

Cultura de segurança em cuidados obstétricos

Safety culture in obstetric care

Cultura de seguridad en cuidados obstétricos

Bebiana Sousa¹, Manuela Ferreira² & João Duarte³

RESUMO

Introdução: A segurança do doente, enquanto componente da qualidade dos cuidados de saúde, tem assumido grande relevância nas políticas de saúde. A notificação do erro deve ser encarada como uma oportunidade de melhoria. Também os desequilíbrios no bemestar profissional interferem na qualidade dos serviços prestados.

Objetivo: Descrever a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras) sobre a cultura de segurança do doente.

Metodologia: Estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional. O instrumento de recolha de dados é constituído pelo questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ, 2004), a Escala Satisfaction with life scale (Dinner et al., 1985) e questões sociodemográficas e profissionais, aplicado a uma amostra de 121 profissionais de saúde.

Resultados: A amostra é constituída maioritariamente por profissionais de saúde do sexo feminino (90,9%), com a categoria profissional de enfermeiro (89,3%) e com o grau de licenciado (86,0%). Do total da amostra, 66,9% não notificou qualquer evento ou ocorrência nos últimos 12 meses, 50,4% considera o grau de segurança do doente como aceitável e 45,5% como muito bom. A dimensão “trabalho em equipa” foi a que obteve isoladamente o valor mais positivo, contudo não se evidencia como ponto forte. As dimensões consideradas problemáticas são: “Resposta ao erro não punitiva”, “Profissionais”, “Frequência da notificação de eventos” e “Apoio à segurança do doente pela gestão”, com necessidade de intervenção prioritária. A satisfação com a vida estabelece uma relação preditiva com a percepção da cultura de segurança, com maior significado para a dimensão “Resposta ao erro não punitiva”.

Conclusões: A cultura de segurança do doente no Departamento de Obstetria, percebida pelos participantes no estudo, caracteriza-se como uma cultura de receio de resposta punitiva ao erro. A segurança de qualquer organização deve ser uma preocupação central e vista como um processo evolutivo, permeável à implementação de medidas corretivas e influenciada por variáveis sociodemográficas, profissionais e pelo grau de satisfação com a vida dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: segurança; cultura; erros médicos; saúde materna.

ABSTRACT

Introduction: The patient safety, as a health and safety quality component, has assumed a great relevance on health politics. The notification of error should be viewed as an opportunity for improvement. Likewise, the imbalances in professional welfare affect the services quality provided.

Objective: Describe the health professionals' (doctors and midwives) perception of the safety culture for the patient.

Methods: A quantitative cross-sectional and descriptive-correlational study. The data collection instrument is constituted by the Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ, 2004), the Satisfaction with life scale (Dinner et al., 1985) and socio-demographic and professional questions, applied to a sample of 121 health professionals.

Results: The sample consists mainly of female professionals (90.9%), with the nurse professional category (89.3%) and with the graduation level (86.0%). From the total sample, 66.9% didn't notify any

event or occurrence in the last 12 months, 50.4% consider the patient safety level as acceptable and 45.5% as very good. The “teamwork” dimension was the one that, singly, got the highest positive value. However, this does not emphasize it as a strong argument. The dimensions classified as problematic are: “Nonpunitive response to error”, “Staffing”, “Frequency of events reported” and “Management support for patient safety”, requiring priority intervention. The satisfaction with life found a predictive relation with the safety culture perception, with greater significance for “Nonpunitive response to error”.

Conclusion: The patient safety culture in the Obstetrics Department, perceived by the participants in the study, is characterized as a culture of fear of punitive response to error. The safety of any organization should be a central concern and seen as an evolutive process, open to the implementation of corrective actions and influenced by sociodemographic and professional's variables, and by the satisfaction levels with the health professional's life.

Key words: patient safety; culture; quality of health care; medical errors; maternal health

RESUMEN

Introducción: La seguridad del paciente, como componente de la calidad de la atención de salud, ha asumido gran relevancia en las políticas de salud. La notificación del error debe considerarse una oportunidad de mejora. También los desequilibrios en el bienestar profesional interfieren en la calidad de los servicios prestados.

