



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

***O coaching, pelo Enfermeiro Obstetra, às grávidas/casais em
trabalho de parto***

Ana Filipa Jorge Varela Pinheiro

**Lisboa
2021**



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

***O coaching, pelo Enfermeiro Obstetra, às grávidas/casais em
trabalho de parto***

Ana Filipa Jorge Varela Pinheiro



Orientador: Professora Maria Helena Bértolo Pereira Gomes Ferreira



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Birth is not simply the physical act of moving the baby from the inside to the outside of a woman’s body. It is a development milestone for the women, influencing her self-esteem and parenting skills, and shaping her identity as a woman.”

(Katz, 2012, p.101)

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial à Professora Maria Helena Bértolo, orientadora deste relatório, por ter aceitado o desafio da temática e por me ter dado um suporte tão coeso neste caminho.

Às fundamentais supervisoras clínicas, de todos os Ensinos Clínicos. Fui uma sortuda pela perícia, amabilidade e entusiasmo com que cada uma me acompanhou. EEESMO Liliana Sousa, consiga eu, um dia saber ser como tu: subtilmente genial. A minha admiração e o meu muito obrigada.

A todas as mulheres, casais e famílias com quem tive o privilégio de me cruzar, neste vosso momento inigualável de vida.

A todos os meus “cabreiretes”, pelo espaço, pelos exemplos e pelo apoio para focar a meta. Obrigada Carla Veigas, pela presença constante e acompanhamento neste percurso.

Ao meu núcleo de amigos, pelas palavras gentis, pelo entusiasmo e também pela distração e gargalhadas, tão bem escolhidas em momentos mais desafiantes.

À minha família, em especial à tia, mais mãe de todas, que acredita em mim de forma maternalmente incondicional.

E, por fim, à pessoa com a maior importância neste percurso, ao meu marido. Ele que foi apoio inesgotável e suporte efetivo. Foi palavra de foco nas soluções e escuta ativa nos momentos mais difíceis. Ele que não realça o que o este desafio subtraiu ao nosso tempo, mas faz realçar este como mais um caminho verdadeiramente a dois. O meu obrigada mais sentido, a ti, meu companheiro incansável de todos os projetos nesta vida.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecology

APPT – Ameaça de parto pre-termo

BPM – Batimentos por minuto

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health

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

CTG - Cardiotocografia

DG – Diabetes gestacional

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetricia

g – Grama

HTA – Hipertensão arterial

ICM – International Confederation of Midwives

IM - Intramuscular

JBI – Joanna Briggs Institute

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

mmHg – Milímetros de mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática baseada na evidência

PTGO – Prova de tolerância à glicose oral

RCIU – Restrição de crescimento intra-uterino

RN – Recém-nascido

RS – Revisão *scoping*

SMO – Saúde materna e obstétrica

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Genecológica

TA – Tensão arterial

TP – Trabalho de parto

TPP – Trabalho de parto pré-termo

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

Prospera-se uma filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstetrícia centrado na mulher, numa relação que fortaleça o seu papel ativo e o seu *empowerment*, através da afirmação das suas forças e competências pessoais, promovendo, consequentemente, processos de nascimento fisiológicos (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O *coaching*, pelo Enfermeiro Obstetra, apresenta-se como uma ferramenta capaz de fomentar esta filosofia de cuidados, na medida em que é uma forma de suporte pelo profissional que demonstra ser um componente essencial para o aumento da autoeficácia e *empowerment* da mulher/casal, com impacto na qualidade de cuidados obstétricos e nas experiências de parto.

O presente relatório teve como objetivo geral refletir sobre a influência do *coaching*, pelo Enfermeiro Obstetra, no cuidar a mulher inserida na família e comunidade, através da prática reflexiva. As metodologias utilizadas foram a revisão *scoping*, segundo as orientações do Joanna Briggs Institute, e a prática baseada na evidência, tendo sido escolhido como referencial teórico, norteador do percurso de aquisição de competências, a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson.

Em resposta à pergunta de pesquisa “qual a influência das estratégias de *coaching*, proporcionadas pelo Enfermeiro Obstetra, à grávida/casal em trabalho de parto”, o trabalho desenvolvido conclui a evidência de influência do *coaching*, nas seguintes áreas: dimensão emocional e psicológica da grávida/casal, literacia em saúde, experiências de parto positivas, processos de parto fisiológicos, papel ativo no trabalho de parto, *empowerment* e autoeficácia da mulher/casal. Esta influência demonstra-se capaz de efeitos muito positivos para a experiência da mulher/casal, neste que é um momento tão impactante nas suas vidas.

Palavras-chave: *coaching*, grávida, enfermeiro obstetra, trabalho de parto, experiência de parto.

ABSTRACT

A philosophy of care in Maternal Health and Obstetrics centered on women flourishes in a relationship that strengthens their active role and empowerment through affirming their strengths and competencies, consequently promoting physiological birth processes (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Coaching, by the Obstetric Nurse, presents itself as a tool capable of fostering this philosophy of care, as a form of support by the professional that proves to be an essential component for increasing the self-efficacy and empowerment of the woman/couple, with an impact on the quality of obstetric care and delivery experiences.

This report's general objective was to reflect on the influence of coaching, by the midwife, in caring for women inserted in the family and community through reflective practice. According to the Joanna Briggs Institute guidelines, the scoping review and evidence-based practice methodologies, with Kristen Swanson's Theory of Caring being chosen as the theoretical reference, guide the path of skills acquisition.

In response to the research question "what is the influence of coaching strategies, provided by the Obstetric Nurse, to the pregnant woman/couple in labor", the work developed concludes the evidence of the influence of coaching, applied by the midwife, in the following areas: emotional dimension and psychological of the pregnant woman/couple, health literacy, positive childbirth experiences, physiological childbirth processes, active role in labor, empowerment and self-efficacy of the woman/couple. This influence in such an impacting moment in their lives has a powerful positive effect on the woman/couple's experience.

Keyword: *coaching*, pregnant, midwifery, labor, childbirth experience.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	15
1.1. Mapa Conceptual	15
1.1.1. Trabalho de parto e experiência de parto positiva.....	15
1.1.2. <i>Coaching</i> em Enfermagem	16
1.2. Referencial teórico de Enfermagem – Teoria do cuidar de Kristen Swanson.....	20
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	24
2.1. Revisão <i>scoping</i>	24
2.1.1. Objetivo e questão de pesquisa	24
2.1.2. Critérios de inclusão e exclusão.....	25
2.1.3. Estratégias de pesquisa.....	25
2.1.4. Achados da pesquisa.....	26
2.2. Prática baseada na evidência.....	32
2.2.1. Resultados da prática baseada na evidência: <i>coaching</i> , aplicado pelo EEESMO32	
2.2.2. Prática reflexiva	40
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE.....	44
3.1. Competências do grau de mestre.....	45
3.2. Competências específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	46
3.3. Percurso de aquisição de competências: análise crítica e reflexiva.....	48
3.3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e nos períodos preconcecional e pré-natal	48
3.3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto ..	59
3.3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-parto	66
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	69
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

ANEXOS

Anexo I – Certificação Internacional em *Coaching*

Anexo II – Síntese de registo de atividades práticas

APÊNDICES

Apêndice I – Termos de pesquisa da revisão *scoping*

Apêndice II – Resultados da pesquisa na base de dados CINAHL

Apêndice III - Resultados da pesquisa na base de dados MEDLINE

Apêndice IV - Resultados da pesquisa na base de dados Academic Search Complete

Apêndice V – Fluxograma

Apêndice VI – Tabela de extração de resultados

Apêndice VII –Registo de interação (modelo)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema ilustrativo da articulação entre Teoria do Cuidar (Kristen Swanson) e o <i>coaching</i> em Enfermagem SMO.....	32
--	----

INTRODUÇÃO

O percurso académico na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER) prevê um processo de integração de saberes teóricos e teórico-práticos de diversas áreas de competência do enfermeiro especialista. Este foi integrado no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e culmina com a apresentação e discussão do presente Relatório de Estágio. Esta jornada formativa objetiva, de forma global, o aprofundamento de conhecimentos, a aquisição de competências especializadas e progresso da prática crítica e reflexiva. Este desenvolvimento de saberes proveio da melhor evidência científica e da sua translação para a prática clínica, e foi integrado no percurso de desenvolvimento de competências comuns esperado do enfermeiro especialista, previstas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e da aquisição de competências específicas da especialidade, conjeturadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019), bem como pela International Confederation of Midwives (ICM, 2019). Acrescido à regulação profissional pelas entidades supracitadas, este percurso académico e relatório foram sujeitos à progressão de competências exigidas para a obtenção do grau de Mestre, em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO), expressas no Decreto-Lei n. 65/2018, de 16 de agosto, pelo que este relatório carece de apresentação e discussão pública.

Este desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais, teve foco adicional nos objetivos previstos no Projeto do Estágio com Relatório, iniciado na UC Opção, para a temática específica da integração do *coaching* em Obstetrícia. A escolha da temática surgiu do facto do meu percurso profissional em Enfermagem, ter sido, até à data, maioritariamente na área de cuidados à mulher e família, em contexto de sala de partos. Como tal, o desenvolvimento crescente de uma análise reflexiva dos cuidados, nesse contexto, incentivou o desejo pessoal de contribuir com o desenvolvimento de competências que vão além das tradicionais, enfatizando o dever de evolução profissional, para com o cliente e com a profissão, enunciando, preponderantemente, a vontade e o dever de um caminho numa Enfermagem Avançada.

A Ordem dos Enfermeiros (2015), apresenta os cuidados de qualidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), com base em dois pilares: a evidência científica e o empoderamento da profissão. O primeiro encontra-se, inerente, às competências do EEESMO face aos padrões de qualidade, supracitadas. O segundo, remete à influência da opinião pública que vai gerar impacto social na relevância e responsabilidade atribuída à Enfermagem Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Pretende-se assim, de forma indireta, com este trabalho, que a relação entre as competências do EEESMO e a temática, atual e popular do *coaching*, promova empoderamento social da Enfermagem. Por conseguinte, que estimule o empoderamento e autoeficácia das mulheres/casais, no que respeita à importância de uma assistência pelos profissionais, durante o trabalho de parto, capaz de influenciar uma experiência de parto positiva. Quanto maior o empoderamento social da profissão, maior será também o empoderamento das mulheres/casais, o que levará a maior probabilidade de confrontarem, os profissionais de saúde, quanto a comportamentos e intervenções pouco favorecedoras de uma assistência de qualidade. Desta forma, a escolha da temática justifica-se pela sua importância para a melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos, aprofundada inicialmente no *background* do Projeto do Estágio com Relatório e, no conteúdo e achados apresentados, seguidamente, neste relatório. Desta forma justifica-se a escolha do tema e a sua relevância, com este duplo objetivo de, por um lado, contribuir para a melhoria de cuidados prestados em sala de partos, e para o *empowerment* e autoeficácia da grávida/casal e, por outro, providenciar visibilidade, e consequentemente *empowerment*, à profissão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O presente relatório teve como finalidade a obtenção do título profissional de enfermeiro especialista e do grau académico de Mestre. Objetiva assim a descrição e análise reflexiva do percurso de aquisição de competências comuns e específicas EEESMO, numa perspetiva de evolução profissional. A proposta de suscitar contributos para a prática de cuidados, propôs-se pela integração do *coaching* na prestação de cuidados, no decorrer da aquisição de competências durante a UC de Estágio com Relatório. Foi estabelecido como objetivo geral refletir sobre a influência do *coaching*, pelo EEESMO, no cuidar a mulher inserida na família e comunidade. Como objetivos específicos definiu-se avaliar o estado de arte sobre o *coaching*, na Enfermagem Obstétrica, a partir dos achados dos estudos; analisar a relação entre a intervenção *coaching* e a filosofia de cuidados obstétricos; identificar os achados da Prática Baseada na Evidência sobre a influência do *coaching*, pelo Enfermeiro Obstetra e analisar os contributos do *coaching* para a prestação de cuidados do EEESMO;

No que respeita à sua estrutura, este encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo consta a apresentação de conceitos, evidência científica da temática em estudo e o modelo concetual da Teoria do Cuidar de Kristen Swanson. O segundo capítulo, intitula-se de “Enquadramento Metodológico” e subdivide-se em dois subcapítulos, referentes às metodologias utilizadas: revisão *scoping* (RS) e a Prática Baseada na Evidência (PBE). O terceiro capítulo refere-se ao percurso de aquisição de competências da especialidade e do grau de mestre, segundo uma prática reflexiva do cuidar a mulher, inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo reprodutivo. O quarto capítulo, por sua vez, apresenta as

considerações éticas intrínsecas ao percurso para a realização deste relatório. Por fim, o quinto, encerra as considerações finais do presente trabalho, seguindo-se as referências bibliográficas que serviram de contributo ao mesmo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1. Mapa Conceptual

1.1.1. Trabalho de parto e experiência de parto positiva

Trabalho de parto (TP) define-se por um conjunto de fenómenos fisiológicos que produzem a dilatação do colo uterino, a progressão do feto através do canal de parto e a expulsão do mesmo para o exterior (Machado & Graça, 2017). Este pode dividir-se em quatro diferentes estádios. O primeiro estádio decorre desde o início das contrações uterinas até à dilatação completa do colo. O segundo estádio, referente ao período expulsivo, começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto. O terceiro estádio referente à dequitação, que decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais, que tem características e tempos bem definidos. O quarto estádio compreende as duas primeiras horas pós-parto, denominado de puerpério imediato (Fatia & Tinoco, 2016). O primeiro estádio, por sua vez, está dividido em duas fases, a fase latente e a fase ativa. A fase latente é a que ocorre desde o início das contrações regulares, até ao momento em que o colo está completamente apagado e com quatro centímetros de dilatação. A partir daí inicia-se a fase ativa do trabalho de parto até ao colo ter atingido a dilatação completa (Direção Geral de Saúde, 2015).

A duração do segundo estádio de TP é condicionada por diversos fatores: a eficácia das contrações, a analgesia, a condição física e emocional da parturiente, a sua posição, paridade e adequação pélvica no TP, o tamanho, a apresentação e a situação do feto e o apoio recebido pelos profissionais de saúde que acompanham o TP (Fatia & Tinoco, 2016). A atividade uterina passa por quatro fases ao longo da gravidez: zero, um, dois e três, passando de um estado de repouso, no início da gravidez, a estados de ativação e estimulação miometrial, por forma a que o trabalho de parto e parto ocorram. Em TP, as alterações bioquímicas vão culminando em alterações no útero e no colo do útero. Na fase um, da atividade miometrial, ocorre ativação da musculatura uterina, através de ação de estrogénio e proteínas, que vão aumentar os recetores miometriais das prostaglandinas e da oxitocina. A fase dois é uma fase de estimulação do útero a contrair-se através de ação dos agonistas uterotómicos, as prostaglandinas E2, F2 alfa e da oxitocina (Fatia & Tinoco, 2016).

Este conhecimento hormonal do TP contribui para a dimensão emocional e psicológica da mulher em processo de parto, sendo fundamental diminuir sentimentos negativos, como o medo e a angústia e pelo contrário que estimulando as sensações de segurança e confiança (Ramos, Aguiar, Conrad, Pinto & Mussumeci, 2018). Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa e Cuthbert (2017), reforçam, que o mecanismo de ação da ansiedade na progressão do trabalho de parto. Os autores associam estados de maior ansiedade a níveis mais elevados de adrenalina no sangue, que, por conseguinte, podem levar a alterações de frequência cardíaca

materna, diminuição de contratilidade uterina, trabalhos de parto mais prolongados, mesmo com contrações regulares estabelecidas e baixos índices de APGAR.

O TP, define-se assim como um processo do sistema parassimpático pelo que exige confiança, calma, privacidade e sentimento de segurança. Em contrapartida, sentimentos como ansiedade e medo, que são características do sistema simpático, inibem a progressão do trabalho de parto (Buckley, 2015). A hiperestimulação do sistema simpático tem efeitos diretos no útero, tais como, aumento das contrações estáticas e dolorosas, diminuição do fluxo uteroplacentário, bloqueio do trabalho de parto, redução da variabilidade da frequência cardíaca fetal, dor excessiva e pausas não satisfatórias entre as contrações, pelo que é imperativo procurar-se o equilíbrio entre os dois sistemas, simpático e parassimpático, no trabalho de parto (Buckley, 2015).

A experiência de parto tem implicações a longo prazo para a saúde e bem-estar da mulher e, consequentemente na vida do recém-nascido (RN) (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015), apresentando-se experiência de parto positivo como desfecho significativo para todas as mulheres (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2018). A experiência de parto positiva é definida como aquela que corresponde às crenças e expectativas específicas de cada mulher, numa perspetiva de desfecho saudável para a mulher e para o RN, num ambiente, de trabalho de parto e parto, seguro, competente, com suporte prático e emocional contínuo (OMS, 2018). Para se gerar um ambiente seguro, competente e de suporte, a mulher deve ser dotada de sentimento de controlo e envolvimento na tomada de decisão, prevendo uma parceria de cuidados contínua (OMS, 2018).

1.1.2. *Coaching* em Enfermagem

Segundo a Federação Internacional de *Coaching*, *coaching* define-se como uma parceria com clientes, no desenvolvimento de um processo criativo que os motiva a maximizar o seu potencial. O *coaching* apresenta-se como uma relação de parceria, entre um facilitador (*coach*) e o cliente (*coachee*), baseada numa comunicação eficaz capaz de ajudar o cliente a alcançar os seus objetivos (Donner & Wheeler, 2009).

A vasta investigação realizada de suporte a este relatório trouxe surpreendentes revelações sobre o vínculo entre *coaching* e Enfermagem. “Coaching in Nursing: an introduction” é o nome do manual da autoria de Donner e Wheeler (2009) que, através de forças sinérgicas da International Council of Nurses e da Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International, exhibe o *coaching* como ferramenta de afirmação do desenvolvimento de competências profissionais, como o pensamento crítico, a comunicação e uma prestação de cuidados segundo a filosofia de cuidados centrados no cliente. Este manual tem por

objetivo promover o desenvolvimento de competências e integrar princípios do *coaching* na prática clínica (Donner & Wheeler, 2009).

Os autores elevam o potencial da temática identificando quatro áreas de Enfermagem onde a aplicação do *coaching* pode trazer muitos resultados: *coaching* por pares, *coaching* em saúde, *coaching* interprofissional e *coaching* associado ao planeamento de sucessão. Resumidamente, *coaching* por pares, permite a aplicação entre pares, promovendo progressão das carreiras individuais dos elementos da equipa e também melhorias no trabalho em equipa. Por sua vez o *coaching* interprofissional enfatiza o potencial de fortalecer as relações profissionais e a capacidade de um trabalho em equipa multidisciplinar mais eficaz. O *coaching* em saúde remete à aplicação na prestação de cuidados direta, focando-se na obtenção dos melhores resultados para o cliente de enfermagem. Quanto ao *coaching* associado ao planeamento de sucessão, este suscita o contributo do *coaching* em programas de planeamento, em sucessão de liderança enquanto componente chave das estratégias de recursos humanos (Donner & Wheeler, 2009).

Sarroeira, Cunha e Simões (2020), realizaram uma revisão da literatura sobre a utilização do *coaching* em Enfermagem e identificaram as seguintes áreas: formação, prestação de cuidados, gestão e investigação. Da evidência gerada, concluíram que o *coaching* é crucial para a enfermagem gerando potencial de desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e dos clientes de enfermagem, com ganhos na qualidade de cuidados a nível individual e organizacional da saúde (Sarroeira, Cunha & Simões, 2020).

Das áreas supracitadas, dado o conteúdo principal deste relatório, focaliza-se a atenção na área do *coaching* em saúde e especificamente na área da prestação de cuidados. A aplicação do *coaching* nestas áreas baseia-se na parceria entre profissional de saúde e cliente, da qual resulta um processo de acompanhamento capaz de maximizar o potencial pessoal e profissional na adoção de estilos de vida saudáveis. Este tipo de processos pretende objetivar maiores níveis de autoconhecimento e a capacitação do cliente (Cinar, Freeman & Schou, 2018). Assim, enaltece-se a necessidade de abandonar o modelo biomédico, dirigindo o cliente verdadeiramente para o centro dos cuidados e assumindo-o como fonte primária de desenvolvimento de estratégias pessoais para as mudanças comportamentais que este pretende ou necessita (Cinar, Freeman & Schou, 2018). A intervenção centra-se no cliente, foca não só os resultados clínicos, mas as mudanças positivas e sustentadas no estilo de vida, promove o envolvimento ativo do cliente nas tomadas de decisão, no autoconhecimento e autorregulação e motiva-o para os processos de mudança ou manutenção da sua saúde (Cinar, Freeman & Schou, 2018).

Schaub, Luck e Dossey (2012), partem do Integral Model of Nursing, onde o cliente e a saúde são entendidos na sua complexidade e individualidade segundo a perspetiva bio-psico-

social-espiritual-cultural-ambiental, e apresentam o Modelo de Integração de *Coaching* e Enfermagem (Integrative Nurse Coach Model). Os autores definem *coaching* profissional, em enfermagem, como um processo sistemático e qualificado, baseado na prática baseada na evidência (Schaub, Luck & Dossey, 2012). No centro do modelo está o suporte ao processo de cura, com manifestações no corpo, mente e espírito. Esta abordagem de cuidado tem como premissa o cuidados de parceira, as múltiplas dimensões do cliente e exige ao enfermeiro enaltecer as capacidades internas da pessoa (Schaub, Luck & Dossey, 2012). Os autores conduzem ao reconhecimento do papel de enfermeiro-*coach* e equipara os princípios do *coaching* aos fundamentos primários da disciplina de Enfermagem. Segundo os mesmos, o Modelo de Integração de *Coaching* e Enfermagem tem por base os princípios da autoconsciência e do autocuidado que se apresentam como fundamentos históricos na disciplina, mencionados por Florence Nightingale (Schaub, Luck & Dossey, 2012).

O *coaching* desenvolvido por enfermeiros deve ser competente, intencional, orientado para os resultados, centrado nas relações com os clientes com o objetivo de promover o atingir dos objetivos dos mesmos (Dyess, Sherman & Eggenberger, 2017). Com início na promoção de uma verdadeira parceria de cuidados, centrados na pessoa, o enfermeiro deve capacitar o cliente a identificar prioridades e áreas de necessidade de mudanças, os seus potenciais internos e as barreiras, tendo presente as inseparáveis dimensões biopsicossociais, espirituais, culturais e ambientais da saúde (Dyess, Sherman & Eggenberger, 2017).

Donner e Wheeler (2009) definiram componentes base para a determinação da qualidade das intervenções de *coaching*, que se relacionam com o melhor potencial de resultado possível: *climate building*, *clarifying*, *collaborating*, *closing* (Donner & Wheeler, 2009). *Climate building* remete à necessidade de promover um ambiente propício à relação terapêutica, foca-se na privacidade, num ambiente acolhedor, informal e na demonstração de disponibilidade por parte do *coach*. Por sua vez, *clarifying*, trata-se da definição dos objetivos e resultados esperados do *coachee*. *Collaborating* refere-se à essência das sessões e processos, e está relacionada com a relação e comunicação estabelecidas com o cliente. Nesta relação, o *coach* tem o papel de facilitador utilizando estratégias que promovam a autoeficácia do cliente para alcançar os seus objetivos. Por fim, *closing* destina-se ao momento do final de conversa ou da relação terapêutica que conduz o cliente ao comprometimento, capacitação e responsabilização pelos próximos passos a tomar ou a manter (Donner & Wheeler, 2009).

Dos elementos apresentados, *collaborating* destaca-se como essência dos processos de *coaching* e tem como elemento fundamental a comunicação eficaz. Esta é chave na prática, de enfermagem e de *coach*, pelo que devem ser desenvolvidas e implementadas habilidades comunicacionais como: questionar, escutar ativamente, observar e dar *feedback*

(Donner & Wheeler, 2009). Os autores enfatizam que o tipo de perguntas e a forma como estas são colocadas são cruciais na resposta obtida, tornado a capacidade de saber fazer perguntas uma habilidade. As perguntas, chamadas pelos estudiosos do *coaching* de “perguntas poderosas”, devem ser abertas, neutras, sensíveis e claras. Com a sua utilização, deve-se explorar a visão do cliente e a sua expressão de sentimentos, bem como identificar e promover a reflexão sobre crenças limitantes, de forma a diminuir os bloqueios da ação (Donner & Wheeler, 2009). Outro componente importante é a escuta ativa. Esta transparece empatia, sensibilidade e compreensão, sendo o papel do *coach* ouvir ativamente para compreender o que o cliente diz, interpretar o que o cliente não diz e aprofundar reflexão, proporcionando o exercício importante do cliente se ouvir a si mesmo. Quanto à observação, esta está relacionada com a observação do *coach* para com o cliente e com a capacidade de colocar o cliente a recuar e observar-se a si mesmo, por fim a descobrir novas possibilidades e ações. Esta observação faz-se através da comunicação, manifestação de emoções e linguagem corporal do *coachee*. Por fim, relativamente ao dar *feedback* ao cliente, este deve ser consentido, honesto, oportuno, específico, de suporte e positivo, mas realista e verdadeiro para ajudar a expandir a visão e a reflexão do *coachee* sobre ele próprio (Donner & Wheeler, 2009).

A resumida apresentação e compreensão destes elementos, integrantes da aplicação de estratégias de *coaching*, suportaram com evidência as decisões do seu planeamento e da sua aplicação prática clínica, durante os contextos de formação que integram a UC de “Estágio com Relatório”.

