

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

***O Empowerment* como Contributo do Enfermeiro
Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva**

Ana Rita Araújo Ferreira

**Lisboa
2018**



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

***O Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva**

Ana Rita Araújo Ferreira

Docente Orientadora:
Prof. Maria João Delgado

**Lisboa
2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



DEDICATÓRIA

À professora Maria João Delgado o meu agradecimento por ter sido uma pessoa de coração aberto, que me apoiou incondicionalmente, que valorizou o meu empenho e me acarinhou enquanto pessoa, muito obrigado!

Ao meu marido, obrigada por todo o apoio e amor, especialmente por teres sido pai e mãe quando eu não pude estar presente.

Ao meu filho, meu querido filho, obrigada pela tua luz e pela tua alegria. Foste a minha força nos momentos em que me desesperei.

Aos profissionais que fizeram parte do meu percurso de aprendizagem, as colegas que me ensinaram e as que de alguma forma contribuíram para a realização deste objetivo, muito obrigada, jamais as esquecerei.

As mulheres e famílias com quem me cruzei, muito obrigada por me deixarem fazer parte do momento mais abençoado das vossas vidas.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCF- Auscultação de Batimentos Cardíofetais

CEE – Comunidade Económica Europeia

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

CTG - Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

EC –European Commission

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL - Escola Superior de Saúde de Lisboa

FAME – Federação da Associação de Matronas de Espanha

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

ICM - International Confederation of Midwives

JBI – Joanna Briggs Institute

MCEESMO - Mesa do colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAHO - Pan American Health Organization

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCC - População, Conceito, Contexto

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

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO - World Health Organization

RESUMO

O presente relatório apresenta como finalidade descrever e analisar as competências desenvolvidas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia em contexto de SUOG. Tendo em conta a importância que a World Health Organization tem dirigido aos cuidados a prestar à mulher/família durante o nascimento, bem como a necessidade de motivação para o parto normal, surgiu o tema “o *empowerment* como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva”. Com este tema pretendeu-se abordar o apoio prestado à mulher para que se sinta capaz de usufruir de uma experiência de parto positiva. A teoria de enfermagem que norteou o desenvolvimento de competências foi a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson.

A aquisição de competências teve como metodologia a prática baseada na evidência, através da realização de uma Scoping Review que permitiu conhecer a evidência científica atual existente relativamente ao tema a desenvolver, e a prática reflexiva, baseada nos objetivos e atividades definidas no projeto elaborado na unidade de opção, que se baseou na reflexão sobre a prática através da descrição e análise das intervenções realizadas e do feedback obtido da mulher/família.

A realização deste relatório permitiu a reflexão sobre o processo de desenvolvimento de competências profissionais em saúde materna e obstetrícia, com especial atenção às intervenções que pretenderam promover o *empowerment* da mulher, para que a sua experiência de parto pudesse ser reconhecida pela própria como positiva. A experiência adquirida ao longo do estágio permitiu reconhecer que a perceção de uma experiência positiva é algo muito pessoal, mas que pode ser alcançada quando o enfermeiro obstetra se permite conhecer a mulher/família e se coloca como parceiro nesta experiência de parto.

Palavras chave – Enfermeiro obstetra; Poder (psicologia); Participação do Paciente; Parto Obstétrico.

ABSTARCT

The present report pretends to describe and analyse the development of skills in Maternal, Obstetrics and Gynecology nursing care, in context of SUOG. Knowing the importance that The World Health Organization has been given to the care that is provided to women/families during birth, as well as the need to motivate normal birth, emerged the theme: “the *empowerment* as contribute from obstetric nurse to a positive birth experience”. With this was intended to approach the support that is given to women, so she can feel capable to achieve a positive birth experience. The theory that guided the skills development was the theory of caring from Kristen Swanson.

The skills acquisition had as methodology the evidenced based practice, through a Scoping Review that allowed to know the current scientific evidence related to the theme, and the reflexive practice, based in the objectives and activities that were defined in the project made in the option unit, is was based in the reflexion from practice through the description and analysis from the realized interventions and from the women/families feedback.

The performance of this report allowed the reflexion about the process of professional skills development in maternal and obstetric care with special attention to the interventions that meant to promote the women´s *empowerment*, so that the birth experience could be recognised for her as positive. The experience acquired during the internship allowed to recognize that the perception of a positive experience is too personal, but that can be achieved when the obstetric nurse allows himself to know the women/family and acts like a partner in this birth experience.

Keywords – Nurse midwives; *Empowerment*; Power (Psychology); Patient participation; Delivery, obstetric

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. O <i>EMPOWERMENT</i> COMO CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO OBSTETRA PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA	14
1.1. <i>Empowerment</i>	14
1.2. Experiência de parto positiva	17
1.3. O empowerment como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva	18
1.4. Referencial Teórico de Enfermagem	20
2. METODOLOGIA	23
2.1. Prática Baseada na Evidência (PBE) – Scoping Review	23
2.2. Prática Reflexiva	28
2.2.1. Desenvolvimento da competência: Cuidar a mulher/família durante o período pré-natal	31
2.2.2. Desenvolvimento da competência: Cuidar a mulher/família durante o trabalho de parto	35
2.2.3. Desenvolvimento da competência: Cuida a mulher/família durante o período pós-natal	40
2.2.4. Desenvolvimento da competência para promover o <i>empowerment</i> como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva	43
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICES	
Apêndice I – Pesquisas MEDLINE with full text e CINAHL Plus with full text	
Apêndice II – Extração de dados da Scoping Review	
Apêndice III– Grelha de Registo de Interação	
Apêndice IV– Resultados obtidos	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Descritores e termos de indexação CINAHL plus with full text	25
Quadro 2 – Descritores e termos de indexação MEDLINE plus with full text	25
Quadro 3 - Diagrama PRISMA 2009 (JBI)	26
Quadro 4 - Resumo da extração de resultados	26

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), na unidade curricular Estágio com Relatório do 2º ano, 2º semestre, surge a elaboração de um relatório de estágio, que tem como finalidade a obtenção do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e a aquisição do grau de Mestre, tendo como base o despacho nº 1482/ 2010, que regulamenta o respetivo ciclo de estudos. De acordo com o processo de Bolonha e com os descritores de Dublin, o estudante deve adquirir competências ao nível do conhecimento e compreensão, bem como na aplicação dos mesmos, na formulação de juízos e nas competências de comunicação e de aprendizagem (Ministry of Science Technology and Innovation, 2005). Assim, pode dizer-se que para a obtenção do grau de mestre em Saúde Materna e Obstetrícia (SMO), implica um processo de construção ativa, onde o estudante mobiliza recursos pessoais, profissionais e de cidadania, no reforço da sua formação teórica e teórico-prática na área de SMO, incluindo o desenvolvimento de capacidades de investigação, com a utilização de raciocínio crítico e de argumentação relativo a uma problemática, bem como, o desenvolvimento de competências especializadas descritas nos Regulamentos de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) da Ordem dos Enfermeiros (OE), nas competências descritas pela Internacional Confederation of Midwives (ICM) e na evidência científica atual relevante (Santos, 2018).

O EEESMO “*é o profissional de enfermagem que assume um entendimento especializado sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação as necessidades do cliente*” (Parecer nº 03/2010 MCEESMO, 2010, p. 1). Desta forma, o relatório de estágio teve como objetivos a apresentação, descrição e análise das competências desenvolvidas e a descrição dos resultados obtidos, com base na diretiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro de 1980 e na Directiva 89/594/CEE, de 30 de Outubro de 1989, que preconizam as experiências mínimas necessárias à formação de EEESMO. O desenvolvimento de competências baseou-se em duas metodologias, a prática baseada na evidência através da realização de uma Scoping Review e a prática reflexiva, baseada em objetivos e atividades definidas no projeto elaborado na

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

unidade curricular de Opção, e ainda, na Teoria do Cuidar de Kristen Swanson. O estágio com relatório foi realizado num hospital de apoio perinatal da região de Lisboa e Vale do Tejo, de 26/02/2018 a 13/07/2018, num total de 750 horas, com 500h de estágio, 25h de orientação tutorial e 225 horas de trabalho autónomo.

De acordo com o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em SMO, o EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas, em todas as situações de baixo risco, e intervenções autónomas e interdependentes em situações de médio e alto risco (Regulamento nº127/2011 de 18 de Fevereiro da OE, 2011). As áreas de intervenção do EEESMO encontram-se definidas no artigo 42º, da diretiva 2005/36/EC conjuntamente com o regulamento nº127/2011, segundo estes o enfermeiro obstetra assume responsabilidades ao longo do ciclo vital da mulher. O reconhecimento das competências EEESMO é sustentado pelo definido no “Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2002”, “ICM International Code of Ethics for Midwives” e “Global Vision for Women and Their Health” da ICM e da “Definition of Midwife” elaborada pela ICM/WHO/FIGO (Parecer nº 03/2010 MCEESMO, 2010, p. 1).

Tendo em consideração que este relatório diz respeito à unidade curricular Estágio com Relatório desenvolvido em contexto de Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), será evidenciada a área em que o EEESMO dá assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto, conforme as competências:

H2 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal, promove a saúde da mulher, previne e diagnostica precocemente complicações e providencia cuidados à mulher facilitando a sua adaptação durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

H3 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, previne e diagnostica precocemente complicações na saúde da mulher e do recém-nascido e providencia cuidados a mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.

H4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, promove a saúde da mulher e do recém-nascido, previne e diagnostica

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

precocemente complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido e providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e do recém-nascido durante o período pós-natal, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (Regulamento nº127/2011 de 18 de Fevereiro da OE, 2011, pp. 8663-8665).

A experiência de parto é um evento, de tal forma marcante, que poderá influenciar, positiva ou negativamente, a vida da mulher (Dahlberg , et al., 2016). Em Portugal, o modelo de cuidados centrados na mulher implica que estes sejam adequados à suas reais necessidades, sendo sensíveis e que promovam escolhas informadas sobre todos os aspetos que envolvam a prestação de cuidados. Para isto, é crucial capacitar a mulher, ou seja, promover o seu *empowerment*, afirmando a sua própria força e competência pessoal (OE, 2015). Tendo em consideração a importância do apoio ao parto normal, a World Health Organization (WHO) e outras entidades internacionais têm emitido linhas orientadoras para a assistência à mulher/família durante o parto. Por tudo isto, surgiu o tema “o *empowerment* como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva”. Tornando-se, assim, pertinente aprofundar a importância do *empowerment* proporcionado ao longo do período pré-natal, durante o trabalho de parto e pós-parto. Segundo Leal in Pereira, Tavares, Fernandes e Fernandes (2011), *empowerment* é entendido como um processo que deve envolver educação, colaboração e reciprocidade entre os seus intervenientes. O enfermeiro obstetra deve, assim, assumir o papel de guiar, suportar e ajudar a utente a tomar decisões informadas, com a finalidade de obter sucesso nos seus objetivos. Desta forma, a utente será parte ativa na solução das suas necessidades, através das suas próprias escolhas.

