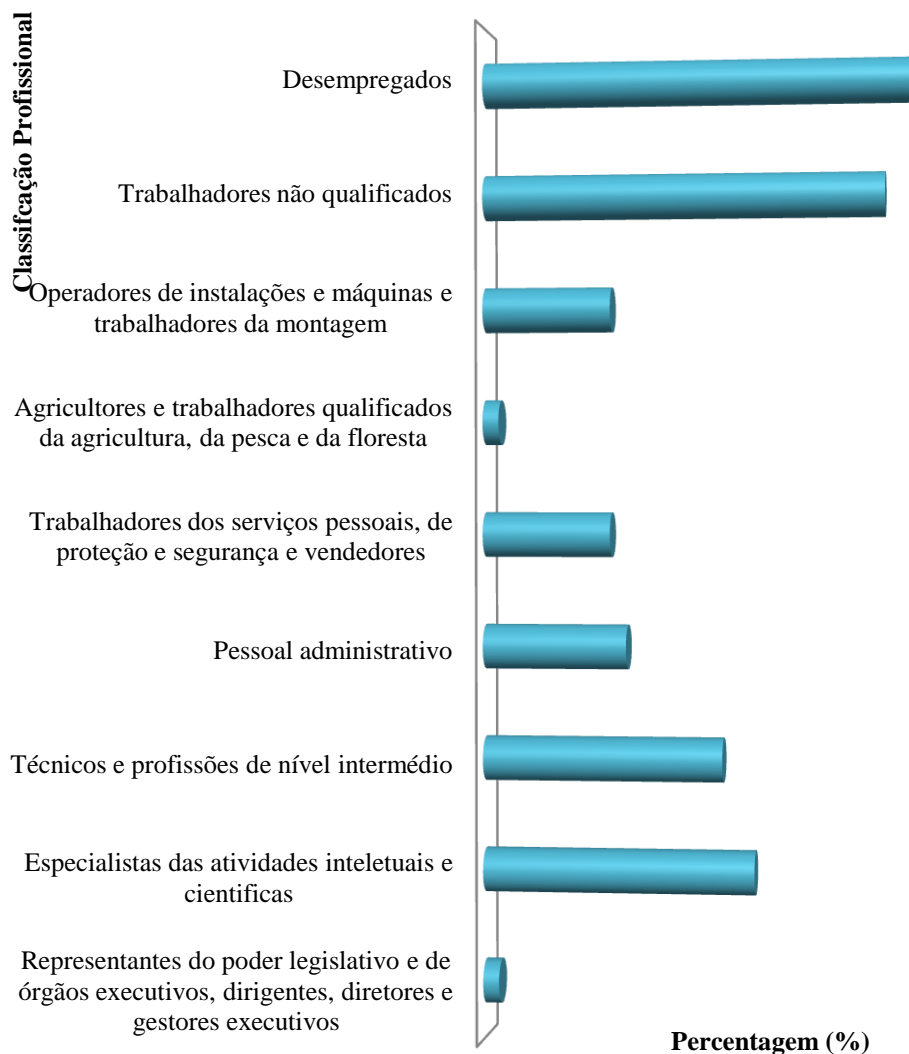
**Figura 4. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por estado civil**

Relativamente às habilitações literárias das inquiridas constata-se que mais de metade da amostra possui o ensino secundário (37,8%) ou o ensino superior (34,2%), totalizando 72% da amostra. Apenas 0,9% possui o 1.º ciclo de escolaridade e uma pequena parte (cerca de 4,5%) possui o 2.º ciclo de escolaridade. As restantes 22,5% possuem o 3.º ciclo de escolaridade, tal como se pode verificar através da análise da *tabela 1*.

**Tabela 1. Distribuição da amostra de puérperas por Habilitações Literárias**

Habilitações Literárias	Frequência (Fr)	Percentagem (%)
1.º Ciclo (1.º ao 4.º Ano)	1	,9
2.º Ciclo (5.º e 6.º Ano)	5	4,5
3.º Ciclo (7.º ao 9.º Ano)	25	22,5
Secundário (10.º ao 12.º Ano)	42	37,8
Ensino Superior	38	34,2
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100,0</b>

De forma a sintetizar a informação recebida acerca da profissão das inquiridas, estas foram agrupadas conforme a *Classificação Portuguesa das Profissões 2010* (INE, 2011), tal como se pode constatar através da análise da *figura 5*.



**Figura 5. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por classificação profissional**

Através da análise da *figura 5* verifica-se que uma grande percentagem desta amostra se encontra desempregada (24,3%). De todas as classes profissionais, os trabalhadores não qualificados são os mais representativos da amostra com cerca de 22,5%, seguidos dos especialistas das atividades intelectuais e científicas (15,3%) e posteriormente dos técnicos e profissionais de nível intermédio (13,5%).

Com a aplicação do questionário às puérperas obtiveram-se também dados relativos a uma breve caracterização obstétrica das inquiridas.

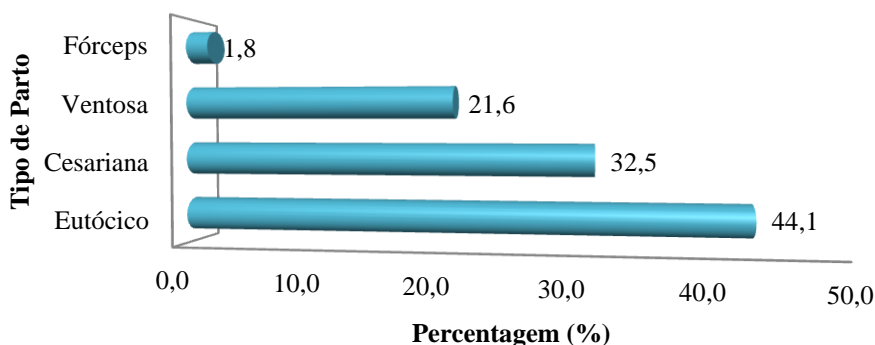
Das 111 puérperas inquiridas, 44 (39,6%) referem ter sido mães pela primeira vez, enquanto as restantes 67 (60,7%), referem que este não é o seu primeiro filho.

A *tabela 2* permite verificar que das puérperas que não estão pela primeira vez a viver a experiência da maternidade, 48 são mães pela segunda vez, 15 estão a viver a experiência da maternidade pela terceira vez, e as restantes 4 estão a vivenciar esta experiência pela quarta vez.

**Tabela 2. Distribuição da amostra de puérperas por número de filhos**

Número de Filhos	Frequência (Fr)	Percentagem (%)
1	44	39,6
2	48	43,2
3	15	13,5
4	4	3,6
Total	111	100,0

Relativamente ao tipo de parto, das 111 puérperas inquiridas 44,1% tiveram um parto eutócico, e as restantes 55,9% tiveram um parto distócico (por cesariana, ventosa ou fórceps) como mostra a *figura 6*.



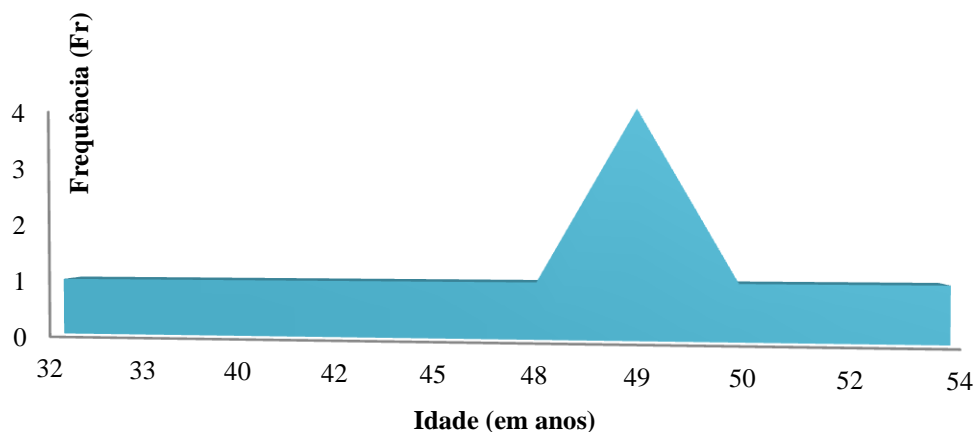
**Figura 6. Gráfico da distribuição da amostra de puérperas por Tipo de Parto**

#### 1.4.2 Amostra dos Enfermeiros ESMO

Esta amostra tem um total de treze enfermeiros, uma vez que os Enfermeiros ESMO prestadores de cuidados durante o trabalho de parto e no pós parto totalizam esse número.

De forma a angariar dados relativamente a esta amostra foi utilizado um questionário (Apêndice B), aplicado na sessão formativa (Apêndice C) que decorreu na sala multiusos do serviço de obstetrícia e ginecologia da ULSNA no dia 30 de Março de 2017.

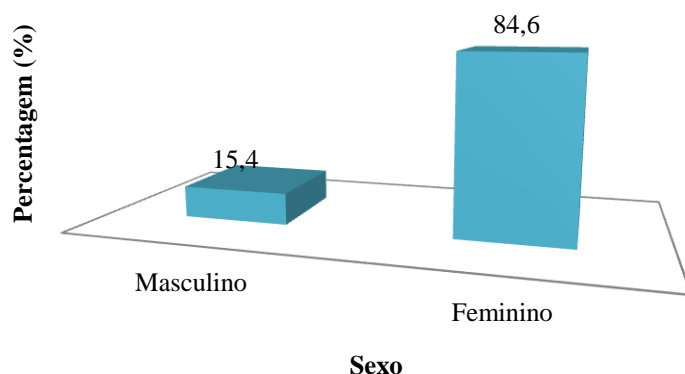
Posteriormente à análise dos dados obtidos após a aplicação do questionário, verifica-se que a idade dos enfermeiros ESMO da maternidade Dr. Francisco Feitinha varia entre 32 e 54 anos, como mostra a *figura 7*. A média de idades deste grupo populacional é de 45,54 anos



**Figura 7. Gráfico da distribuição da amostra enfermeiros ESMO por Idade**

Esta amostra é maioritariamente do sexo feminino, tal como se pode verificar através da observação do gráfico seguinte (*figura 8*), que mostra que 84,6% dos enfermeiros ESMO prestadores de cuidados na maternidade do HDJMG são mulheres, e os restantes 15,4% são homens.

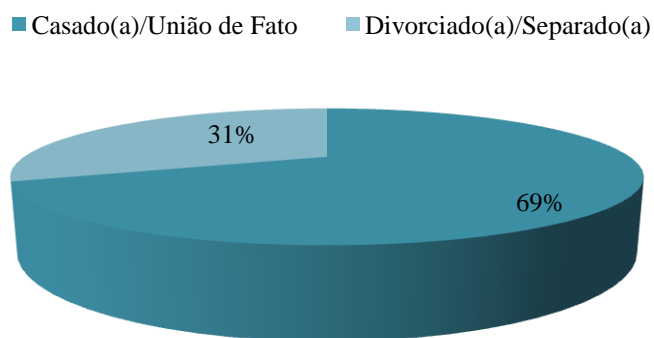




**Figura 8.** Gráfico da distribuição da amostra de enfermeiros ESMO por Sexo

Estes valores são concordantes com os dados disponibilizados pela Ordem dos Enfermeiros (2016), tal como se pode constatar através de informação disponível no *Anexo D*, em que dos 2694 EESMO inscritos no final do ano de 2016, 2561 são do sexo feminino, e os restantes 133 são do sexo masculino. Souza, Araújo, Silva e Bêrredo (2014), afirmam que são visíveis divisões entre os sexos na profissão de enfermagem, apesar do homem ter já conquistado alguma posição no seio da profissão.

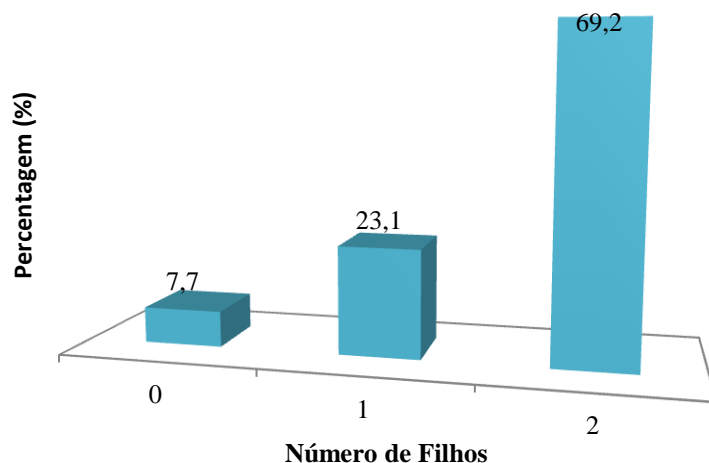
Relativamente ao estado civil, dos 13 enfermeiros ESMO, 9 são casados ou vivem em união de fato (69%) e os restantes 4 (31%) são divorciados ou separados, tal como se pode constatar através da observação da *figura 9*.



**Figura 9.** Gráfico da distribuição da amostra de enfermeiros ESMO por Estado Civil

A análise da *figura 10*, permite descrever que 7,7% dos enfermeiros ESMO não

têm filhos, 23,1% têm apenas um filho, e a maioria, ou seja 69,2% têm dois filhos.



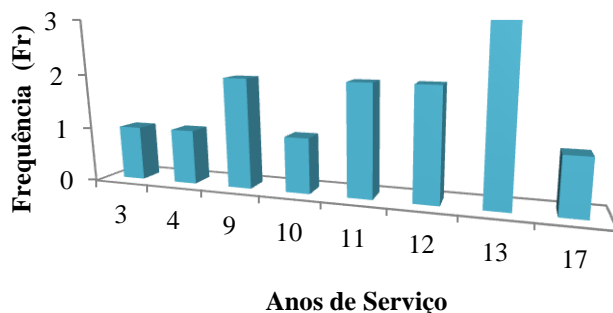
**Figura 10.** Gráfico da distribuição da amostra de enfermeiros ESMO por Número de Filhos

Através da observação da *tabela 3*, verificar-se, que da amostra de enfermeiros ESMO, o tempo de serviço enquanto enfermeiros de cuidados gerais varia entre 10 e 31 anos. Sendo que o número médio de anos de serviço nesta categoria profissional é de cerca de 22,92 anos.

**Tabela 3.** Distribuição do número de enfermeiros ESMO por anos de serviço como enfermeiros generalistas

Anos de Serviço	Número de enfermeiros
10	1
11	1
20	1
21	1
22	1
23	1
25	1
26	3
27	1
30	1
31	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

Enquanto enfermeiros ESMO, esta amostra presta cuidados específicos no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica, em média, há cerca de 10,54 anos. Através da interpretação da *figura 11* verifica-se que o número de anos de serviço enquanto enfermeiros ESMO varia entre os 3 e os 17 anos.



**Figura 11.** Gráfico da distribuição dos enfermeiros ESMO por Número de Anos de Serviço enquanto ESMO

### 1.5 Tipo de abordagem

Os dados obtidos através da aplicação de ambos os instrumentos de colheita de dados (Apêndices A e B), foram tratados através do programa estatístico *Software IBM® SPSS®*, versão 22. Seguidamente a esta análise arquitetaram-se figuras ilustrativas e tabelas estatísticas dos resultados obtidos utilizando o *Microsoft Office Excel 2007®*. Na apresentação das figuras e tabelas omitiremos a fonte pois referem-se aos dados colhidos através dos instrumentos de colheita de dados já enunciados anteriormente.

Uma vez que o tratamento dos dados foi efetuado através de estatística quantitativa, pode dizer-se que neste estudo foi utilizada uma abordagem quantitativa. Para Fortin et al. (2009), a investigação quantitativa pressupõe uma medição das variáveis estabelecendo relações de causa-efeito.

Inicialmente, foi realizada a análise estatística do tipo descritivo com o objetivo de caracterizar cada uma das amostras e de fatores considerados fundamentais para o estudo, de acordo com os dados recolhidos através dos instrumentos de colheita de

dados (Apêndice A e B). Para a análise inferencial, foi utilizado o teste *t* de *Student* para amostras independentes e o teste *One-Way Anova*, utilizando-se o nível de significância com a seguinte designação:  $p < \text{ou igual a } 0,05$  (nível 5%) – diferenças significativas.

### **1.6 Estudos sobre a intervenção com a população**

Com o intuito de dar resposta a este subcapítulo, foi elaborada uma revisão sistemática da literatura. Esta revisão, foi elaborada utilizando a estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” - Desfecho). Este método consiste na revisão retrospectiva de artigos científicos, tendo sido delineada a seguinte questão PICO: “Será que o Plano de Parto tem influência na satisfação da mulher durante o trabalho de parto?”. Em que o paciente corresponde à mulher grávida, a intervenção corresponde ao Plano de Parto e o “Outcome” corresponde à influência no processo de parto.

Para a identificação e seleção dos artigos foi utilizada a área reservada da ordem dos enfermeiros para pesquisar na plataforma EBSCO, em cinco bases de dados online: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection e MedicLatina.

A pesquisa foi efetuada no período compreendido entre os dias 8 e 12 de Outubro de 2016. Os limitadores utilizados na pesquisa foram as publicações em texto completo e com o friso cronológico de Janeiro de 2012 a Outubro de 2016, independentemente da língua de publicação.

Foram utilizados os seguintes descritores na pesquisa: *Birth Plan and Childbirth Experiences* (2 artigos encontrados), *Birth Plan or Childbirth Experiences* (128 artigos encontrados), *Birth Plan and Delivery Process* (2 artigos encontrados), *Birth Plan or Delivery Process* (154 artigos encontrados) e, *Birth Plan or Childbirth Experiences or Delivery Process* (246 artigos encontrados). Segundo a estratégia estabelecida, a pesquisa bibliográfica resultou num total de 532 artigos encontrados. Após a leitura de cada um dos resumos dos artigos da pesquisa, foram selecionados os que se relacionavam com a utilização do plano de parto e a satisfação da mulher no processo de parto. Foram

excluídos os artigos repetidos nas diferentes bases de dados e também utilizando os diferentes descritores, assim como os artigos sem resumo. Entretanto, após a implementação dos critérios de exclusão foram selecionados apenas 8 artigos.

**Tabela 4. Metodologia, objetivos, amostra e local dos estudos selecionados na Revisão Sistemática da Literatura**

Artigo	Titulo	Metodologia	Objetivo	População/Amostra	País
1	O impacto da escolha e controle das mulheres sobre as experiências de parto	Qualitativo Descritivo	Compreender que função tem a escolha e controle das mulheres na experiencia de parto	15 Parturientes	Canadá
2	Utilização de um plano de parto padrão realizado pela mulher e registado na maternidade: um estudo qualitativo com mulheres e funcionários de uma maternidade no nordeste da Escócia	Qualitativo Exploratório e Longitudinal	Explorar como é que as preferências registadas pelas mulheres no plano de parto poderiam contribuir para a prestação de cuidados centrada na mulher. Identificar fatores associados à confiança e experiências positivas durante o parto, numa amostra de mães norte-americanas, incluindo pontos de vista e escolhas das mulheres.	42 Parturientes; 24 Profissionais de Saúde	Escócia
3	Experiências de parto positivas em hospitais americanos: Uma análise mista de métodos	Quantitativo e Qualitativo	Determinar se a utilização de um plano de parto previamente elaborado no momento da admissão do trabalho de parto tem impacto sobre o resultado obstétrico.	1573 Parturientes	Nova Iorque
4	Resultados obstétricos em mulheres com plano de parto auto-preparados	Quantitativo Retrospectivo	Explorar e comparar a experiência das parteiras que trabalham em centros liderados por parteiras e liderados por obstetras em relação a planos de parto originais ou pré-elaborados.	154 Parturientes	Inglaterra
5	Planos de parto originais e pré-elaborados: Uma exploração qualitativa de experiências de parteiras	Qualitativo - Abordagem analítica fenomenológica interpretativa.	Conhecer, analisar e descrever a situação atual dos Planos de Parto e Nascimento no contexto estudado, comparando o processo de parto e o seu desfecho entre as mulheres que apresentaram e as que não apresentaram um Plano de Parto e Nascimento.	5 Parteiras que trabalham em centros liderados por parteiras; 4 Parteiras que trabalham em centros liderados por obstetras.	Escócia
6	Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado	Estudo de coorte quantitativo, transversal, observacional descritivo comparativo	Explorar o problema de tratar os planos de parto e oferecer uma estrutura para compreender e responder aos planos de parto antes, durante e após o parto.	9303 Parturientes	Espanha
7	O contrato Ulysses em obstetrícia: escolhas de uma mulher antes e durante o parto	Qualitativo	Analisar os fatores preditores de satisfação de mulheres com a experiência de parto na província de Aragão	1 Parturiente	Inglaterra
8	Satisfação Materna com a Experiência do Parto	Quantitativo - Estudo transversal		189 Parturientes	Espanha

A *tabela 4*, engloba de uma forma sucinta as principais características referentes a todos os artigos selecionados. Dos estudos selecionados, 3 utilizaram uma metodologia quantitativa, 3 utilizaram uma metodologia qualitativa e 1 utilizou uma metodologia mista (qualitativa e quantitativa) para a análise dos dados, tal como se pode constatar através da análise da tabela. Também através desta tabela se pode verificar que, todos os estudos selecionados, compreendem, de uma forma geral, objetivos semelhantes, que comportam a escolha/vontade das parturientes e a sua satisfação durante o processo de parto e nascimento.