Objetivo: Describir la percepción de los profesionales de la salud (médicos y matronas) sobre la cultura de seguridad del paciente.

Metodología: Estudio de naturaleza cuantitativa, transversal y descriptiva-correlacional. El instrumento de recopilación de datos está constituido por el cuestionario del Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ, 2004), la Escala Satisfaction with life scale (1980) y las cuestiones sociodemográficas y profesionales, aplicada a una muestra de 121 profesionales salud.

Resultados: La muestra es constituída mayoritariamente por profesionales de salud del sexo femenino (90,9%), con la categoría profesional de enfermero (89,3%) y con el grado de licenciado (86,0%). Del total de la muestra, el 66,9% no notificó ningún evento o ocurrencia en los últimos 12 meses, el 50,4% considera el grado de seguridad del paciente como aceptable y el 45,5% como muy bueno. La dimensión “trabajo en equipo” fue la que obtuvo aisladamente el valor más positivo, pero no se evidencia como un punto fuerte. Las dimensiones consideradas problemáticas son: “Respuesta al error no punitivo”, “Profesionales”, “Frecuencia de la notificación de eventos” y “Apoio a la seguridad del paciente por la gestión”, con necesidad de intervención prioritaria. La satisfacción con la vida establece una relación preditiva con la percepción de la cultura de seguridad, con mayor significado para la dimensión “Respuesta al error no punitivo”.

Conclusiones: La cultura de seguridad del paciente en el Departamento de Obstetricia, percibida por los participantes en el estudio, se caracteriza como una cultura de recelo de respuesta punitiva al error. La seguridad de cualquier organización debe ser una preocupación central y vista como un proceso evolutivo, permeable a la implementación de medidas correctivas e influenciada por variables sociodemográficas, profesionales y por el grado de satisfacción con la vida de los profesionales de salud.

Palabras clave: seguridad; la cultura; errores médicos; salud materna.

¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Centro Materno-infantil do Norte, Porto, Mestre em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, e-mail: bebianasousa@hotmail.com.

² PhD, EESMO, Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu (IPV).

³ PhD, Professor na Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV.

INTRODUÇÃO

A segurança do doente é atualmente considerada um grave problema de saúde pública (Lima, 2014). A este propósito, Fragata (2011) refere que ocorrem cerca de dez eventos adversos por cada cem internamentos hospitalares. O desenvolvimento de uma cultura de segurança é um elemento essencial para melhorar a segurança e qualidade do atendimento. Para se estabelecer uma cultura de segurança numa organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente (Reis, Martins, e Laguardia., 2013). Através da avaliação de risco e a análise dos incidentes é possível a obtenção de informação vital e a implementação de mecanismos de prevenção que aumentem a segurança do doente e dos próprios profissionais (Ramos & Trindade, 2013).

Na área da Obstetria os estudos realizados sobre segurança do doente ainda são muito diminutos. Contudo é uma área sujeita a inúmeros fatores de stress, com uma elevada suscetibilidade a erros, negligências e suas consequências (Aibar et al., 2015). Estudos demonstram que desequilíbrios no bem-estar do profissional leva a consequências na qualidade dos serviços prestados e no nível de produção (Pereira, 2002).

QUADRO TEÓRICO

A segurança do doente é atualmente considerada um grave problema de saúde pública (Lima, 2014). Apesar da dificuldade em conhecer a verdadeira dimensão do problema, estima-se que anualmente vários milhões de doentes são vítimas de danos, lesões ou morte, devido à falta de segurança na prestação dos cuidados de saúde (Pimenta, 2013). A este propósito, Fragata (2011) refere que ocorrem cerca de dez eventos adversos por cada cem internamentos hospitalares. As falhas de segurança têm implicações a vários níveis, as primeiras vítimas são os utilizadores de cuidados de saúde, a quem o erro pode originar dano grave, potencialmente irreversível (Fragata, 2010). Além disso, existem ainda consequências diretas para os profissionais e instituição, não esquecendo o impacto negativo na economia da saúde (Fragata, 2010).