Esta abordagem de comunicação e relação terapêutica traz vários contributos importantes, numa mudança de paradigma de deslocação de poder, em que o profissional de saúde se demonstra parceiro nos processos de saúde/doença, e o cliente detém o máximo de autonomia, responsabilidade e controlo possíveis. Desta forma, encontra-se vários paralelismos entre algumas competências e exigências do *coaching* e as competências profissionais exigidas aos enfermeiros. No entanto, a aplicação formal de *coaching* implica que seja necessária formação específica para distinguir o papel de enfermeiro-coach (Dyess, Sherman & Eggenberg, 2017; Donner & Wheeler, 2009). Define-se assim que, existem processos ou intervenções de *coaching* realizadas por enfermeiros-coach, e existem enfermeiros que na sua prática aplicam estratégias de *coaching* aos seus clientes de enfermagem. Apesar de diferentes as duas são válidas.

Nesta corrente de clarificação, reforçando o já assumido neste relatório, diferencia-se também o processo de *coaching* e aplicação de estratégias de *coaching*. O primeiro garante uma continuidade de cuidados, num processo formal ou informal, a outra refere-se à aplicação de estratégias isoladas na relação e comunicação com o cliente de enfermagem.

Consomando esta premissa, o conteúdo deste relatório destina-se tanto a enfermeiros que já tenham formação específica em *coaching*, como àqueles que não têm ou não pretendem ter.

Fica assim clara a distinção entre ser-se enfermeiro-coach e enfermeiro que aplica estratégias de *coaching* na sua prática, bem como, a diferenciação entre fazer *coaching* ou aplicar estratégias de *coaching*. Em qualquer um dos casos, a escolha do desenvolvimento de novas competências, levará a uma enfermagem avançada com resultados que vêm a ser demonstrados com o estudo desta temática, aos longo dos anos.

1.2. Referencial teórico de Enfermagem – Teoria do cuidar de Kristen Swanson

Por forma a uniformizar a linguagem de conceitos referentes ao metaparadigma dos cuidados em Enfermagem, é escolhida a teoria do cuidar, de Kristen Swanson, como modelo teórico representativo do exercício de cuidar, relacionado com a problemática em estudo. A teoria do cuidar, começa por articular-se com a temática do *coaching*, no acompanhamento às grávidas/casais, em trabalho de parto, na medida em que Kristen Swanson considera a mulher como um ser único, que tem capacidades inerentes, que devem ser estimuladas, para esta decidir o percurso do seu processo de cuidado.

A evidência científica demonstra que o acompanhamento, pelo enfermeiro obstetra, em trabalho de parto, pode influenciar a resposta psicológica e fisiológica da parturiente, e que essas respostas podem, por sua vez, influenciar a progressão do trabalho de parto. O impacto na progressão de TP, influencia, a experiência de parto dos casais, o que leva a corroborar que o cuidar e a formar como se cuida influencia os processos de saúde, neste caso específico, o momento crucial que é o nascimento de um filho. Desta forma o cuidar é fundamental, no alcance de maior qualidade de cuidados, bem como melhores resultados em saúde e, consequentemente, influente na experiência de parto de cada mulher/casal.

Swanson (1991, 1993) apresenta o cuidar segundo dois grandes pilares: a crença nas pessoas e nas capacidades das mesmas. O quadro concetual de base à teoria define Cuidar, Pessoa, Saúde e Ambiente. Cuidar é uma forma de relacionamento com o Outro, que é valorizado por quem o cuida, e por quem tem um compromisso e responsabilidade (Swanson, 1991). Segundo a autora, este cuidar tem por objetivo o bem-estar do cliente de enfermagem e é fundamentado na evidência científica, na prática clínica e nos valores dos clientes de enfermagem (Swanson, 1991). Pessoa é definida como um ser único, em evolução, que se manifesta pelos seus comportamentos, através dos seus pensamento e sentimentos (Swanson, 1991). A saúde é, pela teórica, definida como uma experiência de carácter subjetivo, repleta de significado que lhe é atribuído pela própria pessoa, que a associa à

integridade e totalidade do seu ser individual (Swanson, 1991). Quanto ao conceito ambiente, Swanson (1991), remete-o a uma definição situacional.

Baseada neste quadro concetual, a Teoria do Cuidar apresenta cinco processos de cuidar em Enfermagem: “manter a crença”, “conhecer”, “estar com”, “fazer por”, “possibilitar/capacitar”. Segundo Swanson (1991,1993), “manter a crença” é um processo através do qual o enfermeiro acredita no cliente e nas suas capacidades, favorecendo a sua autoestima, mantendo uma atitude de esperança e oferecendo-lhe otimismo realista, ajudando-o, assim, a encontrar sentido para a sua situação. Compete, por isso, ao enfermeiro capacitar a mulher/casal para que obtenha uma vida cheia de significado, motivando à implementação das a suas capacidades pessoais para ultrapassar transições e enfrentar o futuro, atribuindo-lhe sentido (Swanson, 1991, 1993).

O processo de “Conhecer” é o processo através do qual o enfermeiro compreende o significado que um acontecimento tem na vida do Outro, isto é, o enfermeiro baseia a sua prestação de cuidados segundo uma filosofia de cuidados centrados na pessoa, conferindo aos cuidados a individualidade inerente à condição humana, prestando cuidados segundo um conhecimento integral da pessoa. “Estar com”, por sua vez, consiste em estar emocionalmente presente para o Outro, através de uma disponibilidade contínua e da promoção de um ambiente propício à partilha de sentimentos. Mais do que compreender a situação do cliente é transmitir-lhe a importância devida ao seu processo de transição. O processo de “fazer por” implica fazer pelo Outro o que este não tem possibilidade de fazer sozinho. Estes cuidados devem, no entanto, segundo a teórica, ser cuidados invisíveis aos olhos da pessoa cuidada, ou pelo menos pouco exaltados, para que não seja comprometida a sua autoestima (Swanson, 1993). Estes cuidados, competentemente invisíveis, coincidem com o objetivo do *coaching* em não dar soluções, mas sim apoiar o cliente em conhecer as suas capacidades, ajudando-o a mobilizá-las, por forma a que seja ele próprio a estabelecer resultados e a alcançá-los. Pode, portanto, concluir-se que a preocupação com a autoeficácia, da pessoa cuidada, é contemplada, tanto na Teoria do Cuidar, como na filosofia do *coaching*.

“Possibilitar/capacitar” compreende os cuidados dos enfermeiros em otimizar as transições do cliente, dando apoio no estabelecimento das próprias expectativas e resultados esperados, ajudando a encontrar foco nas prioridades pessoais e no alcance de alternativas, com a capacitação para o autocuidado. O enfermeiro tem o dever de usar do seu conhecimento baseado em evidência, informando, explicando e apoiando o cliente de enfermagem, num ambiente favorável à expressão de sentimentos e valorização dos mesmos (Swanson, 1993).

Estes processos interligam-se e, segundo a teórica, a relação entre eles pode ser hierárquica. A teoria é retratada num cuidar baseado na manutenção de crenças, na e da

pessoa cuidada, regida pelo conhecimento da realidade do Outro, implementada pelo estar e fazer, com e pelo Outro, capacitando a pessoa cuidada (Swanson, 1993).

Pode remeter-se a aplicabilidade da teoria à temática do *coaching*, por este, ser assumido, no presente relatório, como estratégia, pelo EEESMO, no acompanhamento, de grávidas/casais, em trabalho de parto. Observa-se entre o *coaching* e os processos da Teoria do Cuidar uma fincada convergência. As estratégias de *coaching* envolvem-se com o cuidar, pelo EEESMO, na medida em que, ambos, focam a necessidade de conhecer, estar com, fazer por, e capacitar, a mulher/casal, sobre as suas capacidades para otimizar a sua experiência de parto.

No contexto de sala de parto, mais especificamente no acompanhamento de casais em trabalho de parto, o EEESMO deverá primeiramente compreender qual o significado e expectativas para cada experiência de parto, para poder delinear o seu plano de cuidados segundo resultados esperados pelo casal, em parceria com o enfermeiro, conferindo a esse plano de cuidados a singularidade pretendida. Desta forma estaremos a aplicar o processo de “conhecer” de Swanson. No acompanhamento de casais, e perante a relação entre as respostas psicológica e fisiológica, e a sua influência na progressão do trabalho de parto, importa que o EEESMO preste cuidados num ambiente propício à expressão de sentimentos. Espera-se que o EEESMO transmita emoções, se adequado, demonstrando atenção e disponibilidade genuínas, ajudando o casal a sentir-se apoiado, sentindo compreensão, compaixão e atribuindo importância à sua experiência, única, de parto. Este processo de “estar com”, promove a autoestima da mulher/casal e consequentemente vai influenciar a experiência de parto positiva. O processo de “fazer por”, em contexto de trabalho de parto, remete ao fazer com que o Outro valorize e tome consciência das suas capacidades e da forma como pode e deve controlar a experiência vivida. Assim, será fomentado o *empowerment* da mulher/casal, promovendo, consequentemente, respostas, psicológica e fisiológica, positivas e influenciadoras da progressão de trabalho de parto. Se, em algum momento, do trabalho de parto e parto, for necessário “fazer por”, esse cuidado, não deve ser marcadamente evidenciado por forma a não ferir a autoestima da mulher/casal. Esta conduta é profundamente baseada nas orientações de “fazer por”, de Swanson.

O processo de “possibilitar/capacitar”, encontra-se como objetivo do EEESMO em facilitar o processo de transição para a parentalidade, no que concerne, neste contexto, ao momento do nascimento. A capacitação ou *empowerment* do casal encontra-se como objetivo fundamental também, do *coaching* aplicado a mulheres/casais em trabalho de parto. Este processo, de capacitação, deve ser base dos cuidados do EEESMO, em parceria com a mulher/casal, como promotor de uma resposta psicológica, e consequentemente fisiológica, facilitadoras de um trabalho de parto e parto fisiológicos.

A crença, segundo o processo de “manter a crença”, prevê que esta abordagem será tão mais eficaz, quanto mais o EEESMO acreditar nas capacidades de cada mulher/casal em superar, de forma resiliente, o seu percurso na sua própria experiência de nascimento de um filho.

A teoria de Kristen Swanson, apresenta, assim, uma estrutura geradora de aprimoramento da prática, da educação e consequentemente da Enfermagem. Neste sentido, apresenta uma base sólida para a inclusão do *coaching*, no cuidar pelo EEESMO, tendo sido mobilizada no planeamento e implementação dos processos de enfermagem, durante o percurso de aquisição de competências, que será apresentado no subcapítulo 3.3 deste relatório.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. Revisão *scoping*

Um dos domínios de competências previstos no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) é a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Esta regulamentação enfatiza critérios de avaliação de unidades de competências a praxis baseada na melhor evidência científica, exibindo a relação proporcional entre ambas para a maior qualidade dos cuidados, enfatizando esta como uma exigência da Enfermagem especializada e avançada (Regulamento n.º 140/2019). Neste sentido, importou, desenvolver um Relatório de Estágio, numa perspetiva de translação de conhecimento, baseado na melhor e mais atual evidência científica. Para tal, foi realizada uma Revisão *Scoping*, instrumento de revisão de literatura proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI), que ditou as orientações para a realização da mesma.

O Projeto de elaboração da RS, foi iniciado na UC Opção, segundo as orientações propostas pela JBI (2017), tendo sido tomadas em consideração, para a realização deste relatório, a revisão mais recente, referentes ao ano 2020. O *background* sobre a temática foi elaborado através de uma pesquisa exaustiva da literatura sobre *coaching*, *coaching* em saúde e especificamente em obstetrícia. A passagem temporal, decorrente deste percurso académico, obrigou a que essa pesquisa fosse repetida por três vezes, com o objetivo de identificar a existência de nova evidência, tendo a mais atual pesquisa sido realizada em novembro de 2020.

2.1.1. Objetivo e questão de pesquisa

Esta revisão *scoping* teve como título “A influência do *coaching*, aplicado pelo Enfermeiro Obstetra, à grávida/casal, em trabalho de parto: uma revisão *scoping*”. Teve como objetivo mapear o conhecimento existente relativo à influência do *coaching*, pelo Enfermeiro Obstetra, à grávida/casal, em trabalho de parto. Como ponto de partida foi formulada a questão de investigação, com inclusão dos elementos População, Conceito e Contexto (PCC), tendo culminado na seguinte questão: “Qual a influência das estratégias de *coaching*, proporcionadas pelo Enfermeiro Obstetra, à grávida/casal, em trabalho de parto?”. Neste sentido, os elementos constituintes da pergunta de pesquisa são a grávida/casal, enquanto população, e o *coaching* como conceito. Relativamente ao contexto, aquando da realização do projeto de estágio com relatório, assumiu-se, que este era remetido maioritariamente para localização geográfica, segundo o JBI pelo que nesse caso não se aplicava nesta RS. O JBI (2020) deixa clarificado que este pode ser ampliado, podendo ser incluído no título, por forma

a ajudar a situar a revisão num contexto mais específico, daí a escolha de incluir o momento do TP na questão, e assumindo-se como contexto.

2.1.2. Critérios de inclusão e exclusão

Após a revisão de literatura prévia sobre a temática foram definidos critérios de inclusão relativos aos participantes, tipos de estudo, língua de publicação e ano da mesma. Relativamente ao tipo de participantes, a revisão incluiu todas as grávidas/casais, que recebam assistência do EEESMO, independentemente da idade gestacional e/ou patologia associada. No que se relaciona com os tipos de estudos, a revisão recorreu a toda a evidência científica decorrente de estudos qualitativos, quantitativos ou revisões sistemáticas de literatura. No que concerne à língua de publicação, por terem sido extraído, da revisão primária de literatura, artigos de elevada pertinência, em coreano, foram na revisão consideradas todas as línguas. Face ao ano de publicação, a revisão primária de literatura justifica que esta temática é muito atual e, ainda, pouco estudado na área da SMO, pelo que não foi aplicado limite temporal para pesquisa. Este dado, advindo da revisão de literatura para realização do *background* sobre a temática, contribuiu também para justificar todos critérios de inclusão aplicados e acima mencionados.

2.1.3. Estratégias de pesquisa

Segundo as orientações do JBI (2020), a estratégia de pesquisa decorreu em três fases distintas. A primeira refere-se à revisão de literatura sobre a temática, no Google Académico, obras literárias, compradas ou requisitadas na biblioteca da ESEL e bases de dados da plataforma EBSCOhost. As bases de dados utilizadas nesta revisão de literatura primária, por hábito académico de pesquisa, foram a Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) Plus® e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Da análise dos resultados desta revisão de literatura surgiram os descritores de pesquisa, através do levantamento dos termos contidos no título, definindo os termos naturais de pesquisa. Também foi, esta primeira fase, que permitiu definir os critérios de inclusão apresentados. A segunda fase da pesquisa residiu na aplicação de todos os termos naturais e indexados identificados, em três bases de dados, por forma a ser mais abrangente. Foram escolhidas as bases de dados: CINAHL, MEDLINE e Academic Search Complete. Posteriormente, a pesquisa foi realizada com todas as palavras-chave e termos de indexação nas bases de dados supracitadas (Apêndice I), tendo sido realizada a interceção dos descritores encontrados, com os termos naturais, utilizando o operador booleano [OR]. Desta interceção saíram todos os resultados com os descritores de pesquisa. Seguidamente foi realizada a

interceção desses descritores entre si, utilizando o operador booleano [AND]. Desta operacionalização, resultaram sete artigos na base de dados CINAHL (Apêndice II), seis artigos na base de dados MEDLINE (Apêndice III) e quinze artigos na base de dados Academic Search Complete (Apêndice IV).

Foram extraídos os artigos duplicados nas pesquisas e de seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e dos resumos dos artigos obtidos. Posteriormente, aplicando como critério o acesso ao conteúdo integral e através da análise, dos títulos e resumos, foram selecionados oito artigos para leitura e análise integral. A terceira fase da pesquisa remete à análise da lista de referências bibliográficas, dos artigos selecionados, e outros contributos das demais pesquisas informais realizadas para explorar o tema a partir dessas referências, com o intuito de obter estudos adicionais, tendo sido adicionados cinco artigos considerados importantes para o estudo da temática. Na totalidade, foram contemplados, **treze artigos**, oito da revisão *scoping*, e cinco artigos adicionais, dos outros modos de revisão de literatura supracitados. Esta estratégia de pesquisa descrita encontra-se apresentada, em esquema, numa adaptação do fluxograma, sugerido pelo JBI (Apêndice V). Por forma a mapear os dados obtidos, dos artigos que emergiram da pesquisa, foi elaborada uma tabela de extração de dados (Apêndice VI), utilizada para os treze artigos em questão. Na elaboração desta tabela foram tidos em consideração os dados de todos os artigos primários analisados. Os resultados obtidos serão apresentados seguidamente, segundo uma articulação entre a evidência científica gerada pelos demais autores.

2.1.4. Achados da pesquisa

A prática reflexiva, a que o grau de mestre e categoria de especialista exigem, deve ser sustentada na melhor e mais atual evidência científica, ao encontro de uma prática baseada na evidência. Com este objetivo, foram selecionados e analisados os artigos resultantes da revisão *scoping*, por forma a encontrar os contributos mais valiosos para este relatório e para a prática clínica, enquanto futura EEESMO.

Apesar de bastante difundido nas áreas de gestão, administração executiva, desporto, entre outras, o *coaching* em saúde tem vindo, nos últimos anos, a ser estudado em áreas dos cuidados de saúde, nomeadamente nas áreas da nutrição e da psicologia. Segundo Wong-Rieger e Rieger (2013), o *coaching* em saúde, é uma forma de suporte pelo profissional e pode ser altamente eficaz, pois atua na autoeficácia, exaltando capacidades, prevendo o estabelecimento de metas, o caminho para a resolução de problemas e gerindo barreiras cognitivas e emocionais.

Existem ainda poucos estudos e publicações sobre o *coaching* em Enfermagem, mas os que foram realizados trazem contributos para a disciplina. A revisão *scoping* veio conduzir

a artigos de alguns desses estudos do *coaching* em saúde, em Enfermagem e, ainda mais específico, em ESMO. A amostra científica, desta RS, destaca intervenções de *coaching* em várias áreas de intervenção da especialidade: aleitamento materno; vivência, ansiedade e autoeficácia no parto; autoestima e autoeficácia parentais; estilos de vida saudáveis, controlo de ganho ponderal de peso na gravidez; diabetes gestacional, e ainda na área da supervisão clínica, em enfermagem obstétrica.

Criando uma linha temporal, nos resultados deste mapeamento de evidência, o aleitamento materno foi a primeira temática em estudo. Hoddinott, Lee e Pill (2006), com a apresentação de cautelas face a vários fatores que podem influenciar os resultados nesta área, enaltecem as potencialidades de aplicação de *coaching*, pelos profissionais de saúde, tanto no período pré-natal, como pós-parto. Os autores propuseram avaliar o impacto de acompanhamento, com intervenção de *coaching* individual e em grupo, no início e duração do aleitamento materno. A conclusão do estudo dita que houve um aumento significativo nos processos de aleitamento materno exclusivo, na população do estudo, duas semanas após o nascimento, em comparação com os restantes processos da mesma área geográfica (Hoddinott, Lee & Pill, 2006).

Cox, Glazebrook, Sheard, Ndukwe e Oates (2006), ao investigarem a relação entre autoestima durante a gravidez e autoeficácia parental, encontraram fortes indicadores da sua correlação. Os autores integram, nas implicações do seu estudo, a importância do acompanhamento na gravidez primar pela utilização do *coaching*, sendo assim capazes de aumentar níveis de autoestima e diminuição de ansiedade (Cox, Glazebrook, Sheard, Ndukwe & Oates, 2006).

Relativamente à autoeficácia no trabalho de parto, também Sue, Hee-Sook e Ha-Yoon (2011), exibem distinção na sua importância em capacitar a mulher, no seu papel ativo. Os autores relacionam o *coaching* com a promoção da autoeficácia, pelas suas capacidades de promoção de mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais (Sue, Hee-Sook & Ha-Yoon, 2011). Sue, Hee-Sook e Ha-Yoon (2011), partiram desta premissa e estudaram os efeitos de um programa de *coaching* na autoeficácia e na gestão da ansiedade no parto, em nulíparas. Com o estudo, concluíram que a utilização do *coaching*, aumenta a autoeficácia das grávidas em trabalho de parto, prevendo a capacidade em mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais (Sue, Hee-Sook & Ha-Yoon, 2011).

Outra área da saúde onde o *coaching* foi aplicado foi à pessoa com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Wong-Rieger e Rieger (2013) apresentam uma visão que discute os benefícios do *coaching* na adesão terapêutica, em pessoas com essa patologia. Contrariando o modelo mais biomédico de cuidados, em que profissional de saúde se preocupa, principalmente, em informar, dirigir e tomar decisões referentes aos clientes, os autores

impulsionaram a necessidade e as vantagens de colaborar antes na definição conjunta de objetivos, na ajuda ao cliente, em encontrar soluções para problemas e acompanhar na resolução dos mesmos (Wong-Rieger & Rieger, 2013).

Por sua vez, na área da Saúde Materna e Obstétrica (SMO), Ko e Lee (2014) realizaram um estudo com o objetivo de investigar os efeitos da utilização de um programa de *coaching* (Modelo de GROW, desenvolvido por Whitmore), na adesão a estilos de vida saudáveis, a grávidas com diagnóstico de diabetes gestacional. Segundo os autores, neste modelo o *coach* é o técnico que ajuda a pessoa a atingir os seus objetivos através da definição de metas autodirigidas e consequentemente, auxilia no processo de mudança progressiva de comportamento. Os resultados do estudo concluíram que a aplicação desse modelo se mostrou eficaz e é recomendada no uso clínico, na prática de Enfermagem, a mulheres grávidas (Ko & Lee, 2014).

Também nesta área de estudo, Seward et al. (2018), num estudo piloto, concluíram a eficácia do *coaching* e a satisfação das grávidas com este tipo de acompanhamento. Neste estudo, o método utilizado foi o acompanhamento contínuo por *health coaches*, através de telefonemas para monitorização das metas estabelecidas, *e-mails* e mensagens de texto entre esses contactos. Neste tipo de acompanhamento, o *coach* promove a definição de objetivos específicos e, portanto, mensuráveis e a sua priorização de acordo com níveis de autoeficácia, prontidão para mudanças, preferências e valores. Para além dos objetivos, durante o processo, são também trabalhadas barreiras e soluções potenciais. Ao longo deste tipo de intervenção, os *coaches* utilizam princípios de entrevistas motivacionais, com base numa abordagem centrada no paciente. Este tipo de intervenção estimula a prontidão do cliente para a mudança, e identifica e dissipa ambivalências e resistências à mudança (Seward et al., 2018). De salientar ainda que, os autores, propõem que intervenções futuras incluam uma intervenção *health coach* integrada na restante equipa de profissionais de saúde, enfatizando a importância de coordenar educação, informação e motivação. Desta forma, Seward et al. (2018), identificam, o *health coach* como um profissional que deverá integrar a equipa de saúde, o que leva à interpretação de que não é habitual, ainda, existirem profissionais de saúde com formação em *coaching* ou que tenham conhecimentos sobre a temática e que apliquem na sua prática clínica.

Similarmente, Skouteris et al. (2016), num ensaio controlado aleatório, objetivou a projeção de uma intervenção de *coaching* para prevenir o ganho de peso gestacional excessivo. Os autores concluem que, as mulheres do grupo da intervenção *coaching*, relataram níveis mais elevados de prontidão para controlo no ganho ponderal na gravidez, em comparação com o grupo de acesso apenas à tradicional educação para a saúde. Importa esclarecer que, os autores definem a tradicional educação para a saúde como o fornecimento

de conhecimento básico e informações e a intervenção *coaching*, a que inclui, para além da informação, estratégias motivacionais e de *coaching*. Desta forma, para além de compreender a influência do *coaching* na adesão a comportamentos saudáveis durante a gravidez, contribuíram para a reflexão sobre *coaching* em saúde e a educação para a saúde.

Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson e Hemmingsson (2019), no seu estudo qualitativo, incluem também a aplicação do *coaching* no incentivo a mudanças no estilo de vida de mulheres em idade fértil, com obesidade. Como resultados deste estudo, os autores, identificam três temas importantes relacionados com a assistência a mulheres com excesso de peso: informação médica crucial; sentimentos de compreensão e respeito e a relação com a enfermeira obstetra. Este último é, pelas mulheres, identificado como fundamental, pois a abordagem da enfermeira, pode dificultar ou facilitar a relação terapêutica e de parceria nos cuidados, trazendo impacto aos resultados em saúde (Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson & Hemmingsson, 2019). Através da apresentação das vivências das mulheres, são identificadas abordagens de comunicação e relação facilitadoras, trazendo esse contributo indispensável para a reflexão e ajuste da prática clínica. Segundo o presente estudo, como forma de respeito, o enfermeiro deve pedir permissão antes da abordagem ao tema “peso corporal”. Além disso, deve reconhecer verbalmente que este pode ser um assunto delicado, demonstrando perspicácia na demonstração de compreensão para com a mulher. Das entrevistas realizadas pelos autores, as demonstrações de empatia e de suporte psicológico, a colaboração na identificação de soluções, mais do que criar ênfase nos problemas e riscos, a identificação e compreensão de causas e crenças relacionadas com o peso corporal e o desenvolvimentos de habilidades comunicacionais e relacionais capazes de potenciar a relação, não caindo no julgamento, são algumas das orientações para a prática apresentadas (Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson & Hemmingsson, 2019).

Rollo et al. (2020), através de um ensaio piloto aleatório controlado, guiaram a aplicação do *coaching* nos cuidados pós-parto, a mulheres com diagnóstico de Diabetes Gestacional. No programa utilizado, eram incluídas sessões de *coaching* com a finalidade de reflexão sobre a gestão terapêutica, ajuste de objetivos, identificação de barreiras e problemas e definição e implementação de estratégias, conforme necessário. A utilização do *coaching* neste ensaio tratava-se de sessões por videochamadas e mensagens de texto motivacionais. Estas sessões consistiram em sessões estruturadas, centradas no paciente, com vista a rever a ingestão alimentar e os hábitos de exercício físico, explorar barreiras a comportamentos saudáveis, ajustar os objetivos e fornecer estratégias personalizadas para apoiar no alcance dos objetivos. Segundo os autores, o *feedback* das mulheres foi de que o programa tinha promovido o aumento dos níveis de confiança, tendo demonstrado alta satisfação com o tipo de intervenção (Rollo et al., 2020).