A maioria dos estudos selecionados utilizou como amostra as parturientes, havendo apenas um em que a amostra foram exclusivamente parteiras, e outro que teve como amostra parturientes e parteiras.

Analisando cada estudo isoladamente, podem verificar-se as conclusões enunciadas seguidamente: Verificou-se que foram realizados estudos do género em diferentes locais do mundo, o que nos permite dizer que a temática do Plano de Parto é largamente estudada nas mais diversas localizações geográficas, como nos mostram os estudos de Whitford et al. (2014) e Magoma et al. (2013) já enumerados anteriormente.

Um estudo de Cook e Loomi (2012), mostra que quando as mulheres são bem suportadas na tomada de decisão, têm muita confiança nos seus prestadores de cuidados para tomar decisões em seu nome. Segundo o estudo realizado por estes mesmos autores, a existência de um Plano de Parto, embora útil, não era essencial. Quando as alterações ao plano de parto são necessárias, o controle que a mulher mantém sobre essas mudanças é uma mais-valia para a manutenção de uma experiência de parto positiva.

Ainda segundo Whitford et al. (2014), o uso do Plano de Parto traz benefícios ao trabalho de parto, contudo os profissionais de saúde devem auxiliar as mulheres na realização do mesmo, esclarecendo-as sobre dúvidas que possam existir, e até mesmo esclarece-las acerca de cada item que este comporte. Os mesmos autores referem que embora a inclusão de um Plano de Parto padrão na maternidade traga benefícios, as mulheres devem ser apoiadas para realizar o seu próprio Plano de Parto.

Ao realizarem um estudo de análise mista (quantitativa e qualitativa), Attanasio et al. (2013), aprontaram em ambas as vertentes que a comunicação com a grávida é um fator fundamental que conduz a uma experiência francamente positiva relativamente ao processo de parto.

Um estudo realizado por Hadar, Raban, Gal, Yogev e Melamed (2012), que comparou um grupo de mulheres que recorreu ao Plano de Parto, com um grupo de mulheres que não recorreu ao Plano de Parto, permitiu identificar que as mulheres em trabalho de parto que apresentam um Plano de Parto, são menos suscetíveis de sofrer uma cesariana, mais propensas a ter lacerações de primeiro e segundo grau (e não episiotomia) e mais propensas a realizar analgesia epidural.

Ao explorar e comparar a experiência das parteiras que trabalham em centros liderados por parteiras e liderados por obstetras em relação a Planos de Parto originais ou pré-elaborados, Welsh e Symon (2014), aprontaram que o termo “Plano de Parto” pode ser enganoso, por outro lado, verificou-se também que os Planos de Parto colocam pressão sobre as parteiras. Os mesmos autores afirmam que os Planos de Parto parecem estar a tornar-se padronizados e que as boas intenções em torno da introdução de Planos de Parto têm sido um pouco prejudicadas pelos problemas que eles criam, uma vez que um pequeno desvio àquilo que está planeado, contribui para a insatisfação das parturientes. O ideal seria haver um maior investimento a nível da educação pré-natal relativamente às preferências a incluir no Plano de Parto.

Em consonância com os estudos anteriormente referidos, o estudo de Cortés et al. (2015), expõe a relação positiva que existe entre o Plano de Parto e um aumento do “contato pele a pele”, da “laqueação tardia do cordão” e da taxa de “partos normais”, práticas que direta e indiretamente diminuem os gastos da saúde e as hospitalizações, tanto da mulher como do recém-nascido. Além disso, reforça a autonomia das mulheres graças à escolha da posição de dilatação e parto, ingestão de alimentos ou líquidos e inclusive com o uso de enemas e da tricotomia do períneo. Os mesmos autores, afirmam ainda que, o Plano do Parto influencia positivamente o trabalho de parto e o seu desfecho, aumentando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, assim como seu empoderamento.

Burcher (2013), ao avaliar a temática do Plano de Parto acredita que a revisão (antes do nascimento), apoio e avaliação (durante o parto), e ouvir a descrição do nascimento pela mulher são deveras importantes durante a experiência de Parto. Contudo, este autor afirma ainda, que se deve lembrar às mulheres, antes e durante o trabalho de parto, que o mesmo também representa um momento de mudanças imprevisíveis e possíveis complicações, pelo que necessita de flexibilidade, tanto por parte da grávida, como do profissional de saúde. Finalmente, quando o nascimento real e o nascimento planeado são díspares é importante que o profissional de saúde comunique ao casal o porquê de cada alteração. O mesmo autor, refere ainda que não fazer isso é, talvez, o lapso de comunicação mais comum dentro de obstetrícia.

De igual modo, também Arbués, Vela, Abadia e Gómez (2014), referem que o trabalho da parteira é um aspeto muito valorizado durante o processo de nascimento, assim como o trabalho do ginecologista. Na pesquisa elaborada por estes autores, foram observados valores superiores de satisfação em mulheres múltíparas ou naquelas que tiveram partos normais, que foram submetidas a analgesia epidural ou ao contato precoce pele a pele com o seu filho. Neste estudo, os autores relataram maior satisfação em mulheres cujo parto foi eutócico. O mesmo estudo, refere haver também uma associação entre satisfação com a experiência do nascimento e maior controle da dor. Por outro lado verificou-se uma maior satisfação em mulheres que começaram o processo de trabalho de parto induzido, o que faz com que a hipótese de que quanto maior o tempo de contato com profissionais de saúde maior a satisfação com a assistência recebida, tenha ainda mais relevo.

Através da análise de todos os estudos em causa, pode verificar-se que a utilização do Plano de Parto pelas mulheres grávidas é um instrumento importante que garante o respeito pela autonomia da mulher. Contudo, a relação que se estabelece com os profissionais de saúde é tão ou mais importante do que o próprio Plano de Parto.

Assim:

- A cooperação do profissional de saúde na construção do Plano de Parto de cada casal é fundamental para se obter uma experiência francamente positiva relativamente ao processo de parto;



- O casal deve ser sempre apoiado na execução do seu Plano de Parto pelo enfermeiro para que seja esclarecido relativamente a cada opção a incluir neste documento;
- É deveras importante a comunicação que se estabelece entre o profissional de saúde e o casal, para que se estabeleça uma relação de confiança durante o processo de nascimento.

## 2. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

Embora a fase de intervenção do projeto tivesse início apenas a partir de Março de 2017, este já se delineava há alguns meses. Desde o início do curso de Mestrado em profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia frequentado pela investigadora na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, que, embora não de uma forma oficial, a mestranda realizava alguma pesquisa acerca do tema Plano de Parto. O assunto em causa evocou a atenção da investigadora, pois apesar de ter sido mãe há cerca de 18 meses na maternidade do Hospital de Portalegre, não tinha conhecimento algum acerca do Plano de Parto. Após alguma pesquisa, e imaginando a utilidade que este pudesse ter tido no momento em que foi mãe, e de modo a contribuir para a satisfação de futuras mães nessa mesma maternidade surgiu o projeto de intervenção “Plano de Parto, uma forma consciente de nascer”.

Sendo um projeto de intervenção, foi utilizada uma metodologia de investigação ação. Neste tipo de metodologia, a investigação é utilizada com vista à melhoria da prática daquilo que se pretende estudar, implicando, entre outras fases, a construção do plano de ação (Sousa & Baptista, 2011). Delineado o tema do projeto de intervenção, foi traçado o plano do mesmo (Apêndice D), de modo a organizar atividades, estabelecer objetivos e identificar estratégias imprescindíveis para a sua elaboração. Concomitantemente, nesta fase foi também construído o cronograma do projeto (Apêndice E), de modo a organizar cronologicamente as atividades desenvolvidas.

### 2.1 Definição de objetivos

Fortin et al (2009), consideram que a formulação dos objetivos do estudo depende do nível de conhecimento que se pretende atingir com a investigação em causa. Qualquer projeto prevê a definição de objetivos, sejam gerais, ou específicos. Para Sousa e Baptista (2011), o objetivo geral enuncia aquilo que se quer conseguir a longo prazo, transpondo mesmo o decurso do projeto. Deste modo, o projeto tem como objetivo geral: *Desenvolver uma metodologia de Plano de Parto na maternidade do*

*HDJMG*. De forma a complementar o objetivo geral do projeto foram delineados objetivos específicos: A) *Sensibilizar as grávidas da maternidade do HDJMG, para execução de um Plano de Parto*; e B) *Sensibilizar a equipa de enfermeiros ESMO da maternidade do HDJMG acerca da importância do Plano de Parto*.

## **2.2 Definição dos indicadores de avaliação do projeto de intervenção**

A avaliação do sucesso do projeto, elabora-se através da produção de indicadores e da sua subsequente avaliação. Fortin et al. (2009) consideram que os conceitos contêm diversas dimensões e, para as mensurar, é necessário recorrer a vários indicadores.

Tratando-se este projeto de uma intervenção, torna-se relevante que os objetivos sejam alcançados. Desta forma, foram delineados os seguintes indicadores de avaliação e as respetivas metas de modo a promover o êxito do projeto:

- **Indicador:** Número de Puérperas que conhecem o Plano de Parto  
**Meta:** Mais que 50%
  
- **Indicador:** Número de Puérperas que realizaram o Plano de Parto  
**Meta:** Pelo menos 20% das que conhecem
  
- **Indicador:** Número de enfermeiros ESMO que assistiram à formação para divulgação do projeto  
**Meta:** Mais que 80%

Antes de enunciar o último indicador importa referir que o instrumento de colheita de dados aplicado às puérperas (Apêndice A) contempla na sua estrutura a escala de perceção do controlo de sentimentos durante o parto (*Labour Agency Scale - LAS*). A pontuação total da escala LAS, pode variar entre 29 e 203. A uma pontuação

mais baixa, corresponde uma experiência mais positiva, indicando um controlo eficaz durante o trabalho de parto. Inversamente, uma pontuação mais elevada, indica que o controlo durante o trabalho de parto foi menos eficaz. Assim, foi definido o seguinte indicador:

- Indicador: experiência positiva das Puérperas que utilizaram o Plano de Parto

Meta: Pontuação da Escala de LAS inferior a 75 pontos

Com a finalidade de atingir as metas delineadas, foram implementadas várias estratégias que irão ser enunciadas de seguida.

### **2.3 Estratégias utilizadas para implementar o projeto de intervenção**

O sucesso de um projeto de intervenção passa por uma boa organização das estratégias utilizadas para a sua implementação, sendo estas delineadas na fase metodológica. Fortin et al. (2009), consideram que o desenvolvimento do estudo depende das decisões tomadas na fase metodológica. Este subcapítulo descreve as estratégias e intervenções planeadas, com o intuito de promover o projeto de intervenção “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer” na maternidade do Hospital de Portalegre.

Presentemente nota-se ainda alguma renitência por parte dos profissionais de saúde que recebem os Planos de Parto, chegando mesmo a demonstrar sentimentos de desconfiança e insegurança durante o trabalho de parto (Sodré, Bonadio, Jesus & Merighi, 2010). É necessário inculcar nos profissionais a ideia de que o Plano de Parto não é um conjunto de exigências por parte do casal, mas sim um conjunto de preferências para o nascimento do seu filho. Neste sentido, de modo a fazer face a esta problemática na maternidade do Hospital de Portalegre, foi elaborada uma apresentação no *Microsoft Office Power Point 2007*® (Apêndice C) dirigida os enfermeiros ESMO do serviço e o respetivo plano de formação (Apêndice F).

Com o intuito de dar a conhecer às grávidas o projeto “Plano de Parto, uma forma consciente de Nascer” e de alguma forma elucidar as mesmas para a importância da

realização de um Plano de Parto, foi efetuada uma apresentação através do *Microsoft Office Power Point 2007*® (Apêndice G), cujo plano de sessão de formação corresponde ao apêndice H. Foi também fornecido a cada grávida o Guia Informativo para a elaboração do Plano de Parto (Apêndice I), assim como o Plano de Parto Tabela (Apêndice J) construídos pela mestranda para promover o projeto na maternidade. Estes dois documentos (Apêndice I e J) foram também disponibilizados na sala de enfermagem das consultas externas da maternidade para que outras grávidas tivessem acesso aos mesmos. O Guia Informativo para a elaboração do Plano de Parto (Apêndice I), como o próprio nome indica, baseia-se num guião para a elaboração do Plano de Parto onde estão implícitas as opções que o serviço de ginecologia e obstetrícia em causa pode oferecer durante o trabalho de parto. O Plano de Parto Tabela (Apêndice J) foi o modelo escolhido para ser utilizado na maternidade do HDJMG, uma vez que, para além de ser simples de elaborar, também permite uma leitura rápida por parte de quem o lê. Apesar de se optar por elaborar um modelo de Plano de Parto Tabela, foi dada oportunidade a todas as grávidas a possibilidade de construírem o seu próprio modelo.

### **3. EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Terminada a fase de planeamento, o investigador pode passar à fase de ação propriamente dita. Contudo, a realização de um projeto académico numa instituição tem de estar devidamente aprovada, tanto pela instituição responsável pela intervenção, como pela instituição na qual ser alvo da intervenção (Nunes, 2013).

#### **3.1 Diligências preliminares**

Para dar início à intervenção propriamente dita, tornou-se necessário tratar de alguns procedimentos burocráticos junto das entidades envolvidas no processo. Como referem Fortin et al (2009), o investigador, previamente ao início da investigação, deve solicitar os pedidos de autorização às instituições envolvidas no projeto. No caso concreto, foi necessário pedir autorizações para a execução da intervenção na Universidade de Évora e na ULSNA. Como explicitam Fortin et al. (2009), nas investigações que envolvam seres humanos, devem ser certificadas com parecer da comissão de ética de todas as entidades envolvidas.

Na Universidade de Évora foram efetuados dois pedidos formais, de forma a obter parecer positivo para a realização do projeto. Inicialmente, foi entregue o Modelo T005 (Anexo E) via *online* nos Serviços Académicos, e incluía a Proposta do Trabalho de Projeto a esta instituição. A aprovação deste projeto pode ser consultada no Anexo F. Posteriormente foi solicitado um pedido à Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar (Anexo G) através de um modelo próprio designado para o efeito, na mesma instituição, e obteve-se parecer positivo como se pode visualizar no anexo H. Concomitantemente, foi também solicitado à Professora Doutora Ana Frias, que orientasse o respetivo projeto. O anexo I corresponde à aceitação da orientação por parte da professora orientadora. Durante todo o projeto foram estabelecidas várias reuniões informais, presenciais e à distância, com a mesma, para orientação do percurso de construção do projeto, da execução da intervenção e da

elaboração do relatório.

Também para obter parecer favorável para a realização do projeto na ULSNA, tornou-se necessário efetuar um pedido formal ao conselho de administração e comissão de ética da ULSNA (Anexo J) para a realização do projeto de intervenção na maternidade Dr. Francisco Feitinha. Esta atividade teve como objetivo obter parecer favorável para a realização do projeto e para obter autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados aos inquiridos.

Com o objetivo de dar a conhecer o projeto ao diretor do serviço e Enf.<sup>a</sup> Chefe do serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA foi realizada uma reunião informal com os mesmos, de forma a apresentar-lhes o projeto.

Durante todo o processo, foi efetuada pesquisa bibliográfica em literatura branca e cinzenta, em diversas bases de dados de modo a enriquecer conhecimentos acerca da temática em estudo.

### **3.2 Recursos materiais e custos envolvidos na execução da intervenção**

Durante as fases de preparação, intervenção e de relatório do projeto, foram vários os recursos materiais envolvidos. Primeiramente, e com o objetivo de aprofundar conhecimentos acerca da temática escolhida foi utilizado diverso material informático, como computadores e material de *Hardware*, e utilizados para pesquisa informática em diversas bases de dados. Para realização das sessões de formação foi utilizada a sala multiusos do serviço de obstetrícia bem como a televisão e respetivo computador para exibir as sessões de formação através do *Microsoft Office Power Point 2007*®. Para o agrupamento e análise estatística dos dados foi utilizado o programa estatístico *Software IBM*® *SPSS*®, versão 22. Para apresentação dos dados obtidos, foi utilizado o *Microsoft Office Excel 2007*® para apresentação dos dados em tabelas e figuras ilustrativas.

Os custos envolvidos na execução do projeto foram exclusivamente a cargo da mestranda. As despesas com o projeto prenderam-se essencialmente com a impressão dos guias informativos para a elaboração do Plano de Parto, do Plano de Parto Tabela,

dos questionários e do respetivo consentimento informado. Foi também adquirida pela mestrandia literatura indispensável à realização do relatório. Não se averiguaram custos para os participantes ou a cargo da instituição

### **3.3 Concretização das ações**

Após efetuados todos os pedidos de autorização e formalidades burocráticas às entidades envolvidas pôde dar-se início às atividades estabelecidas na planificação do projeto.

Como já relatado anteriormente e com o objetivo de dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem ESMO, e ao mesmo tempo sensibilizar a mesma para a importância da temática do mesmo, foi efetuada uma sessão formativa (Apêndice C) realizada na sala multiusos do serviço de obstetria e ginecologia do HDJMG no dia 30 de Março de 2017, na qual participaram todos os enfermeiros ESMO do serviço. Nesta mesma data, foi aplicado um instrumento de colheita de dados em forma de questionário (Apêndice B) e o respetivo consentimento informado (Apêndice K) para aplicação dos instrumentos de colheita de dados. Quando se aplicam instrumentos para obter dados num estudo, o investigador deve ter autorização de cada um dos participantes para os aplicar (Fortin et al., 2009). Também as instituições devem desenvolver condições que fomentem a investigação de uma forma responsável, priorizando a perfeição, a segurança e a legalidade (Lima & Pacheco, 2006).

Tal como enunciado previamente, com a finalidade de dar a conhecer o projeto às grávidas, foi entregue o guia informativo para a construção do Plano de Parto (Apêndice I) e o Plano de Parto Tabela (Apêndice J) às grávidas de termo que frequentavam a consulta de obstetria e que se deslocavam ao serviço para vigilância do bem-estar fetal através da realização de cardiotocografia. Foram também fornecidos os mesmos documentos às grávidas nas aulas de Preparação para o Parto.

Foram realizadas um total de 4 sessões de formação para as grávidas que frequentaram as aulas de preparação para o parto na maternidade Dr. Francisco Feitinha,



utilizando uma apresentação no *Microsoft Office Power Point 2007®* (Apêndice G). As sessões foram realizadas nos dias 31 de Março, 26 de Abril, 25 de Maio, e 14 de Junho de 2017, às quais compareceram respetivamente 5, 7, 11 e 7 grávidas. No final de cada sessão, foi demonstrada disponibilidade às grávidas por parte da enfermeira promotora do projeto, para a execução do Plano de Parte pelas mesmas.

No pós-parto, durante o internamento, foi aplicado um instrumento de colheita de dados (Apêndice A) às puérperas, de acordo com os critérios estabelecidos inicialmente. De acordo com Fortin et al. (2009) o investigador deve verificar se o instrumento de colheita de dados é fiel e válido. Previamente à aplicação do questionário às puérperas foi efetuado o pré-teste dos mesmos, tendo sido aplicado o questionário a uma amostra de 19 puérperas. O pré-teste permite verificar os inquiridos compreendem aquilo que lhes é perguntado, se não existe nenhuma questão desnecessária, e por outro lado, se todos os inquiridos compreendem o que lhes é questionado da mesma forma (Sousa & Baptista, 2011). Após o pré-teste foram efetuadas as alterações necessárias, assegurando a validade e a precisão. Foi calculado o *Alpha de Cronbach* para esta amostra (tabela 5). Para Pestana e Gageiro (2008), esta medida é das mais utilizadas para mensurar a consistência de um grupo de variáveis.

**Tabela 5. *Alpha de Cronbach***

Alfa de Cronbach	Número de itens
,867	29

O Alpha de Cronbach de 0,867, indica que a escala [Labour Agency Scale, de H.Hodnett e Simmons-Tropea (1987)], adaptada em português por Frias (2010) com um total de 29 itens utilizada no questionário às puérperas, infere que o instrumento de colheita de dados em causa tem uma boa consistência interna. Conjuntamente com a aplicação do instrumento de colheita de dados às puérperas foi-lhes exposto o respetivo consentimento informado (Apêndice L) de forma a respeitar os procedimentos éticos da investigação.

Terminado o processo de recolha de dados, tornou-se imperativo proceder à organização dos mesmos. Para agrupamento e organização dos dados recorreu-se ao programa estatístico IBM® SPSS®, versão 22. Posteriormente procedeu-se à interpretação dos resultados obtidos. Fortin et al. (2009), consideram que esta etapa exige por parte do investigador extrema reflexão e crítica de todo o processo de investigação.

Para finalizar todo o processo, serão divulgados os resultados do estudo à equipa de enfermagem, bem como à coordenação do serviço (Enfermeira Chefe e Diretora do Serviço). Segundo Doré e Goulet (2000), citados por Fortin et al. (2009, p.499), *a comunicação é uma ação que consiste em transmitir os resultados de uma investigação no âmbito de um congresso ou de encontros científicos*. Após a defesa pública da tese de mestrado, pretende-se divulgar os resultados obtidos através de uma sessão de formação utilizando o *Microsoft Office Power Point 2007® no serviço de obstetrícia e ginecologia do HDJMG* e publicar um artigo relatando o projeto em causa numa revista científica.