Nos últimos anos verificou-se uma crescente preocupação, pelas unidades de saúde, no que se refere à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Neste âmbito, vários hospitais desenvolveram projetos de melhoria da qualidade, tendo como principal objetivo melhorar a segurança dos doentes e dos profissionais (Ramos & Trindade, 2013). O desenvolvimento de uma cultura de segurança é um elemento essencial para melhorar a segurança e qualidade do atendimento. Para se estabelecer uma cultura de se-

gurança numa organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente (Reis, Martins, e Laguardia., 2013). Através da avaliação de risco e a análise dos incidentes é possível a obtenção de informação vital e a implementação de mecanismos de prevenção que aumentem a segurança do doente e dos próprios profissionais (Ramos & Trindade, 2013).

A evidência tem demonstrado que as instituições de saúde que negligenciam a cultura interna de segurança e, consequentemente, o investimento em boas práticas clínicas têm um risco dez vezes maior de ocorrência de incidente (Despacho nº 5613-2015, 2015)._O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, reconhecendo as ações de melhoria a desencadear. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve, assim, assentar nestes princípios fundamentais (Despacho nº 1400-A015, 2015). O primeiro passo para a integração de práticas mais seguras é garantir a maior visibilidade do erro e das suas implicações aos mais variados níveis. A notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro (Despacho nº 1400-A015, 2015).

A subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina a criação de “um sistema nacional de notificação de incidentes, não punitivo, mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro” (Despacho nº 1400-A015, 2015, p.9).

Na área da Obstetria os estudos realizados sobre segurança do doente ainda são muito diminutos. Contudo, os eventos adversos nesta área são relativamente comuns, mas muitas vezes evitáveis (Milne & Lalonde, 2007). O Departamento de Obstetria envolve um duplo risco de morbilidade e mortalidade, materna e fetal, e requerem um clima de segurança para evitar incidentes e eventos adversos (Gupta, Guleria & Arora, 2016). A evidência sugere que é necessário entender completamente a cultura de segurança do doente em obstetria na tentativa de identificar possíveis estratégias para melhorar a segurança do doente neste cenário (Allen et al., 2010). É uma área sujeita a inúmeros fatores de stress, com uma elevada suscetibilidade a erros, negligências e suas consequências (Aibar et al., 2015). Estudos demonstram que desequilíbrios no bem-estar do profissional leva a consequências na qualidade dos ser-

viços prestados e no nível de produção (Pereira, 2002).

A cultura de uma organização, ou as atitudes e crenças dos profissionais de saúde dentro dela, influenciará as suas capacidades de responder a EA. Uma cultura de segurança positiva em cuidados de saúde destaca a importância de um forte compromisso de gestão e liderança, onde a segurança é uma prioridade para a organização (Perry, 2002; NPSA, 2004; Hindle et al., 2006 como citado em Allen et al., 2010).

O tema bem-estar é recorrente na sociedade moderna e apresenta-se como uma das principais preocupações das pessoas no seu dia-a-dia (Oliveira, et al., 2009). Nos últimos tempos, as instituições têm revelado uma maior atenção à repercussão do trabalho sobre o trabalhador, assim como os efeitos desta relação nas suas instituições (Pereira, 2002). A ligação afetiva com uma organização pode incluir experiências emocionais positivas, que se traduzem em sentimentos positivos como entusiasmo, orgulho, contentamento, confiança, apego e dedicação (Siqueira, 1995 como citado em Siqueira & Padovam, 2008). Através desta conceção, é esperado que as relações estabelecidas pelo indivíduo com a organização que o emprega sejam assentes numa interação que lhe proporcione vivências positivas e prazerosas. Caso essa situação não se verifique, é possível a experiência de sensações negativas ou de desprazer por trabalhar na organização. Nesse caso, seria observada ausência de compromisso afetivo e possível desencadeamento de experiências negativas no dia-a-dia do trabalhador (Siqueira & Padovam, 2008).

METODOLOGIA

Recorreu-se a um estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional com uma amostra do tipo não probabilística por conveniência (n=121) profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), sendo maioritariamente participantes do sexo feminino (90,9%). A categoria profissional com maior representatividade são os enfermeiros (89,3%) e em termos de formação académica, 86% detêm o grau de licenciado.