Durante a análise destes resultados da SR, foi-se constatando que a forma de comunicar e relacionar com o mulher/casal pode perentoriamente influenciar o seu processo de saúde/doença. Neste sentido, as habilidades da comunicação e relação do EEESMO anunciam-se preditivos de investimento e melhoria contínuos no cuidar. A sua influência na dimensão emocional da mulher/casal torna o suporte e a qualidade de assistência do EEESMO, como temas fundamentais de correlacionar com o *coaching* em saúde. Esta dimensão emocional, em trabalho de parto, engloba todas as emoções, sensações e percepções, que a própria mulher tem sobre a sua experiência de parto. Sigurdardottir et al. (2017), no seu estudo de coorte longitudinal, corroboram esta ideia, ao afirmar que o tipo cuidados obstétricos, e em específico, o acompanhamento durante a gravidez e parto, pelo EEESMO tem grande influência na percepção da mulher/casal sobre a sua experiência de parto. Por meio de retrospeção à experiência de parto, e ao papel preditivo do suporte recebido por enfermeiros, os autores sugerem “revisitar” o momento do parto, ao qual dão o nome de “*after-birth talk*”. Desta forma, os autores reforçam a importância de compreender a necessidade e vontade da mulher/casal em visitar os acontecimentos. Com isso possibilita-se o potencial de identificação de elementos facilitadores ou pejorativos, da experiência, como forma de melhoria futura, mas também como momento de intervenção de ajuste emocional, em casos de experiências de parto consideradas negativas (Sigurdardottir et al., 2017). Os autores não enunciam o conceito de *coaching*, no entanto, do estudo já transportado sobre o tema, é possível correlacionar estes achados com o conceito de resinificação, enquanto estratégia de *coaching*. Esta estratégia promove a exigência do cuidado do EEESMO, impossibilitando de este se esgotar enquanto fator determinante para a experiência de parto, mas também em se assumir facilitador em gerir e ressignificar experiências de parto passadas. Justifica-se assim, este como um contributo indireto, mas importante, deste artigo, apesar de não apresentar concretamente a aplicação de processos ou estratégias de *coaching*.

Pela análise supracitada, o suporte pelo enfermeiro obstetra tende a ser tema de diversas abordagens, mais e menos recentes, e Kate Nash, numa publicação para o British Journal of Midwifery, reforça a complexidade e importância do suporte das “parteiras”, à mulher em trabalho de parto. Da sua revisão da literatura, Nash (2020), reforça que existe um elevado corpo de evidências que demonstra o valor que a relação terapêutica estabelecida tem nas experiências de parto, dando destaque às habilidades comunicacionais. O desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, bem como a compreensão e o desenvolvimento pessoal e profissional de quem cuida, são apresentados como componentes de extrema influência nas habilidades interpessoais de acompanhamento em trabalho de parto. Neste seguimento de ideias Nash (2020) enfatiza também o conceito de

inteligência emocional das “parteiras” e a sua relação com o nível de cuidados e as capacidades de gestão emocional dos clientes. As estratégias ilustradas elevam o nível de cuidados promovendo um ambiente seguro propício a um trabalho de parto emocional e fisiologicamente esperado (Nash, 2020).

Key, Marshall e Martin (2019), por sua vez, vêm inovar este role de resultados ao integrar o *coaching*, não diretamente no cuidar, mas indiretamente no desenvolvimento profissional de “parteiras”. Segundo os autores, tendo por base a regulamentação da supervisão em obstetrícia, pela Nursing and Midwifery Council, foi proposta uma abordagem renovada na supervisão clínica, mais centrada no supervisionado. Para tal, este novo modelo, incorpora métodos de *coaching*, com fim ao desenvolvimento pessoal, autoconhecimento e autorreflexão (Key, Marshall & Martin, 2019).

Revisitando o conteúdo analisado, até ao momento, apraz reforçar que o *coaching* em saúde surge, segundo Simmons e Wolever (2013), pelas taxas de doenças crónicas estarem amplamente relacionadas com comportamentos no estilo de vida. Assim, enfatiza-se o foco, dos resultados em saúde, nas pessoas e nas tomadas de decisão ao longo da vida, e por sua vez, prospera que os cuidados de saúde devem integrar estratégias de apoio à mudança de comportamentos (Simmons & Wolever, 2013). Para esse fim, os autores, realçam o *coaching* em saúde e as entrevistas motivacionais como abordagens sinérgicas eficazes no seu alcance. Segundo os autores, a entrevista motivacional tem vindo a ser documentada, nas últimas três décadas, enquanto o *coaching* em saúde é operacionalizado mais recentemente, na última década com demonstrações de ampla qualidade de resultados. Simmons e Wolever (2013), distinguem as duas estratégias e apresentam o *coaching*, como um processo sistemático, colaborativo e focado em soluções, no qual o *coach* facilita o processo pessoal de alcance de metas e de melhoria da qualidade de vida. Em processos de saúde/doença, ostenta-se por processos de acompanhamento, aceso na maior motivação possível, para se iniciar ou manter uma mudança de comportamento. Ao longo deste processo, ocorre o trabalho de autoconhecimento e regulação de objetivos, recursos, barreiras (internas e externas) e planos de ação (Simmons & Wolever, 2013). Os autores apresentam, no artigo, elementos do processo e estratégias da intervenção através do *coaching*, o que se tornou, também, contributo para a aplicação do tema na prática, durante os percursos pelos contextos clínicos.

Da análise, desses artigos, constata-se que o paradigma qualitativo da investigação do tema, e o seu carácter de individualidade marcada se apresentam, em muitos dos estudos, como limitações para mais resultados mensuráveis. No entanto, também a maioria reforça, que a evidência científica já existente sobre o seu potencial, leva à importância de manter e aprofundar o estudo sobre a integração do *coaching* à área da saúde.

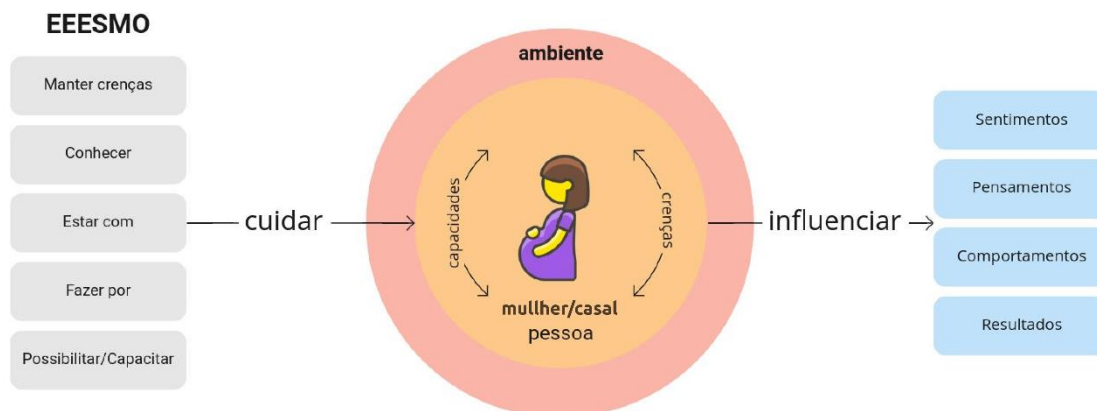
2.2. Prática baseada na evidência

2.2.1. Resultados da prática baseada na evidência: *coaching*, aplicado pelo EEESMO

A ordem cronológica de aplicação da temática, durante o percurso de aquisição de competências, coincidiu com a sequência de ensinamentos clínicos pelos contextos. Perante esta aleatoriedade foram sendo aproveitadas as oportunidades de cada um e o potencial de aplicação do tema em estudo. Em cada contexto de EC foram elaborados projetos de aprendizagem, com objetivo de definir as atividades para o desenvolvimento de competências e para alcançar achados com a integração do *coaching* na prestação de cuidados.

A PBE, implementada para alcançar achados da integração do *coaching* em SMO, apresentada seguidamente neste capítulo, suportou-se na evidência científica, resultante da RS, do estudo realizado sobre a temática e da realização de uma Certificação Internacional em *Coaching* (Anexo I), com conferido título de *coach* profissional. Os achados foram obtidos através das seguintes estratégias: prática reflexiva, provinda do debate com as supervisoras clínicas, com as orientadoras de EC e com a orientadora deste relatório e da prática autorreflexiva, pelo julgamento crítico, mental ou escrito, em jornais de aprendizagem e registos de interação com as mulheres, casais, pares e outros profissionais de saúde. O documento elaborado para os registos de interação (Apêndice VII) pretendeu integrar a avaliação inicial da pessoa e da situação, a perspetiva do cuidar segundo o referencial teórico de Enfermagem de Kristen Swanson, o registo de ferramentas de *coaching* utilizadas e as observações resultantes da intervenção. Para isso, foi importante criar ligação entre os demais conceitos inerentes à disciplina de Enfermagem, ao modelo teórico supradito e à intervenção *coaching*, o que culminou na elaboração de um esquema ilustrativo dessa articulação (Figura 1). Este processo permitiu focar a translação da temática para a prática

Figura 1 - Esquema ilustrativo da articulação entre Teoria do Cuidar (Kristen Swanson) e o *coaching* em Enfermagem SMO



em dois grandes grupos de intervenção: a sensibilização dos profissionais de saúde para a incorporação do *coaching* na área da Saúde da Mulher e para a integração de ferramentas de *coaching* na prestação direta de cuidados.

Relativamente à sensibilização dos profissionais de saúde, foram fomentadas reflexões, partilhas de resultados do estudo da temática e da RS, tanto com os supervisores clínicos, como com a equipa de enfermagem alargada, e foram realizadas sessões de formação e sensibilização às equipas de dois contextos de EC: contexto de cuidados à mulher/casal/família em processos de saúde/doença ginecológica e no Estágio com Relatório, em contexto de bloco de partos.

O EC na área de cuidados à mulher/casal/família em processo de saúde/doença ginecológica, tornou possível uma sessão de formação e sensibilização, à equipa médica e de enfermagem, num avanço de conteúdo sobre a temática e dos seus potenciais contributos. A sessão foi intitulada de “*Coaching* em Saúde” e teve como objetivos: informar, debater, refletir e sensibilizar sobre a influência do *coaching* em saúde. Teve a participação de dois médicos e três enfermeiras, tendo sido superados os objetivos e expectativas estabelecidos para a mesma, segundo a minha autoavaliação, e segundo a avaliação da sessão pelos participantes. Esta dinâmica de exposição pública, sobre o estudo e o trabalho desenvolvido até ao momento, apoiou o desenvolvimento de capacidades pessoais argumentativas sobre a escolha do tema e sobre a evidência científica que o suporta. Da interpretação dada ao debate gerado, considero este tipo de formações um intensificador da tomada de consciência. Esta tomada de consciência tem carácter individual e coletivo. Carácter individual na promoção de uma PBE, inovadora e atualizada, que promove o *empowerment* dos clientes. Essa inovação, por conseguinte, tem um carácter coletivo, por gerar *empowerment* da profissão de Enfermagem, contribuindo para um dos pilares da qualidade de cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No contexto de sala de partos, a sessão de formação e sensibilização foi realizada no final do EC, por forma a apresentar achados concretos da integração do *coaching* nos cuidados prestados nesse contexto. Esta sessão foi intitulada de “*Coaching* em Obstetrícia” e teve a participação de dez elementos da equipa de enfermagem. No início da sessão procurou-se confrontar a equipa com a temática e o julgamento crítico da prática de cuidados, na área. Para tal, foram apresentadas perguntas poderosas relacionadas com o papel do enfermeiro *coach*. Esta decisão partiu da constatação de estranheza, demonstrada por alguns profissionais de saúde, ao longo de todo o percurso académico, em relação à integração do *coaching* nos cuidados obstétricos. Entendeu-se essa como uma postura de bloqueio à evolução e inovação profissional e compreendeu-se que estava relacionado com a crença de que o *coaching* é do domínio de outras áreas, nomeadamente da gestão. Desta forma, previu-

se a desconstrução dessa crença, para potencializar os efeitos da sessão na prática de cuidados e abordar, de imediato, o efeito das crenças limitantes no desenvolvimento e crescimento tanto dos clientes, como do próprio coach (Steinmetz, 2012). De seguida, foi apresentada a base teórica, que já sustenta a presença da intervenção *coaching* em Enfermagem, afirmando-se como arte e ciência, de reforçada aplicabilidade em qualquer ambiente ou área de especialidade, com vista à facilitação de processos de mudança ou manutenção, em alcançar o maior potencial do cliente ou grupo (Hess et al., 2013). Este momento reflexivo, transportou para uma alteração da fisiologia dos participantes, numa demonstração de maior receptividade, interesse e envolvimento. A promoção da autorreflexão, a apresentação de evidência científica e a partilha dos achados empíricos, do trabalho realizado durante o EC, ditaram que, segundo apreciação geral da plateia, a apresentação trouxe contributos importantes para a prática futura de cuidados.

No que respeita à integração do *coaching* na prestação direta de cuidados, esta ocorreu, cronologicamente, nos seguintes contextos: serviço de internamento de puérperas, serviço de consultas de ginecologia, serviço de medicina materno-fetal, cuidados de saúde primários, de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e no serviço de bloco de partos e urgência obstétrica e ginecológica. A integração do *coaching* na prestação de cuidados à mulher, pelo EEESMO, inserida na família e comunidade, durante o seu ciclo reprodutivo, teve por base habilidades de comunicação eficaz. A escolha das ferramentas de *coaching* não se determinou pelo contexto, mas sim pela individualidade de cada pessoa/família e pelas especificidades da sua situação de saúde/doença. Os achados mais relevantes deste percurso de PBE, na prestação direta de cuidados, serão apresentados de seguida, segundo articulação entre as ferramentas/estratégias mais utilizadas: perguntas poderosas, inteligência emocional, trabalho de crenças, intervenção motivacional, resolução de problemas, ressignificação e Modelo de GROW.

As perguntas são consideradas a essência do *coaching*, sendo as perguntas poderosas consideradas as que demonstram a qualidade da intervenção (Penim & Catalão, 2018). Estas perguntas foram utilizadas em vários contextos, por forma a estimular a reflexão e a verbalização dos objetivos, pela mulher/família, para os processos de saúde/doença e ideais de aumento da qualidade de vida. A sua aplicação ocorreu em momentos que ditavam a necessidade de criar perceção, clareza, foco do cliente nos objetivos desejados, gerar autoconhecimento e consciência, com vista ao compromisso para ações de mudança ou manutenção (Hess et al., 2013). As perguntas demonstravam-se poderosas pela perceção de impacto que tinham em cada mulher/casal, demonstrando muita repercussão em situações de confronto entre as experiências idealizadas e as vivências reais e na área da mudança de comportamentos em saúde. Nas situações de expectativas defraudadas, foram utilizadas

perguntas de atribuição de significado às vivências do momento presente, reflexão das responsabilidades nos processos pessoais, valorização do desempenho, identificação de formas de ajuste de expectativas e de alternativas. Estes objetivos eram alcançados através de perguntas para que o cliente alcançasse as próprias respostas, numa perspetiva de ressignificar a sua história de parto. Esta estratégia da ressignificação encontra-se explorada mais à frente, neste subcapítulo. A utilização de perguntas poderosas nesta área demonstrou um aumento de tomada de consciência sobre as suas capacidades internas, uma maior auto-perceção das vivências, com maior sensação de *empowerment* e controlo, com estímulo a ações de mudança de comportamentos. Esta ferramenta foi crucial no *empowerment*, através da verbalização pela própria pessoa, das suas necessidades, pensamentos, objetivos, problemas, medos, valores, atitudes (Penim & Catalão, 2018). Assim, a mulher/casal demonstrava maior capacidade de encarar processos de doença ginecológica/obstétrica ou trabalhos de parto menos lineares.

Relativamente aos processos de doença ou problema ginecológico/obstétrico, a demonstração de atitude mais otimista e de esperança promoviam um estado favorável à adesão ao regime terapêutico, com demonstração de vontade para o autocuidado e para que a mulher assumisse o controlo, naquilo que dependia de si. Quanto às situações de trabalhos de parto com desvios do esperado, observou-se uma atitude de maior autoeficácia nos casais, mesmo quando alguns pontos do seu plano de parto tinham de ser modificados. Em ambas as situações, as perguntas foram utilizadas para auxiliar num pensamento construtivo, em vez de destrutivo. A observação expressou que, mesmo quando a resolução do problema não podia ser efetiva, as mulheres/casais manifestavam maior controlo e menor ansiedade perante essas situações.

Com grande foco no suporte emocional, o *coaching* contribui com a intervenção na área da inteligência emocional, onde não só cria estímulo à expressão de sentimentos e emoções, mas também, invoca a que o cliente seja auxiliado a compreender essas emoções e a usá-las como fonte de informação e de descoberta, capacitando para o desenvolvimento de estratégias de gestão emocional e traduzi-las em resultados (Hess et al., 2013). Assim, também desta PBE, as mulheres/casais demonstraram habilidades para modificação efetiva do seu estado emocional, através da expressão de sentimentos e emoções e da capacidade de se permitirem vivê-las, compreendê-las e controlá-las (Penim & Catalão, 2018). As intervenções relacionadas com gestão emocional imperaram a necessidade de criar uma relação de empatia e confiança, com as mulheres/casais, primando por interações dotadas de congruência, genuinidade, de um olhar positivo, de aceitação e demonstração de entendimento empático (Penim & Catalão, 2018). Para tal, foram tomadas medidas com base no que, para o *coaching*, é chamado de criar *rapport*, tais como: conhecer o contexto,

promover ambiente físico propício à interação, manter contacto visual, adotar postura de sintonia com o cliente, utilizar efeito de espelho, ajustar a linguagem e o tom, a velocidade, a entoação de voz, e a comunicação não verbal (Penim & Catalão, 2018). Quando o estado fisiológico da mulher/casal denotava defesa ou afastamento, foi utilizada a estratégia do efeito espelho, utilizando subtilmente algum tipo de gestos, ou devolvendo a sua resposta/expressão, o que demonstrou alteração da fisiologia dos clientes, com manifestação de maior disponibilidade em falar e de maior empatia.

Relativamente à mudança de comportamentos em saúde, o *coaching* defende que as pessoas, para conseguirem produzir mudanças desejadas, por meio das suas ações precisam de acreditar que são capazes de produzir esses feitos (Bandura, 2004). Esta premissa determinou que a área das crenças, e especificamente a percepção do cliente sobre as suas crenças de autoeficácia, fosse explorada como elemento imprescindível na mudança comportamental (Bandura, 2004). Na prestação de cuidados foram, em muitas situações, identificadas crenças limitativas relacionadas com a gravidez, trabalho de parto, pós-parto e saúde/doença ginecológica. Em qualquer das áreas eram colocadas perguntas exploratórias para levar a mulher/casal a identificar e explorar crenças limitantes e desafiar à sua desconstrução e reformulação, transformando-as em novas crenças, capazes de desbloquear o seu efeito impeditivo de gerar ação otimizada (Donner & Wheeler, 2009). Quando o contacto era único, ou de pouca continuidade, como foram exemplo as consultas de ginecologia e/ou planeamento familiar, o trabalho de crenças era feito de outra forma. Nessas situações importou estimular a crença, da mulher/casal, nas suas habilidades para a mudança ou manutenção do estado de saúde/doença. Uma das estratégias utilizadas foi incentivá-la a relembrar e verbalizar alguma situação bem-sucedida, para valorização pessoal (Penim & Catalão, 2018). Assim, era estimulado o reforço de crenças com potencial de gerar sentimentos de autoestima, autoconfiança e de criar visão de futuro, através de uma situação de saúde ou mudança positiva no seu estilo de vida. Também para destacar crenças da mulher/casal, quanto às suas capacidades de controlo, foi utilizada a responsabilização positiva pela mudança ou melhoria do seu estado, com o objetivo de evidenciar o seu potencial em fazê-lo (Miller & Rollnick, 2002).

Fomentar sentimentos positivos, como os supracitados, torna-se objetivo fundamental no acompanhamento de mulheres/casais/famílias, nos seus processos de saúde/doença, tendo a intervenção motivacional manifestado ser um elemento fundamental para o alcance desse objetivo. Esta foi uma das ferramentas utilizadas para aumentar a autoeficácia nos processos de saúde/doença, nomeadamente no que se refere à adesão terapêutica e à participação ativa no trabalho de parto. Na adesão terapêutica, a intervenção motivacional foi amplamente aplicada em contexto de patologia na gravidez e na adesão a estilos de vida

saudáveis. Foi proporcionada discrepância entre os resultados esperados pelo cliente e os comportamentos atuais, promovida autorreflexão, impulsionado o combate a resistências, suscitando o suporte contínuo para a autoeficácia para a mudança (Miller & Rollnick, 2002). Assim, fez-se por contribuir para o reforço da capacidade imprescindível de promoção de saúde, mesmo quando está instalada uma doença ginecologia ou obstétrica. Através da parceria entre Enfermagem e *coaching*, as mulheres foram motivadas, de forma realista, a acreditar que, mesmo em processos patológicos agudos, com internamento, ou crónicos, ginecológicos ou na gravidez, podem e devem continuar a ter intrínseco o potencial de mudança (efetiva no processo de saúde/doença ou na visão como o encara). Essa motivação, para o estímulo da crença no potencial de mudança, fez-se pelo aumento dos níveis de autoconhecimento, autocontrolo, tomada de decisão e autoeficácia na resolução de problemas (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Com a utilização da intervenção motivacional pode observar-se maior confiança das mulheres/casais, com demonstrada mudança de foco. As mulheres/casais evidenciaram mais foco em soluções ou na identificação de estratégias de *coping* para lidar e encarar os acontecimentos, do que foco no problema e em sentimentos promotores de desorganização.

No decorrer dos ensinamentos clínicos ocorreram situações conotadas como problemas. Estas situações decorreram, em grande parte, em processos de doença, em momentos de diagnóstico inicial, em situações de desvio da normalidade ou agravamento clínico e durante o trabalho de parto, quando o mesmo não decorria segundo as expectativas do casal. Nestas situações a estratégia, proposta pelo *coaching*, de resolução de problemas fez-se através da ajuda ao cliente em clarificar visão, tornar problemas em objetivos para criar capacidade de mudança e orientação para o futuro (Donner & Wheeler, 2009). Para ajudar a mulher/casal a ultrapassar ou reduzir o impacto de problemas, primeiramente, procedeu-se à identificação do mesmo, tanto pelo *coach*, como e principalmente pelo *coachee*. Solicitar diretamente, à mulher/casal, para verbalizar e explicar o que sentia, se sentia algum problema, ajudou a que se sentisse compreendida, valorizada e contribuiu para a sua tomada de consciência sobre a existência, ou não, de um problema concreto. Após essa percepção, a mulher/casal era incentivada a alavancar mudanças, retomando à responsabilização e ao controlo da situação. Uma estratégia era estimulá-la a visualizar o futuro, com os objetivos pessoais cumpridos, imaginado o seu estado no momento em que o problema já estivesse resolvido. Outra estratégia, de resolução de problemas, utilizada foi auxiliar a mulher/casal a identificar soluções e ações, que dependiam de si, ou do que podiam fazer para atenuar o impacto do problema no seu processo de saúde/doença. Durante esta identificação de ações, foram auxiliadas a subtrair barreiras à ação para obter o melhor resultado possível. A demonstração de clareza, organização e controlo do seu estado emocional, perante as situações, foram

achados evidenciados com a utilização destas ferramentas, na área de resolução de problemas.

A identificação de problemas mostrou-se também muito importante quando era sentida alguma resistência ou barreira à relação e comunicação com a mulher/casal. Constataram-se estas situações maioritariamente no contexto de internamento de puérperas, de medicina materno-fetal e bloco de partos, em situações que os clientes apresentaram discurso revelador de insatisfação ou desconfiança em relação a algumas intervenções ou a alguns profissionais. A clarificação de problemas foi feita através da combinação entre comunicação, escuta ativa e compreensão de perspetivas (Donner & Wheeler, 2009). Assim, a mulher/casal, era confrontada com a identificação, por parte do EEESMO, da existência de algum problema, enquanto este demonstrava compreensão e preocupação pela relação terapêutica, estimulando-a a encarar, verbalizar, solucionar ou atenuar os problemas ou barreiras sentidas. Esta intervenção demonstrou contribuir para aumentar a sensação de confiança dos clientes, para consigo e para com a equipa, tendo-se notado mudança positiva da fisiologia e forma de comunicação da mulher/casal, durante as interações.

Para além dos contributos apresentados para a gestão de problemas, em tempo real, o *coaching* mostrou-se favorecedor nessa gestão após acontecimentos negativamente marcantes, em obstetrícia. O foco dos cuidados especializados foi a promoção de uma experiência de parto positiva, potenciando a autoestima materna, promovendo sentimentos positivos no vínculo com o seu bebé e maior ajuste das capacidades parentais (Nilsson, Thorsell, Wahn, & Ekstrom, 2013), mas também na intervenção a mulheres/casais com desajustes por experiências de parto negativas. Pretendeu-se mostrar compaixão, disponibilidade e contribuir para a atribuição de importância às suas vivências, ajudando na gestão emocional e psicológica, evitando que os efeitos negativos, dessas vivências, se mantivessem por essas serem ignoradas. Para tal, nestes casos, as mulheres/casais foram incentivadas a revisitar a sua experiência de parto, propiciando o que a evidência científica, resultante da RS, trouxe definido como *after-birth talk* (Sigurdardottir et al., 2017). Esta estratégia teve como objetivo terapêutico atenuar os efeitos das perdas, inerentes a experiências de parto negativas, através da ressignificação.