### **3.4 Aplicação da Intervenção a longo prazo**

Posteriormente à divulgação dos resultados da investigação e evidenciado que a utilização do Plano de Parto, ou pelo menos o conhecimento acerca do mesmo pelas puérperas, contribui para a sua perceção de controlo de sentimentos positivos durante o processo de parto, tornou-se imperativo implementar a intervenção no serviço.

Assim, a partir do mês de Setembro de 2017, continuou a ser divulgado o projeto nas aulas de preparação para o parto através da apresentação no *Microsoft Office Power Point* elaborada para o efeito (Apêndice G). Concomitantemente, foram também disponibilizados o guia informativo para a elaboração do Plano de Parto (Apêndice I) e o Plano de Parto Tabela (Apêndice J), na sala de enfermagem onde se realizam os exames de cardiocografia e a avaliação de enfermagem às grávidas que precede a consulta de risco ou de termo de obstetrícia.

## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A fase final de um projeto é de extrema importância para a avaliação do mesmo, uma vez que permite ao investigador, refletir acerca de todas as atividades realizadas, com a finalidade de implementar esse mesmo projeto. É nesta fase, que o investigador tenta prever as consequências do mesmo, na comunidade para a qual foi dirigido esse mesmo projeto (Fortin et al., 2009). Os indicadores de avaliação pré estabelecidos na fase de planeamento da intervenção auxiliam o investigador na avaliação do trabalho desenvolvido.

### 4.1 Avaliação dos Indicadores pré-estabelecidos na fase de planeamento

Terminada a recolha e análise dos dados obtidos, torna-se imperioso verificar se as metas estabelecidas na fase de planeamento do projeto foram alcançadas.

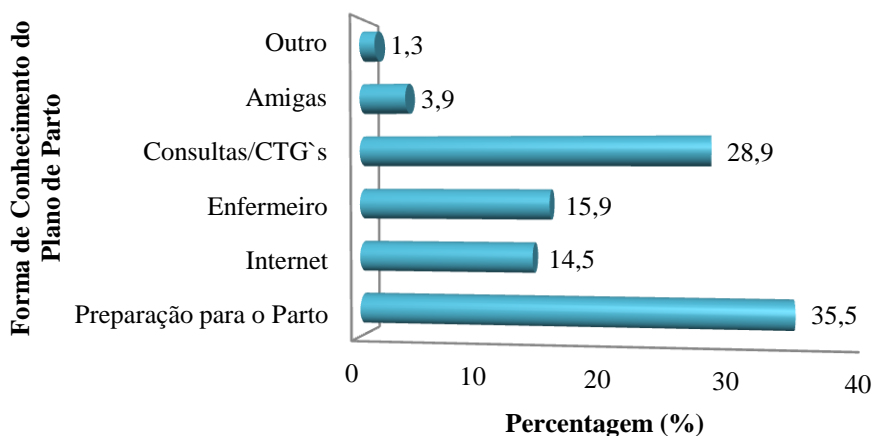
Relativamente ao primeiro indicador, que delineava como meta que mais que 50% das puérperas inquiridas conhecessem o Plano de Parto, verifica-se que este foi superado. Quando questionadas as parturientes se sabiam o que era o Plano de Parto, cerca de 58,6% (65 puérperas), responderam afirmativamente, e as restantes 41,4% (46 puérperas) referiram não conhecer o Plano de Parto (*tabela 6*).

**Tabela 6. Conhecimento do Plano de Parto**

	Puérperas (Fr)	Percentagem (%)
Sim	65	58,6
Não	46	41,4
Total	111	100,0

Às 65 puérperas que conheciam o Plano de Parto, foi-lhes questionado como tinham tido conhecimento da existência do mesmo, tendo-se obtido um total de 76 respostas, uma vez que a resposta a esta questão admitia várias opções. O gráfico seguinte (*figura 12*) mostra a forma de como as puérperas tiveram conhecimento do

Plano de Parto.



**Figura 12. Gráfico da forma de conhecimento do Plano de Parto**

Com base na observação do gráfico acima, verifica-se que a grande maioria das puérperas que teve conhecimento do Plano de Parto, adquiriu esse conhecimento nas aulas de preparação para o parto (35,5%) e nas consultas de Obstetrícia e realização de exames cardiotocográficos no HDJMG (28,9%). Para obter estes resultados, contribuíram as estratégias de divulgação implementadas, tais como as sessões de formação (Apêndice G) realizadas nas aulas de preparação para o parto às grávidas, e, o guia informativo para a execução do Plano de Parto (Apêndice I) distribuído na sala de enfermagem utilizada para a realização de exames cardiotocográficos e onde concomitantemente é realizada a avaliação de enfermagem que precede a consulta de obstetrícia de termo.

No que concerne ao segundo indicador em que se estabeleceu que pelo menos 20% das puérperas que conhecessem o Plano de Parto realizassem o mesmo, verifica-se que este foi dominado. No entanto, embora tenha existido um esforço por parte da mestranda em dar a conhecer o Plano de Parto e incentivar a execução do mesmo por parte das puérperas, apenas 20% das puérperas que conheciam o Plano de Parto realizaram o mesmo, tal como enuncia a *tabela 7*.

**Tabela 7. Utilização do Plano de Parto**

	Puérperas (n.º)	Porcentagem (%)
Utilização	13	20,0
Não utilização	52	80,0
Total	65	100,0

No que concerne ao terceiro indicador, que estabeleceu como meta que dos 13 enfermeiros ESMO, 80% assistisse à sessão de formação (Apêndice C) para divulgação do projeto este foi superado em grande escala, uma vez que todos eles (ou seja, 100%) assistiram à formação.

O quarto e último indicador, que definia que as 13 puérperas que utilizaram o Plano de Parto tivessem a perceção de uma experiência positiva do trabalho de parto (com pontuação da escala de LAS inferior a 75 pontos) foi dominado, tal como se pode visualizar nos resultados da *tabela 8* ( $M=72,08$ ;  $df=26,409$ ;  $Min.=36$ ;  $Máx.=124$ ).

**Tabela 8. LAS Score das Puérperas que utilizaram o Plano de Parto**

Utilização do Plano de Parto	Média	N	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sim	72,08	13	26,409	36	124
Não	79,42	52	23,886	41	132
Total	77,95	65	24,376	36	132

## 4.2 Análise e discussão dos resultados

Como referem Pereira, Alves e Nunes (2009), ultimamente, os enfermeiros têm produzido investigação da qual resulta uma evolução na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população. Cada vez mais, os enfermeiros orientam a sua conduta baseando-se na evidência científica, e, como investigadores, também eles

geram conhecimento científico (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

Tal como enunciado anteriormente, o instrumento de colheita de dados aplicado às puérperas, para além de dar conhecimento ao investigador da caracterização sociodemográfica e obstétrica das inquiridas, e também do conhecimento e utilização do Plano de Parto pelas mesmas, permitiu avaliar a sua perceção do controlo de sentimentos durante o parto. Para fazer esta avaliação foi utilizada a Labour Agency Scale (H.Hodnett e Simmons-Tropea, 1987), adaptada em português por Frias (2010).

Para utilização da escala de LAS foi solicitada previamente, à autora que validou a escala na língua portuguesa, a autorização para a sua utilização (Anexo K). Esta escala pretende avaliar a perceção materna do controlo de sentimentos, durante a experiência de nascimento. Esta escala, é constituída por 29 itens, na qual se solicita à puérpera que responda a cada item consoante o seu grau de conformidade com as afirmações expostas. A escala é organizada num formato tipo Likert. A escala de Likert é bipolar, medindo ou uma resposta positiva ou negativa a uma afirmação. A escala de LAS é organizada em sete pontos, que varia entre o ponto 1, com conotação positiva (“quase sempre”) e o ponto 7, com conotação negativa (“raramente”). Os pontos de 2 a 6 representam graus de concordância intermédia (2 e 3 são pontos de conotação positiva, 5 e 6 são pontos de conotação negativa, o ponto 4 é de conotação neutra). Esta escala apresenta 14 itens configurados de forma positiva, e os restantes 15 de forma negativa. Deste modo, as afirmações configuradas na negativa são revertidas, assumindo o “raramente” a pontuação 1 e “quase sempre” assume a pontuação 7. Ao somar a resposta a cada item, obtemos os resultados da aplicação da escala, sendo que a uma pontuação mais baixa, corresponde uma experiência mais positiva e um nível eficaz de controlo durante o trabalho de parto.

Como referido anteriormente, para avaliar a perceção das puérperas no que diz respeito à experiência de parto, recorreu-se à escala LAS. Analisando os resultados implícitos na *tabela 9*, verifica-se que as questões em que as puérperas apresentaram maior grau de concordância foram as questões “apercebi-me do que estava a acontecer” (1,68), “senti que os outros se preocupavam comigo” (1,69), e, “tive um pleno conhecimento de tudo o que estava a acontecer” (1,93). Pelo contrário, as questões em

que as puérperas ostentaram um menor grau de concordância foram as questões “tudo me pareceu obscuro e irreal” (6,32) e “senti uma sensação de conflito” (6,22).

**Tabela 9. Média da Escala de LAS**

LAS	N	Média
1. Senti-me desajeitada.	111	5,62
2. Tive sensações de grande esforço.	111	4,32
3. Senti-me satisfeita com o meu desempenho no trabalho de parto.	111	2,77
4. Senti-me outra pessoa ou outra coisa a carregar o trabalho de parto.	111	5,19
5. Apercebi-me do que estava a acontecer.	111	1,68
6. Tive um sentimento de sucesso.	111	2,51
7. Tive um pleno conhecimento de tudo o que estava a acontecer.	111	1,93
8. Senti-me aterrorizada.	111	5,33
9. Senti-me relaxada.	111	4,58
10. Desconhecia o que ia acontecer a seguir.	111	5,44
11. Mantive-me controlada.	111	3,25
12. Senti-me vitoriosa.	111	3,03
13. Pareceu-me que corria tudo mal.	111	5,72
14. Senti-me impotente.	111	5,33
15. Senti-me muito ansiosa.	111	3,11
16. Senti que os outros se preocupavam comigo.	111	1,69
17. Senti-me muito responsável.	111	2,12
18. Senti-me competente.	111	2,85
19. Senti-me presa e encurralada.	111	5,81
20. Tudo o que se passou no trabalho de parto fazia sentido.	111	2,13
21. Negocieei durante o trabalho de parto.	111	5,66
22. Senti-me descontrolada.	111	5,86
23. Senti uma sensação de conflito.	111	6,22
24. Senti-me colaborante e recetiva.	111	2,41
25. Senti-me incompleta como se estivesse a partir-me aos bocados.	111	5,29
26. Senti-me importante.	111	3,59
27. Tudo me pareceu obscuro e irreal.	111	6,32
28. Senti-me incapaz.	111	5,80
29. Senti-me insegura.	111	5,46

Após aplicação do instrumento de colheita de dados às puérperas (Apêndice A), foi criada uma nova variável que exprime a pontuação da escala de LAS. A essa variável

foi atribuída a designação de *LAS Score*.

A *tabela 10*, indica que a pontuação mínima da aplicação da escala LAS a toda amostra de puérperas (111) foi de 32, e a pontuação máxima foi de 141. A média da *LAS Score* foi de 79,36, o que indica uma experiência convenientemente boa da experiência de parto.

**Tabela 10. Estatística descritiva da LAS Score relativamente à amostra total de puérperas**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
LAS Score	111	32	141	79,36	25,579

Com a finalidade de verificar se havia diferenças na *LAS Score* pelas puérperas que foram pela primeira vez mães e das puérperas que já tinham sido mães anteriormente, foi aplicado o teste *t de Student* para amostras independentes, obtendo-se os resultados visíveis nas *tabelas 11 e 12*. Segundo Pestana e Gageiro (2008), o teste *t de Student* deve ser utilizado em amostras de dimensão superior a 30. Para os mesmos autores, o teste *t* relaciona a existência ou não de diferenças entre dois grupos da amostra.

**Tabela 11. Média e Desvio Padrão da LAS Score das puérperas que foram mães pela primeira vez e das puérperas que não foram mães pela primeira vez**

Primeira vez que foi mãe	N	Média (M)	Desvio Padrão (df)	Erro padrão da média
LAS Score Sim	44	79,25	28,698	4,326
LAS Score Não	67	79,43	23,535	2,875

Observando a *tabela 11* verifica-se que as puérperas que foram mães pela primeira vez apresentam uma média da percepção da experiência de parto de 79,25 ( $N=44$ ;  $df=28,698$ ), e as puérperas que não foram mães pela primeira vez apresentam uma média de 79,43 ( $N=67$ ;  $df=23,535$ ).



Para comparação dos dois grupos levantou-se a seguinte Hipótese Nula (H0): “não há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as puérperas que foram mães pela primeira vez e as puérperas que não foram mães pela primeira vez”. Como Hipótese Alternativa (H1) foi definida a seguinte “há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as puérperas que foram mães pela primeira vez e as puérperas que não foram mães pela primeira vez”.

**Tabela 12. Relação das puérperas que foram mães pela primeira vez e das puérperas que não foram mães pela primeira vez relativamente à LAS Score**

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias							
		Z	Sig.	T	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença		
										Inferior	Superior
LAS Score	Variâncias iguais assumidas	3,708	,057	-,037	109	,971	-,183	4,986	-10,065	9,700	
	Variâncias iguais não assumidas			-,035	79,295	,972	-,183	5,195	-10,522	10,156	

Como referido anteriormente, a *tabela 12* mostra o resultado do teste *t* de *Student* para amostras independentes. A coluna Sig. apresenta os resultados do teste de Levene que testa a homogeneidade das variâncias. Este teste determina qual dos valores do teste *t* apresentados na coluna Sig.(2-extremidades) deverá ser utilizado. Caso o valor da coluna sig. seja superior a 0,05 deveremos ter em conta o valor da primeira linha da coluna Sig.(2-extremidades). Por outro lado, caso o valor do teste de Levene seja igual ou inferior a 0,05 deveremos atentar no valor da segunda linha da coluna Sig.(2-extremidades). Após determinar qual o valor da coluna Sig.(2-extremidades) a ter em conta, este valor foi analisado para determinar se existiam diferenças significativas entre as variáveis. Para ser considerado existir uma diferença significativa entre as variáveis os seus valores na coluna Sig.(2-extremidades) teriam que ser iguais ou inferiores a 0,05. Considerando a *tabela 12*, e observando que o nível de significância do teste de

Levene é superior a 0,05 (Sig.=0,057) deveremos atentar o valor da primeira linha da coluna Sig.(2-extremidades).Uma vez que o valor de Sig.(2-extremidades) é de 0,971 aceita-se a hipótese HO, ou seja, “não há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as puérperas que foram mães pela primeira vez e as puérperas que não foram mães pela primeira vez” ( $t=-0,037$ ;  $df=109$ ;  $p=0,971$ ).

Para verificar se existiam diferenças de médias na percepção da experiência de parto conforme o tipo de parto foi aplicado o teste *One-Way Anova*. Pestana e Gageiro (2008), referem que este teste permite comparar a média de duas ou mais variáveis em simultâneo. Observando a *tabela 13* verifica-se que as puérperas que tiveram um parto eutócico ( $N=49$ ;  $M=74,47$ ;  $df=22,142$ ) apresentam uma média da percepção da experiência de parto mais positiva do que as puérperas submetidas a um parto distócico, seja ele por cesariana ( $N=36$ ;  $M=83,25$ ;  $df=26,484$ ), ventosa ( $N=24$ ;  $M=81,33$ ;  $df=30,011$ ) ou fórceps ( $N=2$ ;  $M=105,50$ ;  $df=0,707$ ).

**Tabela 13. Média e Desvio Padrão da LAS Score conforme o Tipo de Parto**

	N	Média	Desvio Padrão
Eutócico	49	74,47	22,142
Cesariana	36	83,25	26,484
Ventosa	24	81,33	30,011
Fórceps	2	105,50	,707
Total	111	79,36	25,579

Os estudos realizados por Bacha, Grassioto, Cacique, Machado, Fonsechi-Carvasan e Souza (2017) e Silva (2015), confirmam os dados enunciados na tabela anterior, relatando que no parto eutócico há uma maior satisfação com a experiência de parto, e, por sua vez a percepção dessa experiência pelas puérperas é mais positiva.

Para comparação dos quatro grupos levantou-se a seguinte Hipótese Nula (H0): “não há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre os diferentes tipos de parto”. Como Hipótese Alternativa (H1) foi definida a seguinte “há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre os diferentes tipos de parto”.

**Tabela 14. Relação entre o tipo de parto e a LAS Score**

	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	3176,798	3	1058,933	1,647	,183
Nos grupos	68796,787	107	642,961		
Total	71973,586	110			

Perante os resultados provenientes da *tabela 14*, em que  $p > 0,05$  ( $p = 0,183$ ;  $df = 3$ ) aceita-se a hipótese  $H_0$ , ou seja, “não há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre os diferentes tipos de parto” ( $df = 3$ ;  $p = 0,183$ ).

Para aferir se existiam diferenças de médias na percepção da experiência de parto perante as diferentes formas de conhecimento do Plano de Parto foi aplicado o teste *One-Way Anova*. Os resultados encontrados estão representados na *tabela 15*.

Como relatado anteriormente, as puérperas inquiridas tiveram conhecimento da existência do Plano de Parto nas aulas de preparação para o parto, através da internet, do enfermeiro, através de amigas, nas consultas de obstetrícia e realização de CTG's, entre outras. Com a finalidade de verificar se havia diferenças na experiência de parto das puérperas perante as diferentes formas de conhecimento do Plano de Parto levantou-se a seguinte Hipótese Nula ( $H_0$ ): “não há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as diferentes formas de conhecimento do Plano de Parto”. Como Hipótese Alternativa ( $H_1$ ) foi definida a seguinte “há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as diferentes formas de conhecimento do Plano de Parto”.

Ao analisarmos a *tabela 15*, constatamos que apenas existem diferenças significativas na percepção da experiência de parto pelas puérperas que tiveram conhecimento do Plano de Parto nas aulas de preparação para o parto, pois  $p < 0,05$  ( $df = 45$ ;  $p = 0,043$ ). Frias (2014) e Pereira (2016) consideram que os cursos de preparação para o parto levam a um aumento da satisfação materna com a experiência de parto.

Ferguson, Davis e Browne (2013), realizaram uma revisão estruturada da literatura

pesquisando em diversas bases de dados (Ovid Medline, CINAHL, Cochrane e Web of Knowledge), e, identificaram que as aulas de preparação para o nascimento podem ter alguns efeitos positivos sobre o trabalho de parto e nascimento. Catling et al. (2015), realizaram uma revisão sistemática da literatura acerca dos cursos de preparação para o parto, e chegaram à conclusão que não existem diferenças significativas na satisfação das mulheres que realizam estas aulas em grupo ou individualmente, contudo, as que participam nas aulas de preparação para o parto em grupo, apresentam níveis de satisfação mais positivos do que as que realizam as mesmas aulas individualmente.

**Tabela 15. Relação entre as diferentes formas de conhecimento do Plano de Parto e a LAS Score**

Conhecimento do Plano de Parto		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Preparação para o Parto	Entre Grupos	13,118	45	,292	2,077	,043
	Nos grupos	2,667	19	,140		
	Total	15,785	64			
Internet	Entre Grupos	5,305	45	,118	,584	,930
	Nos grupos	3,833	19	,202		
	Total	9,138	64			
Enfermeiro	Entre Grupos	6,618	45	,147	,882	,647
	Nos grupos	3,167	19	,167		
	Total	9,785	64			
Consultas e CTG's	Entre Grupos	9,721	45	,216	,849	,683
	Nos grupos	4,833	19	,254		
	Total	14,554	64			
Amigas	Entre Grupos	2,362	45	,052	1,994	,052
	Nos grupos	,500	19	,026		
	Total	2,862	64			
Outra	Entre Grupos	,485	45	,011	,409	,993
	Nos grupos	,500	19	,026		
	Total	,985	64			

Com o objetivo de verificar se havia diferenças na percepção com a experiência de parto, pelas puérperas que tinham conhecimento do Plano de Parto e das puérperas que não tinham conhecimento do Plano de Parto, foi aplicado o teste *t* de *Student* para amostras independentes, obtendo-se os resultados visíveis nas *tabelas 16 e 17*.

**Tabela 16. Média e Desvio Padrão da LAS Score das puérperas que tinham conhecimento da definição de Plano de Parto e das puérperas que não tinham conhecimento da definição de Plano de Parto**

Definição de Plano de Parto		N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
LAS Score	Sim	65	77,95	24,376	3,023
	Não	46	81,35	27,340	4,031

Observando a *tabela 16* verifica-se que as puérperas que tinham conhecimento da definição de Plano de Parto apresentam uma média da *LAS Score* de 77,95 ( $N=65$ ;  $df=24,376$ ), e as puérperas que não tinham conhecimento da definição de Plano de Parto apresentam uma média de 81,35 ( $N=46$ ;  $df=81,35$ ).