Nas últimas décadas, as mulheres têm vindo a querer estar no centro do processo de nascimento e a poder ser detentoras da tomada de decisão, sendo para tal essencial a aquisição de informação relevante que lhes permita realizar escolhas. O *empowerment* da grávida, pela descrição de Kameda e Shimada (2008) é definido no sentido da autorrealização e de independência, através da interação entre o ambiente e outros indivíduos, que conduz a um aumento da energia psicológica para alcançar a experiência de gravidez e de parto desejada. Por este motivo, a Ordem dos Enfermeiros, tem defendido que o EEESMO assuma um papel preponderante na vigilância da gravidez de baixo risco e na preparação para o parto e parentalidade,

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

promovendo as modificações necessárias a obtenção do *empowerment* da mulher/casal consoante a sua individualidade (Parecer nº 12/2012 MCEESMO, 2012).

A teoria de enfermagem escolhida para suportar esta temática, bem como o desenvolvimento das competências já referidas, foi a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, uma vez que se baseia no cuidar como uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com o qual nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis, existindo uma parceria de cuidados que implica conhecer o contexto do utente e trabalhar juntos na identificação de alternativas nas abordagens de cuidados individualizados (Wojnar, 2014).

Com base nos pressupostos anteriores e com vista ao desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados especializados serviram de alicerces:

- Código Ético e Deontológico da Ordem dos Enfermeiros na lei nº156/2015 (Lei nº156/2015 de 16 de Setembro da Assembleia da República, 2015);
- Regulamento nº122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, que define as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro da OE, 2011);
- Regulamento nº127/2011 da Ordem dos Enfermeiros, que define as competências específicas do EEESMO (Regulamento nº127/2011 de 18 de Fevereiro da OE, 2011);
- Competências essenciais para a prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, “Essential competencies for basic midwifery practice” da International Confederation of Midwives (ICM, 2013);
- Descritores de Dublin que descrevem as competências exigidas para a obtenção do grau de mestre (Ministry of Science Technology and Innovation, 2005);
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica (Regulamento PQCEESMOG da OE, 2011);

O presente relatório encontra-se estruturado em introdução, enquadramento teórico, metodologia, considerações finais, bibliografia e apêndices. O enquadramento teórico encontra-se dividido em 4 subcapítulos: *empowerment*, experiência de parto positiva, o *empowerment* como contributo do enfermeiro obstetra para uma

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

experiência de parto positiva e o referencial teórico de enfermagem. No subcapítulo *empowerment* define-se o conceito e a sua aplicação de acordo com o tema. No subcapítulo relativo à experiência de parto positiva definem-se conceitos como parto normal, experiência de parto, satisfação relativa à experiência de parto e fatores influenciadores desta. No subcapítulo, *empowerment* como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva, aborda-se a pertinência do tema e a sua aplicação. E por último, descreve-se o referencial teórico de enfermagem que suporta o desenvolvimento do tema.

A metodologia foi dividida em prática baseada na evidência e em prática reflexiva. A prática baseada na evidência justifica a sua importância pela prática de enfermagem avançada e apresenta-se a Scoping Review, realizada de modo a criar alicerces que fundamentaram a prestação de cuidados e permitiram avaliar os resultados obtidos. A prática reflexiva permitiu, através da reflexão sobre a qualidade de cuidados, o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, relacionais e éticas, possibilitando o crescimento pessoal e profissional, através da descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio com Relatório.

Nas considerações finais são identificadas conclusões, limitações e constrangimentos. Nos apêndices encontram-se as pesquisas efetuadas, a extração de dados da Scoping Review, a grelha de registo de interação e ainda os resultados obtidos. A realização deste relatório teve como base estruturante o guia da elaboração de trabalhos da ESEL, o regulamento de mestrado e as normas APA6.

1. O EMPOWERMENT COMO CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO OBSTETRA PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA

Para permitir uma compreensão mais profunda do tema e para que seja perceptível a sua aplicação, torna-se pertinente a abordagem dos diferentes conceitos. Por este motivo, serão abordados neste enquadramento teórico o conceito de *empowerment*, experiência de parto positiva, o *empowerment* como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva e o referencial teórico de enfermagem que suporta a aplicação do tema.

1.1. *Empowerment*

O conceito de *empowerment* tem sido utilizado por vários autores e em diferentes áreas. De acordo com Cabete (2012), o conceito de *empowerment* é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes, podendo desta forma ser enquadrado em várias dimensões, na pessoa, no profissional e/ou na comunidade. Na área da saúde, a sua interpretação tem sofrido mudanças ao longo do tempo, passando cada vez mais a ser considerado um conceito individual, de autocuidado e autorresponsabilidade. Em 1986, a World Health Organization (WHO) definiu o termo *empowerment* como um processo de possibilitar o aumento de controlo sobre a sua saúde, bem como na sua melhoria. O *empowerment* tem sido encarado como um conceito positivo, onde na área da saúde, atuar na promoção do *empowerment* torna os profissionais de saúde mais eficientes e a população mais saudável (Kendall, 1998). A aplicação do conceito tem estado intimamente ligada à promoção da saúde, baseada na educação para a saúde, no sentido da realização de que qualquer atividade intencional com o objetivo da aprendizagem relacionada com o binómio saúde/doença, que proporcione uma mudança na capacidade individual. Considerando-se educação para a saúde efetiva, quando esta leva a mudança de conhecimentos, da compreensão ou do modo de pensar. Podendo influenciar valores, mudar atitudes ou crenças, facilitar a aquisição de competências, e como tal, levar à alteração de comportamentos ou de estilos de vida (Tones, 1998).

O *empowerment* pode ser visto como um processo contínuo, que inclui o indivíduo, o seu ambiente e as suas circunstâncias, através do qual os indivíduos adquirem e ganham confiança e compreensão necessários a demonstrarem os seus

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

interesses. Tornando-se ativos na tomada de decisão obtendo, assim, controlo das suas vidas. Neste conceito, encontram-se três dimensões interdependentes entre si: a educação do cliente, a participação do cliente e o controlo do cliente. (Ramos, 2001). Segundo Hokanson-Hawks (1992), *empowerment* é um processo interpessoal de proporcionar estratégias para desenvolver habilidades e aumentar a eficácia individual, com o objetivo de alcançar metas individuais e sociais. Assim, promover o *empowerment* significa ser capaz de encorajar um indivíduo, através de autoconfiança e autoestima a alcançar um objetivo. O enfermeiro deve ajudar o cliente a ser capaz de falar por si, sobre a sua condição e a colaborar no planeamento dos cuidados. De acordo com Kouzes e Posner (2007) in Grossman (2013), o enfermeiro deve ser detentor de cinco práticas comportamentais que lhe permitam liderar e encorajar o indivíduo a alcançar coisas extraordinárias, são elas: demonstrar perseverança, ter uma finalidade, promover o *empowerment*, ser um exemplo e ser capaz de reconhecer as contribuições de outros.

Tones (1998), descreve três etapas essenciais através das quais o enfermeiro deve promover o *empowerment*: estabelecimento de uma comunicação eficaz, facultar a motivação do cliente e proporcionar suporte. Uma comunicação eficaz compreende a verificação das necessidades de informação, validação da compreensão da informação transmitida, e ainda, o uso de competências de comunicação, como a escuta ativa e a capacidade de empatia com o cliente. Para que seja possível motivar o cliente, o enfermeiro deve conhecer o seu cliente, as suas atitudes, crenças e as suas capacidades, proporcionar informação necessária e promover o desenvolvimento das suas capacidades. Na promoção de suporte, o enfermeiro deve providenciar oportunidades de aquisição de conhecimentos e de competências de autorregulação, ajudando a mobilizar o apoio necessário para o progresso do cliente. Para Blanchard e Johnson (1982), a maximização do *empowerment* individual baseia-se no estabelecimento de confiança, no respeito genuíno pelo outro e na manutenção de uma perspetiva otimista sobre os objetivos.

De acordo com Kapp (1989) in Cabete (2012) existe um elevado número de adultos que não quer ter o poder de decisão em suas mãos, assim segundo Cabete (2012) deve ser considerado o aspeto, em que o cliente não quer tomar a decisão sozinho e delega a tomada de decisão ao profissional, que atuará em prole dos interesses do cliente. Desta forma, para Stanley (2006), surge a necessidade de existir

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

liderança em enfermagem de forma a ajudar o outro, para que se sinta confiante e motivado a participar no seu próprio cuidado. De acordo com Tones (1998), é necessário influenciar a crença na sua autoeficácia, ou seja, o cliente tem de acreditar ser capaz de atingir o seu objetivo, caso contrário não tomará qualquer atitude ou ação.

De acordo com Silva, Ferreira, & Duarte (2015), o *empowerment* da grávida é determinado pelos conhecimentos adquiridos, pelas experiências partilhadas e/ou vividas, que proporcionam à mulher autonomia, competência e poder para realizar escolhas que influenciam a sua saúde. Para Aires, Ferreira, Santos, & Sousa (2016) o *empowerment* da grávida dá ênfase a domínios específicos e relevantes na capacitação e na tomada de decisão da pessoa, sendo estes: o controlo e competência percebida, a autoestima, a autoconfiança, o controlo sobre o futuro, a identidade positiva e a capacidade de procurar apoio. Segundo Kameda e Shimada (2008), o desenvolvimento do *empowerment* da grávida é efetuado no sentido do aumento da responsabilidade individual e de autonomia para alcançar um determinado estado de saúde, estando ligado a conceitos de reforço de poder, dar poder ou de capacitar. O que permite à mulher lidar com as alterações físicas e psicológicas associadas à gravidez e com a possibilidade de experienciar um parto satisfatório. A aquisição de poder torna-se uma consequência do processo de procura de saber, o que diminui os sentimentos de medo e de insegurança (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira, & Damasceno, 2010). Promover o desenvolvimento de programas de educação para o parto permite à mulher/casal a aquisição de conhecimentos mais realistas, que diminuem as incongruências existentes entre as expectativas relativas ao acontecimento e ao modo como realmente o experienciam (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2007).

1.2. Experiência de parto positiva

O parto normal é definido como o parto espontâneo que ocorre e decorre sob baixo risco, tanto durante o trabalho de parto, como no parto. O bebé nasce espontaneamente, na posição de vértice, entre as 37 e as 42 semanas de gestação, e em que após o parto, a mãe e o recém-nascido se encontram bem (WHO, 1996, p. 4). De acordo com a definição da FAME (2006), o parto normal é o momento em que termina a gravidez, sendo um processo fisiológico único, onde se encontram implicados fatores psicológicos e socioculturais. Inicia-se de forma espontânea, desenvolve-se e termina sem complicações, e finaliza com o nascimento do bebé, não implicando mais intervenções do que o apoio integral e o respeito pelo mesmo. Do ponto de vista médico, o trabalho de parto pode ser definido, como o conjunto de fenómenos fisiológicos que por meio da extinção cervical e da dilatação do colo, conduz à progressão fetal no canal de parto e conseqüente expulsão do feto para o exterior (Graça, 2005). A experiência de parto pode ter implicações para a saúde e para o bem-estar da mulher, ou seja, sentir satisfação com a experiência de parto é favorecedor de um aumento da autoestima materna, de sentimentos positivos para com o bebé, de um melhor ajuste ao papel parental, e ainda, influência a perspetiva de uma futura gravidez (Nilsson, Thorsell, Wahn, & Ekstrom, 2013).