O instrumento de recolha de dados é constituído por três partes, inicialmente optámos por utilizar uma versão adaptada do questionário "Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais" traduzido e validado para a população portuguesa, por Eiras (2008), do original Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC), (Agency for Healthcare Research and Quality, [AHRQ], 2004). Na segunda parte, a Escala de Satisfação com a vida/ Satisfaction with life scale (SWLS) elaborada por Diener et al. (1985) e

posteriormente adaptada para a população portuguesa por Neto, Barros e Barros (1990) e uma última parte onde se inserem as questões sociodemográficas e profissionais.

Como objetivo do estudo, pretendemos descrever a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras) sobre a cultura de segurança do doente; Determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras) sobre a cultura de segurança do doente; Analisar a relação entre a taxa de notificação de incidentes e EA e a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras) sobre a cultura de segurança do doente; Analisar a relação entre a satisfação com a vida dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras) sobre a sua perceção de cultura de segurança do doente.

RESULTADOS

Analisadas as 12 dimensões da cultura de segurança, verificou-se que a dimensão "Trabalho em equipa" foi a que apresentou a percentagem de respostas positivas mais elevadas (70,9%), contudo não atingiu o score suficiente para ser considerada como um ponto forte na cultura de segurança. As dimensões "Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente" (61,1%), "Aprendizagem organizacional – melhoria contínua" (54,6%), "Perceções gerais sobre a segurança do doente" (54,5%), "Feedback e comunicação acerca do erro" (57,3%), "Trabalho entre unidades" (50,2%), "Transições" (63%) e "Abertura à comunicação" (52,6%) são também valorizadas positivamente, mas devem a longo prazo ser alvo de alguma intervenção para que um dia possam ser encaradas como aspetos fortes da instituição. Por outro lado, verificamos a existência de quatro dimensões consideradas como problemáticas, com necessidade de intervenção prioritária, nomeadamente "Resposta ao erro não punitiva" (26,7%), "Profissionais" (39,3%), "Frequência da notificação de eventos" (35,8%) e "Apoio à segurança do doente pela gestão" (44,9%). De salientar os itens "Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?" (29,8%), "Os profissionais trabalham mais horas por turno do que as que seriam desejáveis na prestação de cuidados" (24,0%) e "Os profissionais preocupam-se se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal" (14,0%) com o mais baixo percentual de respostas positivas, sendo desta forma áreas que carecem de rápida intervenção.

Relativamente à perceção do grau de segurança

do doente, verificamos que aproximadamente metade dos inquiridos (50,4%) a considerou como “Aceitável”, 45,5% como “Muito boa” e apenas 4,1% como “Excelente”.

Quanto ao número de eventos/ocorrências notificadas, é possível observar que a maioria dos profissionais de saúde (66,9%) não notificou qualquer evento ou ocorrência nos últimos 12 meses e 33% dos profissionais afirma ter realizado entre um a cinco relatórios de eventos/ocorrências.

Através da análise inferencial constatou-se que a percepção de cultura de segurança em Obstetrícia é influenciada pelas variáveis sociodemográficas (sexo e estado civil), onde os profissionais do sexo masculino e sem companheiro apresentam níveis mais elevados na percepção da cultura de segurança do doente. Também as variáveis profissionais apresentam a sua influência, nomeadamente a formação académica, com níveis superiores de cultura de segurança nos participantes com licenciatura; categoria profissional, onde os enfermeiros evidenciam uma maior percepção da cultura de segurança e a experiência profissional, com os profissionais de saúde até sete anos (inclusive) de experiência profissional a apresentarem valores mais elevados da percepção da cultura de segurança.

Relativamente à notificação de EA nos últimos 12 meses e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança, observamos que os inquiridos sem nenhuma notificação nos últimos 12 meses apresentam índices médios mais elevados com diferenças estatisticamente significativas. Ainda no presente trabalho, verificamos que quanto maior a satisfação com a vida maior a percepção da cultura de segurança.

CONCLUSÃO

Avaliar a cultura de segurança é uma ferramenta fundamental à melhoria da qualidade nos cuidados.