Para comparação dos dois grupos levantou-se a seguinte Hipótese Nula ( $H_0$ ): “não há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as puérperas que tinham conhecimento da definição de Plano de Parto e das puérperas que não tinham conhecimento do Plano de Parto”. Como Hipótese Alternativa ( $H_1$ ) foi definida a seguinte “há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as puérperas que tinham conhecimento da definição de Plano de Parto e das puérperas que não tinham conhecimento do Plano de Parto”.

Como referido previamente, a *tabela 17* mostra o resultado do teste *t* de *Student* para amostras independentes. Considerando esta tabela, e observando que o nível de significância do teste de Levene é superior a 0,05 ( $Sig.=0,341$ ) deveremos considerar o valor da primeira linha da coluna  $Sig.(2-extremidades)$ . Uma vez que o valor de  $Sig.(2-extremidades)$  é de 0,494 aceita-se a hipótese  $H_0$ , ou seja, “não há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as puérperas que tinham conhecimento da definição de Plano de Parto e das puérperas que não tinham

conhecimento da definição de Plano de Parto ” ( $t=-0,687$ ;  $df=109$ ;  $p=0,494$ ).

**Tabela 17. Relação das puérperas que tinham conhecimento do Plano de Parto e das puérperas que não tinham conhecimento do Plano de Parto relativamente à LAS Score**

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
LAS Score	Variâncias iguais assumidas	,915	,341	-,687	109	,494	-3,394	4,940	-13,186	6,398
	Variâncias iguais não assumidas			-,674	89,872	,502	-3,394	5,039	-13,405	6,617

Com o intuito de verificar se havia diferenças na percepção com a experiência de parto, pelas puérperas que utilizaram o Plano de Parto e das puérperas que não utilizaram o Plano de Parto, foi aplicado o teste  $t$  de *Student*. Os resultados obtidos podem ser visualizados nas *tabelas 18 e 19*.

**Tabela 18. Média e Desvio Padrão da LAS Score pelas puérperas que utilizaram Plano de Parto e das puérperas que não utilizaram Plano de Parto**

Utilização do Plano de Parto		N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
LAS Score	Sim	13	72,08	26,409	7,324
	Não	52	79,42	23,886	3,312

Observando a *tabela 18* verifica-se que as puérperas que utilizaram o Plano de Parto apresentam uma média da percepção da experiência de parto mais positiva ( $N=13$ ;  $M=72,08$ ;  $df=26,409$ ), do que as puérperas que não utilizaram o Plano de Parto ( $N=52$ ;

$M=79,42$ ;  $df=23,886$ ). Para comparação dos dois grupos enunciou-se a seguinte Hipótese Nula (H0): “não há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as puérperas que utilizaram o Plano de Parto e as puérperas que não utilizaram o Plano de Parto”. Como Hipótese Alternativa (H1) foi definida a seguinte “há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as puérperas que utilizaram o Plano de Parto e as puérperas que não utilizaram o Plano de Parto”.

**Tabela 19. Relação das puérperas que utilizaram Plano de Parto e das puérperas que não utilizaram Plano de Parto relativamente à LAS Score**

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
LAS Score	Variâncias iguais assumidas	,118	,732	-,971	63	,335	-7,346	7,562	-22,457	7,765
	Variâncias iguais não assumidas			-,914	17,241	,373	-7,346	8,039	-24,288	9,596

Considerando a *tabela 19*, e observando que o nível de significância do teste de Levene é superior a 0,05 (Sig.=0,732) deveremos considerar o valor da primeira linha da coluna Sig.(2-extremidades).Uma vez que o valor de Sig.(2-extremidades) é de 0,335 aceita-se a hipótese HO, ou seja, “não há diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as puérperas que utilizaram o Plano de Parto e as puérperas que não utilizaram o Plano de Parto ” ( $t=-0,971$ ;  $df=63$ ;  $p=0,335$ ).

Embora se tenha verificado que não existem diferenças significativas na percepção da experiência de parto entre as puérperas que conheciam/não conheciam o Plano de Parto e as puérperas que utilizaram/não utilizaram o Plano de Parto, as que pelo menos conheciam o plano de parto e as que utilizaram o Plano de Parto têm uma

média da experiência de parto mais positiva (*tabelas 16 e 18*).

Concomitantemente ao recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012), a equipa de enfermagem, especialista em saúde materna e obstetrícia da maternidade do hospital de Portalegre, refere orientar a sua prática, sempre que possível, no respeito pelo Plano de Parto elaborado pelas parturientes a que prestam cuidados. A aplicação do instrumento de colheita de dados aos enfermeiros ESMO (Apêndice B) da maternidade Dr. Francisco Feitinha, permitiu perceber que todos eles, perante uma grávida que se apresente com um Plano de Parto, terão uma conduta pertinente e que vai ao encontro àquilo que são as competências específicas do enfermeiro ESMO, relativamente ao Plano de Parto. Os 13 enfermeiros ESMO responderam que sempre que possível, iriam guiar a sua prática no sentido de respeitar as preferências da grávida. No mesmo questionário, este grupo de profissionais foi inquirido se a implementação de uma metodologia de Plano de Parto Tipo no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA iria facilitar a comunicação com a grávida/casal, ao que todos responderam afirmativamente. Das 13 puérperas que utilizaram o Plano de Parto, a grande maioria (12 puérperas) refere que o mesmo foi respeitado pelos profissionais de saúde, tal como se pode verificar observando a figura seguinte (*figura 13*).



**Figura 13.** Gráfico da Distribuição do Respeito/Não respeito do Plano de Parto pelos Profissionais de Saúde

Apenas uma puérpera refere que o Plano de Parto não foi respeitado, explicando



que o profissional de saúde não leu o Plano de Parto. É relevante referenciar que apesar da condução do trabalho de parto desta parturiente ter sido realizado por uma enfermeira, o parto foi realizado por um médico, uma vez que foi um parto distócico por ventosa. Como referem Graça e Clode (2010), o parto por ventosa deve ser realizado por um obstetra diferenciado na sua utilização.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de parto, além de promover a humanização dos cuidados no âmbito da Saúde Materna, traz qualidade para o serviço que o utiliza, já que acolhe as preferências informadas da parturiente (Cecato, 2016). Considerando o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2010), o EESMO deve, no período pré-natal, *promover o Plano de Parto, aconselhar e apoiar a mulher na sua decisão* (H2.1.9). O mesmo documento refere que é competência do EESMO, durante o trabalho de parto, *atuar de acordo com o Plano de Parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado* (H3.1.1). Partindo deste pressuposto, este projeto surgiu no sentido de incentivar a utilização do Plano de Parto na maternidade do Hospital de Portalegre por parte das parturientes, bem como de promover a aceitação e divulgação desta realidade por parte dos EESMO prestadores de cuidados neste serviço.

Com o projeto “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”, a mestranda esperou de alguma forma, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e para a satisfação das puérperas na maternidade do HDJMG. Este projeto visou desenvolver uma metodologia de cuidados à parturiente, promovendo a utilização do Plano Parto. Foram realizadas sessões formativas às grávidas nesta maternidade e entregues guias informativos acerca da temática. Foi também realizada uma formação aos EESMO do serviço com o objetivo de divulgar o projeto aos mesmos. Posteriormente, foi avaliada a experiência de parto pelas puérperas através da *Labour Agency Scale*.

Apesar de já há alguns anos a utilização do Plano de Parto se demonstrar uma prática a incentivar no âmbito da saúde materna e obstétrica, ainda há poucas mulheres a terem conhecimento do mesmo (58,6% da amostra) e ainda são poucas as que o utilizam (na amostra do estudo apenas 20% das puérperas que conheciam o plano de parto o utilizaram). Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de maior divulgação do Plano de Parto perante as mulheres e, de um esclarecimento de dúvidas acerca do Plano de Parto diante dos profissionais.

Quando relacionamos a utilização do Plano de Parto com a experiência de nascimento, verificamos que as mulheres que utilizaram o Plano de Parto têm uma experiência de Parto mais positiva (*LAS Score=72,08*) do que as mulheres que não utilizaram o mesmo (*LAS Score=79,42*).

A construção de um Plano de Parto Tabela, trouxe, na opinião da mestranda um grande benefício à implementação do projeto de intervenção, uma vez que todas as grávidas que realizaram Plano de Parto, utilizaram este instrumento de trabalho quando realizaram o seu próprio plano. Apesar disso, e sem se afirmar com firmeza, pensa-se que se em substituição do Plano de Parto Tabela se tivesse utilizado o Plano de Parto Estruturante, a adesão ao projeto por parte das grávidas teria sido maior, uma vez que neste modelo, as opções estão implícitas no documento. A opção de estabelecer um Plano de Parto Tabela Tipo para ser utilizado pelas grávidas na maternidade Dr. Francisco Feitinha prendeu-se com o facto deste tipo de Plano de Parto ser de leitura fácil e rápida, e ao mesmo tempo dar liberdade de expressão ao casal grávido (Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto, 2015).

Espera-se preservar o projeto em causa na maternidade do HDJMG, uma vez que a execução do Plano de Parto permite a escolha informada das preferências do nascimento com base nas informações fornecidas e na reflexão conjunta da mulher com o profissional de saúde (Sodré, Merighi e Bonadio, 2012). Por esse motivo, torna-se fundamental manter as sessões de formação acerca do Plano de Parto às grávidas interessadas na sua execução e colaborar com as mesmas na sua elaboração. Após diálogo com o Conselho de Administração da ULSNA pretende-se estender esta sessão formativa às grávidas nos diferentes Centros de Saúde. Os resultados obtidos permitem afirmar que apenas existem diferenças significativas na experiência de parto, nas mulheres que tiveram conhecimento do Plano de Parto nas aulas de preparação para o parto (*Sig.=0,043*). É incluída nos padrões de qualidade da enfermagem de saúde materna e obstétrica a taxa de grávidas que frequentaram as aulas de preparação para o parto e elaboraram o plano de parto (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O plano de parto é um conjunto de preferências que a grávida manifesta para o seu trabalho de parto, o que não significa que tudo o que foi escrito por esta seja

obrigatoriamente cumprido, contudo, caso não seja possível satisfazê-lo, todas as outras opções devem ser discutidas e comunicadas à mesma. Por vezes, os profissionais de saúde revelam renitência à adoção das novas evidências nas suas práticas, pelo que se tornará necessário elucidar os mesmos para a aceitabilidade pelo Plano de Parto, e, ao mesmo tempo o tornarem uma prática corrente a incentivar na sua conduta na assistência à grávida. Como refere Vieira (2012), atualmente os planos de parto não são uma novidade, contudo tem sido difícil o cumprimento dos mesmos pelos profissionais de saúde, uma vez que a sua prática profissional está ainda muito presente o modelo biomédico, em que a experiência, as rotinas e os protocolos são ainda uma constante. No presente projeto verificou-se que apenas um dos Planos de Parto executados pelas mulheres não foi cumprido (sendo o tipo de parto em causa um parto distócico por ventosa). Pretende-se, a partir deste pressuposto investir também nas sessões formativas aos profissionais de saúde da maternidade do Hospital de Portalegre (não só aos EESMO, mas também à equipa médica). Este investimento tornar-se-á um desafio, uma vez que a grande maioria dos obstetras a exercer nesta maternidade fazem-no em regime de prestação de serviços, o que implica que haja uma rotatividade da equipa médica extremamente elevada.

A pesquisa bibliográfica efetuada para a elaboração deste projeto de intervenção e para a redação deste relatório, enriqueceu e aumentou as competências pessoais e profissionais da mestranda. Para além disso, permitiu a mesma aprofundar conhecimentos informáticos ao nível *Microsoft Office Excel, Power Point e Word 2007®*. O programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, evidenciou-se quase que como uma novidade para a mestranda, uma vez que era um programa quase desconhecido para a mesma, no entanto, com algum empenho e dedicação, conseguiu-se de alguma forma aplicar o mesmo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2012). *Regras essenciais de estilo da APA/American Psychological Association* (6. ed.). (D. Bueno, Trad.). Porto Alegre: Penso Editora, Lda. (Obra original publicada em 2010).
- Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto (2015). *O Plano de Parto, Ou Plano de Nascimento, Ou Plano de Preferências de Parto*. Recuperado a 5/FEV/2017 de Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto <http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf>
- Attanasio, L., McPherson, M. & Kozhimannil, K. (2013). Positive Childbirth Experiences in US Hospitals: A Mixed Methods Analysis. *Maternal & Child Health Journal*, 18(5), 1280-1290p.
- Bacha, A., Grassiotto, O., Cacique, D., Machado, H., Fonsechi-Carvasan, G. & Souza, C. (2017). Parto normal ou cesárea: a influência do tipo de parto desejado na satisfação materna quanto à assistência hospitalar ao nascimento. *Revista de Administração em Saúde*, v.17 (66) Recolhido a 31/AGO/2017 de <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/9/26>
- Barradas, A., Torgal, A., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., ... Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Burcher, P. (2013). The Ulysses contract in obstetrics: a woman's choices before and during labour. *Journal of Medical Ethics*, 39(1), 27-30p.

- Carlo, W. & Travers, C. (2016). Mortalidade materna e neonatal: hora de agir. *Jornal de Pediatria*, 92(6), 543-545p.
- Catling, J., Medley, N., Foureur, M., Ryan, C., Leap, N., Teate, A. & Homer, E. (2015). *Group versus conventional antenatal care for pregnant women (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews: London
- Cecato, Y. (2016). *Elaboração do Plano de Parto em uma unidade básica de saúde: Relato de Experiência*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a Desigualdade: da evidência à ação*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa
- Cook, K. & Loomi, C. (2012); The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168p.
- Correia, R. (2011). O desafio da humanização do parto em Portugal: questões essenciais na atualidade. Recuperado 2/AGO/2017 de <http://eces.revues.org/1240>
- Cortés, M., Barranco, D., Roche, M. & Jordana, M. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-526p.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5(2), 159-187p.

- DeBaets, A. (2016). From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 216 (1), 31.e1-31.e4p.
- Dias, M. & Domingues, R. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10 (3), 699-705p.
- Duarte, M. (2014). Processo de Cuidados do Enfermeiro e Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Convalescença. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto
- Farahat, A., Mohamed, H., Elkader, S., & El-Nemer, A. (2015). Effect of Implementing a Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Practice*, 6(6), 24-31p.
- Ferguson, S., Davis, D., & Browne, J. (2013). Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women and Birth*, 26, e5-e8.
- Fortin, M., Côte, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata
- Frias, A. (2010). *Fazer um Ser pelo Nascer: a influência da Preparação Psicoprofilática no Nascimento*. Tese de Doutoramento. Universidade de Évora.
- Frias, A. (2014). Concepção pedagógica dos cursos de Preparação Psicoprofilática para o Nascimento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 139-148p.

- Freitas, M. & Baptista, M. (2016). Adaptação à Vida Extrauterina: Cuidados Imediatos ao Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.486-491). Lisboa: Lidel
- Graça, L. & Clode, N. (2010). *Ventosa Obstétrica*. In L. Graça (coord). *Medicina Materno-Fetal* (p.684-688). Lisboa: Lidel
- Hadar, E., Raban, O., Gal, B., Yogev, Y. & Melamed, M. (2012). Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(10), 2055–2057p.
- Henriques, C., Catarino, H. & Franco, J. (2012). Validação para a População Portuguesa da Escala - Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale (PEMS). *Medwave*, 12(9)
- Hill, M. & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário*. 2.ª edição. Lisboa: Edições Sílabo
- INE (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Lei n.º15/2014 de 21 de Março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República* 1.ª Série, N.º57 (21-03-2014). 2127-2131.
- Lima, J. & Pacheco, J. (2006). *Fazer Investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto: Porto Editora



Magoma, M., Requejo, J., Campbell, O., Cousens, S., Merialdi, M., & Filippi, V. (2013). The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Tropical Medicine & International Health*, 18(4), 435-443p.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Departamento de Enfermagem

Olmstead, S. (2017). Birth Plans Managing Patient`s expectations. *Contemporary Ob/Gyn*, v.62, 26-27p.

ONU (2010); Objetivos do Desenvolvimento do Milénio: Uma Breve Síntese.  
Recolhido a 8/DEZ/2016, de Organização das Nações Unidas  
<https://www.unric.org/html/portuguese/pdf/2010/MDGs-at-a-GlanceFINAL-pt.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Recolhido a 23/AGO/2017 de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). Parecer N.º 7 / 2012 Plano de Parto. Recolhido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_7\\_2012\\_Plano\\_de\\_parto.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016). Distribuição dos Membros ativos especialistas por género. Recolhido a 27/MAI/2017 de [http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016\\_Especialistas\\_00\\_Nacionais.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_Especialistas_00_Nacionais.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2017). Posição da MCEESMO sobre o movimento “Enfermeiros ESMO” Recolhido a 3/AGO/2017 de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/PosicaoMCEESMO\\_EnfermeirosESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/PosicaoMCEESMO_EnfermeirosESMO.pdf)

Pereira, V., Alves A. & Nunes, S. (2009). *Prémio de Investigação em Enfermagem Mariana Diniz de Sousa – 2008*. Loures: Lusociência

Pereira, M. (2016). Preparação para o Nascimento e Parentalidade. In M.Néné, R.Marques & M.Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.152-157). Lisboa:Lidel

Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. 5.ªedição. Lisboa: Edições Sílabo

Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. & Marques, R. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

PORDATA (2017). Taxa de Mortalidade Materna. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Recolhido a 13/SET/2017, de Base Dados de Portugal Contemporâneo <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

PORDATA (2017). Taxa de Mortalidade Perinatal. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Recolhido a 13/SET/2017, de Base Dados de Portugal Contemporâneo

<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

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

Silva, M. (2010). O papel da Enfermagem em Medicina Materno-Fetal. In L.Graça (Ed.). *Medicina Materno-Fetal* (p.162-167). Lisboa: Lidel

Silva, M. (2015). *Impacto do programa de preparação para a parentalidade na satisfação da mulher com o parto: gestão dos cuidados de saúde*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança

Silva, S., Silva, E., Souza, K. & Oliveira, D. (2015). Perfil de gestantes participantes de rodas de conversa sobre o plano de parto. *Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, 2 (1)*, 9-14p.

Sodré, T., Bonadio, I., Jesus, M. & Merighi, M. (2010). Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto e contexto de Enfermagem, Florianópolis, 19(3)*, 452-460p.

Sodré, T., Merighi, M. & Bonadio, I. (2012). Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciências, Cuidados & Saúde, 11*, 115-120p.

Sousa, M. & Baptista, C. (2011). Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios. 3.<sup>a</sup> edição. Lisboa: Lidel

Souza, L., Araújo, D., Silva, D. & Bêrredo, V. (2014). Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciências & Cognição*, 19(2), 218-232p.

ULSNA (2017). Objeto e Área de Influência da ULSNA Recolhido a 19/JAN/2017, de Serviço Nacional de Saúde <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>

Varela, V. & Ferreira, M. (2014). *Projeto Maternidade com Qualidade - Resultados Ano 2014*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Vieira, M. (2012). *O Plano de Parto na prática do cuidar especializado*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa

Vieira, B. & Parizotto, A. (2013). Alterações Psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoesc & Ciência*, 4 (1), 79-90p.

Welsh, J. & Symon, A. (2014). Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives experiences. *Midwifery*, 30 (7), 885-91p

Whitford, H., Entwistle, V., Teijlingen, E., Aitchison, P., Davidson, T., Humphrey, T., & Tucker, J. (2014). Use of a Birth Plan within Woman-held Maternity Records: A Qualitative Study with Women and Staff in Northeast Scotland. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 41(3), 283-289p.