A satisfação para com a experiência de parto surge na literatura associada a diversos fatores e a várias dimensões emocionais do cuidar. O medo e a ansiedade têm sido referidos, como fatores desestabilizadores, por isso, as mulheres têm procurado obter apoio, segurança e um maior envolvimento na tomada de decisão durante o trabalho de parto. O estabelecimento de uma relação de confiança, baseada numa comunicação eficaz e num comportamento pro-eficiente do enfermeiro promovem o autocontrolo da mulher. O *empowerment* tem sido utilizado para fortalecer a mulher tornando-a mais ativa nos cuidados a si própria e ao seu bebé (Neela, Sarma, Byrne, & Egan, 2017). As mulheres descrevem como fatores determinantes para uma experiência de parto mais positiva: serem cuidadas como seres individuais e únicos, presença do cuidador experiente e confiante que corresponda às suas necessidades (promovendo apoio emocional e físico) (Carolan-Olah, Kruger, & Garvey-Graham, 2015). A presença do companheiro e a sua participação, pela existência de uma relação de confiança e a obtenção do apoio, é outro fator que influencia a experiência de parto positivamente (Nilsson, Thorsell,

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

Wahn, & Ekstrom, 2013). No entanto, para Figueiredo, Costa, & Pacheco (2002), a qualidade da experiência de parto relaciona-se com o estado emocional pós-parto, podendo apontar diversos fatores que influenciam essa vivência: a presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto; o tipo de parto - mulheres que experienciam parto normal, geralmente, relatam maior satisfação e uma vivência de parto mais positiva; a dor no parto - a dor sentida no parto pode ser referida como traumática e ter implicações no pós-parto.

A experiência de parto é um marco na vida de qualquer mulher grávida, uma vez que, a sua ocorrência significa o culminar da experiência de gravidez. A experiência positiva de parto pode ser definida como aquela que complementa, ou ultrapassa, as expectativas e crenças, pessoais e socioculturais, da grávida, incluindo o dar à luz um bebé saudável, em um ambiente clínico calmo, numa continuidade de cuidados proporcionada por profissionais amáveis e competentes, e com suporte emocional proporcionado pelo seu acompanhante (WHO, 2018).

1.3. O *empowerment* como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva

De acordo com a WHO (1998), na área da saúde o *empowerment* significa o processo pelo qual a pessoa ganha maior controlo das ações e decisões referentes a sua saúde. Sendo que, este envolve várias áreas (social, cultural, política e psicológica), através das quais a pessoa é capaz de transmitir as suas necessidades, revelar as suas preocupações e desenvolver estratégias envolvendo-se na tomada de decisão para colmatar as suas necessidades. No contexto social atual, a solicitação que tem sido feita ao EEESMO é que seja capaz de corresponder às várias exigências que lhe são apresentadas diariamente, tanto a nível da prestação de cuidados, como na justificação dos mesmos, e por isso, torna-se imprescindível a procura da melhor evidência científica, assim como a procura da melhoria dos cuidados prestados através desta. Várias têm sido as recomendações para a promoção do parto normal, e é também através destas recomendações que emergem as intervenções do EEESMO que se aplicam na promoção do *empowerment* para uma experiência de parto positiva.

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

De acordo com Sidebotham (2012), o *empowerment* da mulher reduz o seu medo, aumenta o autocontrolo e fortalece-a, reduzindo a necessidade de intervenção pelos profissionais, o que promove o parto normal. Entende-se, desta forma, que a promoção do *empowerment* é um percurso que deve ser iniciado o mais precocemente possível. As consultas de vigilância da gravidez e os programas de preparação para o parto, são dois momentos essenciais para transmitir conhecimentos e esclarecer dúvidas, construindo uma relação de empatia e respeito que promova o suporte necessário para uma experiência de parto positiva. Nos programas de preparação para o parto o EEESMO deve promover o *empowerment* da mulher/casal abordando temas como: trabalho de parto espontâneo, movimentos livres durante o trabalho de parto, suporte contínuo durante o trabalho de parto, supressão das intervenções médicas desnecessárias, eliminação do parto em posição ginecológica e de esforços expulsivos dirigidos, bem como o contacto pele-a-pele e a vinculação precoce pela não separação mãe-bebé (Recomendação nº 2/2012 MCEESMO, 2012).

A WHO elaborou em 1996, um guia com recomendações práticas que devem ser encorajadas no parto normal, sendo a primeira destas a elaboração de um plano de parto, elaborado em conjunto com o enfermeiro obstetra. O plano de parto é um documento escrito onde a mulher explicita a sua vontade e expectativas relativamente ao momento do parto. Este plano de parto deve ser efetuado cerca das 28-32 semanas de gravidez, nos programas de preparação para o parto para a parentalidade ou nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco. Sendo uma excelente oportunidade para a mulher explorar os seus sentimentos, medos e apreensões relativas ao parto (Bell, 2012). É fundamental, que a sua elaboração seja feita em conjunto com o EEESMO favorecendo uma construção do vínculo entre a grávida e o profissional, respeitando o conceito de que cada mulher é única, bem como cada parto, devendo como tal ser respeitadas e atendidas nas suas necessidades (Mouta, Silva, Melo, Lopes, & Moreira, 2017). O plano de parto permite ao EEESMO ter conhecimento das expectativas e vontades da mulher, podendo assim desenvolver cuidados humanizados e individualizados centrados nessa mulher (FAME, 2006).

A OE refere que a assistência e o apoio proporcionado à mulher, influencia a forma como esta encara e desenvolve o seu trabalho de parto (OE, 2015). A WHO emitiu em 2018, várias recomendações que visam enaltecer a importância da

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

existência de cuidados centrados na mulher, de forma a otimizar a experiência de parto, para a mulher e para o bebé, dentro de uma perspetiva holística e de uma abordagem baseada nos direitos humanos. Desta forma, introduz um modelo global de cuidados intraparto, que têm em consideração tanto a complexidade, como os diversos modelos de cuidados predominantes da prática contemporânea. A referida organização, dá ênfase à aquisição de uma experiência positiva, através da implementação das recomendações elaboradas, como um todo e em todos os contextos, por profissionais atenciosos, competentes e motivados. Entende-se a importância da promoção do *empowerment* como o suporte para que a mulher acredite ser capaz de alcançar e ultrapassar o parto com o sentimento de sucesso, tornando-o numa experiência positiva de concretização. A mulher ao procurar o apoio de EEESMO já está a tomar a decisão de humanizar a sua experiência de parto, tornando-se ela própria promotora do seu *empowerment* para tomar decisões conscientes sobre os cuidados que pretende para si e para o seu recém-nascido

1.4. Referencial Teórico de Enfermagem

O metaparadigma deste referencial teórico baseia-se em quatro conceitos: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. Para Swanson (1993), pessoa define-se como um ser único num processo de criação, cuja integridade se completa quando se manifestam pensamentos, sentimentos e comportamentos. A vida de cada pessoa é influenciada pela sua herança genética, dotação espiritual e pela sua capacidade de livre arbítrio. As pessoas influenciam e são influenciadas pelo que vivem. Ambiente, segundo Swanson (1993), é qualquer contexto que influencie ou que é influenciado pelo cliente. Podem ser exemplos deste, aspetos culturais, sociais, políticos, económicos, biofísicos, psicológicos e espirituais. Para a autora, saúde significa atingir, manter ou restabelecer um nível de bem-estar que a pessoa escolha de acordo com a sua exigência pessoal e ambiental, constrangimentos e recursos. Sendo que o processo de restabelecimento de bem-estar inclui libertar-se da dor interior, estabelecer novos significados, emergir sentindo-se completo e integrado. E Enfermagem, é definida como sendo a prática terapêutica dos enfermeiros, baseada em conhecimentos de enfermagem e noutras ciências relacionadas, considerando valores e expectativas pessoais, bem como compreensão experiencial, em que o

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

objetivo do cuidado do enfermeiro é alcançar o bem-estar do seu cliente (Swanson, 1993).

De acordo com a Teoria do Cuidar, a promoção do suporte emocional é fulcral para o desenvolvimento de qualquer relação terapêutica que envolva cuidar do outro. Na teoria do cuidar, o cuidar é definido como uma forma de relação para com um outro, por quem o enfermeiro se sente responsável e comprometido. Sendo que, este engloba cinco processos: manter a crença, conhecer, estar com, fazer por e possibilitar (Swanson, 1991).

Manter a crença é a base da teoria do cuidar, uma vez que manter a crença nas pessoas é a base de cuidar, assim é fundamental acreditar nas pessoas e na sua capacidade de ultrapassar determinados eventos (Swanson, 1993). Manter a crença é manter a fé nas capacidades do outro, em conseguir superar o evento e encarar o futuro com significado. Significa manter o outro envolvido em autoestima e autoconfiança, mantendo a esperança e uma atitude otimista (Swanson, 1991).

O processo de conhecer implica o esforço por compreender um evento da forma como foi significado pelo outro, conhecer as suas experiências é crucial para ir ao encontro das suas necessidades (Swanson, 1991). Conhecer significa um cuidado centrado no outro dentro da sua condição e realidade (Swanson, 1993).

Estar com, é uma categoria do cuidar onde o cliente sente que ele e as suas experiências são importantes para o enfermeiro. Significa partilhar o significado, os sentimentos e a experiência vivida pelo cliente. Implica a presença física do enfermeiro, a disponibilidade e a habilidade em suportar o cliente (Swanson, 1993). Estar emocionalmente presente e disponível para o outro, envolve a partilha de sentimentos, é tornar-se emocionalmente aberto à realidade do outro, sendo que a experiência do outro é importante para quem proporciona o cuidar (Swanson, 1991). Estar com é dar do seu tempo, proporcionar uma presença autêntica, com escuta atenta e oferecer respostas reflexivas. É fazer com que o cliente perceba o empenho, a preocupação e a atenção do enfermeiro que lhe proporciona cuidados (Swanson, 1993).

Fazer por, envolve fazer pelo outro como ele próprio faria, se lhe fosse possível, implicando o uso de competências e habilidades na promoção do conforto antecipatório e protetor das necessidades do outro, preservando a sua dignidade (Swanson, 1991). Significa, antecipar as suas necessidades através da aplicação de

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

habilidades de comunicação terapêutica interpessoal que proponha oportunidades através das quais as pessoas possam chegar a sua própria cura (Swanson, 1993).

Possibilitar relaciona-se com a hipótese de facilitar ao outro a sua passagem pelas transições de vida e por acontecimentos desconhecidos. Implica o uso de conhecimentos especializados que facilitem o crescimento, cura e prática do autocuidado pelo outro. Envolve, para além de informação e explicitação, a promoção de suporte emocional que permita a descrição e validação dos sentimentos do outro, focando o cuidar em objetivos, criar alternativas e olhar para a situação de diferentes ângulos, pensando nas diversas formas de atuar em cada situação (Swanson, 1991). Possibilitar inclui treinar, informar, explicitar e suportar o outro, permitindo-lhe ter a sua experiência, ajudá-lo a criar alternativas, guiar para pensar sobre o assunto, oferecer feedback e ainda validar a sua realidade, tendo como finalidade a obtenção do seu bem-estar a longo prazo (Swanson, 1993).