A ressignificação é uma ferramenta de *coaching* e foi integrada nos cuidados, à mulher/casal em TP, na perda, neste caso simbólica, associada à experiência de parto. Os processos de ressignificação envolvem o enfrentamento da situação e podem ser influenciados pelo meio sociocultural e pelos profissionais de saúde (Selli, Junges, Meneghel & Vial, 2008). A utilização desta estratégia pretendeu a evolução e a direção de um estado patológico, onde planeiam sentimentos negativos, para um estado de saúde mais produtivo e mais saudável (Strauch, 2017). Esta área de intervenção baseou-se em duas das cinco fases

de elaboração do processo de luto de Strauch (2017): revisitar e ressignificar. Revisitar, promovendo o retorno à experiência/acontecimento, com fim à ampliação de consciência. Ressignificar, auxiliando na capacidade de dar novo sentido, articulando com outros focos e promovendo uma compreensão ampliada da experiência (Strauch, 2017). As mulheres/casais foram estimuladas a visitar e a partilhar a sua visão do seu parto. Nestes casos, de experiências de parto negativas, esses momentos eram emocionalmente fortes, com manifestação de sentimentos negativos, pelo que foi enaltecido o potencial de cada mulher/casal em conseguir fazê-lo e elogiados os seus contributos para que a experiência fosse ao encontro das suas expectativas. Com a ressignificação, auxiliou-se a mulher/casal a conseguir identificar elementos positivos da sua experiência de parto, a reconhecer aprendizagens e aceitar a sua história de parto, atribuindo-lhe o significado positivo possível. Nesta abordagem, a forma de comunicar mostrou-se ainda mais essencial, através do reforço positivo normalizado e fugindo sempre a atitudes paternalistas. Assim, foi desenvolvida uma relação terapêutica dotada de comunicação geradora de altos níveis de autoestima, confiança e motivação, com consequente aumento do *empowerment* de cada mulher/casal. No papel de EEESMO, no período pós-parto, tal como exigido a um *coach*, fiz por facilitar os sentimentos e estados supracitados, através de habilidades capazes de encorajar, motivar e aumentar a confiança (Donner & Wheeler, 2009). Desta forma, propiciou-se o objetivo de a mulher/casal aceitar a sua experiência de parto, não se conformando com ela, mas sim aceitando e com isso sentir um aumento do nível de consciência, em relação à sua história, e ao que ela lhe trouxe de autoconhecimento e aprendizagens futuras. Isso, por sua vez, possibilitou o aumento do *empowerment* da mulher/casal e consequentemente da sua autoeficácia para o autocuidado e para os cuidados ao recém-nascido.

Por fim, outra ferramenta de *coaching* utilizada, com contributos na prática, foi o Modelo de GROW. O modelo é previsto em processos de *coaching*, não tendo sido implementado sempre na íntegra, mas sim contribuindo com elementos e pressupostos importantes a integrar na prestação de cuidados à mulher/casal. O nome do Modelo constitui um acrónimo com o seguinte significado: *Goal* (Meta); *Reality* (Realidade); *Options* (Opções) e *Will* (Vontade). Assim, as mulheres/casais foram auxiliadas no estabelecimento dos seus objetivos, na tomada de consciência sobre o seu estado atual, explorando com elas os caminhos possíveis, os meios, as habilidades e as barreiras. Esta abordagem pretendeu capacitar e fortalecer a autogestão da mulher/casal, no processo de mudança ou de manutenção da sua saúde, suscitando a motivação e o comprometimento, com uma definição clara e por etapas de planos de ação (Penim & Catalão, 2018; Whitmore 2011). As mulheres/casais foram incentivadas à criação de objetivos, projeção de ações para alcançar as metas, fomentando sempre a sua envolvimento com o processo e enaltecendo a sua

responsabilidade sobre o mesmo (Hess et al., 2013). Estabelecer objetivos mostrou-se importante para aumentar o estímulo de habilidades de autorregulação, motivação e definição de direção (Penim & Catalão, 2018). Neste sentido, as mulheres/casais eram incentivadas a estabelecer objetivos específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e com prazos definido face ao seu estado atual (Penim & Catalão, 2018; Donner & Wheeler, 2009), em relação ao que era possível ser controlado. Quando os objetivos, e as ações para os alcançar, eram mais vagos, auxiliou-se, através de perguntas mais fechadas, a descrição mais específica possível, incentivando a definição de prazos. As metas e ações eram descritas ou verbalizadas enquanto ações concretas, claras, conectadas de objetividade e orientadas para a ação (Donner & Wheeler, 2009). Os elementos e pressupostos supracitados trouxeram contributos importantes de organização e planeamento tanto das consultas de enfermagem, como dos planos de cuidados hospitalares, trazendo um alto nível de personalização dos cuidados e mostrando-se como estratégia promotora do papel ativo da mulher/casal. Esta estratégia demonstrou-se importante no foco em soluções, contrariando o foco no problema, e assim promovendo cuidados centrados na pessoa e não na doença. Assim, esta estratégia mostrou-se muito útil também na presença de doença, visto criar visão de futuro e capacidade de readaptação funcional, expressando foco nas soluções, motivação e determinação para alcançar o melhor estado de saúde possível, demonstrando valorização, da Mulher, pela sua qualidade de vida. Da sua integração, nas várias áreas de cuidado à mulher/casal/família, observou-se, da fisiologia e discurso do cliente, sensações de maior controlo, capacidade de autogestão e foco nas mudanças de comportamento necessárias para a cura, para atenuar problemas/sintomas ou para alcançar o melhor estado desejado de saúde e de qualidade de vida.

2.2.2. Prática reflexiva

A análise de achados, tanto da RS como da PBE, apresentados anteriormente, permitiu dar resposta à questão de investigação: “Qual a influência das estratégias de *coaching*, proporcionadas pelo Enfermeiro Obstetra, à grávida/casal em trabalho de parto”, que será exposta de seguida. Este percurso académico, e o conteúdo deste relatório, comprovam que a integração do *coaching*, pelo EEESMO, apresenta múltiplos contributos para a prestação de cuidados, de maior qualidade, à mulher/casal, com benefícios nos resultados em saúde. Do percurso metodológico realizado e principalmente dos achados identificados, foram listados conceitos, que foram posteriormente agregados e que ditaram a definição das seguintes áreas, como áreas onde o *coaching* em TP, aplicado pelo EEESMO, demonstra influência e potencial de melhoria de qualidade de cuidados: dimensão emocional e

psicológica, literacia em saúde, experiência de parto positiva, processo de parto fisiológico, papel ativo no TP, *empowerment* e autoeficácia da mulher/casal.

O pressuposto confirmado de que o cérebro da mulher é, durante o trabalho de parto, juntamente com o útero, um órgão muito ativo e importante no controlo do sistema hormonal de elevado domínio no processo de nascimento (Leal et al., 2014), oferece à dimensão emocional e psicológica da mulher elevada importância. A resposta emocional e psicológica da mulher, em trabalho de parto, é amplamente marcada pelo tipo de suporte que estas recebem. O suporte pelo EEESMO, por sua vez, e mais especificamente através da integração do *coaching* nos seus cuidados, é apresentado, pelos autores de forma transversal, como componente essencial da qualidade de cuidados obstétricos e das vivências de parto das mulheres/casais (Wong-Rieger & Rieger, 2013; Sigurdardottir et al., 2017; Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson & Hemmingsson, 2019; Nash, 2020). A dimensão emocional e psicológica deve ajustar os medos e ansiedades associados ao parto, que por sua vez, podem gerar instabilidade no bem-estar emocional, diminuir os níveis de ocitocina, e, por conseguinte, impossibilitar a gestão da ansiedade e das respostas maternas ao stress (Buckley, 2015). A integração do *coaching* nos cuidados apresentou-se como uma intervenção de suporte eficiente para ultrapassar sentimentos negativos e reforçar sentimentos positivos, capazes de otimizar hormonalmente a progressão de trabalho de parto e o desfecho do mesmo.

Uma das estratégias de *coaching* que se mostrou muito eficaz, em otimizar esta dimensão, foi a intervenção motivacional, contribuindo com ferramentas que o EEESMO deve implementar para intensificar a demonstração de compreensão e valorização dos esforços, e efetivando impacto na autoconfiança das mulheres e em processos de mudança (Rollo et al., 2020; Seward et al., 2018). Esta intervenção, para a mulher/casal em TP, torna-se imprescindível para aumentar sentimentos de confiança, segurança, motivação, controlo e para o “desenvolvimento de competências emocionais, comprometimento, flexibilidade, resiliência, autoestima, autoconfiança, autocontrolo, equilíbrio emocional, identificação de pontos fortes e de melhoria, comportamentos, sentimentos e pensamentos sabotadores e autoaceitação” (Galvão, 2019, p.6). Assim, revela-se simbiótica, esta relação entre o *coaching* e a dimensão emocional e psicológica da mulher, levando a concluir a sua forte influência, por meio dos cuidados especializados, na gestão emocional e hormonal da mulher em trabalho de parto. Consequentemente, os resultados a este nível emitem benefícios potenciais, relacionados com o tempo e qualidade do trabalho de parto, o tipo de parto, a satisfação materna e o bem-estar materno-fetal/neonatal (Beebe, Lee, Carrieri-Kohlman & Humphreys, 2007; Buckley, 2015; Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017), o que relaciona a influência do *coaching*, pelo EEESMO, também, à promoção de partos fisiológicos.

O *coaching* em obstetrícia enfatiza a crença de que a mulher possui habilidades inatas e reforça as suas capacidades internas, reconhecendo verdadeiramente a participação da mulher na tomada de decisão, através do respeito e compressão das suas preferências, desejos e expectativas para o seu TP (Desisto, McDonald, Rochat, Diaz - Apodaca, & Declerq, 2016). Assim, aponta-se para a intervenção *coaching*, pelo EEESMO, como intervenção promotora do papel ativo da mulher em TP. Este papel ativo é evidenciado como resultado da intervenção *coaching*, tanto durante o TP como na preparação para ele. Como tal, projeta-se também a sua influência no parto, de forma indireta, com a integração do *coaching* nos acompanhamentos durante a gravidez e na preparação para o parto e nascimento. Neste âmbito, a intervenção *coaching* demonstra potencial de influência através do auxílio à mulher/casal em trabalhar crenças e fatores de ansiedade sobre o parto, otimizando a sua literacia, o autoconhecimento e tornando-os mais ativos tanto na preparação como na participação durante o TP (Sue, Hee-Sook & Ha-Yoon, 2011).

Outra área, com influência positiva, do *coaching*, aplicado pelo EEESMO, à mulher/casal em TP é a experiência de parto. A experiência de parto positiva tem como elementos cruciais a comunicação eficaz e o suporte contínuo por parte do EEESMO (OMS, 2018). O *coaching* em obstetrícia, por sua vez, propõe a otimização e o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais pelos profissionais de saúde, e determina-as como elementos fulcrais na satisfação materna. O suporte prestado pelos profissionais de saúde tem alto impacto na relação terapêutica estabelecida (Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson & Hemmingsson, 2019), capaz de otimizar a promoção de sentimentos maternos positivos e importantes, como o controlo sobre o parto, autoestima, autorealização, orgulho em si mesma, segurança, calma, sensação de liberdade para expressar os seus sentimentos e diminuição da ansiedade e do stress (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015; McLachlan, et al., 2015; Amaral & Martins, 2016; Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström, 2019). Esta satisfação contribui para que as mulheres/casais considerarem a sua experiência de parto como positiva e por esta razão, o *coaching* apresenta-se, mais uma vez, como uma intervenção especializada, e de uma enfermagem avançada, capaz de influenciar a qualidade de cuidados obstétricos com resultado efetivo em experiências de parto positivas.

Durante o TP, o EEESMO presta vários tipos de suporte à mulher/casal. Para além, do supracitado suporte emocional, existe também a necessidade de suporte de informação e instrução, para promover decisões informadas, com alto nível de conhecimento (Amaral & Martins, 2016). Este tipo de suporte remete para a área da educação para a saúde, área em que os autores apresentam comparação com o *coaching* em saúde e propõe reflexões e mudanças de paradigma (Skouteris et al., 2016). O *coaching* apresenta, assim, também influência para literacia em saúde impulsionando uma transferência de conhecimento

projetada, personalizada, e auto-exploratória, fugindo da abordagem a conselhos padronizados que pode gerar uma participação mais passiva do cliente (Cinar, Freeman & Schou, 2018). O *coaching* propõe que, nesta área, ao invés da abordagem de primeira linha ser a transferência de informações/esclarecimentos, seja promovida a solicitação dessa informações e/ou conselhos, e que o EEESMO prefira perguntas a resposta. Isto é, que estimule a mulher/casal a alcançar as respostas, através da colocação de perguntas exploratórias, validando conhecimentos já existentes, e promovendo o encontro de novos conhecimentos personalizados. A evidência científica, na comparação entre *coaching* em saúde e educação para a saúde, não demonstra maior eficácia de uma intervenção em relação à outra (Skouteris et al., 2016), o que reforça que não se pretende qualquer intenção de substituição, mas sim de prever influência e melhoria, da integração do *coaching* nesta área de intervenção.

O dever explícito, enfatizado pelo *coaching*, do EEESMO acreditar nas capacidades internas do cliente, promover a autoconfiança, sentimentos positivos e um papel ativo da mulher/casal, aumentar o *empowerment* e autoeficácia, efetiva ganhos proveitosos em processos de mudança de comportamento no estilos de vida (Simmons & Wolever, 2013; Ko & Lee, 2014), na adesão a regimes terapêuticos (Skouteris et al., 2016; Rollo et al., 2020) e na gestão emocional, pelo que demonstra capacidade de influenciar a autoeficácia da mulher/casal (Sue, Hee-Sook & Ha-Yoon, 2011). Assim, finaliza-se que as áreas apresentadas nesta análise se mostram como contributos da influência do *coaching*, aplicado pelo EEESMO, especificamente, à mulher em TP, com potencial de aplicação a outras áreas de intervenção da SMO. Em conclusão, confirma-se, por um lado, que esta análise, vem reforçar muitos preditivos impostos aos cuidados de qualidade, prestados pelo EEESMO, com demonstração de uma íntima ligação entre conceitos do *coaching* e da disciplina de Enfermagem. Por outro lado, a análise agora findada, soma conteúdos inovadores e importantes de translação para a prática de cuidados, com influência benéfica para a mulher/casal, neste que é um momento tão impactante para a sua vida.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE

O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) apresenta um conjunto de domínios de competências profissionais que são exigidas para esse mesmo grau académico. A certificação das competências clínicas especializadas, deve ser demonstrada através do conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que o enfermeiro especialista deve mobilizar no contexto da sua prática clínica. Segundo essa entidade reguladora da prática, estas competências apresentam-se agrupadas em quatro domínios de competências que todos os enfermeiros especialistas, devem desenvolver independentemente da sua área de atuação. Estes domínios são demonstrados por meio das manifestações de competências relacionados com a prestação, gestão e supervisão de cuidados, bem como pelo exercício profissional especializado no âmbito da formação e investigação.

Essas quatro áreas de domínio são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Deste último domínio faz parte a unidade de competência relacionada com a detenção de uma elevada consciência de si. Partindo desta competência e sendo a Enfermagem Avançada “one who moves beyond the boundaries of the profession” (Rolfe, 2014, p.21), é exigido mais do que apenas o aperfeiçoamento das competências já adquiridas, mas sim, um caminho, de evolução profissional, sustentado em reflexão da prática diária.

Para além das competências comuns, o regulamento distingue mais dois tipos de competências: as específicas e as acrescidas. As específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade e demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. As acrescidas dizem respeito aos conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem uma progressão do exercício profissional, nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro, e um desenvolvimento técnico-científico da profissão, levando a novos campos de atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim, faz-se nascer um novo olhar, capaz de gerar evolução profissional individual, apta a aumentar a consciencialização do individual, no coletivo da profissão, numa projeção da identidade profissional avançada.

3.1. Competências do grau de mestre

Segundo o Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto, a realização do Estágio com Relatório é uma das modalidades propostas para a aquisição grau de mestre. O profissional com este grau académico tem o dever profissional de dar continuidade ao desenvolvimento do conhecimento obtido no primeiro ciclo, dando prosseguimento ao seu aprofundamento e desenvolvimento e aplicação, nomeadamente, no âmbito da investigação. Para a atribuição desse grau, o profissional deve ser capaz da aplicação desses conhecimentos no sentido da resolução de problemas em situações novas e complexas relacionadas com a área da especialidade, bem como a realização de julgamento crítico, no sentido de integrar conhecimentos, lidando com situações complexas e que permitam a tomada de decisão mais apropriada. Tem também de apresentar habilidades em aprofundar competências comunicacionais, tendo em vista a comunicação de conclusões e raciocínio subjacente de forma clara e sem ambiguidades e, ainda, demonstrar competências de autoaprendizagem, autónoma e orientada ao longo do percurso (Decreto-Lei nº65/2018).

Neste percurso académico foram fomentadas oportunidade de aprendizagem capazes de gerar mudança, melhoria, evolução e novas competências, bem como novos níveis de competência. De modo transversal a todos os contextos de EC, os processos de enfermagem foram formulados segundo uma evolução da conceção e gestão dos cuidados, através da avaliação exaustiva da pessoa e situação, formulando os diagnósticos de enfermagem, segundo uma análise crítica dos dados obtidos na avaliação e implementando intervenções de enfermagem gerais e especializadas necessárias. Neste processo esteve implícito igualmente a avaliação dos processos, garantindo que os resultados obtidos eram os resultados esperados, revendo os diagnósticos de enfermagem iniciais e alterando as intervenções adaptadas à evolução da situação de saúde do cliente. A tomada de decisão inerente a estas competências, foi envolvida com dimensões ética e deontológicas, previu assegurar cuidados de saúde de qualidade de forma equitativa, onde o respeito pela autonomia do cliente, o respeito pela sua vontade e a parceira de cuidados foram ditosas presenças durante a prestação de cuidados.

No domínio das aprendizagens profissionais, o percurso de aprendizagens realizado permitiu o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade. Estes progressos tornaram-se proporcionais ao investimento na auto e hétero formação e na procura de uma prática sempre e cada vez mais baseada em evidência científica atual, no domínio da prática especializada. Este caminho exigiu uma elevada proatividade na integração e procura de aprendizagens e de evolução profissional, como resultados da análise constante das práticas e deste percurso de aquisição de competências.

Este nível de formação requer o domínio dos conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as ciências de Enfermagem, como forma de suportar a atividade na área de especialização em ESMO. Para tal foram desenvolvidos e demonstrados conhecimentos, habilidades comunicacionais, relacionais e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, fomentado o trabalho em colaboração com os profissionais de saúde dos contextos integrados.

Como contributos que sustentam a investigação e a PBE, fica este relatório como o culminar do vasto e enriquecedor percurso de especialização. Considera-se que a realização do mesmo permitiu estimular a qualidade e inovação dos cuidados de enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Os contributos das evidências mais recentes sobre *coaching* permitiu a elaboração do atual estudo, que objetiva resultados para a prática. A continuação do seu estudo e a sua divulgação serão os desafios futuros, numa procura por gerar mais conhecimento, evolução e inovação à disciplina de Enfermagem. Com este fim, torna-se também importante a formação de pares, que neste percurso académico foi realizado tanto de forma informal como formal. De forma informal através da prática reflexiva e do julgamento crítico no seio das equipas integradas e das aprendizagens que as mesmas proporcionaram. De forma formal, enquanto formando, através da participação em formação específica em *coaching*, com a conclusão numa certificação internacional para a prática e, enquanto formador na exposição de sessões de formação em serviço. Neste papel foram tidas em consideração as necessidades de cada contexto de saúde, procurando integrar as especificidades de cada local, bem como as políticas de saúde inerentes a cada um.

3.2. Competências específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A área da saúde da mulher enquadra-se no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, da Direção-Geral da Saúde (DGS). Este programa tem área de atuação na saúde sexual e reprodutiva, que prevê uma assistência à mulher em todo o seu ciclo de vida. Neste sentido, e segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019) as competências do EEESMO englobam intervenção em momentos-chave do ciclo de vida: planeamento familiar e período preconcepcional; pré-natal; trabalho de parto e parto; período pós-natal; climatério; processos de saúde/doença ginecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo a DGS (2008), a saúde reprodutiva apresenta-se como uma grande área de intervenção, pela sua envolvimento cronológica, em todo o ciclo de vida da mulher e consequentemente das famílias e comunidades. Neste sentido, esta área de intervenção

apresenta-se como um momento importante de promoção de estilos de vida saudáveis e de melhoria contínua da saúde e bem-estar (DGS, 2008).

Segundo a OE (2019), o EEEMO é o profissional que assume no seu exercício intervenções autónomas, no caso de mulheres com gravidez de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco. As intervenções autónomas destinam-se a grávidas/casais/famílias onde a gravidez decorre segundo processos fisiológicos e de vida normais e as intervenções autónomas e interdependentes perante processos de gravidez patológicos e de vida disfuncionais, no decorrer do ciclo reprodutivo feminino (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A OMS (2015) afirma que o EEESMO representa o profissional da área com melhor relação custo-eficácia, pelo que se apresenta como o cuidador mais apropriado na vigilância e prestação de cuidados, durante a gravidez e parto, a grávidas/famílias com gravidezes de baixo risco. Acrescenta ainda que, o EEESMO tem um papel fundamental e crescente na sociedade quanto ao impacto das suas competências nos desafios de saúde pública e para a melhoria da segurança, qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de saúde (OMS, 2015).

Por sua vez, a instância internacional que medeia a prática das parteiras, a International Confederation of Midwives (2019) reconhece a parteira como o profissional dotado de competência e responsabilidade no cuidado à mulher, com fim a promover suporte, cuidados e aconselhamento, durante toda a gravidez. Neste cuidado imperam medidas de prevenção e promoção de parto e nascimento fisiológico e normal, o diagnóstico precoce de complicações e a atuação eficaz em situações de emergência (International Confederation of Midwives, 2019).

No Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (2019) são inumeradas as competências exigidas aos profissionais com essa categoria profissional. Neste é apresentado descritivo, unidades de competência e critério de avaliação, para cada uma destas competências específicas do EEESMO:

cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período de climatério; cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Ordem do Enfermeiro, 2019, p.13561).

Seguidamente, será apresentado o percurso de aprendizagens e aquisição de competências, ao longo dos vários contextos de EC. Por forma a organizar a sua exposição serão utilizadas as competências supracitadas como subtítulos e pela ordem exibida no

regulamento. A síntese de registo de atividades práticas desenvolvidas, durante o percurso académico, encontra-se em anexo (Anexo II).

3.3. Percurso de aquisição de competências: análise crítica e reflexiva

O percurso de aquisição de competências teve por base, como supracitado, o Regulamento das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), o Regulamento de competências e aquisição do grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018). Para além destes documentos reguladores, o desenvolvimento de competências, em contexto de prática clínica, objetivou as orientações do ICM (2019), as exigências do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESMO (2018) e do Código Deontológico da profissão (OE, 2005; Lei n.º 156/2015), segundo uma PBE, pela translação de conhecimentos e mobilização do Modelo Teórico de Kristen Swanson.

De seguida será apresentada a descrição e análise reflexiva do percurso de aprendizagens ocorrido, em três subcapítulos, conforme apresentadas no Regulamento das competências do EEESMO: cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e nos períodos preconcecional e pré-natal; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP e cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-parto.

3.3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e nos períodos preconcecional e pré-natal

Esta competência tem inerentes as áreas da saúde sexual, reprodutiva, do planeamento familiar e dos períodos preconcecional e pré-natal. O desenvolvimento de competências nestas áreas foi maioritariamente decorrido nos EC dos seguintes contextos: cuidados de saúde primária, internamento de medicina materno-fetal, serviço de consultas ginecológicas e obstétricas e ainda no serviço de urgência obstétrica e ginecológica (SUOG).

Em qualquer um dos três contextos, e particularmente, nos cuidados de saúde primários, foi possível desenvolver competências especializadas na área de enfermagem de saúde sexual e reprodutiva, como área de intervenção de elevada envolvimento cronológica, em todo o ciclo de vida da mulher/casal/família. As várias áreas da saúde reprodutiva têm a capacidade de se influenciar continuamente e de controlar não só a fertilidade, mas também a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, com influência significativa e positiva na sexualidade, gravidez, infertilidade, preconceção, pré-natal, parto, qualidade de vida e segurança e sobrevivência das crianças (DGS, 2008). As consultas de planeamento familiar

apresentam-se, assim, como momento influente na promoção de estilos de vida saudáveis e de melhoria contínua da saúde e bem-estar da mulher/casal/família (DGS, 2008). A oportunidade de realizar consultas de planeamento familiar, permitiu desenvolver competências no âmbito da promoção da saúde sexual, através de intervenções de educação para a saúde e aconselhamento sobre início e apropriação do uso de métodos contraceptivos, sobre prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, sobre ciclo menstrual e sobre conjugalidade. Como medida de intervenção eficiente e prática, na saúde sexual e planeamento familiar das comunidades, o SNS distribui de forma gratuita métodos contraceptivos, por forma a assegurar uma maior adesão terapêutica no controlo da fecundidade e das doenças de transmissão sexual (DGS, 2015). Apesar dessa intervenção prática e de equidade, coube-me intervir para que a mulher/casal tivesse a informação mais adequada sobre a diversidade de métodos possíveis. Para um aconselhamento individualizado, fiz por conhecer os conhecimentos existentes e as expectativas em relação à sua forma de planeamento da família, para auxiliar na escolha mais adequada do método, adequada às características de cada mulher/casal, permitindo uma escolha informada, liberdade para a vivência da sua vida sexual e reprodutiva e contribuir para ganhos em saúde. As intervenções no âmbito do planeamento familiar, ocorreram em contexto de consulta de Enfermagem. Durante as mesmas, estar com a mulher/família, foi imperativo, numa demonstração de disponibilidade e de manter a crença nas suas ideologias e vontades, com o objetivo de possibilitar cada família a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Ministério da Saúde, 2011). Neste âmbito de intervenção, as consultas realizadas foram organizadas segundo uma vertente de aconselhamento concreto, com início em conhecer os objetivos específicos e expectativas pessoais da mulher/casal. Desse conhecimento prévio foram validados os conhecimentos já existentes e fez-se por informar, dentro do que eram as dúvidas ou os conhecimentos inadequados, sobre os vários métodos, o seu funcionamento e eficácia, a forma de utilização, os efeitos adversos mais comuns, bem como vantagens e desvantagens de uns métodos comparativamente a outros, sinais de alarme durante a utilização, a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e o retorno à fertilidade (DGS, 2008). A par do conhecimento sobre as preferências e expectativas da mulher/casal, assegurei a colheita da anamnese cuidada, a avaliação da sua tensão arterial e índice de massa corporal e despiste pela assiduidade na realização dos exames de rotina (autoexame da mama, mamografias, observação ginecológica, citologia e análises sanguíneas) (DGS, 2008; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, da Contraceção e de Medicina da Reprodução, 2011). Todas as intervenções, decorrentes nestas consultas, seguiram as orientações explícitas da circular normativa da DGS (2006), com registados efetuados no boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar.