WHO (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization

WHO (2006). *Standards for maternal and neonatal care*. Geneva: World Health

## Organization

---

**ANEXOS**

Anexo A. Taxa de mortalidade materna 1960-2015

## Taxa de mortalidade materna

Taxa - Por cem mil

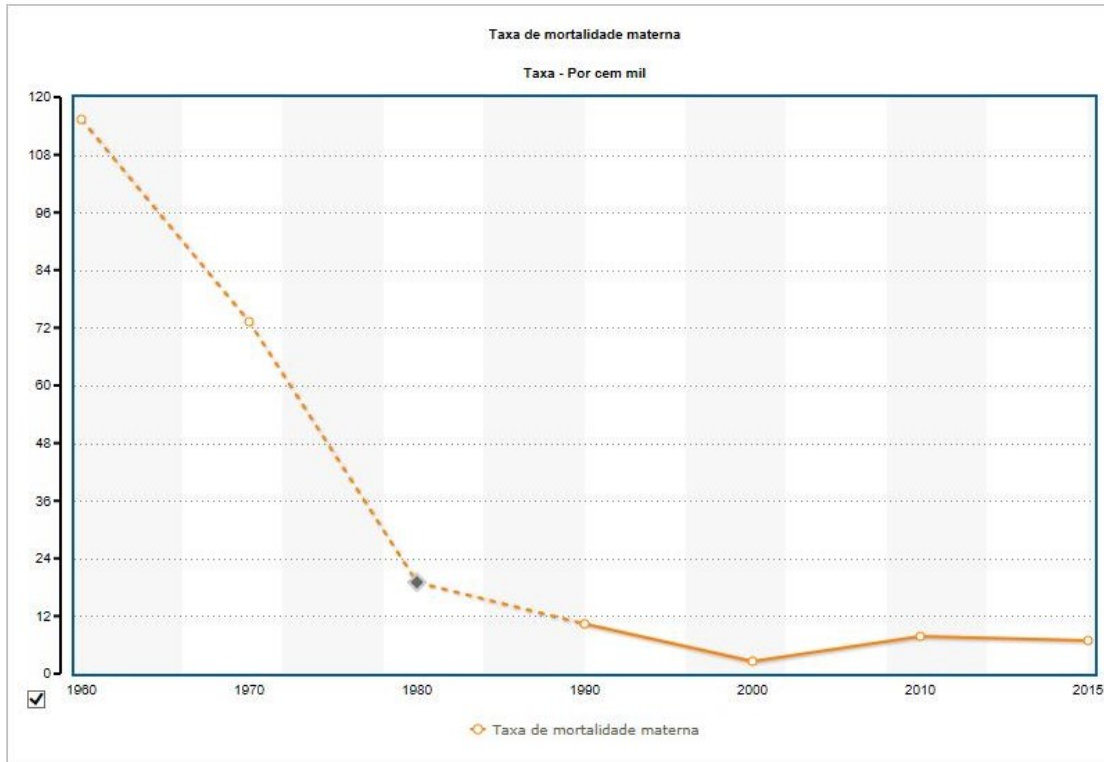
Anos	Taxa de mortalidade materna
1960	115,5
1970	73,4
1980	⊥ 19,0
1990	10,3
2000	2,5
2010	7,9
2015	Pro 7,0

**Taxa de mortalidade materna**  
Fontes de Dados: INE | DGS/MS - Óbitos por Causas de Morte | Estatísticas de Nados-Vivos  
Fonte: PORDATA  
Última actualização: 2017-04-10

### Simbologia

⊥	Quebra de série	Pro	Valor provisório
...	Confidencial	x	Valor não disponível
//	Não aplicável	f	Valor previsto
-	Ausência de valor	Rv	Valor revisto
Pre	Valor preliminar	e	Dado inferior a metade do módulo da unidade utilizada
§	Dado com coeficiente de variação elevado	(R)	Dados rectificad os pela entidade responsável





Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA

## Taxa de mortalidade materna

Âmbito geográfico: Portugal

Operação estatística: Óbitos por Causas de Morte | Estatísticas de Nados-Vivos

Tipo de operação estatística: Recenseamento (administrativo) | Recenseamento (directo)

Período ou momento de referência: Ano civil

Periodicidade: Anual (Óbitos por causas de morte) | Mensal/Anual (Estatísticas de nados-vivos)

Entidade responsável: INE | DGS/MS

### Conceitos

Nome	Descrição	Definição
Nado-Vivo	O nado-vivo é a criança que nasce com vida.	É a expulsão ou extracção completa, relativamente ao corpo materno e independentemente da duração da gravidez, do produto da fecundação que, após esta separação, respire ou manifeste quaisquer outros sinais de vida, tais como pulsações do coração ou do cordão umbilical ou contracção efectiva de qualquer músculo sujeito à acção da vontade, quer o cordão umbilical tenha sido cortado, quer não, e quer a placenta esteja ou não retida. (metainformação – INE)
Óbitos Maternos		Os nascimentos totais incluem o total de nados-vivos e de fetos-mortos. Óbitos de mulheres, ocorridos durante a gravidez ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo, independentemente da sua duração ou localização, devidos a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas em relação a ela, mas não devido a causas acidentais ou incidentais. (metainformação – INE)
Taxa de Mortalidade Materna	A taxa de mortalidade materna é o número de mortes de mulheres devido à gravidez, ao parto ou ao pós-parto por cada 100 mil crianças que nascem com vida.	Número de óbitos de mulheres devido a complicações da gravidez, do parto e de puerpério, observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados-vivos ou nascimentos totais do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de mulheres nestas condições, por 100 000 (10 <sup>5</sup> ) nados-vivos ou nascimentos totais). (metainformação – INE)

### Série

Série	Unidade de Medida	Tipo de Valor	Escala	Notas	Fórmula	Fórmula Matemática
Taxa de mortalidade materna		Taxa	%000		(Óbitos de mulheres devido a complicações da gravidez, do parto e de puerpério no ano civil / nados-vivos no ano civil) * 100000	$(Obm(0,t) / NV(0,t)) * 10^5$ Obm(0,t)= Óbitos de mulheres (devido a complicações da gravidez, do parto e de puerpério) entre os momentos 0 e t; NV(0,t)= Nados-vivos entre os momentos 0 e t; n= 5

### Notas de ano

Ano	Notas	Quebra de série
1980	Alteração do conceito de nado-vivo: de 1960 a 1979, considerando a impossibilidade de separar a informação de "Outras residências e ignoradas" em "Residências no estrangeiro" e "Residências ignoradas", o valor dos nados-vivos é idêntico ao Total Geral de nados-vivos ocorridos em Portugal independentemente do país de residência das mães; a partir de 1980 os valores incluem os nados-vivos de mães com residência em Portugal e com residência ignorada e excluem os nados-vivos de mães residentes no estrangeiro.	✓

### Fontes Secundárias

Taxa de mortalidade materna: para 1960 - 1985 a fonte é "SITSOC"

Anexo B. Taxa de mortalidade perinatal e neonatal 1960-2016

## Taxa de mortalidade perinatal e neonatal

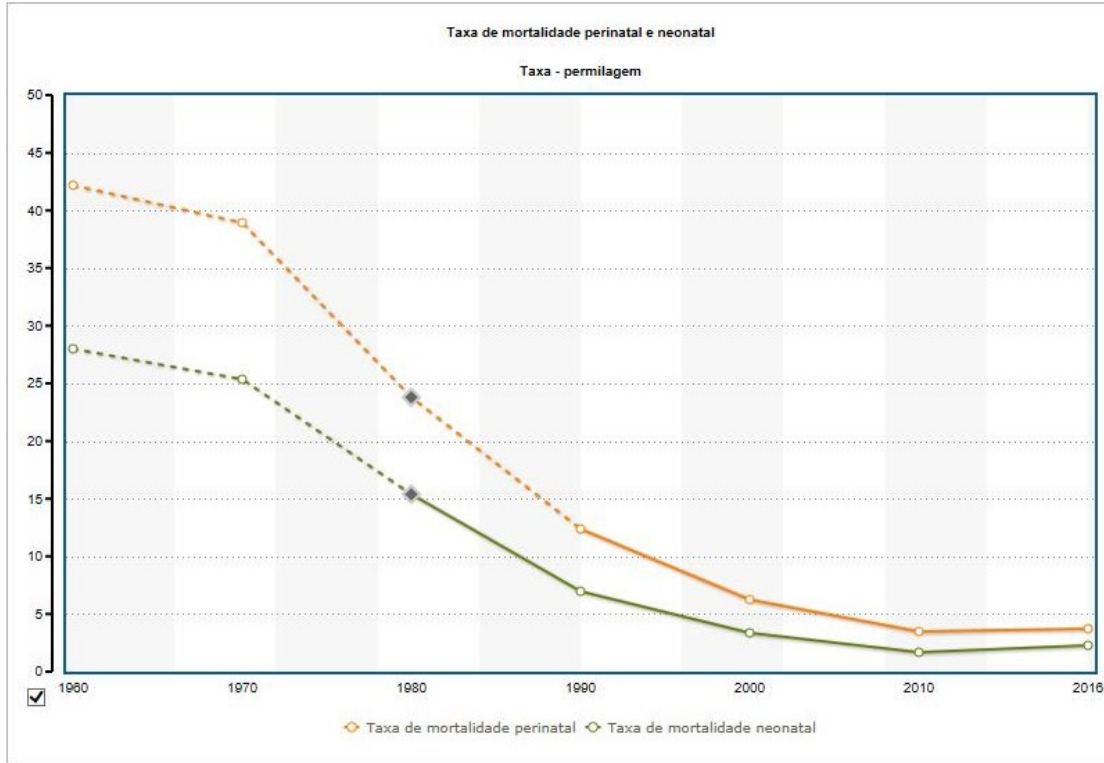
Taxa - ‰

Anos	Taxa de mortalidade perinatal	Taxa de mortalidade neonatal
1960	42,2	28,0
1970	38,9	25,4
1980	⊥ 23,8	⊥ 15,4
1990	12,4	6,9
2000	6,2	3,4
2010	3,5	1,7
2016	3,7	2,3

Taxa de mortalidade perinatal e neonatal  
Fontes de Dados: INE - Indicadores Demográficos  
Fonte: PORDATA  
Última actualização: 2017-05-02

### Simbologia

⊥	Quebra de série	Pro	Valor provisório
...	Confidencial	x	Valor não disponível
//	Não aplicável	f	Valor previsto
-	Ausência de valor	Rv	Valor revisto
Pre	Valor preliminar	e	Dado inferior a metade do módulo da unidade utilizada
§	Dado com coeficiente de variação elevado	(R)	Dados rectificadados pela entidade responsável



## Taxa de mortalidade perinatal e neonatal

Âmbito geográfico: Portugal

Operação estatística: Indicadores Demográficos

Tipo de operação estatística: Estudo estatístico

Periodicidade: Anual

Entidade responsável: INE

### Conceitos

Nome	Descrição	Definição
Taxa de Mortalidade Neonatal	A taxa de mortalidade neonatal é o número de crianças que morre antes de completar 28 dias de idade por cada 1000 crianças nascidas com vida.	Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados-vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade por 1000 (10 <sup>3</sup> ) nados-vivos). (metainformação – INE)
Taxa de Mortalidade Perinatal	A taxa de mortalidade perinatal é o número de fetos-mortos a partir das 28 semanas de gravidez e de mortes de crianças até uma semana de idade por cada 1000 nascimentos.	Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados-vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade por 1000 (10 <sup>3</sup> ) nados-vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas). (metainformação – INE)

### Série

Série	Unidade de Medida	Tipo de Valor	Escala	Notas	Fórmula	Fórmula Matemática
Taxa de mortalidade perinatal		Taxa	‰		[(Óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação no ano civil + Óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias no ano civil) / (Nados-vivos no ano civil + Óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação no ano civil)] * 1000	$[(FM+28(0,t)+Ob-7d(0,t)) / (NV(0,t)+ FM+28(0,t))] * 10^4n$ FM+28(0,t)= Fetos mortos de 28 ou mais semanas, entre os momentos 0 e t; Ob-7d(0,t)= Óbitos de nados vivos com menos de 7 dias, entre os momentos 0 e t; NV(0,t)= Nados-vivos entre os momentos 0 e t; n= 3
Taxa de mortalidade neonatal		Taxa	‰		(Óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade no ano civil / Nados-vivos no ano civil) * 1000	$(Ob-28(0,t) / NV(0,t)) * 10^4n$ Ob-28(0,t)= Óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade, entre os momentos 0 e t; NV(0,t)= Nados-vivos entre os momentos 0 e t; n= 3

### Notas de ano

Ano	Notas	Quebra de série
1980	Alteração do conceito de nado-vivo: de 1960 a 1979, considerando a impossibilidade de separar a informação de "Outras residências e ignoradas" em "Residências no estrangeiro" e "Residências ignoradas", o valor dos nados-vivos é idêntico ao Total Geral de nados-vivos ocorridos em Portugal independentemente do país de residência das mães; a partir de 1980 os valores incluem os nados-vivos de mães com residência em Portugal e com residência ignorada e excluem os nados-vivos de mães residentes no estrangeiro.	✓

### Fontes Secundárias

Taxa de mortalidade perinatal: para 1960 - 1975 a fonte é "SITSOC"

Taxa de mortalidade neonatal: para 1960 - 1975 a fonte é "SITSOC"

---

Anexo C. Monitorização de dados do serviço de Ginecologia/Obstetrícia da ULSNA em 2016

PRODUÇÃO OBSTETRÍCIA - Monitorização Mensal - DEZEMBRO 2016

CONTRATUALIZAÇÃO 2016

	Realizado DEZEMBRO 2015	Realizado DEZEMBRO 2016	Varição 2016/2015	Meta 2016	Tx Execução
<b>Consultas Externas - ULSNA</b>					
Nº Total Consultas Médicas	3.018	3.319	10,0%	3.015	110,1%
Primeiras Consultas	1.016	999	-1,7%	1.065	93,8%
Consultas Subsequentes	2.002	2.320	15,9%	1.950	119,0%
<b>Consultas Externas - HDJMG</b>					
Nº Total Consultas Médicas	2.020	2.375	17,6%	1.950	121,8%
Primeiras Consultas	686	686	0,0%	720	95,3%
Consultas Subsequentes	1.334	1.689	26,6%	1.230	137,3%
<b>Consultas Externas - HSLE</b>					
Nº Total Consultas Médicas	983	933	-5,1%	1.030	90,6%
Primeiras Consultas	323	305	-5,6%	330	92,4%
Consultas Subsequentes	660	628	-4,8%	700	89,7%
<b>Consultas Externas - CSP</b>					
Nº Total Consultas Médicas	15	11	-26,7%	35	31,4%
Primeiras Consultas	7	8	14,3%	15	53,3%
Consultas Subsequentes	8	3	-62,5%	20	15,0%
<b>Internamento - Obstetrícia</b>					
Lotação	9	9	0,0%	9	100,0%
Doentes Saídos	729	681	-6,6%	730	93,3%
Transferências Internas	3	1	-66,7%	3	33,3%
Dias Internamento	2.093	1.935	-7,5%	2.090	92,6%
Dias Internamento (Saídos)	2.089	1.944	-6,9%	2.090	93,0%
Demora Média	2,85	2,85	-0,1%	2,85	100,0%
Taxa Ocupação	63,71	58,74	-7,8%	63,45	92,6%
Doentes Saídos por Cama	81,33	75,78	-6,8%	81,44	93,0%
<b>Internamento - Recém Nascidos</b>					
Lotação	6	6	0,0%	6	100,0%
Doentes Saídos	473	454	-4,0%	475	95,6%
Transferências Internas	113	77	-31,9%	115	67,0%
Dias Internamento	1.348	1.213	-10,0%	1.350	89,9%
Dias Internamento (Saídos)	1.343	1.220	-9,2%	1.350	90,4%
Demora Média	2,29	2,30	0,3%	2,29	100,4%
Taxa Ocupação	61,55	55,24	-10,3%	61,48	89,9%
Doentes Saídos por Cama	97,67	88,50	-9,4%	98,33	90,0%
<b>Urgência Obstétrica</b>					
Nº Total Atendimentos	1.331	1.457	9,5%	950	153,4%
Nº Total Atendimentos (sem internamento)	895	976	9,1%	550	177,5%
<b>Programas de Saúde</b>					
<b>IG até 10 Semanas</b>					
IG até 10 semanas - N.º IG Medicamentosa em Amb.	137	116	-15,3%	130	89,2%
IG até 10 semanas - N.º IG Cirúrgica em Amb.	3	3	0,0%	3	100,0%
<b>Intervenções Cirúrgicas</b>					
Urgente	185	181	-2,2%	180	100,6%
<b>MCDT - Obstetrícia</b>					
CTG	3.552	2.168	-39,0%	3.500	61,9%
Amniocentese	7	6	-14,3%	15	40,0%
Ecografia 1º Trimestre	949	887	-6,5%	950	93,4%
Ecografia 2º Trimestre	596	560	-6,0%	600	93,3%
Ecografia 3º Trimestre	623	520	-16,5%	650	80,0%
Ecografia para perfil biofísico	32	22	-31,3%	30	73,3%
<b>Total</b>	<b>5.759</b>	<b>4.163</b>	<b>-27,7%</b>	<b>5.745</b>	<b>72,5%</b>
<b>Partos</b>					
Eutócico	326	277	-15,0%	300	92,3%
Distócico	210	216	2,9%	200	108,0%
Distócico - Cesariana	128	139	8,6%	120	115,8%
<b>Total Partos</b>	<b>536</b>	<b>493</b>	<b>-8,0%</b>	<b>500</b>	<b>98,6%</b>
% Partos por Cesariana	23,9%	28,2%	18,1%	24,0%	117,5%



## CONSULTAS OBSTETRÍCIA - Monitorização Mensal - DEZEMBRO 2016

CONTRATUALIZAÇÃO 2016

	Realizado DEZEMBRO 2015	Realizado DEZEMBRO 2016	Variação 2016/2015	Meta 2016	Tx Execução
<b>Consultas Externas - ULSNA</b>					
Nº Total Consultas Médicas	3.018	3.319	10,0%	3.015	110,1%
Primeiras Consultas	1.016	999	-1,7%	1.065	93,8%
Consultas Subsequentes	2.002	2.320	15,9%	1.950	119,0%
<b>Consultas Externas - HDJMG</b>					
Nº Total Consultas Médicas	2.020	2.375	17,6%	1.950	121,8%
Primeiras Consultas	686	686	0,0%	720	95,3%
Consultas Subsequentes	1.334	1.689	26,6%	1.230	137,3%
<b>Consultas Externas - HDJMG - Obstetrícia</b>					
Nº Total Consultas Médicas	624	782	25,3%	650	120,3%
Primeiras Consultas	226	243	7,5%	250	97,2%
Consultas Subsequentes	398	539	35,4%	400	134,8%
<b>Consultas Externas - Gravidez de Risco</b>					
Nº Total Consultas Médicas	1.061	1.255	18,3%	965	130,1%
Primeiras Consultas	264	260	-1,5%	265	98,1%
Consultas Subsequentes	797	995	24,8%	700	142,1%
<b>Consultas Externas - HDJMG - Planeamento Familiar - IVG</b>					
Nº Total Consultas Médicas	299	316	5,7%	290	109,0%
Primeiras Consultas	167	166	-0,6%	170	97,6%
Consultas Subsequentes	132	150	13,6%	120	125,0%
<b>Consultas Externas - HDJMG - Diagnóstico Pré-Natal</b>					
Nº Total Consultas Médicas	36	22	-38,9%	45	48,9%
Primeiras Consultas	29	17	-41,4%	35	48,6%
Consultas Subsequentes	7	5	-28,6%	10	50,0%
<b>Consultas Externas - HSLE - Obstetrícia</b>					
Nº Total Consultas Médicas	983	933	-5,1%	1.030	90,6%
Primeiras Consultas	323	305	-5,6%	330	92,4%
Consultas Subsequentes	660	628	-4,8%	700	89,7%
<b>Consultas Externas - CSP - Obstetrícia</b>					
Nº Total Consultas Médicas	15	11	-26,7%	35	31,4%
Primeiras Consultas	7	8	14,3%	15	53,3%
Consultas Subsequentes	8	3	-62,5%	20	15,0%
<b>% de Primeira Consultas</b>					
Obstetrícia	33,7%	30,1%	-10,6%	30%	100,3%
HDJMG	34,0%	28,9%	-14,9%	30%	96,3%
HSLE	32,9%	32,7%	-0,5%	30%	109,0%
CSP	46,7%	72,7%	55,8%	30%	242,4%

PRODUÇÃO GINECOLOGIA - Monitorização Mensal - DEZEMBRO 2016

CONTRATUALIZAÇÃO 2016

	Realizado DEZEMBRO 2015	Realizado DEZEMBRO 2016	Varição 2016/2015	Meta 2016	Tx Execução
<b>Consultas Externas - ULSNA</b>					
Nº Total Consultas Médicas	3.095	3.025	-2,3%	2.895	104,5%
Primeiras Consultas	1.125	1.121	-0,4%	1.045	107,3%
Consultas Subsequentes	1.970	1.904	-3,4%	1.850	102,9%
<b>Consultas Externas - HDJMG</b>					
Nº Total Consultas Médicas	2.255	2.114	-6,3%	2.025	104,4%
Primeiras Consultas	687	631	-8,2%	665	94,9%
Consultas Subsequentes	1.568	1.483	-5,4%	1.360	109,0%
<b>Consultas Externas - HSLE</b>					
Nº Total Consultas Médicas	776	764	-1,5%	795	96,1%
Primeiras Consultas	399	408	2,3%	345	118,3%
Consultas Subsequentes	377	356	-5,6%	450	79,1%
<b>Consultas Externas - CSP</b>					
Nº Total Consultas Médicas	64	147	129,7%	75	196,0%
Primeiras Consultas	39	82	110,3%	35	234,3%
Consultas Subsequentes	25	65	160,0%	40	162,5%
<b>Internamento - Ginecologia</b>					
Lotação	4	4	0,0%	4	100,0%
Doentes Saídos	230	182	-20,9%	240	75,8%
Transferências Internas	10	9	-10,0%	10	90,0%
Dias Internamento	987	683	-30,8%	990	69,0%
Dias Internamento (Saídos)	987	683	-30,8%	990	69,0%
Demora Média	4,11	3,58	-13,0%	3,96	90,3%
Taxa Ocupação	67,60	46,65	-31,0%	67,62	69,0%
Doentes Saídos por Cama	60,00	47,75	-20,4%	62,50	76,4%
<b>Hospital de Dia - Ginecologia/Obstetrícia</b>					
Nº Utentes	82	42	-48,8%	-	-
Nº Sessões	100	55	-45,0%	100	55,0%
<b>Intervenções Cirúrgicas</b>					
Electiva - Internamento	254	217	-14,6%	275	78,9%
Urgente	30	38	26,7%	35	108,6%
Electiva - Ambulatório	83	71	-14,5%	90	78,9%
<b>Total</b>	<b>367</b>	<b>326</b>	<b>-11,2%</b>	<b>400</b>	<b>81,5%</b>
% IC Ambulatório	24,6%	24,7%	0,1%	24,7%	100,0%
<b>MCDT - Ginecologia</b>					
Ecografias	959	902	-5,9%	960	94,0%
Biópsia	33	15	-54,5%	30	50,0%
Colposcopia	52	64	23,1%	50	128,0%
Histeroscopia	21	5	-76,2%	6	83,3%
Citologia	256	277	8,2%	260	106,5%
Colocação Implante Anti-Concepcional	74	103	39,2%	75	137,3%
Remoção Implante Anti-Concepcional	54	61	13,0%	55	110,9%
Outros	80	82	2,5%	80	102,5%
<b>TOTAL</b>	<b>1.529</b>	<b>1.509</b>	<b>-1,3%</b>	<b>55</b>	<b>2743,6%</b>