A teoria do cuidar, é a base que potencia o desenvolvimento do tema, uma vez que os seus pressupostos fundamentam o conceito de *empowerment*, no sentido de ser necessário que a mulher acredite que é capaz de parir e de obter uma experiência de parto positiva, através do contributo do enfermeiro obstetra. Este, por meio de um conhecimento profundo da mulher, pretende ir ao encontro das suas necessidades, estando física e emocionalmente disponível, proporcionando a manutenção da sua dignidade, possibilitando-lhe a escolha livre e informada para que ela seja capaz de alcançar uma experiência de parto positiva. Será, assim, com base nos processos desenvolvidos por Swanson que serão desenvolvidas as atividades de suporte a proporcionar à grávida e à parturiente, com o intuito de manter a sua força interior e autoconfiança para que seja capaz de enfrentar positivamente a experiência de parto.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o desenvolvimento de competências durante o Estágio com Relatório mobilizou a Prática Baseada na Evidência, realizada com recurso a elaboração de uma Scoping Review, o que de acordo com Pedrolo, Danski, Mingorance, Lazzari, Méier, & Crozeta (2009), implica a definição de um problema, averiguação e avaliação da evidência científica disponível, bem como a implementação desta na prática e a apreciação dos resultados obtidos, e a Prática Reflexiva efetuada com a descrição e análise das competências desenvolvidas no contexto clínico, pois de acordo com Netto, Silva, & Rua (2018), através deste processo reflexivo contínuo o profissional pode aprender a reconhecer e a aplicar regras e competências, raciocinar com base nas suas próprias experiências, construindo novas formas de compreensão e de ação, podendo modificar a sua prática, reforçando a sua autoconfiança e a sua autoestima.

2.1. Prática Baseada na Evidência (PBE) – Scoping Review

A Prática Baseada na Evidência é um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que implica a identificação da mais recente e melhor evidência, experiência e avaliação clínica, bem como das preferências do cliente no contexto do cuidar (OE, 2012), sendo que a utilização desta prática permite a obtenção de cuidados seguros e de excelência (OE, 2006). A utilização da PBE significa que os enfermeiros saibam como obter, interpretar e integrar a evidência obtida de pesquisas, com os dados do paciente e com a observação clínica, de forma a possibilitar a melhoria de cuidados (Galvão & Sawada, 2003). Existem diversos métodos para realizar pesquisa científica, neste caso específico, foi elaborada uma *Scoping Review*, baseada nas regras estabelecidas pelo The Joanna Briggs Institute (2015). De acordo com o protocolo, a *Scoping Review* pode ser utilizada para mapear conceitos chave subjacentes à pesquisa, bem como clarificar as definições a ser trabalhadas, podendo focar-se num desses objetivos, ou em todos como um grupo. Com a finalidade de reunir a evidência científica necessária para fundamentar os cuidados prestados, foi efetuada uma *Scoping Review* com o título: o *empowerment* como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva. Esta *Scoping Review* tem como objetivo: identificar quais as intervenções do enfermeiro obstetra que,

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

promovem o *empowerment* para uma experiência de parto positiva. A questão de investigação é: “Quais as intervenções do enfermeiro obstetra que promovem o *empowerment* da mulher para uma experiência de parto positiva?”.

Partindo da questão de investigação, foi utilizada a mnemónica PCC, de acordo com o The Joanna Briggs Institute (2013): **P (População)** – Enfermeiro Obstetra; **C (Conceito)** – *Empowerment*; **C (Contexto)** – Experiência de parto positiva.

Os limitadores utilizados foram:

- **Tipos de estudos:** estudos qualitativos – investigações, artigos e revisões da literatura;
- **Delimitação temporal:** últimos 5 anos;
- **Línguas:** Portuguesa, Inglesa e Castelhana.

A realização da *Scoping Review* permitiu a aquisição de conhecimentos relativos ao estado da arte relativamente ao tema, permitindo identificar quais as intervenções do enfermeiro obstetra que contribuem para o *empowerment* da mulher no sentido da obtenção de uma experiência de parto positiva. Para a elaboração da *Scoping Review* foi necessário recorrer ao Protocolo do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2015), com o objetivo de cumprir a metodologia da *Scoping Review* pesquisando a literatura existente relativamente ao tema para mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio com relatório. A pesquisa da evidência científica foi iniciada em Abril de 2016 e repetida em Março e Outubro de 2018, sendo repetida as vezes necessárias até discussão pública do relatório de estágio.

Após a identificação dos descritores da saúde Enfermeiro Obstetra, Participação do Paciente e Poder (Psicologia), Parto Obstétrico. Realizaram-se pesquisas em EBSCOhost (plataforma agregadora de bases de dados) e B-on (Biblioteca do conhecimento on-line). Na plataforma EBSCOhost, pesquisaram-se as bases de dados CINAHL *plus with full text* e MEDLINE *with full text*, onde se procedeu a identificação de termos de indexação relativos a cada descritor, utilizando posteriormente, os operadores boolean **OR** para cruzar termos relativos a cada descritor e **AND** para cruzar grupos de termos entre descritores, conforme apresentado nos quadros 1 e 2.

Na CINAHL:

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

Quadro 1 - Descritores e termos de indexação CINAHL *plus with full text*

PCC	Descritores	Termos Naturais		Termos de indexação (Major Concept)
P (População)	Nurse midwives		OR	Midwifery Nurse midwives Holistic nursing Nurse-patient relations Intrapartum care
				AND
C (Conceito)	<i>Empowerment</i> Patient participation Power (psychology)	Patient participation Power (psychology)	OR	<i>Empowerment</i> Labor support
		AND		
C (Contexto)	Delivery obstetric	Birth experience Normal childbirth	OR	Delivery obstetric, nursing

Esta etapa conduziu a 11 resultados, após aplicação do limitador temporal obtiveram-se 4 artigos, e após a leitura de resumo ficaram selecionados apenas 3. Com a leitura integral do texto foram selecionados 2 artigos para análise.

Na MEDLINE:

Quadro 2 – Descritores e termos de indexação MEDLINE *plus with full text*

PCC	Descritores	Termos Naturais		Termos de indexação (Major Concept)
P (População)	Nurse midwives	Intrapartum care	OR	Midwifery Nurse midwives Holistic nursing Nurse-patient relations
				AND
C (conceito)	<i>Empowerment</i> Patient participation Power (psychology)	<i>Empowerment</i> Support	OR	Power (psychology) Patient participation
		AND		
C (Contexto)	Delivery obstetric	Normal childbirth Birth experience	OR	Delivery obstetric, Psychology

A realização desta etapa conduziu à obtenção de 89 artigos, com a aplicação do limitador temporal obtiveram-se 34 artigos, após a leitura de títulos foram selecionados 10, pela leitura dos sumários 5. Tendo sido incluídos apenas 3 após leitura do texto integral. O histórico das pesquisas da CINAHL e MEDLINE encontra-se no apêndice I.

Foi, também, realizada pesquisa na plataforma B-ON, com a pesquisa: *empowerment* AND positive birth experiences AND midwifery care, tendo sido obtido 1 artigo.

A seleção dos artigos fica demonstrada pelo diagrama de pesquisa do JBI (Quadro 3), onde são indicadas as análises secundárias com a leitura de títulos, resumos e texto integral para a obtenção de estudos considerados elegíveis.

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

Quadro 3 - Diagrama PRISMA 2009 (JBI)

Plataforma Bases de Dados	EBSCO		B-On
	CINAHL <i>plus with full text</i>	MEDLINE <i>plus with full text</i>	
Identificação	11	89	3.573
Delimitação temporal	4	34	1.843
Leitura de títulos	4	10	58
Elegibilidade (leitura de resumos)	3	5	4
Inclusão (leitura de artigo completo)	2	3	1

No total foram analisados 6 artigos. Para a extração de dados de cada artigo e de acordo com o processo da elaboração de *Scoping Review* do The Joanna Briggs Institute (2015), foi criada pelo autor da pesquisa uma tabela de modo a permitir a extração de dados dos 6 artigos selecionados (apêndice II). Os resultados obtidos são demonstrados de forma resumida no quadro 4.

Quadro 4 - Resumo da extração de resultados

RESULTADOS	
Relação Enfermeiro Obstetra - Utente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baseada em valores éticos e morais; ▪ Acompanha desde os cuidados pré-natais até ao puerpério; ▪ Promove calma, confiança, respeito e privacidade; ▪ Estabelece uma comunicação clara e eficaz; ▪ Demonstra disponibilidade e comprometimento; ▪ Desenvolve uma relação próxima e amistosa; ▪ Proporciona presença física e emocional; ▪ Demonstra qualidades pessoais, conhecimento teóricos e competências profissionais.
Cuidado personalizado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procura conhecer a mulher (expectativas e vivências anteriores); ▪ Responde à individualidade da mulher; ▪ Esclarece dúvidas e oferece informação adequada; ▪ Cuida dentro das suas necessidades; ▪ Oferece controlo, paciência, previsibilidade e segurança; ▪ Promove a tomada de decisão; ▪ Apoia a confiança no seu próprio corpo e em gerir a dor; ▪ Possibilita o alívio da dor (mudanças de posição, respiração e relaxamento); ▪ Proporciona apoio contínuo; ▪ Passagem da tomada de decisão para o enfermeiro obstetra, se necessário;

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

<i>Empowerment</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Promove ambiente adequado aos cuidados;▪ Proporciona informação e promove a tomada de decisão;▪ Proporciona a autonomia e o cuidado individualizado;▪ Promove suporte e motivação;▪ Oferece feedback positivo;▪ Promove a presença e envolvimento do parceiro nos cuidados;
---------------------------	--

Na análise dos artigos verifica-se que na intervenção do enfermeiro obstetra, as utentes destacam três fatores essenciais: a relação enfermeiro obstetra-utente, o cuidado personalizado e o *empowerment*. Os resultados demonstram que as mulheres valorizam o desenvolvimento de uma relação com o enfermeiro obstetra, que segundo Borreli (2014), deve ser baseada em qualidades pessoais como compassividade e generosidade, em elevados valores éticos e morais, e ainda, em conhecimentos teóricos e competências profissionais que permitam transmitir segurança às utentes. Para Perriman, Davis, & Ferguson (2018) e Dahlberg, Persen, Skogås, Selboe, Torvik, & Aune (2016) esta relação deve ser contruída ao longo da gravidez, permitindo o conhecimento mútuo e o estabelecimento de uma relação de proximidade e confiança. De acordo com Borreli (2014), o enfermeiro obstetra deve estabelecer uma comunicação clara e eficaz, que segundo Sosa, Crozier, & Stockl (2018) promova o respeito e a privacidade, e que para Dahlberg & Aune (2013) demonstre disponibilidade física e emocional.