Com este estudo, procurou-se descrever a cultura de segurança percecionada pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras). Assim, é possível obter maior conhecimento sobre as dimensões subjacentes à cultura de segurança no DOG e utilizar esse conhecimento no planeamento de medidas promotoras da segurança do doente, orientando a intervenção para alguns aspetos menos positivos.

Foi possível observar que a percepção da cultura de segurança pelos profissionais de saúde desta área é considerada como não problemática, contudo com necessidade de melhoria. As dimensões Resposta ao erro não punitiva, Frequência de notificação, Profissionais e Apoio à segurança do doente pela gestão

carecem de intervenção prioritária pois são áreas problemáticas. As variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam na percepção da cultura de segurança; assim como a satisfação com a vida dos profissionais de saúde interfere de forma positiva com a percepção da cultura de segurança. Participantes sem nenhuma notificação nos últimos 12 meses apresentaram índices médios mais elevados de percepção da cultura de segurança.

Avaliar a cultura de segurança é apenas o primeiro passo. A segurança de qualquer organização deve ser uma preocupação central e vista como um processo evolutivo, permeável à implementação de medidas corretivas e influenciada pela ação dos profissionais. É com este espírito que se justifica a necessidade deste trabalho. perante os resultados, sugerimos que os profissionais devem ser ensinados a olhar o erro de uma outra forma, numa perspetiva mais positiva, livre do sentimento de culpa, encarando-o como um aliado ao processo de aprendizagem e útil à construção de um hospital progressivamente mais seguro.

Quanto à dotação de profissionais, tendo em conta que os elementos da amostra percebem este aspeto como problemático, sugere-se averiguar a existência de dotações seguras, valorizando a importância de cada uma das classes profissionais que integram a equipa multidisciplinar. O descontentamento dos profissionais em trabalharem mais horas por turno deve também ser considerado. Neste contexto, é oportuno desenvolver mais estudos com o intuito de conhecer as causas desta situação e suas implicações, orientando assim a implementação de estratégias adequadas à resolução do problema.

A mudança de comportamentos não é tarefa fácil, contudo acreditamos que uma mudança na cultura de segurança do doente é possível. Para tal, é fundamental apostar na formação profissional e na implementação de medidas simples, com pequenos passos, para a construção de um hospital mais seguro, beneficiando doentes, profissionais e a instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aibar, L., Rabañaque, M., Aibar, C., Aranz, J., & Mozas, J. (2015). Patient safety and adverse events related with obstetric care. *Arch Gynecol Obstet*, pp. 825-830.
- Allen, S., Chiarella, M., & Homer, C. (2010). Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study. *Elsevier - Midwifery*, pp. 497-503.
- Despacho nº 1400-A015. (2015, Fevereiro 10). Plano Nacional para Segurança dos doentes
- 2015-2020. *Diário da República*, 2(28), pp. 3882. Acedido em <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho nº 5613-2015. (2015, Maio 27). Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2(102), pp. 13550 – 13553. Acedido em <https://dre.pt/application/file/67318639>
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar*, 26, pp. 564-570.

Fragata, J. (2011). Segurança dos doentes - Uma abordagem prática. Lisboa: Lidel.

Gupta, B., Guleria, K., & Arora, R. (2016). Patient Safety in Obstetrics and Gynecology Departments of two Teaching Hospitals in Delhi. *Indian Journal on Community Medicine*, 235-240.

Lima, F. D. M. (2014). A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, 15(3), 22-29.

Milne, J., & Lalonde, A. (2007). Patient safety in women's health-care: professional colleges can make a difference. *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. MOREOB program. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, pp. 565-579.

Oliveira, G., Barbosa, G., Souza, L., Costa, C., Araújo, R., & Gouveia, V. (2009). Sa-

tisfação com a vida entre profissionais de saúde: correlatos demográficos e laborais. *Revista Bioética*, pp. 319-334.

Pereira, A. (2002). Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa Psicólogo.

Ramos, S., & Trindade, L. (Nov/Dez de 2013). Incidentes de segurança do doente. *Porquê relatar? Tecno hospital*, pp. 10-16.

Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029-36.

Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, pp. 201-209.