## CONSULTAS GINECOLOGIA - Monitorização Mensal - DEZEMBRO 2016

CONTRATUALIZAÇÃO 2016

	Realizado DEZEMBRO 2015	Realizado DEZEMBRO 2016	Variação 2016/2015	Meta 2016	Tx Execução
<b>Consultas Externas - ULSNA</b>					
Nº Total Consultas Médicas	3.095	3.025	-2,3%	2.895	104,5%
Primeiras Consultas	1.125	1.121	-0,4%	1.045	107,3%
Consultas Subsequentes	1.970	1.904	-3,4%	1.850	102,9%
<b>Consultas Externas - HDJMG</b>					
Nº Total Consultas Médicas	2.255	2.114	-6,3%	2.025	104,4%
Primeiras Consultas	687	631	-8,2%	665	94,9%
Consultas Subsequentes	1.568	1.483	-5,4%	1.360	109,0%
<b>Consultas Externas - HDJMG - Ginecologia</b>					
Nº Total Consultas Médicas	1.628	1.414	-13,1%	1.510	93,6%
Primeiras Consultas	524	446	-14,9%	510	87,5%
Consultas Subsequentes	1.104	968	-12,3%	1.000	96,8%
<b>Consultas Externas - Patologia Cervical</b>					
Nº Total Consultas Médicas	394	420	6,6%	290	144,8%
Primeiras Consultas	52	65	25,0%	50	130,0%
Consultas Subsequentes	342	355	3,8%	240	147,9%
<b>Consultas Externas - HDJMG - Planeamento Familiar</b>					
Nº Total Consultas Médicas	233	280	20,2%	225	124,4%
Primeiras Consultas	111	120	8,1%	105	114,3%
Consultas Subsequentes	122	160	31,1%	120	133,3%
<b>Consultas Externas - HSLE - Ginecologia</b>					
Nº Total Consultas Médicas	776	764	-1,5%	795	96,1%
Primeiras Consultas	399	408	2,3%	345	118,3%
Consultas Subsequentes	377	356	-5,6%	450	79,1%
<b>Consultas Externas - CSP - Ginecologia</b>					
Nº Total Consultas Médicas	64	147	129,7%	75	196,0%
Primeiras Consultas	39	82	110,3%	35	234,3%
Consultas Subsequentes	25	65	160,0%	40	162,5%
<b>% de Primeira Consultas</b>					
Ginecologia	36,3%	37,1%	2,0%	30%	123,5%
HDJMG	30,5%	29,8%	-2,0%	30%	99,5%
HSLE	51,4%	53,4%	3,9%	30%	178,0%
CSP	60,9%	55,8%	-8,5%	30%	185,9%

---

Anexo D. Distribuição dos EESMO inscritos na OE por género em 2016

## Ordem dos Enfermeiros

OEDATA em : 31-12-2016

Membros activos Especialistas



### Distribuição por Género

Especialidade	F	M	Total
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	2371	979	3 350
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE S. I. E PEDIÁTRICA	2145	146	2 291
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE S. M. E OBSTÉTRICA	2561	133	2 694
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	2355	780	3 135
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA COMUNIDADE	2122	357	2 479
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM S. M. E PSIQUIÁTRICA	1227	520	1 747
<b>TOTAL</b>	<b>12 781</b>	<b>2 915</b>	<b>15 696</b>

### Distribuição por Secção Regional

Especialidade	RA AÇORES	CENTRO	RA MADEIRA	NORTE	SUL	Total
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	43	691	145	1198	1273	3350
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE S. I. E PEDIÁTRICA	42	485	108	748	908	2291
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE S. M. E OBSTÉTRICA	76	585	91	897	1045	2694
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	72	761	83	1153	1066	3135
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	88	538	96	875	882	2479
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM S. M. E PSIQUIÁTRICA	45	425	83	516	678	1747
<b>TOTAL</b>	<b>366</b>	<b>3 485</b>	<b>606</b>	<b>5 387</b>	<b>5 852</b>	<b>15 696</b>





Serviços Académicos

Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado

**PROPOSTA DE PROJETO DE  
TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO**

**MODELO**

**T-005**

Ano Letivo:

2016 / 2017

**1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA**

Aprovado  Não aprovado

Fundamentação da não aprovação (Esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)**

Nada a opor.

Data: 15/11/2016 Assinatura: [Assinatura]

**3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE**

Nome Completo: Vânia Cristina Caldeira Paralta

Curso: Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Especialidade: Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia Número: m34600

Ciclo de Estudos:  3.º Ciclo  2.º Ciclo  Mestrado Integrado

**4. CONTACTOS DO ESTUDANTE**

Telef.: 965562199 E-mail: vania\_paralta@hotmail.com

**5. PROPOSTA**

Entrega de 1.º Projeto  Entrega de Projeto Reformulado  Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

Proposta de Alteração de Projeto

Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)

6.  7.  8.  9.  10.  11.  12.  13.

**6. TÍTULO DO TRABALHO**

Título em Português:

Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer

Título em Inglês:

Birth Plan, a Conscious Birth Form

**7. TIPO DE TRABALHO** (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)

APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:

- Tese **Formato da Tese:**  Dissertação sobre o tema de investigação  
 Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicitação escrita  
 Outros produtos da investigação realizada com memória justificativa e descritiva

PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:

- Dissertação  Estágio  Trabalho de Projeto

**8. LÍNGUA DE REDAÇÃO**

- Português  Inglês  
 Espanhol  Francês  
 Outra: \_\_\_\_\_

**9. ORIENTAÇÃO** (Anexar declaração de aceitação)Nome: Ana Maria Aguiar FriasUniversidade/Instituição: Universidade de ÉvoraTelef.: 966640111E-mail: anafrias@uevora.pt

Nome: \_\_\_\_\_

Universidade/Instituição: \_\_\_\_\_

Telef.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE**Área Disciplinar do Trabalho: Enfermagem de Saúde Materna e ObstetríciaPalavras-chave (5 palavras): Plano de Parto; Experiência de Parto; Processo de Nascimento**11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA**

A utilização do Plano de Parto durante o processo de Parto.

**12. RESUMO***Em anexo.***13. PLANO E CRONOGRAMA***Em anexo.***14. JUSTIFICAÇÃO DA ALTERAÇÃO PROPOSTA** (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)**15. DOCUMENTOS ANEXOS**

- Plano do Trabalho  
 Cronograma  
 Declaração de Orientador(es)  
 Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento  
*(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)*  
 Outros: Resumo; Pedido de auto

**16. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE**

Nos termos do Regulamento conducente ao **Grau de Doutor** ou **Grau de Mestre** em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. **Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado** (título, orientador, língua, etc.) **procederei nos termos do referido regulamento, entregando projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP..**

Data

11-11-2016

Assinatura

Vânia Cristina Caldeira Rocha**17. RESERVADO AOS SERVIÇOS**Receção  
(Data e Assinatura)Registo  
(Data e Assinatura)

Observações:



---

Anexo F. Comprovativo de inscrição em Relatório de Estágio – Universidade de Évora



## Comprovativo de inscrição em Relatório de Estágio

**Vânia Cristina Caldeira Paralta**, aluna nº **34600** da Universidade de Évora, no Mestrado de **Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (cód. 318)**, efectuou no dia **7/12/2016** - Ano letivo 2016/2017, o registo/inscrição no Relatório de Estágio, com o Título **Plano de Pano, um aforma COnciente de Nascer** sob orientação de Professor(a) Ana Maria Aguiar Frias da Universidade de Évora, a qual deverá ser concluída e entregue até dia **13/7/2017**.

Serviços Académicos da Universidade de Évora  
13 de julho de 2017

O funcionário

---

---

Anexo G. Pedido de avaliação do projeto à Comissão de Ética da Universidade de Évora

## Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-estar

### Pedido - Avaliação de Projetos

**Título do Projeto:**

Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer

---

**Nome do Investigador:**

Vânia Cristina Caldeira Paralta

[vania\\_paralta@hotmail.com](mailto:vania_paralta@hotmail.com)

---

**Nível de Investigação:** 2.º Ciclo: Relatório de Projeto do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

---

**Orientador do Projeto:**

Professora Doutora Ana Frias

---

**Resumo/Abstract: (aproximadamente 250 palavras)**

O projeto cujo título é o “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer” surge da realidade que nos chega nos dias de hoje às diversas maternidades do país.

O Plano de Parto (PP) assenta as preferências da grávida para o trabalho de parto, parto e pós-parto. Para (Lowdermilk, Perry, Cashion & Alden, 2013), o PP é um documento no qual os futuros pais registam as suas preferências para o parto, no entanto este deve ser encarado como provisório, uma vez que a realidade pode ser alterada à medida que o trabalho de parto evolui. Esta alteração leva muitas vezes à insatisfação das grávidas com a experiência do parto.

Este projeto vai tentar contornar esta problemática, uma vez que haverá disponibilidade prévia por parte da enfermeira promotora do projeto para colaborar no esclarecimento de dúvidas ao casal aquando a construção do seu plano de parto.

Assim, este projeto tem como objetivo geral desenvolver um modelo de PP na maternidade

do Hospital Dr. José Maria Grande (HDJMG), no sentido de promover a satisfação das mulheres durante o Trabalho de Parto e Parto, através da utilização do PP.

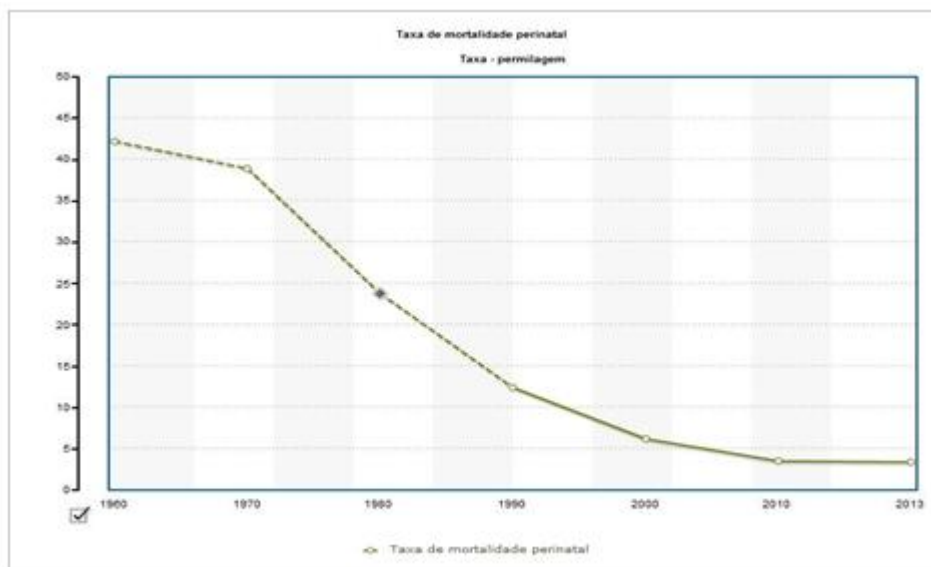
Vai ser aplicado um questionário às puérperas que utilizaram e que não utilizaram um PP, no período de tempo previsto no estudo na maternidade do HDJMG. O tratamento e análise dos dados, irá assentar numa abordagem quantitativa através de um estudo de caso descritivo, baseado na metodologia de Fortin (2009). Proceder-se-á à análise dos dados através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

## Fundamentação e Pertinência do Estudo

A redução da mortalidade materna e neonatal constituiu-se durante muitos anos como um desafio para os serviços de saúde a nível mundial. Felizmente, a implementação de práticas altamente técnicas e sofisticadas durante o parto vieram reduzir esses valores. Contudo, o fato do parto se tornar um evento mais intervencionista, destituiu a mulher do seu papel ativo, causando-lhe insatisfação e medo durante o trabalho de parto e parto.

Em Portugal, à semelhança da evolução que se tem vindo a registar na maioria dos países, os indicadores de saúde relativos à mortalidade perinatal e mortalidade materna, tem vindo a diminuir significativamente, tal como se pode constatar respetivamente nos gráficos 1 e 2.

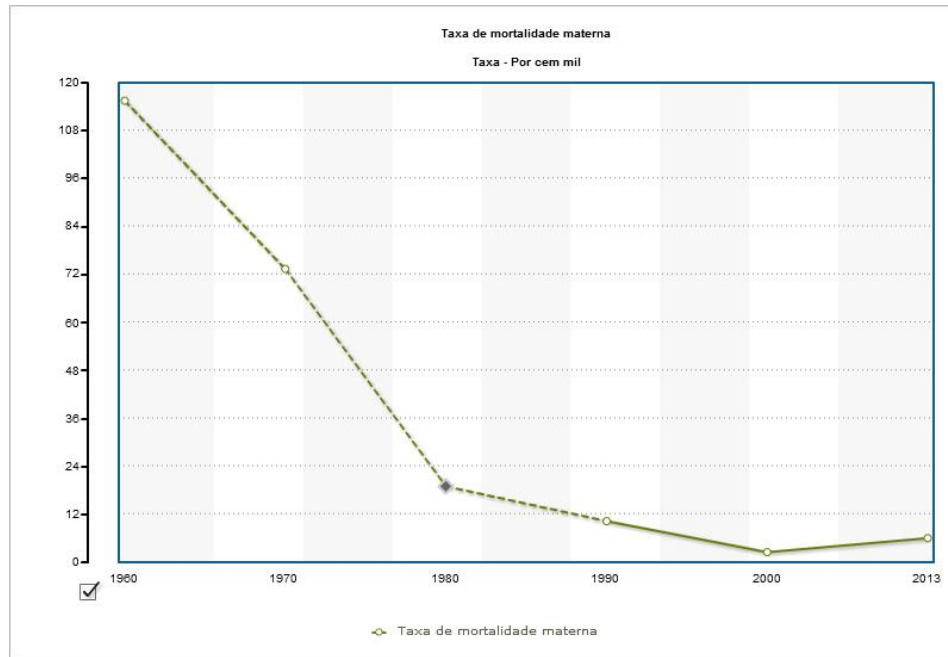
**Gráfico 1. Taxa de mortalidade perinatal em Portugal entre os anos de 1960 e 2013**



Fontes/Entidades: INE, Pordata

<http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

**Gráfico 2. Taxa de mortalidade materna em Portugal entre os anos de 1960 e 2013**



Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, Pordata

<http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

Com o intuito de aumentar as boas práticas de cuidados no parto e nascimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas em todo o mundo (WHO, 1996).

No caso português, a Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2012, publicou um documento, que surgiu de um Projeto intitulado “Pelo Direito ao Parto Normal: uma Visão Partilhada”, cujos objetivos são orientar e ajudar o EESMO a construir uma definição de parto normal e permitir consensos nas equipas promotoras de assistência ao parto (Pinheiro, Catarino, Leite, Freitas & Marques, 2012).

Numa altura em que a mulher está tão fragilizada, recorrer a práticas desnecessárias, sem que elas lhe sejam explicadas e sem recolher a sua opinião, pode ter como efeito tornar um momento mágico numa situação traumática e a não repetir. Para evitar estas situações constrangedoras, é normal que a futura mãe expresse por escrito que práticas deseja realizar e evitar durante o parto, deixando ao profissional a escolha da forma de atuar em caso de complicações. De fato, as sociedades científicas vão adequando os seus protocolos para englobarem estas recomendações e há uma consciencialização cada vez maior dos profissionais que acompanham a mulher. Segundo (Farahat, Mohamed, Elkader, & El-Nemer, 2015), no século passado, surgiu na Europa e América, o Plano de Parto (PP) com o intuito de dar resposta à crescente medicalização do parto.

Muitas das maternidades já implementaram na sua conduta um modelo de assistência personalizada e humanizada, o PP. De acordo com Whitford et al. (2014) e Magoma et al. (2013) o PP, é amplamente usado nas mais diversas localizações geográficas, como podemos constatar respetivamente nas populações da Escócia e da Tanzânia.

Em Portugal o PP é um instrumento recomendado pela ordem dos enfermeiros (Enfermeiros, 2012). De fato a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica emitiu mesmo um comunicado formal sobre a utilização do PP no Sistema Nacional de Saúde (e.g. Parecer nº7/2012). O EESMO deve colaborar na execução do mesmo, no sentido de salvaguardar a real e correta informação adquirida pelo casal relativamente a esta temática, estando deste modo a contribuir para a melhoria dos indicadores de qualidade propostos para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A excelência dos cuidados a prestar pelo EESMO na sala de parto exige a observação do PP apresentado pelos casais. O não cumprimento, sem justificação pertinente, da conduta relativa ao PP traçado pelo casal viola o Código Deontológico dos Enfermeiros.

Barradas et al (2015), consideram que caso a mulher não apresente PP, os profissionais de saúde devem incentivá-la a manifestar as suas escolhas. Segundo Hodnett et al (2012), citados por Barradas et al (2015, p.40), “há um poderoso efeito na satisfação da mulher e no progresso do trabalho de parto, quando a mulher se sente em controle e envolvida nas tomadas de decisão.”

Baseando-me na informação anterior, torna-se fundamental promover a utilização do PP no serviço de Internamento de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano – Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG), com o objetivo de aumentar a satisfação das mulheres relativamente ao processo de parto.

Na maternidade do HDJMG, instituição cuja área de abrangência se reporta ao distrito de Portalegre e onde em 2015 ocorreram quinhentos e trinta e seis partos (de acordo com recolha direta de registo no próprio hospital), o PP não está formalmente implementado, pelo que esta intervenção tem por finalidade, a longo prazo, desenvolver uma metodologia de cuidados à parturiente, através da elaboração de um modelo de PP tipo para utilização das parturientes nesta instituição.

Neste momento, a maternidade do HDJMG encontra-se integrada no projeto “Maternidade com Qualidade”. Este projeto, requer dos profissionais prestadores de cuidados, mais e melhores cuidados. Deste modo, a pertinência do estudo em causa, toma ainda mais relevo, uma vez que este projeto coloca a mulher/casal no centro das atenções.

## **Objectivo Geral**

Desenvolver um modelo de PP na maternidade do HDJMG

## Objetivos Específicos

- Dar a conhecer aos profissionais da maternidade do HDJMG o projeto relativamente à implementação do PP no serviço;
- Motivar os profissionais da maternidade do HDJMG a colaborarem na manutenção do projeto relativamente ao PP;
- Descrever a satisfação da parturiente face à utilização do PP na maternidade do HDJMG.

## Seleção da Amostra

Todas as grávidas enviadas à consulta de referenciação na maternidade do HDJMG, no período de tempo previsto no plano, que posteriormente pariram nesta maternidade e utilizaram ou não o PP.

## Procedimentos Metodológicos

**1. Elaboração do Projeto** – Deverá ser um projeto de intervenção na maternidade do HDJMG

**2. Diagnóstico da Situação** – Constata-se que o PP não está formalmente implementado neste serviço, pelo que este trabalho tem por finalidade, a longo prazo, desenvolver uma metodologia de cuidados à parturiente, através da elaboração de um modelo de PP tipo para utilização das parturientes nesta instituição.

**3. Apresentação do Projeto ao Serviço** – Primeiramente será apresentado o projeto ao diretor do serviço e à Enf.<sup>a</sup> Chefe. Posteriormente, está prevista uma sessão, em data a designar para dar a conhecer o projeto aos restantes enfermeiros.

**4. Execução das Atividades** – Para dar cumprimento ao planeado, estão previstas as seguintes atividades:

**4.1. Divulgação do projeto às grávidas** – Elaborar um documento informativo (tipo folheto), onde, de uma forma clara esteja descrito o que é o PP e o que se pretende com a sua aplicação na maternidade do HDJMG. Pretende-se entregar este documento no momento da consulta de referenciação. Por outro lado, esta intervenção irá também ser divulgada nas aulas de preparação para o parto.

**4.2. Selecionar a População Alvo** – Todas as grávidas enviadas à consulta de referenciação na maternidade do HDJMG, no período de tempo previsto no plano ou que frequentem as aulas de preparação para o parto nesse mesmo período.

**4.2.1. Selecionar a Amostra** – Todas as grávidas que irão parir nesta maternidade no período de tempo previsto no plano.

**4.3. Colheita de Dados** – Está prevista efetuar a colheita durante os meses Abril, Maio e Junho na maternidade do HDJMG, às puérperas que reúnam condições de serem incluídas na amostra. A colheita é feita através de um questionário.



**4.4. Tratamento dos Dados** – O tratamento dos dados recolhidos será efetuado utilizando o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

**5. Elaboração do Relatório** – Este relatório será sujeito a avaliação e posterior discussão e defesa, para atribuição do grau académico de mestre.