Relativamente ao cuidado personalizado, todos os autores estão de acordo com a sua importância, no entanto, referem-no de formas distintas. De acordo com Perriman, Davis, & Ferguson (2018) o cuidado personalizado significa que o enfermeiro obstetra conhece a utente e as suas expectativas podendo desta forma corresponder às suas necessidades, fazendo com que se sinta única e especial. Para Sosa, Crozier, & Stockl (2018) traduz-se em apoiar a confiança no seu próprio corpo possibilitando-lhe a gestão e o alívio da dor e proporcionando apoio contínuo. No entanto, para Ross-Davie & Cheyne (2014) e Borreli (2014), pode ser demonstrado respondendo à individualidade da utente, apoiando e promovendo a tomada de decisão, e oferecendo controlo ao longo da continuidade de cuidados. Já na perspetiva de Dahlberg, et al. (2016), cuidado personalizado significa proporcionar uma atmosfera calma, que permita o esclarecimento de dúvidas, mantendo a segurança e a confiança, e a demonstração de disponibilidade, não só física, mas

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

mental para atender as necessidades da mulher. De acordo com Dahlberg & Aune (2013) os fatores mais valorizados pelas utentes nos cuidados personalizados dizem respeito à presença, cuidado proporcionado, previsibilidade e qualidade relacional. Para Borreli (2014), cuidado personalizado pode também implicar a passagem da tomada de decisão para a parteira, sempre que a utente assim o deseje.

Relativamente ao *empowerment*, Borreli (2014) destaca que é possibilitar a escolha informada e apoiar a sensação de controlo. De acordo com Ross-Davie & Cheyne (2014) significa a existência de uma parceria entre a mulher e o enfermeiro obstetra, em que este último tenta corresponder às necessidades da mulher. Para Dahlberg, Persen, Skogås, Selboe, Torvik, & Aune (2016) para promover o *empowerment* é essencial a manutenção de um ambiente adequado aos cuidados, proporcionando informação e autonomia na tomada de decisão, oferecendo suporte, motivação e feedback positivo. Já Perriman, Davis, & Ferguson (2018) referem que o *empowerment* é desenvolvido quando a utente e o enfermeiro obstetra partilham informação que irá permitir à utente tomar decisões relativamente aos cuidados a serem prestados. Segundo Sosa, Crozier, & Stockl (2018), o *empowerment* pode ser obtido pela parceria não só com a utente, mas também, com o acompanhante de sua escolha, quer pela sua presença, quer no seu envolvimento como parceiro na prestação de cuidados.

2.2. Prática Reflexiva

De acordo com Esterhuizen & Freshwater (s.d.) a prática reflexiva é uma aprendizagem transformadora em que o indivíduo, pensando sobre o processo de pensamento, se torna consciente e desperto para criticar a sua prática diária, podendo deste modo melhorar o seu desempenho. Para Netto, Silva, & Rua (2018) a prática reflexiva é um processo de reflexão-na-ação que têm como objetivo permitir que o profissional possa produzir conhecimentos com base na sua prática profissional, sendo, desta forma, uma habilidade indispensável na prática clínica, uma vez que permite o desenvolvimento de enfermeiros auto-conscientes, autónomos, críticos e reflexivos, capazes de entender e atender às necessidades dos utentes, contribuindo para a melhoria de cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016).

A descrição e análise das competências desenvolvidas foi elaborada tendo por base os objetivos e as atividades planeadas, integrados no Projeto de Estágio com

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

Relatório desenvolvido na unidade curricular de opção do 1º ano do CMESMO. De acordo com o referido projeto, para alcançar o objetivo aprofundar/ adquirir conhecimentos relativos à temática, elaborei uma *Scoping Review* e realizei atualizações contínuas da mesma, sempre que necessário. Tendo para isso, efetuado pesquisa da evidência científica referente à temática em bases de dados e procedido a reuniões de orientação com a Professora Orientadora.

No sentido de atingir o objetivo desenvolver competências que permitam a promoção do *empowerment* como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva, mobilizei conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso académico, dos processos de cuidar e das recomendações existentes relativamente à prestação de cuidados à grávida/casal, e os conhecimentos obtidos na pesquisa da evidência científica. Identifiquei os conhecimentos da grávida/casal sobre a promoção do *empowerment* como contributo para uma experiência de parto positiva e expliquei os seus benefícios, incentivei e colaborei com a grávida/casal na obtenção de uma conduta ativa durante o trabalho de parto. Refleti sobre a prestação de cuidados especializados à grávida/casal. Nas atividades desenvolvidas tentei conhecer a mulher/casal e compreender as suas escolhas relativas à experiência de parto, questionando-a, prestei cuidados à utente/casal no momento do parto, possibilitei à parturiente a expressão livre das suas dificuldades e expectativas, promovi apoio contínuo e tentei corresponder, sempre que possível, às necessidades da mulher/casal. Abordei a temática à utente/casal tanto nas consultas de vigilância pré-natal, como em programas de preparação para o nascimento. Refleti, criticamente, as práticas clínicas desenvolvidas, com a elaboração de jornais de aprendizagem utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs. Na concretização do objetivo sensibilizar os profissionais para a importância da promoção do *empowerment* da mulher/casal para uma experiência de parto positiva e os seus benefícios para a mulher/casal e recém-nascido, elaborei e realizei sessões de preparação para o nascimento abordando o tema, construí materiais que possibilitaram a divulgação do tema, e neste relatório, apresentarei os resultados obtidos da aplicação do tema no SUOG.

Ser enfermeiro especialista em SMO é ser detentor de um elevado conhecimento científico que permite o desenvolvimento e avaliação dos cuidados prestados, através do estabelecimento de uma relação de confiança com a

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

mulher/família ao longo dos diversos estádios do seu ciclo vital (Regulamento nº127/2011 de 18 de Fevereiro da OE, 2011). Segundo Benner (2001) no desenvolvimento de competências em enfermagem, desde a fase de iniciado até ao nível de perito, existe a necessidade de elaborar estratégias que permitam a perceção do saber fazer, de forma a que o estudante possa desenvolver e melhorar essas competências. O estudante passa assim, durante a sua aprendizagem, por 5 níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Com bases nestes, posso enquadrar-me no nível de iniciado avançado na medida em que já tinha experiência profissional na área, ou seja, já estive em suficientes situações reais que me permitem identificar factores significativos que se reproduzem em situações idênticas (Benner, 2001), tanto em de bloco de partos, como em obstetria. Enquanto realizava o estágio no SUOG, desempenhava funções no serviço de obstetria, o que me permitiu acompanhar o internamento das utentes/Rn/família que acompanhei durante o parto.

No início do estágio com relatório tive a perceção que a integração foi facilitada pelo conhecimento prévio da estrutura e da dinâmica do serviço e da equipa. A referir, no entanto, que as competências a desenvolver eram completamente diferentes das que desempenhava enquanto enfermeira de cuidados gerais e como tal, fiz questão de me apresentar enquanto estudante da especialidade, tendo sido sempre aceite pelas clientes, famílias e equipa de saúde. A forma como a mulher encara e desenvolve o seu trabalho de parto é influenciado pela assistência e apoio oferecidos pelo enfermeiro obstetra, por este motivo todos os cuidados prestados foram suportados pela ética e deontologia, baseados no respeito pelas capacidades, crenças e valores das utentes. Prestei cuidados baseando-me no respeito pelas suas expectativas e desejos, respeitando sempre a sua vontade, promovendo a sua privacidade e mantendo a confidencialidade, como referido pela WHO (2018). Tentei estabelecer com a utente uma parceria de cuidados, promovendo a sua saúde através da transmissão de informações e facilitação na aquisição de competências, que promoviam a sua educação e que pretendiam capacitá-la individualmente, de acordo com o que é descrito por Tones (1998).

Ao longo deste estágio com relatório, tentei demonstrar capacidade de perseverança, mesmo diante de pressões externas, tendo como objetivo realizar as práticas recomendadas, promovendo o *empowerment* da utente e reconhecendo nos

meus pares as suas contribuições para a minha aprendizagem (Kouzes e Posner, 2007 in Grossman, 2013).

2.2.1. Desenvolvimento da competência: Cuidar a mulher/família durante o período pré-natal

A gravidez designa um processo natural que se caracteriza pela capacidade de gerar e abrigar um novo ser, o que provoca mudanças físicas e psicológicas distintas para cada mulher (OE, 2015). A competência específica “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” começou por ser desenvolvida no ensino clínico IV (medicina materno-fetal), posteriormente no ensino clínico III, que decorreu numa unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e numa unidade de cuidados na comunidade (UCC), e finalmente no estágio com relatório (SUOG).

Para o desenvolvimento desta competência específica pude, na UCSP, avaliar a adaptação da cliente à gravidez, estado nutricional, progressão ponderal, estado vacinal e fatores psicossociais existentes, questionar sobre suplementação, consumo de substâncias nocivas ou fármacos, e verificar rastreios analíticos e ecográficos, realizar exame obstétrico e avaliação do bem-estar fetal, através da ABCF e CTG. Foi, também, possível realizar rastreios de neoplasia do colo uterino e profilaxia da isoimunização nas grávidas Rh-D negativas não sensibilizadas. Detetei sinais e sintomas de complicações da gravidez, bem como realizei rastreios relativos a situações de violência doméstica e de mutilação genital feminina. Efetuei aconselhamento relativo a alimentação saudável, segura e adequada, importância de exercício físico, da manutenção da saúde oral, sinais de alerta e desconfortos da gravidez, sexualidade durante a gravidez, tabagismo, álcool e substâncias psicoativas, e segurança rodoviária, cumprindo as linhas orientadoras para a vigilância da gravidez de baixo risco (DGS, 2015). Todas estas intervenções justificam-se pelo importante papel que o EEESMO assume, enquanto profissional responsável que trabalha em conjunto com as mulheres, prestando-lhes o apoio necessário, recorrendo a aconselhamento na área da saúde e da educação, não apenas para as mulheres, mas para a família e comunidade (OE, 2015).

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

Gostaria de salientar a importância que os casais demonstraram na abordagem da sexualidade, uma vez que parece ser um tema constrangedor. Tentei ser influenciadora de uma dinâmica que tem em consideração que uma vida sexual satisfatória é um dos pilares da saúde, e como tal deve ser um dos objetos de trabalho do enfermeiro obstetra (Garcia & Lisboa, 2012). No entanto, é de realçar que para trabalhar o tema da sexualidade humana, o profissional deve ser detentor de conhecimentos sobre a resposta sexual humana e ter um profundo respeito ético relativamente à sexualidade do outro (Garcia & Lisboa, 2012), por este motivo procurei ser direta, mas sensível, na abordagem da sexualidade, uma vez que, os casais demonstraram, alguma vezes, desconforto e surpresa face ao tema, e mesmo quando existiam dúvidas estas eram colocadas com dificuldade. Contribuí, também, para a realização de uma norma de atuação, na UCSP, no âmbito da consulta de vigilância da gravidez de baixo risco, com o objetivo de uniformizar os conteúdos a serem abordados pelos EEESMOS e de um folheto sobre o trabalho de parto, que foi realizado com o objetivo de informar e esclarecer as utentes relativamente aos estádios de trabalho de parto e seu desenvolvimento.

Na UCC, correspondendo a uma solicitação da enfermeira orientadora, elaborei, realizei e avaliei uma sessão de preparação para o parto sobre o trabalho de parto. Esta foi uma oportunidade para poder apresentar o tema deste relatório às grávidas/casais, com o objetivo de transmitir conhecimentos relativos a várias temáticas, foram elas: experiência de parto positiva, *empowerment*, plano de parto, sinais de trabalho de parto e etapas do trabalho de parto, massagem perineal, contrações, posições verticais, métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor, avaliação do bem-estar fetal, episiotomia, clampagem tardia do cordão, contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida. Realizei, no final desta sessão, um exercício prático de visualização guiada que implicava treino de relaxamento específico para o momento de trabalho de parto. A técnica foi bem aceite pelas grávidas, a avaliação efetuada demonstrou que foi valorizada no momento da sessão, ainda assim, a utilização deste instrumento deveria ser exercitada ao longo da gravidez para que se tornasse de fácil realização no momento do parto.