No campo de ação da consulta preconcepcional, a OMS (2012), no consenso global dos cuidados nesta área, enfatiza que a preparação e consulta preconcepcional são elementos de relevo para a saúde reprodutiva e familiar, por prevenir complicações na gravidez, e consequentemente no parto e puerpério, reduzindo a mortalidade e morbilidade materna e infantil (OMS, 2012). No entanto, existe um número ainda elevado de mulheres/casais que, apesar de planearem a gravidez, não procuram cuidados de saúde preconcepcionais (Mazza & Chapman, 2010). Neste sentido, institui medidas de promoção dos cuidados preconcepcionais, abordando o tema nas consultas de planeamento familiar, e os seus ganhos para a saúde reprodutiva e familiar. Estas consultas foram estruturadas, também, segundo os processos da Teoria de Kristen Swanson, permitindo conhecer as expectativas, medos, dúvidas ou desejos da mulher/casal, quanto à gravidez, parto e parentalidade, mostrando estar presente, de forma disponível e emocionalmente envolvida, capaz de auxiliá-los em manterem crenças positivas sobre as suas habilidades, e trabalhando crenças limitantes. Assim, foi aproveitado esse contacto para enfatizar as habilidades inatas a cada mulher/casal e, por outro lado, capacitando as famílias para a autoeficácia no processo de saúde sexual, reprodutiva e de transição para a parentalidade.

No que diz respeito ao período pré-natal, o programa Nacional da vigilância da gravidez, apresenta uma rede de referência materno-fetal, que fomenta a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados hospitalares. O acompanhamento e vigilância de mulheres/casais com gravidezes de baixo risco, foi planeada e implementada segundo o programa da DGS (2015), para a vigilância da gravidez de baixo risco. O objetivo da vigilância na gravidez, pelo EEESMO, é a promoção de hábitos de vida saudáveis, na população, assumindo a gravidez como um momento de oportunidade para intervir e estimular a mudança, promovendo uma continuidade de cuidados ao longo do ciclo de vida, segundo uma filosofia de cuidados centrados na pessoa grávida, inserida numa família e numa comunidade. A mulher grávida deve iniciar a vigilância da gravidez o mais precocemente possível, devendo a primeira consulta acontecer às doze semanas de gestação e ter idealmente um total de dez consultas durante a gravidez (DGS, 2015).

Tive oportunidade de realizar esta vigilância, a mulheres com diferentes idades gestacionais. Esta diversidade possibilitou desenvolver competências a nível do raciocínio clínico e da priorização de cuidados para individualizar os cuidados prestados. Para tal, as interações eram iniciadas pelo cuidado em conhecer previamente as necessidades e especificidades de cada mulher/casal/família e assim projetar mentalmente os temas a trabalhar em cada consulta. De forma sintetizada, os temas mais abordados e trabalhados foram os seguintes: adaptações fisiológicas da mulher ao seu estado grávidico; esquema de vigilância pré-natal; hábitos e estilos de vida, potencialmente prejudiciais à gravidez e/ou

saudáveis; atividade laboral; a prevenção primária da toxoplasmose; os sinais e sintomas de desvios da normalidade na gravidez; o apoio social e articulação de recursos; as expectativas face à gravidez e nascimento, numa perspetiva de elaboração, escrita, ou não, do seu plano de parto, capacitando para decisões informadas e conscientes (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Em todas as consultas de vigilância da gravidez de baixo risco realizei registos no boletim de saúde da grávida, segundo a orientação da DGS, na circular normativa n.º 16/2001, sobre a utilização deste instrumento crucial na transmissão de dados importantes (DGS, 2001).

Os cuidados à mulher/casal, no período pré-natal foram desenvolvidos segundo uma modalidade de intervenção de capacitação, através do desenvolvimento de autoconfiança e das competências parentais (DGS, 2015). Esta intervenção foi desenvolvida durante todas as consultas realizadas, de vigilâncias de gravidez de baixo risco, mas também através dos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade. Os objetivos destes cursos devem passar pela “partilha, expressão e esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes destas fases, num ambiente de grupo e de suporte mútuo” (DGS, 2015, p.63). Tive a oportunidade de planear, organizar e dirigir uma das sessões do curso de preparação para o nascimento e parentalidade. O curso foi composto por nove sessões teórico-práticas das quais fizeram parte os seguintes temas: leis na gravidez e parentalidade; mitos na gravidez e parentalidade; infeções TORCH na gravidez; fisiologia do trabalho de parto e parto; dimensão emocional e psicológica no trabalho de parto e parto; recuperação pós-parto; conjugalidade na gravidez e pós-parto; alimentação e cuidados ao recém-nascido. A escolha dos temas foi feita com base nas componentes teóricas e práticas das recomendações fundamentais à estruturação destes cursos (Ordem dos Enfermeiros, 2012). A sessão referente à dimensão emocional e psicológica no trabalho de parto e nascimento, foi planeada na íntegra por mim. Aproveitei esse momento para desenvolver e aplicar estratégias comunicacionais e motivacionais, capazes de gerar sentimentos de autoconfiança, autoeficácia e autocontrolo, em relação ao trabalho de parto e assim desenvolver competências, cruciais de promoção da centralização da mulher/casal nos cuidados, conjeturando a filosofia de cuidados de parceria e de capacitação dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Outro contexto de cuidados à mulher/família, no período pré-natal, foi o SUOG, e especificamente no confronto com situações de mulheres com hemorragias vaginais ativas, que muitas culminaram em diagnóstico de abortamento. Este define-se como o fim de uma gravidez, induzido ou espontâneo, antes de se alcançar o tempo de gestação que possibilite teoricamente a viabilidade fetal. Os principais objetivos para o diagnóstico do aborto são identificar a origem da hemorragia, avaliar a sua gravidade e a repercussão sobre o estado

geral da mulher (Moura, 2017). O aborto é classificado como precoce quando ocorre nas primeiras 12 semanas de gestação e tardio após esta idade gestacional (Moura, 2017).

Numa abordagem inicial, na triagem foi realizada uma anamnese de forma a conhecer com clareza a duração e as características da perda, as circunstâncias do seu aparecimento e a presença de sintomas acompanhados de dores pélvicas. A inspeção perineal e dos genitais externos e o exame ao espécuro permitirão verificar a existência da hemorragia, a sua abundância, aspeto e a sua origem anatómica. Obtidas as informações clínicas supracitadas, a observação clínica prioritária relacionada com as perdas hemáticas vaginas, era realizado exame ecográfico pélvico, enquanto instrumento decisivo para a o diagnóstico e orientação terapêutica (Moura, 2017).

Perante este diagnóstico foi fundamental estar emocionalmente com as mulheres/casais, conhecer o significado que estes atribuem à sua perda, atribuindo ao aborto “uma experiência profundamente pessoal e única” (Sotto-Mayor, 2017, p.273). O carácter extremamente delicado destas situações fez com que fosse fundamental conhecer a perspetiva, a forma de gerir emoções, de encarar as fases do processo, como por exemplo, compreendendo a vontade, em cada momento, da informação pretendida e assim, promover cuidados adequados e personalizados ao estado de cada mulher/casal. Perante esta compressão das necessidades individuais, fez-se por prestar cuidados de qualidade perante a perda gestacional, como proporcionar um ambiente calmo, em privacidade, na presença do acompanhante significativo, forneceu-se informação sobre o processo, colaboração com outros elementos da equipa de saúde, nas intervenções interdependentes. Segundo o protocolo em casos de aborto retido, identificar a necessidade e vontade de suporte emocional, bem como encaminhamento para a psicóloga hospitalar (Bautista-Belbés, Abellán-Lucas, Gómez-Moreno, Martínez-Molina & Dema-Pérez, 2017). Nesta fase inicial de diagnóstico e início do processo de luto, por perda gestacional, foi importante fazer por ajudar a mulher/casal a aceitar a sua realidade de perda, a reconhecer e a lidar com a dor (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010). Todos estes cuidados tiveram como objetivo que, apesar do acontecimento traumático, a mulher/casal mantivesse a crença das suas capacidades internas e externas, estimulando a identificação de recursos internos facilitadores de adaptação ao longo do processo, capacitando a autoeficácia na vivência das futuras fases do processo de luto, com previsão à readaptação saudável à ocorrência deste evento (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010). Neste momento inicial do processo, manter a crença e capacitar passou muito por desconstruir, com uma abordagem delicada, sentimentos de culpa, por forma a subtrair esse obstáculo importante para a vivência de luto saudável (Sotto-Mayor, 2017).

Os cuidados à grávida/casal, no período pré-natal, em situação de risco materno-fetal, por sua vez, teve como principais objetivos conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ ou concomitante com a gravidez, e/ou cooperação com outros profissionais nos cuidados a estas mulheres (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O EC referente a esta área de competência foi realizado num hospital, da Grande Lisboa, num serviço de internamento de medicina materno-fetal. Este caracterizou-se por ser um contexto com oportunidades de desenvolvimento e aquisição de competências técnico-científicas, necessárias à prestação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada à gravidez. A prática reflexiva nesta área trouxe, para além do desenvolvimento de raciocínio clínico, face à patologia e plano de cuidados individualizado, grande influência na compreensão da mulher/casal que vivencia uma patologia durante a gravidez.

A gravidez é um acontecimento considerado biologicamente natural, no entanto, é um período de importante ambivalência emocional pelo que se torna ainda mais dotado de vulnerabilidade. Para além disso, a gravidez é uma fase de transição, que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, sobretudo no que diz respeito à identidade individual, familiar e a uma nova definição de papéis. Na presença de um diagnóstico de gravidez de risco esta transição pode estar comprometida ou dificultada (Saviani-Zeotim & Petean, 2015). Como tal, os planos de cuidados às mulheres/famílias, neste contexto, debruçou-se por conhecer o estado atual, em todas as dimensões da pessoa, quanto à vivência de internamento e patologia durante a gravidez, extremando a necessidade de estar com cada mulher/casal, de forma a possibilitar o ajuste emocional que essas situações provocavam em cada uma. A adoção de uma visão holística foi essencial para garantir a qualidade e personalização dos cuidados, no âmbito de manter a crença da pessoa nos seus recursos internos, para lidar com os diagnósticos e para o autocuidado, bem como nos cuidados de fazer por, quando necessário, no que se refere a intervenções específicas para cada situação.

De forma global, consoante cada situação pessoal/familiar e clínica, foram desenvolvidas competências relacionadas com intervenções autónomas: monitorização cardiotocográfica (CTG), vigilância dos sinais vitais, vigilância e observação rigorosas dos sinais e sintomas sugestivos de algumas patologias ou de agravamento do estado clínico, controlo de peso, educação para a saúde e apoio emocional. Foram realizadas também intervenções interdependentes: como instituição de protocolos de tocólise, administração de corticoterapia, antibioterapia profilática, antidiabéticos, terapêutica anti-hipertensiva, preventiva de convulsões, entre outra terapêutica de tratamento de sintomas, decorrentes da fisiopatologia de cada situação.

Os cuidados essenciais, aperfeiçoados ao longo do contexto, para a avaliação do bem-estar materno e fetal, foram a monitorização por CTG, a presença ou ausência de sinais de risco de acordo com cada patologia (perda sanguínea a nível vaginal, dor abdominal, ausência de perceção dos movimentos fetais, entre outros) e colaboração nos exames laboratoriais e ecográficos, quando necessário. O CTG foi o meio auxiliar de diagnóstico mais utilizado no internamento, tendo sido possível o treino da leitura de traçados cardiotocográficos. A cardiotocografia é um meio frequentemente utilizado para a avaliação e vigilância do bem-estar fetal, avaliando simultaneamente a contratilidade uterina, a frequência cardíaca fetal (FCF) e os movimentos fetais ativos (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrachan, 2015). O procedimento foi realizado, no mínimo, em vinte minutos, e a forma de o classificar foi segundo a nomenclatura da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO): CTG normal, suspeito ou patológico, tendo o tempo supracitado de realização, ter sido prolongado sempre que justificado, como por exemplo perante um “traçado suspeito” (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrachan, 2015). Sempre que foi identificado algum desvio da normalidade, foi notificada a equipa de obstetrícia, foram realizadas intervenções autónomas como a alternância de decúbito, administração de fluídos EV e intervenções interdependentes como administração terapêutica. Quando a situação não revertia, ou justificava, foi efetuada a transferência da grávida para o bloco de partos. Esta competência relacionada com a interpretação de CTG e com o julgamento clínico, de diagnóstico de causa subjacente a um CTG suspeito ou patológico, foram bastante desenvolvidas, bem como as competências de decisão terapêutica de implementação de intervenções autónomas e interdependentes capazes de promover a rápida e eficaz reversibilidade. A aquisição destas competências permitiu também otimizar o tempo de resposta, com efeito nos resultados materno-fetais mais favoráveis, bem como na correta avaliação da situação evitando intervenções desnecessárias ou que apenas atrasassem as eficazes (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrachan, 2015).

A ocorrência de um diagnóstico patológico, associado à gravidez, em alguns casos, com necessidade de hospitalização apresenta-se como gerador de ansiedade, medo e stress adicional. Neste sentido, a assistência a estas mulheres/famílias foi denotada de respeito, direcionada para as necessidades individuais, segundo um trabalho de parceira e total disponibilidade empática para compreender a vivência da gravidez de alto risco e minimizar os sentimentos negativos associados à mesma (Rodrigues et al., 2020). Neste contexto, o desenvolvimento de competências de suporte, demonstrando estar com mulher/casal/família, apoiar conhecer as suas emoções, medos e dúvidas, através da escuta ativa e num ambiente calmo, seguro e tranquilo. Nestas situações, fazer por passou por realizar educação para a saúde, para uma transferência de conhecimento sobre a situação clínica e a patologia, de

forma capacitar e mulher/casal a acreditar nas suas habilidades (manter a crença), na prevenção de complicações, assim como a detetá-las.

Neste contexto de cuidados, foram desenvolvidas competências, teóricas e práticas, de assistência especializada a grávidas/casais/famílias com diferentes diagnósticos, tendo sido os mais frequentes a Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), Diabetes Gestacional (DG), Doenças Hipertensivas, Colestase intra-hepática da gravidez e Hiperemese gravídica.

A APPT é definida como a sua ocorrência de contratilidade uterina frequente e sem impacto no colo do útero, antes das 37 semanas de gestação. Quando existem alterações na dinâmica uterina, com impacto na dilatação ou extinção do colo do útero, então trata-se de um trabalho de parto pré-termo (TPP) efetivo (Graça, 2017). As atitudes terapêuticas para mulheres com este diagnóstico dependem da sua idade gestacional. Existem fatores etiológicos para um risco de APPT, pelo que a sua prevenção primária passa por promover a eliminação de condicionantes negativas para uma gravidez de baixo risco. Os cuidados prestados às grávidas hospitalizadas com este diagnóstico, foram no âmbito da intervenção de prevenção secundária e terciária, o que correspondeu à identificação de sinais e sintomas precoces de TPP, tratamento terapêutico e capacitação da mulher/casal para a sua autovigilância e reconhecimento de sinais e sintomas do início de trabalho de parto pré-termo. Fez-se por promover educação para a saúde, à mulher/casal, sobre sinais precoces de TPP: a diminuição dos movimentos fetais; a dor ou a pressão na área intra-abdominal, suprapúbica ou lombar; sensação de contrações uterinas dolorosas ou não dolorosas com intervalos inferiores a dez minutos, o aumento da frequência urinária, a modificação ou aumento do fluxo vaginal (mucoso, mais fluído, de cor rosada) (Graça, 2017).

Perante o internamento por diagnóstico de APPT, as intervenções interdependentes corresponderam maioritariamente à administração de terapêuticas, resultantes de prescrição e implementadas segundo os protocolos internos do serviço. Estas intervenções são dirigidas a evitar o desencadeamento ou atenuar contratilidade em casos de TPP ou dirigidas a complicações da prematuridade como imaturidade pulmonar, suscetibilidade à infeção e complicações neurológicas (Graça, 2017; OMS, 2015). Assim foi possível desenvolver competências clínicas relacionadas com a administração de tocolítico, glucocorticoides, sulfato de magnésio e profilaxia antibiótica (Graça, 2017; OMS, 2015). Segundo o protocolo de serviço, a corticoterapia realizada, com a finalidade de melhorar a maturação pulmonar fetal, foi com administração de dexametasona 6 mg, intramuscular (IM), em quatro administrações, com intervalos de doze horas. Outra possibilidade de tratamento é com a betametasona, duas administrações de 12 mg, IM, com intervalo de 24 horas (Areia et al., 2018). Preferencialmente o nascimento deve ocorrer após 24 horas da última administração,

pelo facto de potenciar a eficácia do ciclo de maturação, sendo evidentes mais vantagens de um ciclo único do que a sua repetição devido a complicações como a infeção e insuficiência suprarrenal maternas e o encerramento prematuro do canal arterial, o atraso psicomotor, e a supressão suprarrenais fetais (Ramirez, 2015).

Quanto à prevenção da morbilidade neurológica do RN prematuro, a evidência é de que o sulfato de magnésio contribuí para a diminuição do risco de paralisia cerebral, pelo que foi estabelecida esta conduta terapêutica às grávidas com diagnóstico de APPT ou TPP (Castro et al, 2014). A indicação, varia consoante as *guidelines* nacionais e internacionais, mas intervala-se a sua utilização entre as 24 semanas e as 31 semanas e 6 dias, podendo evidenciar-se também a sua utilização mais tardia até às 33 semanas e seis dias (Alves, Bernardes, Reynolds & Santos, 2018), ou concretamente até às 34 semanas de gestação (Graça, 2017). O protocolo da unidade de internamento, do EC, rege-se pela IG limite de 33 semanas e 6 dias. A administração de sulfato de magnésio deve ser na dose de impregnação de 6 g, em perfusão endovenosa, durante 30 minutos e posteriormente dose de manutenção de 2 g por hora, durante máximo de 12 horas ou até ao parto (Castro et al, 2014). Outra possibilidade terapêutica é numa dose menor de 4g de impregnação, seguido de 1 g por hora, durante máximo de 24 horas ou até que o parto ocorra (Graça, 2017). De acordo com o protocolo hospitalar, a administração de sulfato de magnésio cumpriu esta última dosagem e previu intervenções de vigilância como a monitorização da TA, FC, temperatura e frequência respiratória, monitorização e a saturação periférica de oxigénio e avaliação do bem-estar fetal, através da CTG (Pereira & Rodrigues, 2014).

A administração de tocolíticos é associada ao prolongamento da gravidez e está indicada em IG entre as 24 e as 34 semanas, quando necessário protelar o nascimento para cumprir por exemplo o ciclo de maturação pulmonar (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). Entre os tocolíticos disponíveis, a Nifedipina foi um dos fármacos mais utilizados, sendo um tocolítico de primeira linha e com menos efeitos adversos, sendo um dos principais a levar a hipotensão materna (Graça, 2017). Na sua utilização foi realizada a avaliação da tensão arterial da grávida, antes da administração e após a mesma. Outro fármaco utilizado foi o Atosiban, como tocolítico de segunda linha, que funciona antagonista da ocitocina, pela sua ligação aos recetores da ocitocina-vasopressina (Graça, 2017). Comparando estes dois fármacos, a Nifedipina e o Atosiban, apresentam eficácia semelhante, no entanto o primeiro apresenta maior incidência de efeitos secundários na grávida como hipotensões, taquicardias e palpitações (Graça, 2017). As intervenções resultantes destas prescrição eram conciliadas com intervenções autónomas como a monitorização do bem estar materno-fetal, o auxílio na gestão de ansiedade e medos materna, a transmissão de informação, relevante para promover sensações de controlo e promoção do autocuidado, limitação de atividade física

intensa e a gestão de repouso que apesar de aliviar pressão no colo do útero, diminuir a frequência e intensidade das contrações uterinas, não deve ser considerado um componente padrão nestes casos, pelo confronto entre riscos e benefícios (Graça, 2017). Embora a evidência científica demonstre não haver eficácia comprovada desse repouso, e que este possa causar várias complicações como quadros tromboembólicos, atrofia muscular e perda de massa óssea, continua a ser uma intervenção prescrita. Deste modo, foi importante apoiar as grávidas na adaptação ao repouso no leito, quer este fosse relativo ou absoluto, aconselhando-as a adotar preferencialmente o decúbito lateral esquerdo, para favorecer a oxigenação fetal e a redução da pressão no colo do útero, bem como apoiar na realização de exercícios passivos de mobilidade articular, caso fosse permitido, como exercícios de repouso, exercícios dos membros inferiores, exercícios respiratórios, alongamento de peitorais e exercícios de pés (The American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG, 2016).

Por sua vez a hipertensão arterial (HTA) e a diabetes foram duas doenças com elevada prevalência nas famílias a quem prestei cuidados, nos dois contextos mencionados, tendo sido abordada tanto nos cuidados de saúde primários, no âmbito da prevenção primária, como nos cuidados à mulher/casal com internamento durante a gravidez, no âmbito da prevenção secundária. A hipertensão é a complicação mais comum, na gravidez, sendo definida por uma pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg ou uma pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg, sem proteinúria, em pelo menos duas avaliações com intervalos mínimo de seis horas, com aparecimento após a vinte semanas de gestação (ACOG, 2013; Graça, 2017). Sempre que a o diagnóstico de HTA é prévio a uma gravidez, ou o seu diagnóstico é feito antes das 20 semanas de gestação, considera-se como uma HTA crónica (Graça, 2017). A HTA associada à gravidez agrupa-se segundo as seguintes definições: HTA gestacional, Síndrome de pré-eclampsia, HTA crónica e Pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica (ACOG, 2013). O diagnóstico de pré-eclâmpsia é definido pelos valores de PA supracitados, ou o seu agravamento, acumulativo à presença de proteinúria (superior a 0,3 g numa amostra de urina de 24 horas), ou como disfunção orgânica definida pelo valor de plaquetas (inferior a 100.000/mm³), pelo nível de creatinina (superior a 1,1 mg/dl), transaminite, insuficiência cardíaca congestiva ou sintomas neurológicos (ACOG, 2013). Por esta razão, perante grávidas/casais com este diagnóstico foram prestados cuidados como o conhecer o seu padrão habitual de tensão arterial (TA), os seus fatores de risco associados e estilos de vida, bem como validar os seus conhecimentos sobre a patologia. A par estive com estas grávidas/casais de forma a mostrar disponibilidade e sentimentos de segurança e controlo sobre a sua situação fazendo por promover o regime terapêutico implementado com rigor, e mantendo uma vigilância apertada dos sinais de agravamento da situação clínica. Em torno

da gestão rigorosa do regime terapêutico, foram desenvolvidas intervenções de vigilância do bem-estar materno-fetal com monitorização através CTG, monitorização da TA, com intervalos definidos segundo a gravidade da situação clínica ou sempre que se suspeitasse de algum agravamento, registo de diurese e proteinúria ocasional e identificação e avaliação de sinais e sintomas de agravamento do estado clínico, nomeadamente o despiste da presença de cefaleias, epigastrialgias e perturbações visuais (Graça, 2017; Monteiro & Leite, 2016).

Relativamente ao diagnóstico de Diabetes Gestacional, este define-se como uma intolerância a hidratos de carbono, diagnosticada ou detetada pela primeira vez durante uma gravidez (Almeida, Dorés & Ruas, 2017). O despiste desta patologia realiza-se através da avaliação da glicemia plasmática em jejum ou da avaliação de valores resultantes da prova de tolerância à glicose oral (PTGO). Se da primeira avaliação pré-natal, em jejum, o valor da glicémia plasmática for superior ou igual a 92 mg/dl é feito o diagnóstico de DG, se esse valor foi superior ou igual a 126 mg/dl considera-se uma diabetes mellitus na gravidez, considerando uma diabetes preexistente apesar de não diagnosticada (DGS, 2011). Se valor glicémico plasmático em jejum for superior a 92 mg/dl dispensa-se a realização da PTGO, entanto, se o valor for inferior ao referido a grávida deve realizar a PTGO, com 75 g. de glicose, entre as 24 e 28 semanas de gestação (DGS, 2011; OMS, 2013; Almeida, Dorés & Ruas, 2017). O desenvolvimento de competências relacionadas com este diagnóstico passou por estar emocionalmente com a grávida/casal, na medida da adaptação à nova condição e face às ansiedades provocadas pelas implicações para o parto e/ou para o feto/neonato. Fez-se por cooperar na instrução sobre regime alimentar, vigilância dos valores glicémicos, regime terapêutico farmacológico, atividade física e resolução ou controlo de desconfortos e/ou problemas associados à condição de saúde/doença por DG (Inácio, 2016). Tanto nesta situação como nas de diagnóstico de patologia hipertensiva, fazer por relacionou-se em muito por capacitá-lo através da satisfação das necessidades de educação para a saúde (Inácio, 2016). Neste sentido, a ferramenta da literacia foi uma das competências muito desenvolvidas na abordagem preventiva ou de terapia efetiva para estes diagnósticos. Esta ferramenta de intervenção mostrou-se fundamental para otimizar as crenças em saúde e as crenças nas próprias habilidades de tomada de decisão e autocuidado, objetivando o papel ativo das mulheres/casais na sua gravidez, mesmo em situações de patologia associada.