Promoção do *Empowerment* da Grávida Adolescente pelo EEESMO através do Plano de Parto: A *Scoping Review*

Empowerment promotion of the teenage pregnant women by the midwife through the birth plan: A *Scoping Review*

Promoción del *Empowerment* de la embarazada adolescente por la partera a través del plan de parto: A *Scoping Review*

Mafalda Sofia Ferra¹; Maria João Delgado²; Luísa d'Espiney³; Anabela Ferreira dos Santos⁴

RESUMO

A evidência científica sustenta os benefícios do *empowerment* das famílias para o parto. Nesta perspectiva os planos de parto são uma estratégia que permite ao Enfermeiro Obstetra promover o *empowerment*.

Por outro lado a gravidez na adolescência, tem repercussões que dependem do meio em está inserida. No entanto, parece ser consensual que um apoio adequado durante a gravidez e parto pode minimizar as possíveis consequências negativas de uma gravidez precoce.

Tendo como objetivo identificar como a elaboração do plano de parto contribui para o *empowerment* da grávida adolescente pelos Enfermeiros Obstetras, desenvolveu-se esta *Scoping Review* de acordo com o *Joanna Brigs Institute*.

Foram tidos em conta estudos de natureza quantitativa e qualitativa que considerassem: Grávidas/ Parturientes/ puérperas adolescentes; *Empowerment* da mulher para o seu parto; Planos de parto/ nascimento; respeito pela tomada de decisão informada; humanização do parto. Foram excluídos documentos que considerassem complicações materno-fetais da gravidez e parto e amostras com mulheres de idade superior a 19 anos.

Foi usada a estratégia de pesquisa em três passos e foram considerados elegíveis cinco estudos. Após a extração dos dados, os resultados da presente *scoping* são apresentados numa descrição narrativa.

Esta *Scoping* procura recolher informação que traga alguma luz acerca da atual evidência no que respeita ao *empowerment* e uso do plano de parto com a grávida adolescente, assim sobressaíram três núcleos temáticos: assistência desejada, necessidade de orientação e necessidade de respeito. Considera-se pois o plano de parto uma estratégia válida para prestar à adolescente a assistência desejada, forne-

cendo-lhe orientação e posteriormente reconhecendo-lhe competências e respetando-a, favorecendo assim o *empowerment*.

Palavras chave: *Enfermeiras Obstétricas; Gravidez na Adolescência; Empowerment; Plano de Parto.*

ABSTRACT

There is scientific evidence regarding the benefits of family empowerment during labor.

In this perspective, birth plans has been considered a valid strategy that allows the midwives to promote empowerment.

On the other hand, teenage pregnancy has repercussions that depend on the environment in which is inserted. There is consensus that an adequate support during pregnancy and labor may minimize the possible negative effects of a premature pregnancy.

Aiming to identify how the design of the birth plan contributes to the empowerment of pregnant teenage girls by midwives, this *Scoping Review* was developed according to the *Joanna Brigs Institute*.

Quantitative and qualitative studies were considered that considered: Pregnant / Parturientes / postpartum adolescents; Empowerment of the woman for her childbirth; Birth / birth plans; Respect for informed decisionmaking; Humanization of childbirth. We excluded documents that considered maternal-fetal complications of pregnancy and childbirth and samples with women older than 19 years. The three-step search strategy was used and five studies were considered eligible. After extracting the data, the results of this scoping are presented in a narrative description.

This *Scoping* seeks to gather insight that brings some light on the current evidence regarding the empowerment and use of the childbirth plan with the adolescent pregnant, so three thematic nuclei stand out: desired assistance, need for guidance and need for respect. The delivery plan is therefore considered a valid strategy to provide the adolescent with the desired assistance, providing guidance and then recognizing competencies and respecting it, thus favoring empowerment.

Key words: Nurse Midwives, Pregnancy in Adolescence, Empowerment, Birth Plan

¹ Enfermeira do Serviço de Obstetrícia, HFF, Mestre em Saúde Materna e Obstetrícia. Email: mafalda.ferra@hff.min-saude.pt

² Professora Adjunta, ESEL

³ Professora Coordenadora, ESEL

⁴ Professora Coordenadora, ESEL