**6. Implementação do Projeto** - Pretende-se que após a sua discussão, seja apresentado à equipa da maternidade do HDJMG, para dar conhecimento dos resultados obtidos, para que seja posteriormente implementado no referido serviço, para dar cumprimento aos objetivos propostos.

#### **Instrumentos de avaliação:**

Como instrumento de colheita de dados irá ser aplicado um inquérito por questionário, orientado por três grupos de perguntas. Assim, o questionário estrutura-se da seguinte forma:

- Um primeiro grupo aborda questões que componham uma pequena caracterização dos elementos da amostra;
- Um segundo grupo, abrange questões relativamente aos antecedentes obstétricos das inquiridas e utilização do PP;
- No terceiro grupo, irá ser aplicado o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP).

#### **Recolha de dados:**

Os dados serão recolhidos na maternidade do HDJMG durante o período de estágio do investigador, entre Março e Maio de 2017. Posteriormente, proceder-se-á à introdução dos dados obtidos num software específico, o IBM SPSS Statistics, versão 22, de forma a efetuar a análise e discussão dos dados.

#### **Confidencialidade:**

Os questionários serão anónimos e de resposta rápida, e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados, no respeito pelos princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo

A caracterização dos inquiridos será realizada para que não seja possível o seu reconhecimento por outros. Na divulgação dos resultados da pesquisa, a identificação dos participantes não será divulgada, uma vez que os inquéritos são anónimos.

Os ficheiros de dados serão guardados pelo investigador e posteriormente destruídos.

## Consentimento Informado

Primeiramente irá ser efetuado um pedido de autorização ao presidente do conselho de administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) para a realização do estudo em causa.

De forma a obter o consentimento dos inquiridos, no início do questionário irá ser explicado que este é anónimo, de resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados no respeito pelos princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de intervenção.

## Referências

Barradas, A., Torgal, A., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., ... Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário e Experiência de Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 159-187.

Enfermeiros, O. (2012). PARECER N.º 7 / 2012 Plano de Parto. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_7\\_2012\\_Plano\\_de\\_parto.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf)

Farahat, A., Mohamed, H., Elkader, S., & El-Nemer, A. (2015). Effect of Implementing a Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Practice*, 6(6), 24-31.

Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência

INE. (2016). Taxa de Mortalidade Perinatal. Instituto Nacional de Estatística Retirado a 13/OUT/2016, de Instituto Nacional de Estatística <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

INE. (2016). Taxa de Mortalidade Materna. Instituto Nacional de Estatística Retirado a 13/OUT/2016, de Instituto Nacional de Estatística <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K. & Alden, K. (2013). *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*. 10ª Edição, Rio de Janeiro: Elsevier

Magoma, M., Requejo, J., Campbell, O., Cousens, S., Merialdi, M., & Filippi, V. (2013). The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Tropical Medicine & International Health*, 18(4), 435-443. doi:10.1111/tmi.12069

Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. & Marques, R. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Whitford, H., Entwistle, V., Teijlingen, E., Aitchison, P., Davidson, T., Humphrey, T., & Tucker, J. (2014). Use of a Birth Plan within Woman-held Maternity Records: A Qualitative Study with Women and Staff in Northeast Scotland. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 41(3), 283-289 287p. doi:10.1111/birt.12109

WHO (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization

#### **Documentos:**

1. Plano de realização do Projeto ( em Anexo)
2. Cronograma do Projeto (em Anexo)
3. Pedido de autorização à ULSNA para execução da intervenção (em Anexo)
4. Folheto informativo para as mães (em Execução)
5. Instrumento de colheita de dados (em Execução)

---

Anexo H. Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora para a realização do projeto



Documento

1	7	0	2	2
---	---	---	---	---

## **Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Armando Raimundo, Professor Doutor Luís Sebastião e Professora Doutora Felismina Mendes, deliberaram dar, na reunião do dia 11 de Abril de 2017, o Parecer Favorável para a realização do Projeto “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer” dos investigadores Vânia Cristina Caldeira Paralta e Ana Frias.

O Presidente da Comissão de Ética

---

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

---

Anexo I. Declaração de aceitação da orientação do projeto

### DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, definidos no artigo 22.º da Ordem de Serviço n.º 08/2013, de 23 de Maio, do Reitor da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do trabalho de Vânia Cristina Caldeira Paralta (aluna n.º m34600), conducente ao Relatório de **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**, sob o registo n.º R/B – CR-168/2009) na Direcção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da República Portuguesa, ao abrigo do Decreto-Lei nº 42/2005, de 22 de Fevereiro e do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março, alterado pelo do Decreto -Lei n.º 107/2008, de 25 de Junho.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das actividades desenvolvidas no âmbito técnico-profissional, subordinado à temática da área de especialização em **Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**, que versa sobre a problemática de “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer.”.

Por ser um trabalho credível e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 10 de Novembro de 2016

A Orientadora



---

Professora Doutora **Ana Maria Aguiar Frias**  
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de S. João de  
Deus/Universidade de Évora

---

Anexo J. Parecer do Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULSNA para realização do projeto



INFORMAÇÃO

N.º 3/2017, de 1 março

*Handwritten signature and date: 27/03/06*

De: Maria Luiza Lopes- Comissão de Ética

Para: Sr.º Presidente do Conselho de Administração- Dr.º Dorinda Calha

C/C:

ASSUNTO: "Plano de parto, uma forma consciente de nascer".

*Acta 10/2017  
Del. 49*

PARECER Realizado o Projeto de Intervenção "Plano de parto, uma forma consciente de nascer" pela Comissão de Ética, a mesma considerou de autorizar, o que a mesma cumprindo todos os requisitos em conformidade com o Regulamento de Mulher e de Grávidas do Serviço de Obstetrícia da Comissão de Ética.	DESPACHO/DELIBERAÇÃO ULSNA-EPE CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DORINDA CALHA, Presidente
	JORGE F. GOMES, Diretor Clínico
	ANTÓNIO MIRANDA, Enfermeiro Diretor
	RAQUEL BACHAREL BILH, Vogal Executivo
	JOAQUIM ARAÚJO, Vogal Executivo

A mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Vânia Cristina Caldeira Paralta, licenciada em Enfermagem a exercer funções no Serviço de Medicina Ala Direita do HDJMG, solicitou autorização para executar um Projeto de Intervenção no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA.

Junta a documentação sobre o estudo, cumpre então proceder à sua análise e informar o seguinte.

1- Enquadramento do estudo

O presente estudo tem o seu enquadramento na promoção da satisfação das mulheres durante o Trabalho de Parto e parto, através de um plano que agora se passará a explicar, encontrando a sua fundamentação no facto de se pretender um papel mais intervencionista da mulher durante o trabalho de parto e no parto.

2- Objetivos

2.1- Objetivo geral

Desenvolver um modelo de Plano de Parto e Parto, PP, na maternidade do HDJMG.

2.2- Objetivos específicos

- Dar a conhecer aos profissionais da maternidade do HDJMG o projeto relativamente à implementação do PP no serviço;
- Motivar os profissionais da maternidade do HDJMG a colaborarem na manutenção do projeto relativamente ao PP;
- Descrever a satisfação da parturiente face à utilização do PP na maternidade do HDJMG.

ULSNA-EPE  
 SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO  
 ENTRADA Nº 201607516 (10v.)  
 02/03/17  
 Sandra Oliveira

CES  
 22/2016  
*Handwritten signature*



### 3- População alvo

Todas as grávidas enviadas à consulta de referência na maternidade do HDJMG, no período de tempo previsto no plano, que posteriormente pariram nesta maternidade e utilizaram ou não o PP.

### 4- Tipo de Estudo

O estudo é um estudo de caso descritivo.

### 5- Instrumento e Técnica de Recolha de Dados

A recolha de dados é efetuada através da aplicação dos questionários às puérperas que reúnam condições de serem incluídas na amostra, ou seja, em que o parto esteja previsto durante o período de execução do presente projeto de intervenção, que terá lugar entre março e maio de 2017.

### 6- Tratamento de dados

O tratamento e análise dos dados terá o seu suporte no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), assente numa abordagem quantitativa baseado na metodologia de Fortin (2009).

### 7- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projeto de investigação e deliberou o seguinte:

O objetivo do projeto, apresenta relevância que se encontra suficientemente descrita na sumula do anteprojecto pelo que aqui nos escusamos a repetir.

Quanto às questões éticas e legais encontram-se salvaguardadas, pois, não existem no instrumento de recolha de dados (questionário) perguntas suscetíveis de os violar, sendo que a metodologia apresentada, respeita o princípio da adesão voluntária, sendo os questionários anónimos e de resposta rápida, salvaguardando-se que a caracterização dos inquiridos será realizada por forma a não ser reconhecida por outrem.

Também consideramos que o consentimento informado que foi junto, contém todas as informações necessárias para que as participantes possam livremente decidir, como: objetivos, informação sobre as fases a que obedecerá o instrumento de colheita de dados e o compromisso da confidencialidade dos dados, sendo que o participante nunca é identificado.

Nesta sequência, a Comissão de Ética, delibera emitir parecer favorável e, consequentemente, propõe que seja autorizada a recolha de informação através da aplicação dos questionários às puérperas que se incluam na amostra, sendo este instrumento necessário à execução estudo, subordinado ao tema: "Plano de parto, uma forma consciente de nascer."

Todavia, tal como a mestranda refere, os ficheiros de dados serão destruídos após apresentação da tese de mestrado.

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:



- À Mestranda, Vânia Cristina Caldeira Paralta;
- Ao Departamento da Mulher e da Criança, Serviço de Obstetria;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, F.P.E.



MARIA LUÍZA LOPES  
Responsável do Serviço  
Jurídico e Contencioso

Anexo: Requerimento, anteprojeto do estudo e consentimento informado.

---

Anexo K. Autorização para utilização da Labour Agency Scale na realização do projeto

## AUTORIZAÇÃO

Eu Ana Maria Aguiar Frias, abaixo assinado, responsável pela tradução e validação para a língua portuguesa da *Labour Agency Scale* (LAS), da autoria de Hodnett e Simmons-Tropea, autorizo a utilização da referida escala para realização do projeto “Plano de parto: uma forma consciente de nascer, a ser conduzido pela mestranda Vânia Cristina Caldeira Paralta. Fui informada pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas para a obtenção do grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica da escola superior de enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora.

Evora, 5 de Janeiro de 2017.

ANA FRIAS

---

Ana Maria Aguiar Frias [PDh]

---

## APÊNDICES

Apêndice A. Questionário Aplicado às Puérperas

## Questionário: Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer

Este estudo encontra-se inserido no Projeto “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”, que está a ser desenvolvido pela enfermeira Vânia Paralta, no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, lecionado na Universidade de Évora no biénio 2015/2017. O presente projeto está a ser orientado pela Professora Doutora Ana Frias e tem como principal objetivo desenvolver uma metodologia de Plano de Parto na maternidade do Hospital de Portalegre.

Este questionário destina-se a ser respondido por puérperas que tenham sido mães na maternidade do Hospital de Portalegre durante o período de tempo em que decorre o Estágio Final (Bloco de Partos) da investigadora. É anónimo, e resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo.

A sua colaboração é fundamental!

Caso tenha alguma dúvida, por favor não hesite em contactar a investigadora. Pode fazê-lo através do endereço eletrónico ([vania\\_parlalta@hotmail.com](mailto:vania_parlalta@hotmail.com)), do telefone (965562199), ou, pessoalmente no serviço de Obstetrícia/Ginecologia do Hospital de Portalegre.

**1. Caracterização Sociodemográfica** Este grupo, corresponde ao primeiro grupo de perguntas e pretende obter dados de caracterização pessoal da respondente.

1.1. Idade \_\_\_\_\_ 1.2 Nacionalidade \_\_\_\_\_

1.3. Concelho de Residência \_\_\_\_\_

1.4. Estado Civil

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Solteira   | <input type="checkbox"/> Casada/União de Facto |
| <input type="checkbox"/> Divorciada | <input type="checkbox"/> Viúva                 |



1.5. Habilitações Literárias

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sem escolaridade          | <input type="checkbox"/> 3.ºCiclo (7.º ao 9.ºAno)     |
| <input type="checkbox"/> 1.ºCiclo (1.º ao 4.º Ano) | <input type="checkbox"/> Secundário (10.º ao 12.ºAno) |
| <input type="checkbox"/> 2.ºCiclo (5.º e 6.ºAno)   | <input type="checkbox"/> Ensino Superior              |

1.6. Profissão \_\_\_\_\_

**2. Caracterização Obstétrica** Este grupo de perguntas pretende obter informação de cariz obstétrico da respondente.

2.1. Esta foi a primeira vez que foi mãe?

- Sim  Não

2. 2. Quantos filhos tem (incluindo este que nasceu)? \_\_\_\_\_

2.3. Tipo de Parto (no nascimento deste filho)

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eutócico (Normal) | <input type="checkbox"/> Ventosa |
| <input type="checkbox"/> Cesariana         | <input type="checkbox"/> Fórceps |

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

3.1. Sabe o que é o Plano de Parto?

Sim  Não

(Se respondeu **não**, passe imediatamente para o **grupo 4** deste questionário)

3.2. Como teve conhecimento da existência do Plano de Parto? (A resposta a esta questão admite várias opções)

Preparação para o Parto  Consultas de Obstetrícia/Realização de CTG's  
 Internet  Através de Amigas  
 Através do(a) Enfermeiro(a)  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

3.3. Para o nascimento deste filho entregou um Plano de Parto na maternidade?

Sim  Não

3.3.1. De uma forma geral, acha que o Plano de Parto que elaborou foi respeitado pelos profissionais de saúde? (Responda a esta questão **apenas** se respondeu **Sim** na questão 3.3.)

Sim  Não. Porquê? \_\_\_\_\_

**4. PERCEÇÃO DO CONTROLO DE SENTIMENTOS DURANTE O**

**PARTO** Este grupo de perguntas, destina-se a avaliar a perceção do controlo de sentimentos durante o parto pelas parturientes, através da utilização da Labour Agency Scale (H.Hodnett e Simmons-Tropea, 1987), adaptada em português por Frias (2005).

- Cada mulher vive o momento do parto como uma experiência incomparável e extraordinária. Recorde, neste momento, os sentimentos e emoções sentidos no momento do parto.
- Leia com atenção cada um dos itens abaixo. Não há respostas certas ou erradas.
- **Assinale** com uma cruz (x), numa escala de 1 (quase sempre) a 7 (raramente), o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas.

Questionário N.º \_\_\_\_\_  
[A preencher pelo(a) enfermeiro(a)]

	Quase Sempre	Muitas vezes, mas nem sempre	Um pouco mais da metade do tempo	Cerca de metade do tempo	Um pouco menos da metade do tempo	Às vezes	Raramente
1. Senti-me desajeitada.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tive sensações de grande esforço.	1	2	3	4	5	6	7
3. Senti-me satisfeita com o meu desempenho no trabalho de parto.	1	2	3	4	5	6	7
4. Senti-me outra pessoa ou outra coisa a carregar o trabalho de parto.	1	2	3	4	5	6	7
5. Apercebi-me do que estava a acontecer.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tive um sentimento de sucesso.	1	2	3	4	5	6	7
7. Tive um pleno conhecimento de tudo o que estava a acontecer.	1	2	3	4	5	6	7
8. Senti-me aterrorizada.	1	2	3	4	5	6	7
9. Senti-me relaxada.	1	2	3	4	5	6	7
10. Desconhecia o que ia acontecer a seguir.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mantive-me controlada.	1	2	3	4	5	6	7
12. Senti-me vitoriosa.	1	2	3	4	5	6	7
13. Pareceu-me que corria tudo mal.	1	2	3	4	5	6	7
14. Senti-me impotente.	1	2	3	4	5	6	7
15. Senti-me muito ansiosa.	1	2	3	4	5	6	7
16. Senti que os outros se preocupavam comigo.	1	2	3	4	5	6	7
17. Senti-me muito responsável.	1	2	3	4	5	6	7
18. Senti-me competente.	1	2	3	4	5	6	7
19. Senti-me presa e encurralada.	1	2	3	4	5	6	7
20. Tudo o que se passou no trabalho de parto fazia sentido.	1	2	3	4	5	6	7
21. Negociei durante o trabalho de parto.	1	2	3	4	5	6	7
22. Senti-me descontrolada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Senti uma sensação de conflito.	1	2	3	4	5	6	7
24. Senti-me colaborante e receptiva.	1	2	3	4	5	6	7
25. Senti-me incompleta como se estivesse a partir-me aos bocados.	1	2	3	4	5	6	7
26. Senti-me importante.	1	2	3	4	5	6	7
27. Tudo me pareceu obscuro e irreal.	1	2	3	4	5	6	7
28. Senti-me incapaz.	1	2	3	4	5	6	7
29. Senti-me insegura.	1	2	3	4	5	6	7

**Obrigada pela sua colaboração!**

Apêndice B. Questionário Aplicado aos EESMO

**Questionário: Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer**

Este estudo encontra-se inserido no Projeto “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”, que está a ser desenvolvido pela enfermeira Vânia Paralta, no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, lecionado na Universidade de Évora no biénio 2015/2017. O presente projeto está a ser orientado pela Professora Doutora Ana Frias e tem como principal objetivo desenvolver uma metodologia de Plano de Parto na maternidade do Hospital de Portalegre.

Este questionário destina-se a ser respondido pela equipa de enfermagem da maternidade do Hospital de Portalegre, é anónimo, e resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo.

A sua colaboração é fundamental!

Caso tenha alguma dúvida, por favor não hesite em contactar a investigadora. Pode fazê-lo através do endereço eletrónico (vania\_parlta@hotmail.com), do telefone (965562199), ou, pessoalmente.

O questionário está dividido em três grupos de perguntas.

**1. Caracterização Pessoal**

1.1 Idade \_\_\_\_\_

1.2 Sexo:

Masculino  Feminino

1.3 Estado Civil

Solteiro(a)  Casado(a) /União de Facto  
 Divorciado(a)/Separado(a)  Viúvo(a)

1.3 Número de Filhos \_\_\_\_\_

**2. Experiência Profissional**

2.1 Experiência Profissional enquanto enfermeiro(a): \_\_\_\_\_anos

2.2 Experiência Profissional enquanto enfermeiro(a) ESMO: \_\_\_\_\_anos

### 3. Plano de Parto

#### 3.1 Qual a sua conduta se no seu serviço se apresenta uma grávida com um Plano de Parto elaborado?

Sempre que possível, tento cumpri-lo, guiando a minha prática no sentido do que me é proposto

Evito a todo o custo guiar a minha prática face ao Plano de Parto proposto

Outra conduta. Qual? \_\_\_\_\_

#### 3.2 Na sua opinião, a implementação de uma metodologia de Plano de Parto - Tipo neste serviço irá facilitar a comunicação com a grávida/casal?

Sim       Não

**Obrigada pela sua colaboração!**

---

Apêndice C. Sessão de Formação apresentada aos EESMO



## Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer

Projeto de Intervenção no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia  
do Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre

Sessão de Formação: Profissionais de Saúde

Vânia Cristina Caldeira Paralta  
Mestrado em Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia  
Biénio 2015/17



## ORDEM DOS ENFERMEIROS

- ▶ O Plano de Parto serve de elo de informação com a equipa de saúde, facilitando-lhe a realização das expetativas do casal relativamente ao parto;
- ▶ A sua elaboração pressupõe uma informação correta do casal relativamente ao processo de parto, sendo o apoio do enfermeiro ESMO fundamental;

Enfermeiros, O. (2012)

## REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO EESMO

- ▶ O EESMO *"Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão."* (Unidade de avaliação H2.1.9.)
- ▶ O EESMO *"Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado."* (Unidade de avaliação H3.1.1)

Enfermeiros, O. (2010)



## OMS

› Realização de um:

*Plano individual, determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, à sua família.*

WHO (1996)

## PLANO DE PARTO

- › É fundamental que seja elaborado com o apoio do EESMO no sentido de salvaguardar a real e correta informação adquirida pelo casal relativamente à expectativa e desejos apresentados no mesmo.

## OBJETIVOS DO PROJETO

› **Objetivo Geral:**

Desenvolver uma metodologia de Plano de Parto na maternidade do Hospital de Portalegre

## OBJETIVOS DO PROJETO

› **Objetivos Específicos:**

- › Dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem;
- › Motivar a equipa de enfermagem a colaborar na manutenção do projeto;
- › Descrever a perceção do controlo de sentimentos durante o parto pelas parturientes face à utilização do Plano de Parto na maternidade do HDJMG.

## PLANO DO PROJETO

- › Fase de Preparação
- › Fase de Intervenção
- › Fase de Relatório

## PLANO DO PROJETO

- › Fase de Preparação – De Novembro de 2016 a Março de 2017
  - Pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSNA para realizar o Projeto;
  - Apresentação do Projeto ao Diretor e Enf.<sup>a</sup> Chefe do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA;
  - Pedido de autorização à Comissão de Ética da ULSNA para aplicação do questionário às puérperas;
  - Divulgação do projeto a toda a equipa do serviço de Obstetrícia da ULSNA;

## PLANO DO PROJETO

- › Fase de Intervenção – De Março a Junho de 2017
  - Apresentação do Projeto às grávidas na consulta de referenciação hospitalar e nas aulas de preparação para o parto;
  - Colaboração com as grávidas interessadas na elaboração de um plano de parto;
  - Aplicação de questionários às puérperas durante o internamento no pós-parto;
  - Análise e tratamento de dados colhidos após aplicação de questionário às puérperas.