Por tudo isto, concluo que, na área de intervenção pré-natal com presença de desvios à gravidez de baixo risco, é fundamental o desenvolvimento de duas competências de destaque: o conhecimento sobre fisiopatologia, capaz de gerar um bom planeamento e monitorização da saúde materno-fetal e o suporte de informação e instrução à grávida/casal,

com fim à autovigilância e autoeficácia através de estratégias de envolvimento na tomada de decisão e do desenvolvimento de estratégias de *coping* (Amaral & Martins, 2016).

3.3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O contexto de desenvolvimento de competências específicas durante o trabalho de parto teve a duração de dezoito semanas e teve como objetivo geral “cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”, diagnosticando desvio ao padrão normal e prevenindo complicações para a saúde da mulher e para o recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Esta área de cuidados decorreu num serviço de bloco de partos e SUOG, sendo que o desenvolvimento de competências EEESMO ocorreu, maioritariamente, na sala de parto, tendo havido oportunidade de realizar alguns turnos no SUOG.

Neste último contexto tive oportunidade de desenvolver competências de cuidados principalmente em situações de queixas álgicas abdominais, sugestivas de contratilidade uterina, suspeitas de rutura de bolsa amniótica, suspeita de diminuição de movimentos fetais e perdas hemáticas vaginais. Estes mostraram ser, no período em que decorreu o meu EC, os principais motivos, para a grávida, recorrer a uma urgência hospitalar. Perante isto, destaco o desenvolvimento de competências de identificação de critérios de diagnóstico de trabalho de parto por se ter mostrado fundamental no planeamento de intervenções. Ao contrário de um falso trabalho de parto, no qual as contrações são esporádicas, irregulares, pouco dolorosas ou indolores e em que não se verificam alterações cervicais, num trabalho de parto efetivo verifica-se uma contratilidade uterina regular e percecionada, muitas vezes, como dolorosa pelas parturientes. A dor é predominantemente lombar e abdomino-pélvica, podendo palpar-se um útero endurecido e verificar-se a evolução da dilatação cervical (Fatia & Tinoco, 2016). Neste sentido foi importante estar com a grávida, mostrando disponibilidade em compreender as suas necessidades, muitas vezes relacionadas com desconforto e dor por contratilidade uterina. Fez-se por auxiliar efetivamente na gestão, farmacológica e não farmacológica, da dor, em instruir sobre medidas de alívio de dor, no domicílio, quando não existia justificação para internamento. Foi fundamental incentivar, nestas situações, as habilidades inatas para o autocontrolo e autovigilância no domicílio e sensibilizar para o facto da fase latente ser caracterizada por suceder de forma lenta, nem sempre contínua, podendo prolongar-se até várias horas. Assim, eram atenuados sentimentos de frustração e insatisfação, manifestados por algumas mulheres/casais, por não ficarem internadas,

fazendo-as compreender que o internamento deve acontecer, preferencialmente, na fase ativa do TP.

O trabalho de parto caracteriza-se por um conjunto de fenómenos fisiológicos, que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto pelo canal de parto até à sua expulsão (Machado & Graça, 2017). A promoção de um parto fisiológico é dever do EEESMO, tendo este de implementar formas de assistência favorecedoras de levar a partos saudáveis, seguros e o mais fisiológico possíveis, eliminando intervenções desnecessárias durante o processo (Pinheiro, 2016). O trabalho de parto pode dividir-se em quatro diferentes estádios. O primeiro estágio decorre desde o início das contrações uterinas até à dilatação completa do colo. O segundo estágio, referente ao período expulsivo, começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto. O terceiro estágio referente à dequitação, que decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais, que tem características e tempos bem definidos. O quarto estágio, por sua vez, compreende as duas primeiras horas pós-parto, denominado de puerpério imediato (Fatia & Tinoco, 2016). Nesta área de cuidado foram possíveis identificar focos de atenção, estabelecer diagnósticos de enfermagem, assim como determinar intervenções autónomas e interdependentes para situações que requeriam cuidados especializados, desde a fase latente do TP até duas horas após o parto.

As grávidas/casais chegam ao bloco de parto por diferentes vias. Normalmente, vindas do SUOG, nomeadamente em situações de rutura prematura de membranas ou em trabalho de parto ou provenientes do serviço de internamento de medicina materno-fetal, por motivos de indução de trabalho de parto ou por agravamento clínico associado ao motivo de hospitalização. A colheita inicial de dados de cada mulher/família foi iniciada no momento do internamento, no serviço de urgência, e atualizada durante todo o internamento, sempre que se mostrar necessário. Esta colheita de dados foi feita através do Boletim de Saúde da Grávida, processo informático da grávida e entrevista formal e informal. Globalmente, os dados recolhidos, nesta etapa do processo de enfermagem foram constituídos por dados como o estado civil, profissão, antecedentes pessoais e familiares, medicação domiciliária, grupo sanguíneo, alergias, avaliação e registo dos sinais vitais, uso de substâncias, integridade da pele, e dados acerca da história ginecológica e obstétrica. Especificamente sobre a gravidez atual eram recolhidos dados sobre a idade gestacional, o índice obstétrico, realização ou não da preparação para o parto e nascimento, resultados serológicos, dados ecográficos durante a gravidez, vigilância da gravidez, a integridade das membranas, o índice de Bishop, cervicometria, registo dos dados do CTG e dos sinais vitais no momento admissão.

Dos dados para a realização de uma anamnese cuidada, destaca-se ainda a inclusão do plano de parto como parte integrante do registo informático da colheita de dados, na admissão a este bloco de partos. O plano de parto e nascimento é um documento legal, onde

ficam esplanadas as expetativas, vontades, desejos e necessidades específicas de cada grávida/casal, sobre a sua gravidez e parto. Este deve ser elaborado em parceria com o EEESMO durante a vigilância da gravidez, através da transmissão de conhecimentos importantes sobre a gravidez, trabalho de parto, momento do parto e o pós-parto. Deve posteriormente ser discutido com o EEESMO que assistir o TP, por forma a serem debatidas essas vontades e necessidades, servindo de orientações para os cuidados prestados e para serem debatidas alternativas, dentro das boas práticas, se assim for necessário (Suárez-Cortéz, Armero-Barranco, Canteras-Jordana & Martínez-Roche, 2015). Fazendo parte da anamnese, o plano de parto era anexado ao processo físico da parturiente tendo servido como ponto de partida para conhecer as expetativas, vontades, necessidades e conhecimentos prévios sobre o parto, centrando cada acompanhamento nas individualidades inerentes e protagonizando o papel ativo da mulher /casal no seu TP. O plano de parto apresentou-se como estratégia promotora de processos de partos mais naturais e fisiológica e como ferramenta para aumentar a crença da mulher nas suas capacidades, aumentando sentimentos de controlo durante o processo, e consequentemente potenciar melhores resultados em saúde e maior grau de satisfação das mulheres/casais (Medeiros, Figueiredo, Correa & Barbier, 2019).

Durante o TP, o bem-estar fetal era avaliado através da cardiotocografia, mediante as modificações na frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas. Na instituição do EC, a monitorização realizada é maioritariamente contínua na fase ativa do TP, após analgesia epidural, amniotomia, durante a administração de ocitocina, em parturientes com cesariana prévia, e no caso de verbalização de queixas álgicas por parte da parturiente (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). A monitorização contínua, instituída no bloco de partos, em maior parte dos casos, diverge com as orientações da OMS (2018), que não recomenda a cardiotocografia contínua para avaliação do bem-estar fetal, em mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo (OMS, 2018). As grávidas foram desmonitorizadas sempre que necessitam de utilizar a casa de banho e/ou realizar hidroterapia, sendo que mesmo monitorizadas foram sempre muito incentivadas à deambulação e realização de exercícios no quarto.

A competência de interpretação de traçado cardiotocográfico foi bastante desenvolvida no contexto de sala de partos. A designação para essa interpretação é, no contexto, maioritariamente utilizada pela equipa médica e de enfermagem como tranquilizador e não tranquilizador. Não estando incorreta a sua utilização privilegiei a utilização da nomenclatura normal, suspeito e patológico, segundo as *guidelines* FIGO (2015). O traçado cardiotocográfico é considerado normal ou tranquilizador quando apresenta uma variabilidade de 5 a 25 batimentos por minuto (bpm), uma frequência cardíaca fetal basal de 110-160 bpm,

com no mínimo duas acelerações em 50 minutos e ausência de desacelerações, ou menos de duas em 50 minutos menores a dois minutos. Quando um ou mais destes critérios de normalidade está ausente, estamos perante um traçado suspeito ou não tranquilizador. O traçado patológico ou anómalo, por sua vez, apresentava uma variabilidade inferior a 5 bpm por mais de 60 minutos na ausência de medicação que altere a FCF, padrões sinusoidais ou pseudo-sinusoidais ou desacelerações prolongadas ou repetitivas (em mais do 50% do traçado) (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrachan, 2015; National Institute for Health and Care Excellence, 2017). A ocorrência de desvios do padrão normal foram frequentes, o que permitiu o seu diagnóstico, interpretação e intervenção, tendo sido as situações de CTG suspeitos, maioritariamente, por desacelerações, diminuição de variabilidade e taquicardia fetal. Perante estas situações, foi possível realizar intervenções autónomas e interdependentes para reversão de eventuais anomalias detetadas ao nível da cardiocografia: incentivo da mudança de posicionamento da parturiente; administração de glicose a 5%; incentivo a ingestão de chá ou água açucarados; suspensão imediata da medicação útero-estimulante (a medicação mais utilizada era a ocitocina em perfusão); administração de antipirético e tocólise com salbutamol (Graça, 2017). Houve ainda oportunidade de vigilância da FCF através da monitorização interna da frequência cardíaca fetal, devido à má captação desta com monitorização externa e à suspeita de arritmia cardíaca fetal. Outra intervenção independente realizada, em presença de CTG suspeito, foi o toque vaginal, por forma a compreender a sua associação com a evolução do TP. Esta foi outra intervenção especializada muito treinada ao longo deste EC, que se por um lado requer treino contínuo, que exige a repetição, ao longo da formação, por outro lado denota ser um momento muitas vezes desconfortável para a mulher e de com risco associado, nomeadamente infeccioso. Esta reflexão exigiu prudência na utilização do toque vaginal para avaliação da evolução do trabalho de parto. Assim, esta reflexão de prática tomou lugar privilegiado, entre supervisor e supervisionado, na decisão de propor o toque vaginal, à mulher/casal, apenas quando realmente necessário, com contributo importante no processo de tomada de decisão relativa o TP (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Relativamente às competências relacionadas com a gestão de dor em TP, foram seguidas as orientações da OMS (2018), que reforça a importância da aplicação de técnicas de relaxamento, respiração, música, meditação entre outras, para grávidas que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto. Foram apresentadas e promovidas medidas tanto não farmacológicas, como farmacológicas de alívio de dor, tendo em consideração o conhecimento prévio das preferências específicas de cada mulher (OMS, 2018). Não sendo a abordagem de primeiro recurso, a técnica epidural foi a escolhida por maior parte das mulheres, sendo a mesma realizada consoante o estágio de TP e consoante o momento em

que a mulher sentia não obter o seu controlo de dor segundo utilização de outras medidas. Foi esta tomada de decisão partilhada e individualizada que tornou possível adequar as escolhas e o timing a cada grávida. Nesta intervenção individual, torna-se fundamental conhecer e compreender as experiências anteriores de dor, as representações culturais da mesma, o estado emocional no momento, o apoio de representante significativo existente, e o potencial de desenvolver estratégias de *coping*, que se apresentam como fatores fundamentais à vivência da dor em TP (Pedro & Oliveira, 2016). Fez-se por implementar intervenções de promoção, prevenção e controlo de dor, como o incentivo à deambulação, liberdade de movimentos e promoção de alternâncias de posições durante o TP, com contributos tanto de gestão de dor como para outros componentes importantes para a progressão do TP (Ferrão & Zagão, 2017). Outra técnica utilizada como método não farmacológico de promoção de alívio da dor e desconforto foi a hidroterapia (Dykes, Johnson, Frazer & Hussey, 2017), tendo, neste contexto de EC, sido utilizada a hidroterapia por chuveiro. Esta consistiu em incentivar a parturiente em deixar a água cair sobre as zonas onde ocorre dor durante as contrações (muito frequentemente na região lombar), tendo sido, também, utilizada, em algumas situações, em conjunto com a bola de nascimento, já que permitia à mulher estar sentada durante a queda da água, proporcionando-lhe ainda maior conforto (Silva et al, 2013). A hidroterapia estimula a circulação, diminui o desconforto das contrações, promove relaxamento, diminui as dores lombo sagradas e, por conseguinte, favorece a dilatação cervical (Coelho, Rocha & Lima, 2018).

Outra área importante de competências desenvolvidas relacionou-se com a avaliação e determinação adequada da estrutura pélvica em relação ao feto, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções relacionadas com a alternância de posicionamentos e incentivo à liberdade de movimentos (OE, 2019). Ao entender as transformações das pélvis durante o TP, foram desenvolvidas competências relacionadas com a promoção desses movimentos através da alternância de posições das pernas e coluna vertebral (Calais-Germain & Parés, 2009). Consonante a posição adotada pelo feto em relação à pélvis materna, ao longo do TP, eram sugeridas determinadas posições, em repouso ou em movimento. No primeiro estágio de TP, com objetivo de aumentar o diâmetro do estreito superior foram sugeridas posições maioritariamente em movimento, com movimentos de contranutação sacra ou ilíaca e abdução ilíaca e/ou supinação ilíaca (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016). No segundo estágio de TP, na presença de variedades fetais posteriores foi muitas vezes sugerida e adotada, com efeito positivo aparente, a posição de quatro apoios, deixando o sacro liberto de pressão, o que por efeito da gravidade impulsiona a apresentação fetal para a púbis, com ampliação de diâmetros da escavação pélvica e estreito inferior (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016). No período expulsivo, as posições mais sugeridas

foram a posição de cócoras, decúbito lateral e litotomia modificada. A utilização de posicionamentos alternativos para o segundo estágio de TP evidenciou o já confirmado pela evidência científica de tempo de segundo estágio mais curtos, realização de menos episiotomias e de partos distócicos (Gupta, Sood, Hofmeyr & Vogel, 2017). Das grávidas/casais acompanhadas, durante o segundo estágio de TP, cerca de 85% terminaram em partos eutócicos.

A duração do segundo estágio de TP é condicionada por diversos fatores: a eficácia das contrações, a analgesia, a condição física e emocional da parturiente, a sua posição, paridade e adequação pélvica no TP, o tamanho, a apresentação e a situação do feto e o apoio recebido pelos profissionais de saúde que acompanham o TP (Fatia & Tinoco, 2016). Neste sentido, a relação estabelecida durante toda a progressão de trabalho de parto, a possibilidade de acompanhamento por uma pessoa de referência, a promoção do ambiente tranquilo, com redução de luminosidade e utilização de musicoterapia foram a base dos períodos expulsivos assistidos. Foram assistidos 51 partos eutócicos. Nestes, as mulheres foram encorajadas a parir na posição que lhes fosse mais confortável e sugeridas algumas posições relacionadas com otimização a adaptação e progressão do feto no canal de parto, face à avaliação feita, no momento, dos ângulos entre o feto e a bacia (OMS, 2018). Durante o período expulsivo, era realizada uma vigilância da descida da apresentação, qual o plano de Hodge, a FCF e a contratilidade uterina, através do CTG. A integridade do períneo era vigiada à medida que a cabeça fetal começava a coroar, com uma atenta avaliação da necessidade ou não de efetuar episiotomia, pois sempre que possível era evitada (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Foram seguidas as recomendações para a diminuição de trauma perineal, no período expulsivo, como a massagem perineal e o suporte manual do períneo no momento em que o polo cefálico estava a coroar (Aasheim, Nilsen, Reinart & Lukasse, 2017), e assim apenas usar a prática da episiotomia seletiva (OMS, 2018). Dos 51 partos assistidos, foram realizadas 4 episiotomias (aproximadamente 7,8%), e desta promoção da integridade do períneo, os partos assistidos culminaram em 33 períneos íntegros (aproximadamente 64,7%), 10 lacerações perineais de primeiro grau (aproximadamente 19,6%) e 4 lacerações de segundo grau (aproximadamente 7,8%).

Em todos os partos assistidos foi privilegiado e incentivado o contacto pele a pele, sempre que o estado do RN o permitiu e a mãe/pai o desejou, durante a primeira hora após o parto, de forma a prevenir a hipotermia e para promoção da amamentação, devendo ser iniciado imediatamente após o nascimento e de forma contínua e prolongada (OMS, 2018). Fazer por promover o contato pele a pele após o nascimento estimula ainda o processo interno do RN, facilitando a adaptação fisiológica à vida extrauterina e a passagem pelos seus nove estágios instintivos: choro de nascimento, relaxamento, despertar, atividade, repouso,

familiarização, sucção e sono (Widstrom et al, 2011). O contacto pele a pele imediato é uma intervenção de extrema importância para a colonização inicial e formação do microbioma, que começa antes do nascimento, ocorre ao longo do canal de parto e tem na pele materna um reservatório de microrganismos importantes para o microbioma do RN (Widstrom, Brimdyr, Svensson, Cadwell & Nissen, 2019). Para tal, era proposto este contacto pele a pele e, se a mãe/pai pretendessem, era facilitada a exposição do tórax para que o primeiro contacto do RN fosse com a pele materna/paterna. Durante esse período, foi mantida a vigilância do RN, mesmo durante a correção perineal, tendo sido efetuada a administração da profilaxia de doença hemorrágica do RN sempre realizada em contacto pele a pele. Na maior parte dos partos assistidos, o contacto pele a pele foi prolongado pelas duas horas após parto, com a otimização da temperatura do quarto e sensibilização dos pais para garantir o contacto pele a pele.

Relativamente ao aleitamento materno, foram desenvolvidas muitas competências de promoção, proteção e apoio do mesmo. Foi utilizada, em muitos casos, a abordagem neurocomportamental denominada *biological nurturing*, favorecendo o contacto pele a pele, mencionado anteriormente e o incentivo da mulher para adotar posições que promovem ficar mais relaxada e confortável, potencializando a adaptação à mama o mais precoce possível (Millinco et al, 2020). Assim, foi sugerido, em muitas situações, a posição *laid-back*, com a mulher em decúbito dorsal, com ligeira inclinação e o RN deitado sobre o tórax e abdómen maternos. Esta posição possibilitou o início precoce do aleitamento materno, sempre que o RN mostrava sinais de busca, quando a mãe ainda estava a receber cuidados de correção perineal, bem como sempre que se mostrou ser mais cómoda para a mulher e mais eficaz em manter a técnica de contacto pele a pele. Foram promovidas intervenções de apoio, à mulher/casal, na correta adaptação à mama, segundo o ensino de sinais de boa pega, bem como outros temas e esclarecimentos de dúvidas iniciais do seu processo de amamentação.

Relativamente ao quarto estágio de TP, foram desenvolvidas competências relacionadas com a vigilância e avaliação puerperais. Essa vigilância deve ser mais intensa no período de *Greenberg*, que corresponde à primeira hora após a dequitação (Fatia & Tinoco, 2016). A transferência para a Unidade de Puerpério era realizada apenas após a segunda hora pós-parto, se fossem reunidas condições da avaliação favorável do bem-estar materno, segundo avaliação da coloração da pele e mucosas, dos sinais vitais, da contração uterina, das perdas sanguíneas vaginais, bem como das suas características, de alterações circulatórias ou de outra causa (Santos & Baptista, 2016). Durante esse período foram também realizadas intervenções de educação para a saúde sobre a evolução esperada para o pós-parto, sinais de alerta, bem como sobre autocuidado materno e alguns cuidados ao RN.

Quando não existiam nenhuma alteração puerperais e/ou neonatais era procedida a transferência para o internamento de obstetrícia, mantendo o alojamento conjunto.

3.3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-parto

Tive oportunidade de desenvolver competências no cuidar mulher/família, no período pós-parto, em quatro momentos e contextos diferentes: no internamento de puérperas, no bloco de partos, no contexto de puerpério imediato, numa unidade de cuidados intensivos, e nos cuidados de saúde primários, em contexto de consulta de enfermagem ou visita domiciliária.

A parentalidade encontra-se definida, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como:

tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (CIPE, 2018, p.94).

Assim, apresenta-se como um processo de transição na vida de uma mulher/casal, que apesar de começar já antes do nascimento, tem, no período pós-parto, uma importância redobrada. Assim, o contexto de cuidados pós-parto é um momento que traduz uma grande necessidade de apoio, educação para a saúde, promoção e desenvolvimento das capacidades parentais e capacitação da mulher/casal, numa perspetiva de preparação para o regresso a casa (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os cuidados foram baseados numa filosofia de cuidados centrados na mulher, numa relação de parceria, com vista a intervenções capazes de manter a crença da mulher/casal em acreditar nas suas competências parentais, com objetivo máximo da sua capacitação. Com estes objetivos, planeei a minha prestação de cuidados no EC, por forma a desenvolver as competências específicas do EEESMO, no cuidado à “mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (OE, 2019, p.13563). Para tal, planeei e implementei estar com as famílias, promovendo um ambiente seguro, de privacidade e favorável à expressão de dúvidas e sentimentos, um ambiente propício ao desenvolvimento de competências parentais, onde demonstrei disponibilidade e suporte contínuo, através de uma relação empática estabelecida com os mesmos. Tive oportunidade de realizar o acolhimento a mulheres/famílias, ao serviço de puerpério, num hospital onde é facultado à mulher/casal, no

momento da admissão ao bloco de partos, um documento com necessidades pré-definidas, identificadas pela mulher/casal, que segue anexado ao seu processo físico. Assim, foi discutido com o casal, este documento, objetivando conhecer vontades, necessidades e expectativas, capaz de gerar uma avaliação prévia, fortemente individualizada e promover cuidados de preparação contínua, para a alta, desde o acolhimento ao serviço e durante todo o internamento. Foram planeados e prestados cuidados preventivos e promotores do autocuidado e cuidados ao RN. Como intervenções preventivas de complicações, fez-se por prestar cuidados relacionados com a avaliação puerperal, consoante o tipo de parto, tempo de pós-parto, antecedentes/situações de saúde doença, acompanhando a evolução esperada e identificando precocemente sinais de alarme (Santos & Baptista, 2016). Simultaneamente, foram promovidos cuidados de capacitação, da autoeficácia da puérpera/família, no autocuidado e cuidados ao RN, nomeadamente através da educação para a saúde e da observação direta de cuidados prestados pelos pais ao RN.

Como referido no subcapítulo anterior, foram privilegiados cuidados de puerpério imediato às mulheres/casais a quem foram assistidos os partos, no contexto de bloco de partos. Este tipo de incentivo à continuidade de cuidados promoveu, não só, benefícios de suporte contínuo, por a mulher/casal manter acompanhamento por um elemento já de sua referência, mas também possibilitou, segundo solicitação das mesmas, observar e avaliar o processo cicatricial da sutura perineal e a identificação de necessidades de melhoria nas técnicas de correção perineal utilizadas.

Outra área de competências muito desenvolvida, neste contexto, foi a de promoção e apoio ao aleitamento materno. Considerando a evidência comprovada do impacto do apoio e suporte ao aleitamento materno, nas primeiras horas e dias de vida de um recém-nascido, no sucesso do processo, tornou-se imperativo fazer por facilitar o contacto pele a pele, o alojamento conjunto, e implementar intervenções de ajuda prática e suporte emocional e de informação à mulher/casal, tais como benefícios do aleitamento materno, sinais de prontidão e recursos de apoio na comunidade (OMS, 2018). Fiz por estar com a mulher/casal, mostrando disponibilidade, dando suporte, valorizando habilidades parentais demonstradas e promovendo motivação, autoestima e a capacitação e autoeficácia dos pais. Para tal, umas das estratégias utilizadas foi o elogio. Fiz por treinar muito o elogio e tentei em todas as situações, mesmo quando difícil, fazer pelo menos um elogio ao casal quanto às suas competências parentais, marcadamente relacionadas com o processo de aleitamento materno.

Especificamente, no período pós-parto, fazer por assumir destaque no suporte informação e instrução, no sentido de conferir conteúdo relevante e de alta qualidade, capaz de uma tomada de decisão parental, que evidencie a ascendente capacitação para exercer o

seu novo papel. Neste sentido, foram desenvolvidas competências de educação para a saúde sobre a chegada a casa e integração de um RN na família, alimentação do RN, higiene e manutenção da integridade de pele do RN, cuidados ao coto umbilical, choro, vigilância de saúde do RN, segurança e prevenção de acidentes, sono e problemas comuns como a regurgitação, cólicas, eritema pela fralda, obstrução nasal, entre outros (Cardoso & Nené, 2016).