Elaborei, ainda, folhetos sobre a analgesia epidural, reconstrução da harmonia familiar e depressão pós-parto, temas sugeridos pela enfermeira orientadora, no sentido de informar as utentes, proporcionando informação escrita que pode ser

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

consultada posteriormente. Estes temas foram abordados tanto nas sessões de preparação para o parto, como nas sessões de recuperação pós-parto, as utentes demonstraram interesse e procuraram esclarecer algumas dúvidas, senti desta forma que colmatei as necessidades expressas face a estas temáticas. Todas estas atividades permitiram desenvolver competências no âmbito da preparação para o nascimento, de acordo com as orientações da OE (2015).

Relativamente à realização da visita domiciliária, da grávida e da puérpera, acredito que os momentos de aprendizagem que se estabeleceram no planeamento, execução, avaliação e reestruturação da mesma, foram potenciadores do meu desenvolvimento nesta competência, ao nível científico pela pesquisa efetuada, ao nível prático pela realização dos atividades planeadas, e ainda, ao nível relacional pela necessidade de criar um vínculo com as puérperas/casais para conseguir atingir os objetivos delineados. Considerei as visitas uma mais-valia para a família, por ter sentido uma genuína importância nas visitas efetuadas, o que evidenciou que a atuação do EEESMO na área da saúde comunitária pode colmatar as dificuldades sentidas pelas grávidas/puérperas/famílias, promovendo a sua saúde, do recém-nascido e da família, e evitando complicações e acidentes, permitindo uma avaliação realista e próxima da dinâmica familiar, o que não é possível em ambiente hospitalar. Nestas visitas, tive acesso à realidade do cliente, identificando os seus problemas e fragilidades, reconhecendo as suas necessidades de saúde, e desta forma tornando-me capaz de potenciar os aspetos positivos do indivíduo/ família. Nesta assistência qualificada procurei promover a saúde da grávida/mulher/casal/família e recém-nascido, dando ênfase às ações educativas, em ambiente domiciliário, que permitem à mulher, cuidar de si e do seu recém-nascido e prevenir complicações, de acordo com o preconizado pela OE (2015).

Durante o estágio realizado no serviço de urgência obstétrica e ginecológica, realizei triagem da grávida recorrendo à consulta do boletim da grávida, observando e validando os sinais e sintomas referidos, efetuando transmissão de conhecimentos relativos a sinais e sintomas de desvio da gravidez fisiológica, desconfortos da gravidez, sinais de alarme com necessidade de recorrer à urgência hospitalar, distinção entre trabalho de parto falso e verdadeiro. Nas situações de prestação de cuidados à utente com patologia da gravidez, considero ter sido uma mais valia os conhecimentos adquiridos no Ensino Clínico IV, direcionado aos cuidados

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

especializados prestados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal. Foi, ainda, possível efetuar avaliação de sinais vitais, ABCF, realização e avaliação de CTG e referenciação para o médico obstetra sempre que as situações se encontravam fora da minha área de atuação. Colaborei, também, na transferência de grávidas para o internamento de obstetrícia, realizando a respetiva avaliação inicial e promovendo a continuidade dos cuidados elaborando registos e ao transmitir à colega a informação necessária.

As experiências mais difíceis de gerir, por envolver sentimentos de tristeza e de luto, foram as situações de abortamento e de morte fetal, em que me deparei com o sofrimento psicológico face à perda de um bebé, e com o sofrimento físico relacionado com a dor do parto. Nestas situações, tive necessidade de adequar a minha atuação à reação materna, onde senti todas as situações como um desafio único para lidar com a individualidade de cada utente e desempenhar as medidas que necessitava. Mediante estas situações de crise, baseei os cuidados prestados em empatia e compreensão, incentivando a expressão de sentimentos da utente, tentando confortá-la na sua dor, indo ao encontro dos seus desejos e da forma como pretendia proceder durante a situação. As situações de perda fetal são desoladoras para a mulher/família e provocam, em alguns profissionais, dificuldades em prestar cuidados perante estas situações, no entanto, com apoio da enfermeira orientadora, pude entender que é necessário enfrentar e gerir a situação, estando disponível para a mulher/casal/família e tentando corresponder às suas necessidades.

Numa situação específica, ocorrida no bloco de partos, de uma interrupção da gravidez por anencefalia (IG:33s+1d), a cliente chorou todo o período que durou o trabalho de parto, foi avassalador observar a dor desta mulher. Na prestação de cuidados a esta utente, guiei a minha intervenção pela afirmação de Mariutti, Almeida, & Panobianco (2007) quando referem que a actuação do enfermeiro obstetra deve ser guiada pela compreensão dos sentimentos expressos pelas mulheres, assim tentei conhecer a sua vontade face ao parto, na perspectiva de lhe oferecer individualidade e dignidade perante a sua dor. Questionei acerca da sua intenção de ver o bebé. Negou, e como tal, cumpriu-se a sua vontade. Nesta situação, tentei que a utente pudesse expressar os seus sentimentos, numa tentativa de se reorganizar.

Depois destas experiências, tive necessidade de partilhar os sentimentos vividos com a enfermeira orientadora, o que me proporcionou uma grande

aprendizagem emocional e segurança para atuar em situações futuras, desta forma supor-tei-me entre pares nas minhas dificuldades e perante este desafio profissional garanti o meu crescimento profissional através de uma postura proactiva (OE, 2015).

2.2.2. Desenvolvimento da competência: Cuidar a mulher/família durante o trabalho de parto

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), o trabalho de parto é um processo que tem como objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas, através do canal de parto para o exterior do útero. Para Graça (2006), este encontra-se dividido em 3 estádios. O 1º estágio (dilatação) inicia-se com contrações uterinas regulares, terminando com a dilatação completa do colo, o 2º estágio (período expulsivo) inicia-se com a dilatação completa finalizando-se com a expulsão do feto, o 3º estágio (dequitação) ocorre desde a expulsão do feto até a expulsão da placenta e das membranas fetais. Segundo Lowdermilk & Perry (2008), pode ser considerado um 4º estágio que designa as 2h após a dequitação, sendo um período de recuperação e de estabelecimento da hemostase.

Tive oportunidade, neste estágio com relatório, de assistir/prestar cuidados a 100 mulheres em trabalho de parto. Assisti 32 partos eutócicos e participei em 26 partos. Destes participei 6 ventosas, 2 eutócicos realizados pelo médico, 18 foram cesarianas, tive o privilégio de poder acompanhar estas utentes/casais ao longo do seu percurso de trabalho de parto e estar presente nestes partos, prestando cuidados imediatos aos seus recém-nascidos podendo dinamizar o contacto pele-a-pele e adaptá-los à mama, ainda durante a cesariana, quando este foi o desejo da mãe, o que foi surpreendente para as mães, e para alguns médicos mais renitentes a estas práticas, e um prazer para mim enquanto profissional.

Como já foi referido, elaborei uma grelha de registo de interação, para posterior reflexão e discussão dos cuidados prestados, que foi aplicada a 31 partos eutócicos, por estes terem sido assistidos por mim, o que será referido em pormenor no desenvolvimento da competência para promover o *empowerment* como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva (um dos partos foi por IMG e por isso não se incluiu na experiência de parto positiva). A WHO (2018) recomenda que a atuação do profissional face ao parto normal, reconhecendo as suas vantagens, seja, cada vez mais, centrada na mulher, na sua individualidade, necessidades e

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

expectativas, respeitando os seus próprios tempos e diminuindo as intervenções desnecessárias. Para isso, o processo de conhecer implicou vontade por compreender a realidade da utente e centrar o cuidado dentro da sua condição e necessidade (Swanson,1993), e como tal, nas utentes/famílias que acompanhei, o acolhimento foi afetuoso e hospitaleiro, pretendendo diminuir a vulnerabilidade sentida. Procurei transmitir segurança e calma, bem como informação explícita, participando na educação da utente conforme o referido por Ramos (2001). Apoiei cada utente a lidar/entender cada fase do trabalho de parto permitindo que tomasse decisões, baseadas nas suas preferências, relativas à prestação de cuidados, o que para Swanson (1993) significa possibilitar. De acordo com Hokanson-Hawks (1992), incentivei-a a falar por si e a colaborar no planeamento dos cuidados, o que para Ramos (2001) significa o controlo da utente. Senti cada mulher/casal como parceiros numa relação de respeito mútuo, facilitando a expressão de sentimentos e desejos da mulher/acompanhante. A linguagem utilizada foi cautelosa e positiva, de forma a facilitar todo o processo de trabalho de parto, promovendo a decisão individual informada, respeitando-a e apoiando-a.

Durante o 1º estágio do trabalho de parto, que se inicia com contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo, estive com a utente mantendo além da presença física, disponibilidade, promovendo a partilha de sentimentos e oferecendo respostas reflexivas, demonstrando empenho e atenção, o que de acordo com Swanson (1993) significa estar com. Informe sobre cada etapa do trabalho de parto e sobre a sua evolução, o que foi importante para que a utente entendesse o que estava a passar. Nesta fase, realizei o exame inicial e avaliei o bem-estar materno-fetal, nomeadamente estado geral e sinais vitais, hidratação oral e eliminação vesical. Avaliei a evolução do trabalho de parto, privilegiando a visualização da linha púrpura, observação do triângulo de Michaelis, descida do foco para ABCF, postura, padrão respiratório e/ou vocalização materna, frequência e duração das contrações. Pela avaliação de todos estes sinais, foi possível reduzir o número de exames vaginais efetuados, diminuindo o uso de intervenções descritas como não recomendadas pela WHO (2018). A realização do exame vaginal foi, apenas e só, realizada quando necessário e com consentimento verbal da utente. Tive a preocupação de, no momento da visita médica, informar o médico da avaliação realizada, no sentido de diminuir os exames vaginais efetuados à utente.

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

Incentivei várias medidas que tinham como objetivo melhorar a forma como as utentes se sentiam ao longo do trabalho de parto e, conseqüentemente, visavam melhorar a sua experiência de parto. Uma dessas medidas foi a ingestão, que se encontra inserida no projeto maternidade com qualidade. Esta foi incentivada demonstrando-se uma medida eficaz e bem aceite pelas utentes ao longo do trabalho de parto. A ingestão foi sugerida às utentes, de acordo com o MCEESMO e OE, mediante a regra de 100ml de 15-15min de água, chá, sumo de fruta sem polpa e gelatina (+/- 3 a 4 cubos). Medidas como a deambulação, adoção de posições verticais, utilização do duche ou da bola de pilatos, foram medidas que necessitaram de mais incentivo e maior esclarecimento acerca dos seus benefícios para que fossem utilizadas. Ainda subsiste a ideia, de que o trabalho de parto é estar na cama e, como tal, as medidas ativas são ainda pouco conhecidas, sendo por isso de mais difícil implementação.