## PLANO DO PROJETO

- › Fase de Relatório – De Julho a Setembro de 2017
  - Realização e entrega do relatório decorrente do projeto “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”.

## DOCUMENTAÇÃO ESSENCIAL PARA A PROMOÇÃO DO PROJETO

- ▶ Sessão de Formação para as Grávidas
- ▶ Guia Informativo “Plano de Parto uma forma Consciente de Nascer”
  - ▶ Plano de Parto Tabela
  - ▶ Questionário às Puérperas

## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

### QUESTIONÁRIO

Caraterização Sociodemográfica

Caraterização Obstétrica

Plano de Parto

Questionário de Perceção do Controlo de Sentimentos durante o Parto

A aplicar no dia da alta a todas as Puérperas

Para que seja possível concretizar o projeto “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer” irá ser necessário o envolvimento e colaboração de toda a equipa para que todas as escolhas e preferências do casal sejam respeitadas (sempre de uma forma consciente), e quando não é possível deve ser ponderado com o casal a melhor opção.

## BIBLIOGRAFIA

- ▶ Barradas, A., Torgal, A., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., ... Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- ▶ Enfermeiros, O. (2012). PARECER N.º 7 / 2012 Plano de Parto. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESM\\_O\\_Parecer\\_7\\_2012\\_Plano\\_de\\_parto.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESM_O_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf)
- ▶ Enfermeiros, O. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- ▶ WHO (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization

## Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer

Projeto de Intervenção no Serviço de Obstetria e Ginecologia  
do Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre

Sessão de Formação: Profissionais de Saúde

Vânia Cristina Caldeira Paralta  
Mestrado em Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria  
Biénio 2015/17

---

Apêndice D. Plano do Projeto de Intervenção

<b>Plano do Projeto de Intervenção – Plano de Parto, uma forma consciente de nascer</b>			
<b>Atividades</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Data</b>
<b>1. Fase de Preparação do Projeto</b>			
1. Pedido de autorização para realizar o projeto, ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) para realização do projeto “Plano de Parto, uma forma consciente de nascer”	Obter parecer favorável para a realização do projeto na ULSNA.	Pedido formal por escrito ao Conselho de Administração da ULSNA para a concretização do projeto.	Novembro de 2016
2. Apresentação do Projeto ao Diretor do Serviço e Enf. <sup>a</sup> Chefe do Serviço de Obstetrícia da ULSNA	Dar a conhecer o Projeto ao Diretor do Serviço e à Enf. <sup>a</sup> Chefe do Serviço de Obstetrícia da ULSNA.	Reunião informal com o Diretor do Serviço e com a Enf. <sup>a</sup> Chefe do Serviço de Obstetrícia da ULSNA para lhes dar conhecimento do Projeto.	Janeiro de 2017
3. Pesquisa bibliográfica	Adquirir conhecimentos relacionados com o tema do projeto.	Pesquisa bibliográfica em literatura branca e cinzenta e em base de dados eletrónicas.	De Novembro de 2016 a Setembro de 2017
4. Pedido de autorização dirigido à Comissão de Ética da ULSNA para aplicação do questionário às puérperas	Obter parecer favorável para a aplicação dos questionários.	Elaboração do questionário a aplicar às puérperas; Elaboração do consentimento informado destinado às puérperas que respondem ao questionário; Pedido formal escrito dirigido à Comissão de Ética da ULSNA para aprovação da aplicação do questionário aos profissionais.	Fevereiro de 2017
5. Divulgação do projeto a toda a equipa do serviço de Obstetrícia da ULSNA	Obter a colaboração dos profissionais que prestam cuidados no serviço de Obstetrícia	Reunião formal com enfermeiros e outros profissionais que prestam cuidados no serviço de Obstetrícia;	Março de 2017

	da ULSNA.	Reunião informal com cada profissional que não tenha comparecido na reunião formal de divulgação do projeto.	
<b>2. Fase de Intervenção</b>			
1. Apresentação do Projeto às grávidas na consulta de referenciação hospitalar e nas aulas de preparação para o parto lecionadas na ULSNA	Dar a conhecer o Projeto às grávidas aquando a consulta de referenciação no Serviço de Consultas Externas de Obstetrícia da ULSNA e nas aulas de preparação para o parto neste serviço.	Elaboração de um folheto informativo, para ser entregue no momento da consulta de referenciação hospitalar e divulgação numa aula de Preparação para o Parto.	Março, Abril e Maio de 2017
3. Colaboração com as grávidas interessadas em elaborar um plano de parto	Auxiliar as grávidas a realizarem um plano de parto	Colaborar com as grávidas na realização do seu plano de parto se estas o solicitarem.	Março, Abril e Maio de 2017
4. Aplicação de questionários às puérperas durante o internamento no pós-parto	Conhecer a satisfação das puérperas face à utilização do PP	Explicar o contexto da aplicação do questionário de forma informal; Deixar ao critério de cada puérpera a decisão de preenchimento do questionário; Recolher os questionários preenchidos.	Abril, Maio e Junho de 2017
5. Análise e tratamento de dados colhidos após aplicação de questionário às puérperas	Interpretar informação colhida decorrente da aplicação do questionário; Refletir acerca de resultados obtidos.	Análise dos dados referentes à informação resultante da aplicação dos questionários; Registo escrito dos resultados e sua interpretação; Reflexão com pares, com enfermeiros com funções de chefia e com a professora doutora orientadora do relatório.	Junho de 2017

### 3. Fase de Relatório

1. Realização e entrega do relatório decorrente do projeto “Plano de Parto, uma forma consciente de nascer”	Dar a conhecer todo o processo do trabalho efetuado; Incentivar as grávidas a utilizarem o PP na maternidade do hospital do HDJMG Obter o grau de Mestre.	Realização de documento com registo das atividades, objetivos e estratégias produzidas desde a fase de planeamento até à avaliação dos resultados; Divulgação do PP de modo a promover a autonomia e satisfação da grávida/puérpera durante o trabalho de parto;	Julho, Agosto e Setembro de 2017
---	---	---	----------------------------------



---

Apêndice E. Cronograma do Projeto de Intervenção

### CRONOGRAMA DO PROJETO “PLANO DE PARTO, UMA FORMA CONSCIENTE DE NASCER”

Fases	Atividades	Ano/Mês											
		Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017	Março 2017	Abril 2017	Maió 2017	Junho 2017	Julho 2017	Agosto 2017	Setembro 2017	
<b>Fase de Preparação do Projeto</b>	Pedidos Burocráticos para a realização do Projeto												
	Apresentação do Projeto ao Diretor do Serviço e Enf.ºChefe do Serviço de Obstetrícia da ULSNA												
	Pesquisa Bibliográfica												
	Pedido de autorização dirigido à Comissão de Ética da ULSNA para aplicação do questionário às puérperas												
	Divulgação do projeto a toda a equipa do serviço de Obstetrícia da ULSNA												
<b>Fase de Intervenção</b>	Apresentação do Projeto às grávidas												
	Colaboração com as grávidas interessadas na execução do seu Plano de Parto												
	Aplicação dos questionários às puérperas durante o internamento no pós-parto												
	Análise e tratamento dos dados												
<b>Fase de Relatório</b>	Realização do Relatório												
	Entrega do Relatório decorrente do Projeto												

---

Apêndice F. Plano da Sessão de Formação apresentada aos EESMO

## Plano da Sessão de Formação

### “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”

<b>Data</b> 30.Março.2017	<b>Local</b> Sala Multiusos da Maternidade Dr. Francisco Feitinha	<b>Duração</b> 60 minutos	<b>População-Alvo</b> Enfermeiros ESMO da Maternidade Dr. Francisco Feitinha
<b>Tema:</b> Plano de Parto, uma forma consciente de Nascer			
<b>Formador:</b> Vânia Paralta (Enfermeira no serviço de Obstetrícia/Ginecologia do Hospital de Portalegre e aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia lecionado na Universidade de Évora no biénio 2015/2017)			
<b>Objetivo:</b> Apresentação do projeto Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer			
<b>Fase</b>	<b>Tempo (minutos)</b>	<b>Conteúdos</b>	
<b>Introdução</b>	10	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apresentação do Formador;</li><li>▪ Apresentação do tema e objetivos da formação.</li></ul>	
<b>Desenvolvimento</b>	30	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apresentação dos objetivos do projeto;</li><li>▪ Apresentação do Plano do projeto;</li><li>▪ Apresentação dos Instrumentos de trabalho.</li></ul>	
<b>Conclusão</b>	20	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Esclarecimento de dúvidas;</li><li>▪ Aplicação de questionários aos formandos.</li></ul>	

---

Apêndice G. Sessão de Formação apresentada às Grávidas

## Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer

Projeto de Intervenção no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia  
do Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre

Sessão de Formação: Grávidas

Vânia Cristina Caldeira Paralta  
Mestrado em Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia  
Biénio 2015/17

## PLANO DE PARTO

- ▶ O Plano de Parto é um documento elaborado pela grávida/casal onde estes registam as suas preferências para o trabalho de parto, parto e pós-parto.



## PLANO DE PARTO

- ▶ Ajuda a grávida/casal a perceber o que acontece em cada fase do trabalho de parto;
- ▶ Facilita a comunicação com os profissionais de saúde no momento do parto;
- ▶ Flexível;



## QUANDO DEVO ELABORAR O PLANO DE PARTO?

- ▶ Deve ser realizado no período pré-natal, preferencialmente no 3.º trimestre de gravidez e entregue na maternidade no dia do internamento.



## COMO POSSO ELABORAR O PLANO DE PARTO?

- ▶ Pode elaborar o seu próprio Plano de Parto ou completar o Plano de Parto Tabela existente na maternidade.



## O QUE POSSO INCLUIR NO PLANO DE PARTO?

### ▶ Acompanhante

- ▶ Trabalho de Parto – De forma continua entre as 08:00 e as 24:00 horas;
- ▶ Parto/nascimento – Em qualquer hora do dia/noite (exceto nos partos por cesariana);
- ▶ Após o Parto –Entre as 11:00 e as 22:00 horas.



## O QUE POSSO INCLUIR NO PLANO DE PARTO?

### ▶ Alimentação

- ▶ Na fase ativa do trabalho de parto pode ingerir, sumos sem polpa, chá, água e gelatinas.



## O QUE POSSO INCLUIR NO PLANO DE PARTO?

### ▶ Alívio da Dor

- ▶ Analgesia Epidural/ Outra terapêutica prescrita;
- ▶ Técnicas específicas: Bola de Pilates, Duche, Música, Aplicação de Calor/ Frio, Massagem, Técnicas de relaxamento/respiração, etc.



## O QUE POSSO INCLUIR NO PLANO DE PARTO?

### ▶ Deambulação

- ▶ A grávida pode deambular na sala de dilatação e no corredor do serviço de internamento, desde que a evolução do trabalho de parto o permita.



## O QUE POSSO INCLUIR NO PLANO DE PARTO?

### ▶ Monitorização e Condução do Trabalho de Parto

- ▶ CTG intermitente e/ou contínuo;
- ▶ Toque vaginal;
- ▶ Rotura Artificial da Bolsa Amniótica/administração de fármacos específicos para o desenvolvimento da contração uterina;



## O QUE POSSO INCLUIR NO PLANO DE PARTO?



### ▶ Nascimento

- ▶ Posição semi-sentada;
- ▶ Contato pele-a-pele;
- ▶ Corte do cordão umbilical;
- ▶ Amamentar imediatamente após o nascimento;
- ▶ O acompanhante colaborar/vestir a primeira roupa ao bebé.

## O QUE POSSO INCLUIR NO PLANO DE PARTO?

### ▶ Cuidados ao RN durante o internamento

- ▶ Identificação do bebé com uma pulseira;
- ▶ Alojamento conjunto 24horas/dia entre a mãe e o RN;





## O QUE POSSO INCLUIR NO PLANO DE PARTO?

- ▶ Amamentação
- ▶ É política da maternidade incentivar a amamentação.



Elabore o seu Plano de Parto, isso vai ajudar a conhecer melhor o processo de nascimento do seu bebê.



FIM

Obrigado pela sua atenção!



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS



## Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer

Projeto de Intervenção no Serviço de Obstetria e Ginecologia  
do Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre

Sessão de Formação: Grávidas

Vânia Cristina Caldeira Paralta  
Mestrado em Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria  
Biénio 2015/17

---

Apêndice H. Plano da Sessão de Formação apresentada às Grávidas

## Plano da Sessão de Formação

### “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”

<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Duração</b>	<b>População-Alvo</b>
31.Março.2017 26.Abril. 2017 25.Maio.2017 14.Junho.2017	Sala Multiusos da Maternidade Dr. Francisco Feitinha	60 minutos	Grávidas que frequentam as aulas de preparação para o parto da Maternidade Dr. Francisco Feitinha
<b>Tema:</b> Plano de Parto, uma forma consciente de Nascer			
<b>Formador:</b> Vânia Paralta (Enfermeira no serviço de Obstetrícia/Ginecologia do Hospital de Portalegre e aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia lecionado na Universidade de Évora no biénio 2015/2017)			
<b>Objetivos:</b> Apresentação do projeto Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer			
<b>Fase</b>	<b>Tempo (minutos)</b>	<b>Conteúdos</b>	
<b>Introdução</b>	10	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apresentação do Formador;</li><li>▪ Apresentação do tema e objetivos da formação.</li></ul>	
<b>Desenvolvimento</b>	30	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Definição de Plano de Parto;</li><li>▪ Realização do Plano de Parto;</li><li>▪ O que incluir no Plano de Parto;</li></ul>	
<b>Conclusão</b>	20	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Entrega do Guia Informativo para a elaboração do Plano de Parto;</li><li>▪ Entrega do Plano de Parto tabela a cada grávida para posterior preenchimento;</li><li>▪ Esclarecimento de dúvidas.</li></ul>	

---

Apêndice I. Guia Informativo para Elaboração do Plano de Parto

### Cuidados ao RN durante o internamento

- O bebé é identificado, com uma pulseira com o nome e número de processo da mãe;
- Na maternidade do hospital de Portalegre é praticado o alojamento conjunto 24horas/dia entre a mãe e o RN.

### Amamentação

- É política da maternidade incentivar a amamentação, pelo que será iniciada o mais precoce possível , caso seja essa a sua opção.

Elabore o seu Plano de Parto, isso vai ajudar a conhecer melhor o processo de nascimento do seu bebé.

A enfermeira promotora do projeto “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer” (Enfermeira Vânia Paralta) estará ao seu dispor caso tenha alguma dúvida, ou caso necessite de ajuda na realização do seu Plano de Parto. Para mais informações ligue para o telefone 245301000, ou dirija-se ao serviço de Obstetrícia/Ginecologia.



## Guia Informativo para elaboração do Plano de Parto

“Plano de Parto,  
uma forma Consciente  
de  
Nascer”

Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre

Serviço de Obstetrícia/Ginecologia

## Plano de Parto:

- Documento elaborado pela grávida/casal para registo das suas preferências para o trabalho de parto, parto e pós-parto;
- Realizado no período pré-natal, preferencialmente no 3.º trimestre de gravidez e entregue na maternidade no dia do internamento.
- Enumera as preferências da grávida/casal relacionadas com o nascimento do bebé, mas pode ser alterado em função da evolução do trabalho de parto na maternidade ( por exemplo, escolha de parto normal e realizar um parto instrumentado ou induzido).
- Facilita a comunicação da grávida/casal com os profissionais de saúde durante o trabalho de parto.
- Pode elaborar o seu próprio Plano de Parto ou completar o Plano de Parto Tabela existente na maternidade.

**A maternidade do Hospital de Portalegre disponibiliza as seguintes condições, que podem ser incluídas no seu plano de parto:**

### Acompanhante

Em conformidade com a lei n.º14/85 de 6 de Julho e com as condições da maternidade de Portalegre é possível:

- Ter acompanhante de forma contínua entre as 08:00 e as 24:00 horas durante o trabalho de parto, o qual deverá ser sempre o mesmo;
- Ter acompanhante no parto/nascimento em qualquer hora do dia/noite (exceto nos partos por cesariana);
- Após o nascimento tem direito a um acompanhante entre as 11:00 e as 22:00 horas. Caso o acompanhante pretenda participar no banho do RN, é possível a entrada no serviço a partir das 9:00 horas.

### Alimentação

- Na fase ativa do trabalho de parto pode ingerir, sumos sem polpa, chá, água e gelatinas.

### Alívio da Dor

- Analgesia Epidural/outra terapêutica prescrita;
- Técnicas específicas: Bola de Pilates, Duche, Música, Aplicação de Calor/Frio, Massagem, Técnicas de relaxamento/respiração, etc.

### Deambulação

- A grávida pode deambular na sala de dilatação e no corredor do serviço de internamento, desde que a evolução do trabalho de parto o permita.

### Monitorização e Condução do Trabalho de Parto

- CTG intermitente e/ou contínuo, para verificar o bem-estar do bebé e contrações uterinas maternas (dependente da evolução do trabalho de parto);
- Toque vaginal, realizado pelo(a) médico(a) Obstetra e/ou enfermeiro(a) Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia;
- Rotura Artificial da Bolsa de Águas, se indicado, ou administração de fármacos específicos para desenvolver a contração uterina.

### Nascimento:

- Posição de Parto: semi-sentada em marquesa de parto;
- Incentiva o contato pele-a-pele entre a mãe e o RN;
- O corte do cordão umbilical pode ser efetuado pela própria, pelo acompanhante ou pelo profissional de saúde;
- O bebé é colocado à mama na primeira hora de vida;
- A primeira roupa do bebé pode ser vestida pelo acompanhante ou pelo profissional de saúde;
- No parto por cesariana, o bebé fica junto do acompanhante no quarto até à chegada da mãe do bloco operatório.

---

Apêndice J. Plano de Parto Tabela

## “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”

### Plano de Parto Tabela

Cara equipa de Obstetrícia do Hospital de Portalegre, este documento regista as preferências para o nascimento do meu(nosso) bebé para condições consideradas normais na esperança de criar a melhor experiência possível para todos os intervenientes.

Grata(os) antecipadamente pela vossa atenção e profissionalismo.

Nome da Grávida: \_\_\_\_\_

Nome do Bebé: \_\_\_\_\_

	AS MINHAS PREFERÊNCIAS
ACOMPANHANTE	Identificação:
ALIMENTAÇÃO	
ALIVIO DA DOR	



## AS MINHAS PREFERÊNCIAS

DEAMBULAÇÃO

MONITORIZAÇÃO  
E  
CONDUÇÃO

NASCIMENTO

CUIDADOS  
AO  
RECÉM-NASCIDO

AMAMENTAÇÃO

OUTRAS  
PREFERÊNCIAS

**Nota:** Preencha o Plano de Parto Tabela baseando-se no Guia Informativo para elaboração do Plano de Parto existente na maternidade.

---

Apêndice K. Consentimento Informado aplicado aos EESMO

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### Questionário: Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer

Caro(a) colega, este questionário encontra-se inserido no Projeto “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”, que está a ser desenvolvido pela enfermeira Vânia Paralta, no âmbito da frequência do Mestrado de Profissional de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, lecionado na Universidade de Évora no biénio 2015/2017. O presente estudo está a ser orientado pela Professora Doutora Ana Frias.

O principal objetivo deste estudo visa desenvolver uma metodologia de Plano de Parto na maternidade do Hospital de Portalegre.

O questionário destina-se a ser respondido pela equipa de enfermagem da maternidade do Hospital de Portalegre. É anónimo, de resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo.

Caso tenha alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me. Pode fazê-lo através do endereço de correio eletrónico (vania\_paralta@hotmail.com), do telefone (965562199) ou pessoalmente.

Agradeço, desde já, a sua colaboração!

A coordenadora do Projeto,

Vânia Paralta

Eu \_\_\_\_\_  
estou de acordo em participar no estudo inserido no projeto “ Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”, referido anteriormente.

Foi-me dado uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de esclarecer todos os aspetos que me parecem pertinentes. Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo. A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

---

Apêndice L. Consentimento Informado aplicado às Puérperas

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### Questionário: Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer

Este questionário encontra-se inserido no Projeto “Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”, que está a ser desenvolvido pela enfermeira Vânia Paralta, no âmbito da frequência do Mestrado de Profissional de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, lecionado na Universidade de Évora no biénio 2015/2017. O presente estudo está a ser orientado pela Professora Doutora Ana Frias. O principal objetivo deste estudo visa desenvolver uma metodologia de Plano de Parto na maternidade do Hospital de Portalegre.

O questionário destina-se a ser respondido por puérperas que tenham sido mães na maternidade do Hospital de Portalegre durante o período de tempo em que decorre o Estágio Final (Bloco de Partos) da investigadora.

O questionário é anónimo, de resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo.

Caso tenha alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me. Pode fazê-lo através do endereço de correio eletrónico (vania\_paralta@hotmail.com), do telefone (965562199) ou pessoalmente no serviço de Obstetrícia/Ginecologia do Hospital de Portalegre.

Agradeço, desde já, a sua colaboração!

Eu \_\_\_\_\_  
estou de acordo em participar no estudo inserido no projeto “ Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer”, referido anteriormente.

Foi-me dado uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de esclarecer todos os aspetos que me parecem pertinentes.

Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo.

A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_