Outro contexto privilegiado de prestação de cuidados, no período pós-parto, foi a visita domiciliária. Tive oportunidade, no EC de cuidados de saúde primários, de realizar uma visita domiciliária. Essa foi planeada e organizada segundo os objetivos gerais, definidos pela DGS (2015), de “avaliar o bem-estar físico, emocional e social da mulher/criança/família e corrigir/tratar situações de dificuldade ou desvio da normalidade durante o puerpério” (DGS, 2015, p.78). A prestação de cuidados no contexto domiciliário permitiu-me estabelecer vínculos robustos com a família visitada, possibilitou-me observar o ambiente físico e a dinâmica familiar, estabelecer canais efetivos de comunicação incluindo diversas variáveis e de promover estratégias muito individualizadas, eficazes e resolutivas de cuidados em saúde (Reticena et al., 2019).

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O percurso académico, espelhado neste relatório regeu-se pela ética profissional, predicado indispensável na prestação de cuidados, durante o caminho de aquisição de competências e nas metodologias utilizadas para criação de achados para a disciplina. A exigência desta competência de domínio da responsabilidade profissional, legal e ética vem enunciada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), que apresenta relação sinérgica com os princípios éticos da profissão, exposto no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005; Lei n. 156/2015). Os dois enunciados preveem uma tomada de decisão clínica da procura da melhor qualidade de cuidados, para benefício do cliente, com quem se tem o dever de trabalhar em parceria, seguindo as premissas dos princípios éticos e direitos do cliente quanto à sua proteção, dignidade, direito a consentimento informado e promoção da autonomia. Também relacionado com este domínio está o dever de advocacia, do enfermeiro, para com o cliente de enfermagem, e nesse sentido procurou-se defender o melhor interesse do cliente, empoderando-o para a sua situação de saúde/doença, promovendo a capacidade de autodefesa, ou advogar-se em prol dos seus direitos.

Para a análise das considerações éticas a integrar no percurso metodológico, foram considerados os princípios fundamentais da prática de Enfermagem: a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, veracidade, fidelidade e confidencialidade (Nursing and Midwifery Board of Ireland, 2015). Para conceder o seu total cumprimento foram instruídas intervenções e medidas como solicitar a autorização verbal das grávidas/casais; apresentação à grávida/casal sobre a condição de estudante de EEESMO; fazer por conhecer cada mulher/casal e promover o maior nível de conhecimento possível sobre a sua situação de saúde/doença, esclarecendo as suas dúvidas; manter o sigilo profissional face aos registos de interação efetuados e situações refletidas por escrito; gerar uma relação terapêutica eficaz e de alta fidelidade; promover a privacidade; estar com a mulher/casal, de forma a promover cuidados de autonomia e beneficência; manter a crença e possibilitar o autocuidado e contribuir para cuidados geradores de elevado bem-estar da grávida/casal/RN. Partindo desta fundamentação foi alcançada uma conduta de requisitos éticos e deontológicos rigorosos para uma prática Enfermagem Avançada da maior qualidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido finaliza-se assim com a apresentação deste relatório e com a sua futura apresentação e discussão pública. Durante o mesmo, empenhei-me em conciliar aprendizagens teóricas e práticas e dar-lhes acréscimo com as reflexões e aprendizagens sobre a minha identidade profissional enquanto futura EEESMO. Tanto o relatório como o percurso de aquisição de competências foram sustentados segundo a base estrutural da Teoria do Cuidar, com a premissa de que “há um significado pessoal a ser encontrado em qualquer condição de saúde ou desenvolvimento do desafio que a pessoa está a enfrentar” (Swanson, 1993, p.354). Neste sentido, a trajetória pela prática clínica, em diferentes contextos, fez-se pelo aperfeiçoamento e continuidade dos cuidados, individualizando-o a cada mulher/casal/família, através da prática de cuidados centrados na pessoa. Os cuidados seguiram o processo de enfermagem segundo o significado atribuído como etapas do processo, desde a colheita de dados e formulação de diagnósticos (“conhecer”), planeamento e implantação (“manter a crença”, “estar com” e “possibilitar”), e avaliação continua que perpassa todo o processo de cuidados (Oliveira, Silva, Oliveira, Pereira & Trezza, 2018). Esta abordagem do cuidar fundamentou a exigência de cuidados verdadeiramente holísticos, onde os fatores fisiológicos, psicológicos, emocionais, culturais e espirituais fizeram parte central do cuidado da enfermagem em saúde materna e obstétrica (Dahlberg, et al., 2016). Ao longo deste trajeto, o recurso à análise crítica e reflexiva permitiu analisar o desempenho das atividades desenvolvidas, concretização da evolução pessoal e profissional e projeção de novos desafios profissionais, no novo papel de enfermeiro especialista. Foram muitas as oportunidades de aprendizagem, nos demais contextos, não tendo sido possível deixar presente neste relatório a sua totalidade de forma exaustiva. Como tal, selecionou-se e explanou-se os temas mais impactantes para a minha formação enquanto futura EEESMO.

Concomitantemente ao percurso de competências da especialidade supracitado, foram desenvolvidas competências exigidas à atribuição do grau de mestre. Adotou-se, nesta área, a problematização das práticas, à luz da evidência científica, fundamentando a tomada de decisão. O julgamento crítico tornou capaz de refletir sobre a minha prestação de cuidados e rever a minha identidade profissional face aos clientes e face à profissão. Este elevou a consciência de responsabilidade profissional, do meu eu individual, no coletivo da profissão, trazendo uma projeção do que pretendo que seja a minha identidade profissional avançada.

O *coaching* em Enfermagem tem a sua maior ascensão a partir de 2014, com produção de evidência científica para a prática (Menegaz et al., 2020). O EEESMO tem na intervenção *coaching* mais uma ferramenta de influência confirmada, com resultados com a qualidade esperada e exigida aos profissionais da área. Para além da confirmação de contribuição para a filosofia de cuidados obstétricos previsto pela OMS (2018) e OE (2018), pode contribuir

ainda para a visibilidade e o reconhecimento do papel da Enfermagem (Kennedy, 2019). Consideram-se os objetivos propostos, de mobilização e análise sobre a integração do *coaching* nos cuidados EEESMO, atingidos. Crê-se que este relatório possa ser uma estratégia impulsionadora de mais trabalho sobre a temática, sendo fundamental uma construção de referencial teórico, com recurso a gerar mais evidência e uniformização das intervenções *coaching* com descrição das técnicas utilizadas, da frequência e duração das mesmas e aumento do histórico profissional da temática e formação específica dos profissionais (Wolever et al., 2013). O presente relatório permitiu promover e estruturar caminho para futuros estudos sobre a temática, com atenção às sugestões supracitadas.

Considerando-se todos os objetivos, definidos na introdução, superados com sucesso, fica presente a descrição e fundamentação das competências adquiridas, no domínio dos cuidados de enfermagem especializados, bem como na realização do estudo e aplicação da temática, evidenciando o estado de arte atual. Este desfecho torna possível considerar que a metodologia adotada foi a mais adequada, já que os resultados que através dela emergiram, têm potencialidades para garantir a excelência dos cuidados prestados e evolução da disciplina de Enfermagem. Mais ainda este percurso ostentou a responsabilidade profissional, num progresso para uma Enfermagem Avançada. Levo comigo a convicção plena de que o caminho profissional, na especialidade será fundido com o caminho de conhecimento sobre o *coaching*, numa união entre o bem-estar em saúde e desenvolvimento e capacitação humana (Galvão, 2019), que tornará o *coaching* tanto gerador do meu próprio autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional, como estratégia de intervenção às mulheres/famílias com quem me cruzar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A., Reinar, L. & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6. DOI [10.1002/14651858.CD006672.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3).
- Almeida, M., Dorés, J. & Ruas, L. (2017). Consenso “diabetes gestacional”: atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 12(1), p.24-38.
- Alves, M., Bernardes, J., Reynolds, A. & Santos, R. (2018). Protocolos de atuação no parto pré-termo: uma análise comparativa nacional. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*. 12(2), p.106-117.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Hypertension in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*.122(5), p.1122-1131.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Management of Preterm Labor. *Obstetrics & Gynecology*.128(4), p.156-164.
- Amaral, A. & Martins, C. (2016). Manutenção das necessidades da parturiente. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.400-406). Lisboa: Lidel.
- Areia, A., Almeida, M., Braga, A., Pereira, N., Macedo, C. & Nogueira-Silva, C. (2018). *Corticoterapia para maturação pulmonar fetal*. Portugal: Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal.
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. & Chandrachan, E. (2015). FIGO Consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 131(1), p. 13-24.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*. 31(2), p.143-164.
- Bautista-Balbás, B., Abellán-Lucas, S., Gómez-Moreno, M., Martínez-Molina, A. & Dema-Pérez, S. (2017). Necesidades y sentimientos percebidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. *Matronas Profesión*. 18(1), p.18-25.

- Beebe, K., Lee, K., Carrieri-Kohlman, V. & Humphreys, J. (2007). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 36(5), p.410-418.
- Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). *Continuous support for women during childbirth (Review)* (7). United States of America: John Wiley & Sons, Ltd.
- Buckley, S. J. (2015). *Access Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies and Maternity Care*. Washington: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families.
- Calais-Germain, B. & Parés, N. (2009). *Parir em movimento*. Barcelona: La liebre de marzo.
- Cardoso, A. & Néné, M. (2016). Promover o desenvolvimento das competências parentais. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.481-484). Lisboa: Lidel.
- Castro, J., Gameiro, M., Araújo, C., Pinto, A. & Teles, T. (2014). Sulfato de magnésio para neuroprotecção fetal, uma revisão da literatura. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*. 8(4), p.391-397.
- Christenson, A., Johansson, E., Reynisdottir, S., Torgerson, J. & Hemmingsson, E. (2019). "...or else I close my ears" How women with obesity want to be approached and treated regarding gestational weight management: A qualitative interview study. *PLOS ONE*. 14(9) DOI [10.1371/journal.pone.0222543](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222543).
- Cinar, A., Freeman, R. & Schou, L. (2018). A new complementary approach for oral health and diabetes management: health coaching. *International Dental Journal*. 68(1), p.54-64.
- Circular Normativa N.º 02/DSMIA (2006). Direção-Geral da Saúde. *Prestação de cuidados pré-concepcionais*, (16-01-2006), p. 2-5. ELI: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-16012006.aspx>.

- Coelho, K., Rocha, I. & Lima, A. (2018). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. *Revista Científica de Enfermagem*. 7(21), p.14-21.
- Cox, S., Glazebrook, C., Sheard, C., Ndukwe, G. & Oates, M. (2006). Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility and Sterility*. 85(1), p.84-89.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A., Selboe, S., Torvik, H. & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 7(1), p.2-7.
- Decreto Lei n.º 65/2018 (2018). Artigo 15º: Grau de Mestre. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, 1ª série* (n.º 157 de 16-08-2018), p. 4162- 4165.
- Desisto, C., McDonald, J., Rochat, R., Diaz-Apodaca, B. & Declercq, E. (2016). Decision making about method of delivery on the U.S.-Mexico border. *Health Care Women International*. 37(4), p.426-443.
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Circular Normativa N.º 16/DSMIA (2001): Boletim de saúde da grávida*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma n.º 007/2011: *Diagnóstico e conduta na diabetes gestacional*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientação n.º 010/2015: Disponibilidade de métodos contraceptivos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientações sobre Trabalho de parto estacionário*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde reprodutiva e planeamento familiar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Donner, G. & Wheeler, M. (2009). *Coaching in nursing: An introduction*. Estados Unidos da América: International Council of Nurses and Nurses and The Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International.
- Dyess, S., Sherman, R. & Eggenberger, T. (2017). Structured coaching programs to develop staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 48(8), p.373-378.
- Dykes, H., Johnson, J., Frazer, C. & Hussey, L. (2017). Overview of hydrotherapy during labor. *International Journal of Childbirth Education*. 32(4), p.45-47.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.321-323). Lisboa: Lidel.
- Ferrão, A. & Zagão, M. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 3(1), p.886-900.
- Galvão, A. (2019). “Coaching” de saúde e bem-estar na promoção da saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 22, p.5-8.
- Graça, L. M. (2017). Parto pré-termo. In Graça, L. M., *Medicina Materno-Fetal* (p.333-348). Lisboa: Lidel.
- Gupta, J., Sood, A., Hofmeur, G. & Vogel, J. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5. DOI [10.1002/14651858.CD002006.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4).
- Hess, D., Dossey, B., Southard, M., Luck, S., Schaub, B. & Bark, L. (2013). *The art and Science of nurse coaching: The provider's guide to coaching scope and competencies*. Maryland: American Nurses Association.
- Hoddinott, P., Lee, A. & Pill, R. (2006). Effectiveness of a breastfeeding peer coaching intervention in rural Scotland. *Birth*. 33(1), p.27-36.
- Inácio, I. (2016). Diabetes gestacional. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.200-205). Lisboa: Lidel.

International Confederation of Midwives. (2019). *Essential competencies for Midwifery practice*. 2019, Update 2019. Acedido a 13-12-2020. Disponível em <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

Joanna Briggs Institute (2020). *JBIM manual for evidence synthesis: 2020 Edition*. Austrália: jbi.global. DOI doi.org/10.46658/JBIMES-20-12.

Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15(251). DOI [10.1186/s12884-015-0683-0](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0).

Katz, B. (2012). New Focus on Family-Centered Maternity Care. *International Journal of Childbirth Education*, 27 (3), p.99-102.

Kennedy, A. (2019). Onde quer que você encontre enfermeiros no mundo, você encontrará líderes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 27(1). DOI [10.1590/1518-8345.0000.3181](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3181).

Key, S., Marshall, H. & Martin, C. (2019). The Scottish clinical supervision model for midwives. *British Journal of Midwifery*. 27(10), p.655-663.

Ko, J. & Lee, J. (2014). Effects of a coaching program on comprehensive lifestyle modification for women with gestational diabetes mellitus. *Journal Korean on Academy of Nurse*. 44(6), p. 672-681.

Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C. & Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth*. 32(1), p.88-94.

Leal, M., Pereira, A., Domingues, R., Filha, M., Dias, M., Pereira, M., Bastos, M. & Gama, S. (2014). Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), p.17-32.

Lei n.º 156/2015 (2015). Capítulo VI: Deontologia profissional. *Diário da República*, 1ª série (n.º 181 de 16-09-2015), p.8077-8080.

- Machado, M. & Graça, L. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In Graça, L. M., *Medicina Materno-Fetal* (p.220-227). Lisboa: Lidel.
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.211-215). Lisboa: Lidel.
- Mazza, D. & Chapman, A. (2010). Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think? *BMC Public Health*. Vol.10.
- McLachlan, H., Forster, D., Davey, M., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T. & Waldenström, U. (2015). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.123(3), p.465-474.
- Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, Á. & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 40(1), p.1-12.
- Menegaz, J., Dias, G., Rocha, A., Santos, A., Menegon, F. & Santos, J. (2020). Utilização de coaching por enfermeiros na prática profissional: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 9(11). DOI [10.33448/rsd-v9i11.10167](https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10167).
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (2^a ed.). Nova Iorque: The Guilford Press.
- Milinc, M., Travan, L., Cattaneo, A., Knowles, A., Sola, M., Causin, E. ... Ronfani, L. (2020). Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial. *International Breastfeeding Journal*. 15(21). DOI [10.1186/s13006-020-00261-4](https://doi.org/10.1186/s13006-020-00261-4).
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.335-347). Lisboa: Lidel.

- Monteiro, F. & Leite, C. (2016). Estados hipertensivos da gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.182-199). Lisboa: Lidel.
- Moura, L.P. (2017). Hemorragias do primeiro trimestre. In Graça, L. M., *Medicina Materno-Fetal* (p.294-299). Lisboa: Lidel.
- Nash, K. (2020). Provision of supportive care. *British Journal of Midwifery*. 28(10), p.690-692.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Londres: National Institute for Health and Care Excellence.
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A. & Canavarro, M. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Peritia*. 3(1), p.37-46.
- Nilsson, L., Thorsell, T., Wahn, E. & Ekström, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*. DOI [10.1155/2013/349124](https://doi.org/10.1155/2013/349124).
- Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2015). *Practice Standards for Midwives*. (2ª ed.). Ireland: Bord Altranais agus Cnáimhseachais na hÉireann.
- Oliveira, T., Silva, A., Oliveira, J., Pereira, E. & Trezza, M. (2018). A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. *Revista Enfermagem Foco*. 9(2), p.3-6.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro – Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Recomendação n-º 2/2012: Recomendações para a preparação para o nascimento*. Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2013). *Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2012). *Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação à metas de Saúde 2020*. Copenhaga: Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Pedro, L. & Oliveira, C. (2016). A dor em trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.411-412). Lisboa: Lidel.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health promotion: in nursing practice* (7ª ed.). Carolina do Sul: Pearson Education.

Penim, A. & Catalão J. (2018) *Ferramentas de coaching* (8ª ed.). Lisboa: Lidel.

Pereira, J. & Rodrigues, T. (2014). Neuroproteção com sulfato de magnésio no parto pré-termo. In Motenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Ayres-de-Campos, D. (Coords). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed., p.85-88). Lisboa: Lidel.

- Pinheiro, A. (2016). Promoção do parto normal. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.324-334). Lisboa: Lidel.
- Portaria N.º 306-A/2011. (2011). Sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1ª série (N.º 242 de 20-12-2011), p. 5348. ELI: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/477277/details/normal?l=1>.
- Ramírez, D. (2015). Efectos del tratamiento con glucocorticoids durante el embarazo. A propósito de um caso. *Revista Finlay*. 5(2), p.139-144.
- Ramos, W., Aguiar, B., Conrad, D., Pinto, C. & Mussumeci, P. (2018). Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. *Revista Online de Pesquisa*. 10(1), p.173-179.
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), p.4744-4750. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário de República*, 2ª série (N.º 85 de 03-05-2019), p.13560-13565. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Reticena, K., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L., Abreu, F. & Fracolli, L. (2019). Atuação da enfermagem para o desenvolvimento da parentalidade na primeira infância: revisão sistemática de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 27(1). DOI [10.1590/1518-8345.3031.3213](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213).
- Rodrigues, A., Rodrigues, D., Silveira, M., Paiva, A., Fialho, A. & Queiroz, A. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(3), p.1-7.
- Rolfe, G. (2014). Understanding advanced nursing practice. *Nursing Times*. 110 (27), p.20-23.

- Rollo, M., Baldwin, J., Hutchesson, M., Aguiar, E., Wynne, K., Young, A. ... Collins, C. (2020). The feasibility and preliminary efficacy of an eHealth lifestyle program in women with recent gestational diabetes mellitus: A pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(1) DOI [10.3390/ijerph17197115](https://doi.org/10.3390/ijerph17197115).
- Santos, M. & Baptista, M. (2016). Necessidades em cuidados de Enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.455-472). Lisboa: Lidel.
- Sarroeira, C., Cunha, F. & Simões, J. (2020). Coaching & Enfermagem: Uma análise qualitativa da literatura. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 8(1), p.42-56.
- Saviani-Zeoti, F. & Petean, E. (2015). Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia*. 32(4), p.675-683.
- Schaub, B., Luck, S. & Dossey, B. (2012). Integrative nurse coaching for health and wellness. *Journal of Alternative and Complementary Therapies*. 18(1), p.14-20.
- Selli, L., Junges, J., Meneghel, S. & Vial, E. (2008). O cuidado na resignificação da vida diante da doença. *O Mundo da Saúde*. 32(1), p.85-90.
- Seward, M., Simon, D., Richardson, M., Oken, E., Gillman, M. & Hivert, M. (2018). Supporting healthful lifestyles during pregnancy: a health coach intervention pilot study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18(1), p.375-385.
- Sigurdardottir, V, Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Kristjansdottir, H., Sveinsdottir, H. & Gottfredsdottir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study *Women and Birth*. 30(1), p.450-459.
- Silva, D., Ramos, M., Jordão, V., Silva, R., Carvalho, J. & Costa, M. (2013). Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE online*. 7(1), p.1539-1548.

- Simmons, L. & Wolever, R. (2013). Integrative health coaching and motivational interviewing: Synergistic approaches to behavior change in healthcare. *Global Advances in Health and Medicine*. 2(4), p.28-35.
- Skouteris, H., McPhie, S., Hill, B., McCabe, M., Milgrom, J. Kent, B. Lachal, J. (2016). Health coaching to prevent excessive gestacional weight gain: A randomized-controlled trial. *British Journal of Health Psychology*. 21(1), p.31-51.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contracepção & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2011). *Consenso sobre Contracepção*. Estoril: Edições Frist News.
- Sotto-Mayor, L. (2016). Aborto espontâneo. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.267-275). Lisboa: Lidel.
- Steinmetz, J. (2012). Life coach as midwife: reflections on a Socratic metaphor. *International Journal of Theory Research and Practice*. DOI [10.1080/17521882.2011.648333](https://doi.org/10.1080/17521882.2011.648333)
- Strauch, V. (2017). Ressignificação da morte na abordagem psicodramática: Perdas e ganhos no luto. *Revista Brasileira de Psicodrama*. 25(1), p.49-58.
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M. & Martínez-Roche, M. (2015). Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23(3), p.520-526.
- Sue, K., Hee-Sook, K. & Ha-Yoon, C. (2011). Effects of a Coaching-based Childbirth Program on Anxiety and Childbirth Self-efficacy among Primigravida Women. *Korean Journal Women Health Nurse*. 17(4), p. 369-377.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40(3), p.161-166.
- Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*. 25(4), p.352-357.

Whitmore, J. (2011). *Coaching: el método para mejorar el rendimiento de las personas*. México: Paidós.

Widström, A., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K. & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Pædiatrica: Nurturing the child*. 108(7), p.1192-1204.

Widström, A., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A., Lintula, M. & Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Pædiatrica: Nurturing the child*. 100(1), p. 79-85.

Wolever, R., Simmons, A., Sforzo, G., Dill, D., Kaye, M., Bechard, E. ... Yang, N. (2013). A systematic review of the literature on health and wellness coaching: Defining a key behavioral intervention in healthcare. *Global Advances in Health and Medicine*. 2(4), p.38-57.

Wong-Rieger, D. & Rieger, F.P. (2013). Health Coaching in Diabetes: Empowering Patients to Self-Manage. *Canadian Journal of Diabetes*. 37(1), p.41-44.