Nesta fase do trabalho de parto possibilitei a livre expressão de sensações, sem julgamentos, em especial relativamente à dor. A gestão da dor foi centrada na utente, gerindo com ela quais as medidas não farmacológicas, farmacológicas, ou ambas, a utilizar. No entanto, esclareci sempre a utente que a dor do trabalho de parto tem uma finalidade, e como tal, deve ser encarada como positiva, devendo confiar no seu corpo e na sua própria capacidade de parir o que segundo Swanson (1993) significa manter a crença. Envolvi a utente na tomada de decisão para que fosse capaz de falar por si e colaborar no planeamento dos cuidados, de acordo com Hokanson-Hawks (1992) in Grossman (2013), pois esta medida confere um maior controlo na sua experiência, bem como acarreta uma responsabilidade partilhada relativamente aos cuidados prestados, o que vai ao encontro do que é referido por Swanson (1993) relativamente ao possibilitar.

No 2º estágio do trabalho de parto, período que se inicia com a dilatação completa e finaliza com a expulsão do feto, as minhas intervenções foram baseadas na promoção de um parto seguro e calmo. Tentei utilizar uma comunicação eficaz com recurso à verificação das necessidades de informação e da validação da informação transmitida, através da escuta ativa e da capacidade de empatia o que tornou possível motivar a utente, segundo Tones (1998), assim a minha presença e apoio contínuo procuraram aumentar a confiança da utente e a sua capacidade de se adaptar à situação, sendo visível que os seus olhares e as suas questões eram direcionadas a

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

mim procurando apoio, segurança e aceitação. Isto vai ao encontro do referido pela OE (2012) que cada profissional é individualmente responsável pelos cuidados que fornece, sendo a essência do enfermeiro obstetra estar com a mulher, fazendo com que se sinta suportada e apoiada (OE, 2015). Incentivei a adoção de posições verticais, e sempre que recusaram optei por encorajar a utente a mudar de posição e a adotar a posição que a deixasse mais confortável, possibilitando a utente a criar alternativas tendo como finalidade a obtenção do seu bem-estar, de acordo com Swanson (1993).

Nesta fase do trabalho de parto, a utente deseja o alívio da dor e expressa, muitas vezes, que não é capaz de parir. Assim, procurei transmitir motivação, confiança e coragem, demonstrando uma atitude positiva, acreditando nas suas capacidades para a fazer acreditar em si própria, mantendo a crença de acordo com Swanson (1993). Incentivei todas as utentes a agir instintivamente na realização de esforços expulsivos, o que conforme a literatura especializada, implica que a utente alcance maior controlo sobre a sua experiência de parto, confiando nos seus sinais fisiológicos (vontade de fazer força), sentindo-se apoiada pelo enfermeiro obstetra, uma vez que este não impõe esforços dirigidos. Em nenhuma situação sugeri a realização de esforços expulsivos dirigidos, nem houve recurso à manobra de Valsalva, visto que estas práticas não são recomendadas pela WHO (2018).

A realização da avaliação do bem-estar materno fetal foi efetuada com monitorização contínua, embora não sejam as recomendações da WHO, fiquei limitada à prescrição médica existente. A avaliação do bem-estar materno-fetal no período expulsivo foi efetuada, no sentido de reconhecer a existência de um padrão fisiológico, evitando intervenções desnecessárias. Antes da expulsão da cabeça fetal, mantive uma atitude expectante, de forma a não manipular o períneo. A decisão da realização de episiotomia era tomada de conjunto com a orientadora, sendo realizada episiotomia de forma seletiva e não por rotina, o que foi ao encontro tanto da minha convicção, como das guidelines da WHO (2018) relativamente as boas práticas obstétricas. Ainda foram realizadas 8 episiotomias. Efetuei medidas de proteção do períneo, através da manobra de Ritgen modificada, aquando da expulsão da cabeça fetal. Após certificar a ausência de circulares cervicais, incentivei a utente a ajudar o bebé a nascer vindo buscá-lo com as suas mãos, iniciando contacto pele-a-pele de acordo com a sua decisão, 31 recém-nascidos realizaram contacto pele-a-pele na 1ª

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

hora de vida, 1 não realizou por necessidade de reanimação. O tempo de duração de contacto pele-a-pele foi decidido pela puérpera, enquanto se sentiu confortável para o realizar. Observei que esta conduta foi satisfatória para as utentes devolvendo à mãe/casal a serenidade de poder observar que o seu bebé se encontra bem, podendo interagir com ele e obter os benefícios do contacto pele a pele precoce. Como benefícios imediatos, de acordo com PAHO (2013), para o bebé incluem regulação e manutenção da temperatura, melhoria efetiva da primeira mamada e redução do tempo para obter uma sucção eficaz, para a puérpera este contacto precoce melhora os comportamentos afetivos e de apego materno, e ainda, diminui a dor do ingurgitamento mamário.

Quanto ao corte tardio do cordão, expliquei quais os benefícios descritos na literatura, nomeadamente aumentar o hematócrito, a hemoglobina, os glóbulos vermelhos, a pressão sanguínea e a oxigenação cerebral. Por outro lado, reduzir o risco de anemia, hemorragia intraventricular, a enterocolite necrosante e sepsis neonatal, bem como a necessidade de transfusões sanguíneas, de surfactante e de ventilação mecânica (WHO, 2014). Possibilitei o corte do cordão umbilical tendo em conta a decisão da mãe/acompanhante. Em todos os casos, as utentes optaram pelo corte tardio do cordão, especificamente até parar de pulsar.

O 3º estágio é o período onde ocorre o processo que leva à expulsão da placenta após o nascimento (Graça, 2005). Aqui, verifiquei os sinais de descolamento da placenta como a não retração do cordão quando aplicada pressão supra-púbica, exteriorização do cordão e o aumento de volume de sangue à vulva, identifiquei o mecanismo de dequitação, observando posteriormente a placenta, membranas, cordão e vasos no sentido de verificar a presença de anomalias e se as membranas e os cotilédones se encontravam completos. Nesta fase, a mãe e o bebé encontravam-se em contacto pele-a-pele, cobertos por lençóis aquecidos, iniciando o processo de vinculação da tríade, e estimulando o aleitamento precoce. Da experiência que obtive as dequitações não duraram mais de 30 minutos, nem ocorreram situações de membranas fragmentadas, no entanto a condução da expulsão da placenta foi efetuada de forma ativa, uma vez que procedi a tração controlada do cordão e após a dequitação utilizei uterotónicos, 20u de ocitocina em 500cc de Dextrose em água como é protocolo do serviço. Dos 32 partos efetuados, resultaram 8 períneos intactos, 8 episiotomias, 9 lacerações de I grau, 7 lacerações de II grau, tendo sido necessário

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

proceder à reparação do canal vaginal e do períneo. Esta foi inicialmente bastante difícil, no entanto com o decorrer do estágio tornou-se mais perceptível o que possibilitou tornar-me mais autónoma. Nas utentes que tinham analgesia epidural, avalei se ainda se encontravam sob o seu efeito, administrando analgésico se necessário, enquanto que nas utentes que não tinham cateter epidural, efetuei anestesia local do períneo. Quando identificados os sinais de prontidão os recém-nascidos foram adaptados à mama, quando esse foi o desejo da mãe, mesmo enquanto a puérpera se encontrava em processo de dequitação ou em reparação perineal, o que para além de ser saudável para o bebé, possibilitou a libertação de endorfinas promovendo uma sensação de bem estar materna. Os cuidados iniciais ao recém-nascido, nomeadamente a observação física, administração de vitamina K, colocação de pulseiras de identificação e pulseira anti-rapto, foram efetuadas com o bebé em contacto pele-a-pele com a mãe, tendo sido explicados todos os procedimentos à utente/casal e validando o seu consentimento para os realizar, tendo sido a pesagem apenas realizada no momento prévio a vestir o recém-nascido, o que se pode incluir no processo de fazer por, de acordo com Swanson (1993).

2.2.3. Desenvolvimento da competência: Cuida a mulher/família durante o período pós-natal

O puerpério é uma fase de recuperação, física e psicológica da mulher, que se prolonga desde o momento do nascimento até à 6ª semana de pós-parto (DGS, 2015). Por este ser um período de extrema vulnerabilidade para a mulher/família e recém-nascido, direcionei os cuidados que prestei de forma específica colmatando as suas necessidades e fragilidades, ajudando-os a integrar e a ultrapassar com sucesso a transição à parentalidade (OE, 2015). A aquisição da competência cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal teve início no ensino clínico II realizado no internamento de obstetrícia e, posteriormente, no bloco de partos. No entanto, iniciarei a descrição e análise pelo puerpério imediato.

No puerpério imediato, também designado 4º estágio de trabalho de parto, mantive o recém-nascido em contacto pele-a-pele, sempre e pelo tempo que a mãe o desejou, mesmo até ao momento anterior à transferência. Quando o recém-nascido demonstrou sinais de prontidão foi adaptado a mama, momento em que pedia a mãe

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

para se colocar de lado, depois da avaliação e reparação perineal, demonstrando como posicionar o bebé e como realizar a adaptação do bebé à mama, mantendo a boca ao nível do mamilo, deixando-o abrir bem a boca, lábios voltados para fora, abocanhando a maior parte da aréola mamária, bochecha arredondada durante a sucção e queixo do bebé encostado à mama. Orientei e apoiei desta forma a família para a amamentação cumprindo as medidas preconizadas pela iniciativa hospital amigo dos bebés (UNICEF, 2017).

Durante este período, tive o privilégio de colaborar na interação entre mãe e recém-nascido, mantendo a vigilância do bem-estar do recém-nascido e da puérpera, prestando apoio às suas necessidades. Durante o puerpério imediato, senti que as mulheres se afastaram aos poucos da experiência do parto, passando a centrar-se nos cuidados ao recém-nascido, necessitando de apoio, estímulo e paciência para que este tempo pudesse ser de aprendizagem para a tríade. Promovi, como já referido anteriormente, sempre que este foi o desejo da utente/casal, a permanência da tríade na boxe individual, em vez de transferir a mulher e o bebé para o recobro sempre que a ocupação do SUOG permitiu, potenciando a interação entre os elementos da família, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade cumprindo as recomendações da OE (2015). Centrei as minhas intervenções considerando a individualidade da tríade, oferecendo ajuda e esclarecendo dúvidas face aos cuidados ao recém-nascido, aos cuidados à puérpera e ao internamento. No momento anterior à transferência para o serviço de obstetrícia, re-observei o recém-nascido e vesti-o. A puérpera, para além de validar as suas dúvidas e tranquilizar as suas ansiedades, realizei exame físico relativamente a vigilância de sinais vitais, tónus uterino, perdas hemáticas, esvaziamento vesical e remoção de cateter de epidural, de acordo com o preconizado pela OE (2015).

No ensino clínico realizado no serviço de obstetrícia, promovi a transferência da puérpera/recém-nascido/família em união, fiz questão de proporcionar o primeiro contacto com os restantes elementos da família logo à saída do bloco de partos e muitas vezes, proporcionei entrada no serviço de obstetrícia, mesmo quando não era hora de visita social, estes procedimentos foram para mim essenciais à manutenção do bem-estar destas famílias. Ao longo do internamento na obstetrícia realizei observação geral da puérpera, orientando-a para o seu autocuidado, promovi a amamentação, efetuei observação geral do recém-nascido e promovi o *empowerment*

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

dos casais no desenvolvimento de competências parentais, através da transmissão de informação relativa aos cuidados ao recém-nascido e proporcionando o desenvolvimento de uma relação de apego estimulando a prestação de cuidados ao recém-nascido e esclarecendo dúvidas, cumprindo as orientações da OE (2015).