Anexo I – Certificação Internacional em *Coaching*



Anexo II – Síntese de registo de atividades práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion	<u>20</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman	
▪ Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100)	<u>105</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor	
▪ Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	<u>59</u>
▪ Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	<u>0</u>
▪ Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births	<u>0</u>
▪ Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	<u>0</u>
▪ Episiotomia/Episiotomy	<u>4</u>
▪ Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	<u>18</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk	
▪ Gravidez/Pregnancy (40)	<u>42</u>
▪ Trabalho de parto/Labor	<u>71</u>
▪ Puerpério/Puerperium	<u>56</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	<u>100</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy newborn (100)	
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the newborn in need of special care	<u>100</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology	<u>14</u>
	<u>26</u>

9. Vigilância e cuidados a mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 0
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 23

10. Prática Simulada/*Simulated Practice*

- Prática Simulada em partos eutócicos/*Simulated Practice eutocic delivery* ✓
- Prática Simulada em partos de apresentação pélvica/*Simulated Practice in breech presentation deliveries* ✓
- Prática Simulada de episiotomia e iniciação à sutura/*Simulated Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* ✓
- Prática Simulada na colocação de DIU/IUD *insertion Simulated Practice* ✓
- Prática Simulada na colocação de implantes/*Implants insertion Simulated Practice* ✓
- Prática Simulada de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation Simulated Practice and colpocytology* ✓

Lisboa, 25/02/2021

Estudante/*Student*

Filipa Ribeiro

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

M^{te} Anabela Ferreira dos Santos

Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica/*Maternal Health and Obstetrics Postgraduate Course*

Apêndice I – Termos de pesquisa da revisão *scoping*

Palavras-Chave/ Termo natural	Termo indexado <i>CINAHL</i>	Termo indexado <i>MEDLINE</i>	Termo indexado <i>ACADEMIC SEARCH COMPLETE</i>
<i>Coaching</i>	<i>Labor Support</i>	<i>Mentoring</i>	<i>Labor Coaching (Obstetrics)</i>
<i>Pregnant</i>	<i>Expectant Parents</i>	<i>Pregnant Women</i>	<i>Maternal Health</i>
<i>Midwifery</i>	<i>Midwifery</i>	<i>Midwifery</i>	<i>Midwifery</i>

Apêndice II - Resultados da pesquisa na base de dados CINAHL

05/11/2020

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Thursday, November 05, 2020 11:07:05 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S10	S3 AND S6 AND S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	44,160
S8	(MH "Midwifery")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	19,145
S7	"midwifery"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	44,160
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	52,796
S5	(MH "Expectant Parents")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	446
S4	"pregnant"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	52,419

web.a.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?sid=2522e886-ff0c-4ac5-9c84-47ab06a2812e%40dc-v-sessionid=32&HistoryItemID=S10... 1/2

05/11/2020

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,617
S2	(MH "Labor Support")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	862
S1	"coaching"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,763

Apêndice III - Resultados da pesquisa na base de dados MEDLINE

05/11/2020

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Thursday, November 05, 2020 11:12:13 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S10	S3 AND S6 AND S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	68,386
S8	(MH "Midwifery")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	18,947
S7	"midwifery"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	68,386
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	206,534
S5	(MH "Pregnant Women")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,424
S4	"pregnant"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	206,534

web.a.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=27&sid=6351a3e3-021b-4554-af78-1aa609ae4c5c%40dc-v-sessionmgr02&bquery="midwifery..." 1/2

05/11/2020

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,690
S2	(MH "Mentoring")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,858
S1	"coaching"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	7,399

Apêndice IV - Resultados da pesquisa na base de dados Academic Search Complete

05/11/2020

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Thursday, November 05, 2020 11:16:13 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S10	S3 AND S6 AND S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	15
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	52,586
S8	DE "MIDWIFERY"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	3,494
S7	midwifery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	52,586
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	174,258
S5	DE "MATERNAL health"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	9,527
S4	pregnant	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	172,059

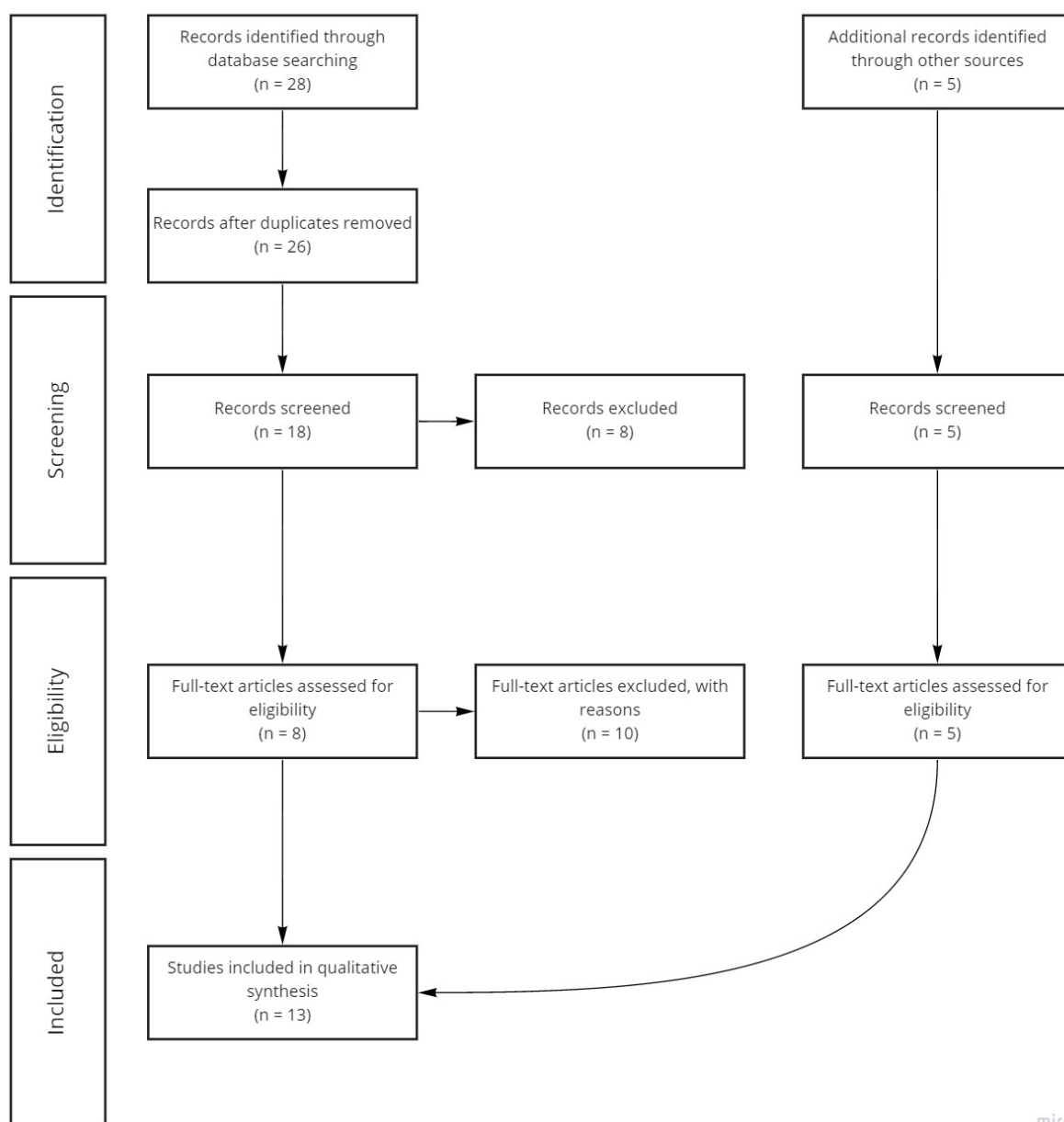
web.a.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=23&sid=b6f453f1-5d61-4a63-bfa9-429a36941d6c%40sessionmgr4006&bquery=midwifery+... 1/2

05/11/2020

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	24,411
S2	DE "LABOR coaching (Obstetrics)"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	49
S1	coaching	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	24,411

Apêndice V – Fluxograma



miro

Apêndice VI – Tabela de extração de resultados

1. The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2017	Sigurdardottir, V., Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Kristjansdottir, H., Sveinsdottir, H. & Gottfredsdottir, H.	Australian College of Midwives	Islândia	Estudo de coorte longitudinal retrospectivo (até 2 anos pós-parto) (regressão logística binária.)
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	• Compreender a relação entre a percepção da experiência de parto com o suporte profissional recebido; • Compreender os contributos de revisitar a experiência de parto.			
Metodologia/Amostra	• Amostra de conveniência de mulheres grávidas de 26 centros de saúde comunitários da Islândia (1111 grávidas com IG entre a 11^a e 16^a semana; 765 grávidas com IG entre a 5^o e 6^o mês; 657 puérperas entre o 18^o e 24^o mês pós-parto). • Aplicados questionários nos três períodos, com colheita dos seguintes dados: fatores sociodemográficos, história reprodutiva, tipo e experiência de parto, apoio social e obstétrico, sintomas depressivos.			
Resultados e/ou Conclusões	• O tipo de cuidados pelo EEESMO tem elevado influência na percepção de cada mulher sobre a experiência de parto. • Efeitos positivos da continuidade de cuidados pelo mesmo profissional de referência ao longo de todo o processo de gravidez - melhoria na qualidade da assistência ao parto, aumentando a continuidade durante o cuidado pré-natal; • Experiências de parto negativas podem ser diretamente comparadas a experiências traumáticas; • Implementação de intervenções terapêuticas adaptadas às mulheres com experiências de parto negativas (revisar a experiência de parto – “after-birth talk”);			

	• Importância muito significativa, sentida pelas mulheres, do apoio obstétrico durante o parto; • Sugestão de melhoria no apoio da obstetrícia: informações específicas, educação e apoio às necessidades individuais de cada grávida; • Influência do contexto cultural e conflitos entre diferentes ideologias na assistência ao parto com a perceção da experiência do parto (desafio à adaptação das práticas obstétricas); • Fatores preditivos de experiências de parto negativas: crenças negativas sobre parto, parto instrumentado, perceção de TP prolongado e sintomas de depressão pós-parto.
--	---

2. The Feasibility and Preliminary E cacy of an eHealth Lifestyle Program in Women with Recent Gestational Diabetes Mellitus: A Pilot Study				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2020	Rollo, M.; Baldwin, J.; Hutchesson, M.; Aguiar, E.; Wynne, K.; Young, A.; Callister, R.; Haslam, R. & Collins, C.	International Journal of Environmental Research and Public Health	Austrália	ensaio piloto randomizado controlado
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	Analisar a eficácia e aceitabilidade de uma intervenção <i>coaching</i> (“Body Balance Beyond” eHealth), em mulheres com diabetes gestacional.			
Metodologia/Amostra	- Mulheres com idade entre 18-45 anos, com diagnóstico com DG (nos últimos 24 meses), com excesso de peso/obesidade, com acompanhamento até 3 a 6 meses pós-parto; - Intervenção <i>coaching</i> por sessão via videochamada e entrevista motivacional (na gestão terapêutica, ajuste de objetivos, identificação de barreiras e implementação de plano de ação).			
Resultados e/ou Conclusões	- Todas as mulheres (100%) concordaram que as sessões de <i>coaching</i>: forneceram informações úteis nos primeiros 3 meses; e promoveu elevado nível comprometimento com o processo. - Aumentou da autoconfiança; - Melhoria dos comportamentos de dieta (85%) e atividade física (92%); - Satisfação das mulheres em relação ao tipo de intervenção; - O site “Body Balance Beyond” combinado com o <i>coaching</i>, por via de videochamada, foi considerado amplamente útil para mulheres com DG (necessária uma análise mais aprofundada do efeito na redução do risco de diabetes em um estudo maior)			

3. “...or else I close my ears” How women with obesity want to be approached and treated regarding gestational weight management: A qualitative interview study.				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2019	Christenson, A.; Johansson, E.; Reynisdottir, S.; Torgerson, J. & Hemmingsson, E.	PLOS ONE	Reino Unido	Qualitativo (análises de conteúdo).
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	Identificar os aspetos relevantes relacionados com o controlo de peso gestacional			
Metodologia/Amostra	Entrevistas semiestruturadas. 17 mulheres em idade reprodutiva (19-39 anos), com obesidade			
Resultados e/ou Conclusões	- Identificados de três aspetos relevantes ao controlo de peso gestacional: - receber informação (informação sobre os riscos para o feto foram considerados motivadores) - sentimentos de compreensão e respeito; - papel crucial do tipo de intervenção da parteira em assuntos/momentos sensíveis (abordar o assunto do peso corporal, momento de pesagem, forma de fornecer informações, intervenção coaching para mudança de comportamentos, suporte emocional). - Orientações para a prática de uma relação terapêutica eficaz: demonstrar empatia e suporte psicológico, colaborar na identificação de soluções (mais do que ênfase nos problemas e riscos), identificação de causas e crenças, desenvolver habilidades comunicacionais e relacionais, promover o não julgamento e evitar dar conselhos indesejados).			

4. Health coaching to prevent excessive gestational weight gain: A randomized-controlled trial				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2015	Skouteris, H; McPhie, S.; Hill, B.; McCabe, M.; Milgrom, J.; Kent, B.; Bruce, L.; Herring, S.; Gale, J.; Mihalopoulos, C.; Shih, S.; Teale, G.& Lachal, J.	British Journal of Health Psychology (The British Psychological Society)	Grã-Bretanha	Ensaio randomizado controlado aleatório
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	- Avaliar a eficácia de uma intervenção coaching na prevenção de ganho de peso excessivo na gravidez; - Promover resultados positivos psicossociais e motivacionais com a integração de estratégias de coaching em comparação com a Educação para a Saúde isolada.			
Metodologia/Amostra	261 mulheres grávidas (com menos de 18 semanas de gestação); Indicadores avaliados: motivação, variáveis psicossociais, qualidade do sono, conhecimento, crenças e expectativas, comparando entre os dois grupos, às 15 semanas de gestação, às 33 semanas de gestação e 2 meses após o parto.			
Resultados e/ou Conclusões	- Contributos da EpS isolada: Informações sobre consequências para a saúde, apresentação de fontes credíveis e prós e contras; - Contributos da integração de coaching em saúde, nas sessões: definição de metas (comportamento), solução de problemas, definição de metas (resultado), plano de ação, revisão de metas de comportamento; revisão de metas de resultados; contrato comportamental; apoio emocional; informações sobre consequências para a saúde; apresentação de fontes credíveis e prós e contras; redução emoções negativas; - A intervenção coaching não impediu o ganho excessivo de peso, quando comparado com o grupo controlo.;			

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Maiores níveis de iniciativa a mudanças para estilos de vida, capazes de manter um ganho de peso ponderal saudável na gravidez, e maior importância atribuída maior importância ao ganho ponderal de peso, no grupo de mulheres que receberam intervenções <i>coaching</i>;• Apesar da intervenção <i>coaching</i> não ter tido sucesso na prevenção de ganho de peso ponderal excessivo, foram identificadas várias implicações para o desenho de futuras intervenções, incluindo o nível de compromisso e de monitorização do peso;• Os autores assumem que é possível que os benefícios da aplicação de <i>coaching</i> em saúde não sejam compreendidos/manifestados a curto prazo e que possam manifestar-se mais no período pós-parto (hipótese ainda a ser testada). |
|--|---|

5. Effectiveness of a Breastfeeding Peer Coaching Intervention in Rural Scotland				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo/ Metodologia
2006	Hoddinott,P.; Lee, A.& Pill,R.	Journal Birth	Escócia	Qualitativo (investigação-ação)
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	Avaliar a intervenção coaching (individual e em grupo) no início e duração do aleitamento materno.			
Metodologia/Amostra	- Colheita dados sobre da alimentação infantil ao nascimento e alta hospitalar (na 1^a, 2^a e 6^a semanas e aos 4 e 8 meses); - Os dados de atendimento ao grupo foram coletados por meio de 266 diários de grupo.			
Resultados e/ou Conclusões	- Aumento do início e da duração da amamentação (tanto no Coaching de grupo, como individual para mulheres grávidas e mães que amamentam); - A intervenção aumentou o início e a duração da amamentação de forma mais eficaz para mulheres cujo parto e os cuidados pós-parto foram em unidades lideradas por parteiras;			

6. Provision of supportive care				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2020	Nash, K.	British Journal of Midwifery	Londres	Artigo de opinião (com revisão de literatura)
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	Contribuir para o desenvolvimento de habilidades interpessoais responsivas durante o parto e cuidados personalizados de apoio durante o parto.			
Metodologia/Amostra	Não aplicável.			
Resultados e/ou Conclusões	- Importância do suporte pela parteira à mulher em TP; - Relação entre a relação terapêutica e a experiência de parto; - Elementos importantes para a assistência no parto: habilidades interpessoais e comunicação eficazes, inteligência emocional (dos próprios profissionais e dos outros), suporte emocional, físico, espiritual e psicológico; - Desenvolvimento pessoal e profissional das parteiras é componente essencial para potencializar as habilidades interpessoais; - As habilidades interpessoais desenvolvidas são influenciadas pelas percepções, das parteiras, sobre os sistemas de apoio disponíveis e a sua capacidade de exercer autoconsciência e compaixão durante o a relação terapêutica.			

7. The Scottish Clinical Supervision Model for midwives				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2019	Key, S.; Marshall, H. & Martin, C.	British Journal of Midwifery	Reino-Unido	Revisão de literatura
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	Compreender os contributos do Modelo Escocês de Supervisão Clínica para parterias.			
Metodologia/Amostra	Artigo submetido a revisão dupla-cega por pares.			
Resultados e/ou Conclusões	• Integração de métodos de <i>coaching</i>, que ensinam as parteiras a responder, refletir e restaurar a si mesmas, e reduzir o stress e aumentar a resiliência; • Abordagem renovada para a supervisão de parteiras que procura desenvolver a resiliência das parteiras e cultivar a prática; • Ênfase na prática reflexiva; • Modelo centrado na pessoa (O supervisor precisa colocar o supervisionado no centro das discussões e assumir-o como parceiro igual no planeamento, desenvolvimento e monitoramento dos cuidados); • Importância de desenvolver profissionais que saibam como cuidar de si e dos outros; • A supervisão com componente restaurador (não é punitiva); • Modelo com 3 dimensões: normativa, formativa (aprendizagem) e restaurativa (suporte).			

8. Maternal self-esteem after successful treatment for infertility				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2006	Cox, S.; Glazebrook, C; Sheard, C.; Ndukwe, G. & Oates, M.	American Society for Reproductive Medicine	Reino-Unido	Estudo longitudinal prospectivo limitado.
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	- Investigar a autoestima durante a gravidez após infertilidade prévia; - Estabelecer a relação entre autoestima, ansiedade durante a gravidez e autoeficácia parental.			
Metodologia/Amostra	70 mulheres com gravidez resultante da reprodução medicamente assistida e 111 mulheres que engravidaram naturalmente. - Utilização de questionário “The Self-Concept”, em dois momentos da gravidez (18ª e 28ª semanas) e uma vez pós-parto (6ª semana pós-parto); Escala de Ansiedade e depressão hospitalar e Escala de autoeficácia parental.			
Resultados e/ou Conclusões	- O coaching deve ser integrado na assistência pré-natal, com benefícios comprovado; - Intervenção coaching adequada durante a gravidez, para construir e manter a autoestima, ajuda a melhorar e manter sentimentos positivos de eficácia parental nas fases iniciais da paternidade. - Mulheres que conceberam por meio de tratamento de fertilização in vitro não diferiram em termos de autoestima durante a gravidez daquelas que conceberam naturalmente. - A autoestima relaciona-se com a ansiedade durante a gravidez (auto-estima aumenta e a ansiedade diminuiu). - Autoestima aumentada, no início da gravidez, e ansiedade diminuída, nos primeiros dias após nascimento foram fortes indicadores de autoeficácia parental para ambos os grupos de mulheres. - Não foi possível a correlação entre infertilidade, autoconceito e autoestima.			

9. Health Coaching in Diabetes: Empowering Patients to Self-Manage				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2013	Wong-Rieger, D. & Rieger, F.	Canadian Journal of Diabetes	Canadá	Revisão de literatura
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	• Apresentar dados da influência do coaching em saúde na autoeficácia da pessoa com Diabetes (estabelecimento de metas, resolução de problemas e gerenciamento de barreiras cognitivas e emocionais); • Apresentar bases teóricas e princípios de intervenções de coaching de saúde; • Discutir os benefícios do coaching da autogestão da pessoa com Diabetes.			
Metodologia/Amostra	Não aplicável.			
Resultados e/ou Conclusões	• Descrição dos 10 princípios do “Integrated Health Coaching” (ver p. 43); • Descrição de coaching em saúde; • Apresentação de Teorias base de mudança comportamental: autoeficácia, modelo transteórico, entrevista motivacional e terapia cognitivo-comportamental; • Apresentação de evidências crescentes da eficácia do coaching em saúde, na autoeficácia, na adesão ao tratamento e mudanças de comportamento; • Melhorias significativas nos níveis de hemoglobina glicada (nos clientes com diabetes, que receberam intervenção coaching, em comparação com os cuidados “habituais”), bem como adesão ao tratamento, exercício, stress e estado de saúde (auto-relatados); • Evidência de Competências essenciais do coach: escuta ativa e reflexiva; avaliação e intervenção dirigida à “prontidão” do cliente à mudança; capacidade de aumentar (se necessário) a “prontidão” para a mudança;			

	auxiliar a desenvolver um SMART, auxiliar na identificação de barreiras, usar a solução de problemas e desenvolver estratégias para o sucesso; • Benefícios de coaching na adesão terapêutica, na tomada de decisão pelo cliente; • Intervenção coaching enfatiza as capacidades do cliente, incentiva a determinação de metas, resolução de problemas e gestão de barreiras; • Combinação do coaching de saúde individualizado com o em grupo, com benefícios comprovados, em particular, por causa da modelagem de papel, bem como a oportunidade de resolução de problemas e compartilhamento de estratégias para lidar com problemas emocionais e cognitivos barreiras à mudança; • O coaching pode ser altamente eficaz se focar no desenvolvimento de autoeficácia e habilidades como estabelecimento de metas, resolução de problemas e gerenciamento de barreiras cognitivas e emocionais; • Importante conciliar educação com coaching, numa filosofia de cuidados de parceria.
--	---

10. Supporting healthful lifestyles during pregnancy: a health coach intervention pilot study				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2018	Seward, M.; Simon, D.; Richardson, M.; Oken, E.; Gillman, M. & Hivert, M.	BMC Pregnancy and Childbirth	Estados Unidos da América	Estudo piloto qualitativo
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção coaching remoto na promoção de comportamentos de estilo de vida saudáveis e de ganho ponderal de peso adequado na gravidez.			
Metodologia/Amostra	- Incluídas 30 mulheres no estudo (IG inferior a 16 semanas de gestação, com sobrepeso ou obesidade, com 18 anos de idade ou mais, que falam inglês e planeiam permanecer na mesma clínica obstétrica durante a gravidez); - Intervenção coaching via telefonema, a cada 2-3 semanas até 36 semanas de gestação.			
Resultados e/ou Conclusões	- As participantes relataram grande satisfação pelo tipo de intervenção; - Demonstração de maior preocupação e motivação em perder no pós-parto o peso que ganharam durante a gravidez; - Aumento da responsabilidade sentida pelas participantes, com a intervenção coaching; - Maior tomada de consciência sobre área que queriam mudar ou melhorar o seu bem-estar e saúde; - Foco na entrevista motivacional, abordagem centrada no cliente e na individualização de cuidados; - Destaque à importância de coordenar educação, informação e motivação; - Vantagens sugeridas pelas participantes em complementar o remoto com elementos físicos; - Manifestada alta satisfação pelas participantes sobre a intervenção coaching; - Foco na abordagem de cuidados com base nas preferências das mulheres; - Importância nas habilidades comunicacionais;			

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Sugerida utilização de ferramentas tecnológicas para apoiar a monitorização de metas. |
|--|---|

11. Effects of a Coaching-based Childbirth Program on Anxiety and Childbirth Self-efficacy among Primigravida Women				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2011	Sue, K.; Hee-Sook, K.; Ha-Yoon, C.	Korean Journal Women Health Nurse	Coreia do Sul	Estudo quasi-experimental (com grupo controle)
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	• Analisar os efeitos de um programa de parto baseado em coaching sobre a ansiedade e a autoeficácia no parto entre mulheres primíparas.			
Metodologia/Amostra	• Mulheres grávidas recrutadas num hospital em Seul; • Realizadas quatro sessões semanais em pequenos grupos durante 2 horas; • Utilizadas as seguintes escalas: State-Trait Anxiety Scale e Childbirth Self-Efficacy Inventory (antes e depois do programa); • Utilização de um programa desenvolvido de preparação para o nascimento, com integração de coaching.			
Resultados e/ou Conclusões	• O programa de coaching para preparação para o nascimento aumentou significativamente a autoeficácia no parto (através de mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais); • Enfatizada a capacitação da mulher no seu papel ativo no parto; • O efeito da intervenção sobre a ansiedade foi insignificante (autores sugerem estudos futuros, considerando que o efeito do coaching 1:1 poderá trazer resultados diferentes); • O método de coaching 1: 1 é ideal para maximizar a eficácia do coaching; • Importante partir do estado atual, considerado pela grávida, para definir a partir daí as suas metas; • Compreender crenças sobre o parto e estabelecer um plano de ação específico para o parto é um exercício capaz de aumentar a eficácia do parto;			

	• Aplicado Modelo GROW – estímulo à preparação ativa da mulher para o parto; • Aumento da consciência positiva sobre o parto.
--	---

12. Effects of a Coaching Program on Comprehensive Lifestyle Modification for Women with Gestational Diabetes Mellitus				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2014	Ko, J. & Lee, J.	Journal of Korean Academy of Nursing	Coreia do Sul	estudo quasi- experimental (com grupo de controle)
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	- Desenvolver um programa de coaching; - Avaliar os efeitos do programa no conhecimento sobre diabetes gestacional, no autocuidado, na depressão e no controle glicémico.			
Metodologia/Amostra	34 participantes para o grupo de controle e 34 para o grupo experimental (excluídas situações de malformações fetais),(o grupo experimental participou do programa que consistiu em educação e coaching em pequenos grupos, por telefone durante 4 semanas); - A análise estatística foi realizada no programa SPSS 21.0.			
Resultados e/ou Conclusões	- Aumento significativo do grau de autocuidado e no controlo glicémico sanguíneo; - Redução de depressão em mulheres com DG; - Melhorias significativas em comportamento de autocuidado; - Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos em relação ao conhecimento da DG; - Estabelecimento de metas/objetivos individualizados para cada grávida; - Importância do suporte emocional; - Combinação entre coaching de grupo e de 1:1 e da eficácia da intervenção por telefone; - Comparação entre coaching e programas educacionais “tradicionais”: não se trata de educação focada na provisão de conhecimento, mas sim no estabelecimento de metas para o autocuidado/auto-gestão do diabetes;			

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Auxiliar cada cliente a encontrar respostas por si. |
|--|---|

13. Integrative Health Coaching and Motivational Interviewing: Synergistic Approaches to Behavior Change in Healthcare				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2013	Simmons, L. & Wolever, R.	GLOBAL ADVANCES IN HEALTH AND MEDICINE	Estados Unidos da América	Revisão de literatura
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	Descrever um estilo específico de coaching em saúde - coaching integrativo de saúde - e entrevista motivacional, incluindo as suas origens, os processos e as estratégias utilizadas.			
Metodologia/Amostra	Não aplicável.			
Resultados e/ou Conclusões	• Ambos são abordagens úteis e eficazes para ajudar os clientes a conseguir mudanças de comportamento em saúde; • O coaching integrativo de saúde é uma abordagem mais abrangente que considera os pacientes de forma holística e os apoia em todo o processo de mudança de comportamento; • A entrevista motivacional é um método de comunicação e estilo interpessoal que se concentra especificamente em ajudar a resolver a ambivalência e assumir o compromisso para a mudança; • Ênfase na empatia e na compreensão real do estado atual de cada cliente; • Foco de intervenção na autoavaliação, aprendizagem contínua e desenvolvimento pessoal; • O coaching integrativo de saúde tem a capacidade de ensinar aos clientes habilidades para toda a vida que podem ser aproveitadas ao abordar a saúde futura ou outras mudanças de comportamento na vida; • É um processo demorado que requer um investimento pessoal significativo para ter mais sucesso; • A entrevista motivacional é um método de comunicação útil para os profissionais de saúde integrarem nos cuidados;			

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Tanto o <i>coaching</i> em saúde como a entrevista motivacional são abordagens valiosas para reduzir as taxas de doenças crónicas evitáveis pela mudança de comportamentos. |
|--|---|

Apêndice VII –Registo de interação (modelo)

Dados da grávida/casal:

Idade(s):

IG:

IO:

Preparação para o parto e nascimento:

Avaliação Inicial	Pessoa (comportamentos, pensamentos, sentimentos)
	Ambiente (situação atual)
Cuidar	Manter a crença / Conhecer / Estar com / Fazer por / Possibilitar ou capacitar
Ferramenta(s) de <i>coaching</i> utilizada(s)	• Perguntas poderosas; • Inteligência emocional; • Modelo de GROW; • Resolução de problemas; • Trabalho de crenças; • Outra(s):
Resultados observados	
Observações	