Em casos de desvios ou complicações do recém-nascido proporcionei suporte emocional, esclarecendo dúvidas e oferecendo informações relativas à evolução do estado de saúde do recém-nascido, obtidas através de contacto telefónico com a neonatologia, que permitissem tranquilizar a puérpera que não pudesse visitar de imediato o seu recém-nascido. Elaborei, durante o Ensino Clínico II, pensando na organização familiar, um folheto onde se sugerem estratégias, para ajudar os irmãos mais velhos a lidar com a chegada do bebé. Ofereci-o, posteriormente nas sessões de preparação para o parto, a casais que se encontravam a espera do segundo filho e que referiram alguma preocupação com a reação do primeiro filho.

Tive, ainda, oportunidade de preparar casais no momento da alta hospitalar onde abordei temas como segurança, transporte, consultas de vigilância, reconhecimento de sinais de problemas físicos e psicológicos no pós-parto, recursos de apoio, reinício da atividade sexual e contraceção. Com estas intervenções pretendi corresponder às expectativas das mulheres, minimizando as suas dúvidas e aumentando a autoconfiança no seu desempenho materno, ajudando na adaptação à parentalidade. Enquanto estudante da especialidade, pude aprofundar os meus conhecimentos relativamente ao puerpério e entender, a importância dos cuidados prestados, na forma como comunicamos, no apoio, na segurança e, acima de tudo, na motivação que ofereceremos ao casal. Em especial às mães, visto que isto pode influenciar não só a sua experiência de maternidade, mas também, a vinculação que estabelece com o seu bebé.

2.2.4. Desenvolvimento da competência para promover o *empowerment* como contributo do enfermeiro obstetra para uma experiência de parto positiva

No âmbito do desenvolvimento desta competência, elaborei uma grelha de registo de interação que me permitisse o registo de dados relativos aos cuidados que prestei, facilitando a sua análise e a obtenção de resultados (apêndice III). A grelha foi elaborada tendo como base os três conceitos de Ramos (2001) para a promoção do *empowerment* sendo estes a educação, a participação e o controlo do cliente. Assim, no conceito educação pesquisou-se se a utente participou em cursos de preparação para o parto e quem os realizou, as expectativas, informar, validar e esclarecer dúvidas. Englobado na participação do cliente encontrava-se a promoção da decisão, apoio da mesma, implementação. E por fim, no controlo do cliente estava inserida a avaliação dos cuidados prestados. A grelha foi preenchida apenas nas situações de partos eutócicos assistidos por mim, podendo assim avaliar a sua satisfação face à experiência de parto. O que é sustentado pela definição de intervenções autónomas do REPE, onde se considera que autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as suas qualificações profissionais (Decreto Lei nº161/96, 1996), e ainda, pela OE (2015) ao referir que o EEESMO está autorizado e legitimado a exercer a sua atividade autónoma, dependendo esta de todos e de cada um em especial.

Para o desenvolvimento desta competência específica, os cuidados foram baseados na Teoria do Cuidar de Swanson, centrando-me numa forma de relação para com um outro, por quem me senti responsável e comprometida. Para Swanson (1993) como para mim, cuidar significou conhecer as expectativas, vivências, conhecimentos e medos das utentes de forma a poder colmatar as suas necessidades. Tentei estabelecer uma comunicação eficaz, usando linguagem positiva e adequada a utente/casal. O que me permitiu validar a necessidade de informação, validação e compreensão da informação transmitida, de acordo com as recomendações da WHO (2018) e de Tones (1998). Desenvolvi, ainda, a capacidade de escutar a utente, demonstrando-lhe que a sua experiência era importante para mim, através da validação da compreensão do que escutava, segundo Tones (1998). Estive emocionalmente presente oferecendo respostas reflexivas, que procuravam permitir à utente suporte e compreensão, o que facilitou a expressão de emoções por parte das utentes, bem como o desenvolvimento de uma comunicação mais fluida e

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

aberta. Deste modo, pude estabelecer relações de confiança, respeito mútuo e a manutenção de uma perspetiva otimista sobre os objetivos, desenvolvendo uma relação próxima e amistosa e que correspondesse à individualidade de cada utente.

Para além destes fatores tão importantes, no desenvolvimento da relação enfermeiro-utente, a demonstração de competências pessoais (pela presença física e emocional), conhecimentos teóricos e competências profissionais também foram influenciadores de uma experiência de parto positiva. Outro fator influenciador, é a vigilância desde o período pré-natal até ao puerpério pelo mesmo profissional, o que não foi possível praticar, isto porque o enfermeiro por norma desempenha funções num único serviço e como tal, ou se encontra presente no pré-natal, no parto ou no puerpério. No entanto, há a destacar que em alguns momentos embora não tenha estado presente na vigilância pré-natal, pude acompanhar a experiência de parto e o puerpério. Proporcionando cuidados respeitosos de acordo com as recomendações da WHO (2018), tentei manter a dignidade e o respeito, para além de fechar cortinas na tentativa de manter a privacidade, tive em alguns casos, de pedir que outros membros da equipa de saúde se retirassem do quarto no momento do parto. Fazendo pela utente, o que ela própria faria se lhe fosse possível, de acordo com Swanson (1993), se enquadra no processo fazer por, assim utilizei competências no desenvolvimento de conforto antecipatório e protetor da utente.

De acordo com a WHO (2018) durante o trabalho de parto a mulher tem direito a estar acompanhada, por uma pessoa da sua escolha, alguém que lhe é emocionalmente significativo. O acompanhante foi assumido como um parceiro nos cuidados à utente, sempre que esse foi o desejo de ambos, e por isso envolvi o acompanhante no apoio à grávida, desenvolvendo as seguintes atividades: massagens, apoio na respiração e técnicas de relaxamento, na movimentação e adoção de posições verticais. Para além das atividades referidas, verifiquei que o acompanhante desempenhou um papel primordial no incentivo à utente, o que por vezes modificou a tomada de decisão da grávida, por exemplo na adoção de uma atitude mais ativa. Incentivei o acompanhante a permanecer junto à utente, desde o acolhimento ao serviço até ao momento da transferência para o serviço de obstetrícia. Em especial, nos momentos após o parto promovendo a permanência da tríade junta, na mesma boxe onde ocorreu o parto, ao longo do puerpério imediato, quando este era o desejo do casal, e tanto a puérpera como o recém-nascido se encontravam bem.

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

Da experiência obtida 28 utentes foram acompanhadas pelos seus companheiros, 2 pelas suas mães e 1 sem acompanhante. O acompanhante, espontaneamente e quando incentivado, revelou-se um aliado em todo o processo, pela sua participação e apoio demonstrado. Os acompanhantes ofereceram a sua atenção, palavras de incentivo, dar a mão, tendo sido elementos estabilizadores. Numa situação específica de uma utente que tinha experiência de um parto anterior (18 meses) com realização de episiotomia, no momento do período expulsivo estava apavorada, só dizia que não queria que a cortasse, fugia, simplesmente não me ouvia, e eu tentava explicar que não ia realizar a episiotomia. O marido tentava explicar o mesmo e em cada movimento meu, o marido voltava a reforçar que eu não ia realizar a episiotomia. Ocorreu o parto, sem episiotomia, com laceração de II grau que foi suturada. No dia seguinte no puerpério, questionei a puérpera relativamente ao seu parto e a resposta foi que este parto tinha sido muito melhor que o primeiro, pela não realização da episiotomia. Noutra situação, notei a ausência de acompanhante, observei a tristeza da utente, mesmo após o nascimento da sua bebé, talvez por a ausência de acompanhante não ter sido decisão sua. Tentei perceber se tinha outras pessoas à sua espera, mas não tinha ninguém, o que não é comum. A sua recém-nascida teve de ser reanimada e transferida para a neonatologia, apercebendo-me que não entendia o que se passava, centrei-me na utente esclarecendo o que se estava a passar e tentando naquele momento demonstrar disponibilidade e apoio. No serviço de obstetrícia, ao observar que não teve visitas, apercebi-me da sua solidão. Questionei relativamente à pessoa significativa, mas ela não quis falar sobre isso e como tal, aceitei. Apoiei a sua necessidade de ir ao encontro da sua bebé à neonatologia o mais cedo possível, providenciei o levante que decorreu sem intercorrências e pedi a assistente operacional que a acompanhasse.

Antes de iniciar este estágio, acreditava que a experiência de parto estava intimamente ligada à preparação pré-natal realizada pelas utentes, especificamente em programas de preparação para o parto, agora questiono-me se isto é, de facto, a realidade, uma vez que, das 32 utentes que acompanhei, apenas 8 frequentaram programas de preparação para o parto realizados por EEESMO, enquanto que 23 utentes não efetuaram qualquer programa de preparação. Daqui, pelos dados obtidos, verifiquei que a realização de programas de preparação para o parto não foi um fator determinante para a obtenção de uma experiência de parto positiva. Ainda que, as

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

utentes que frequentaram os programas de preparação fossem detentoras de conhecimentos, estes não foram suficientes para as preparar para a realidade do que iriam experienciar na sala de partos. Na minha perspetiva a preparação deveria ser direcionada para capacitar a utente a acreditar nela própria, o que para Swanson (1993) significa manter a crença, ou seja, educar para que o parto seja encarado como natural, onde a mulher é detentora de todas as capacidades necessárias para o realizar, e para o experienciar como positivo e satisfatório. Assim, a aquisição de poder tornar-se-ia uma consequência do processo de procura de saber, diminuindo os sentimentos de medo e de insegurança, e que consequentemente, visando a tomada de decisão informada relativamente aos cuidados que pretendem para si e para o seu recém-nascido, de acordo com Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira, & Damasceno (2010).

Da mesma forma, questionei-me se o local de vigilância da gravidez através do profissional que a realiza poderia influenciar a experiência de parto, pelos dados obtidos não foi possível chegar a conclusões. A vigilância da gravidez das utentes que assisti, foi realizada por 16 utentes no centro de saúde, 7 utentes em centro de saúde e neste hospital, 1 utente neste hospital, 6 utentes em médico privado e 2 utentes noutra hospital, o que pode, também, ter sido um fator influenciador da experiência de parto.

Embora a OE (2015), defina o plano de parto como um instrumento valioso que permite conhecer as intenções e expectativas da mulher/casal, facilitando a assistência individualizada e o envolvimento do acompanhante. Considero, pelos resultados obtidos, que este esteja a ser pouco utilizado na assistência pré-natal, o que me causou grande surpresa, pois apenas 1 utente o apresentou. Por a sua gravidez ter sido vigiada neste hospital, pela idade materna, subentendi que este plano de parto tenha sido realizado com EEESMO na Consulta de Obstetrícia, uma vez que não frequentou qualquer programa de preparação para o parto.

Dispus-me a conhecer as expectativas de cada utente, os medos, quem queria como acompanhante e quais as intervenções que queria implementar. Com o intuito de as conhecer, de acordo com o definido por Swanson (1993), questionei-as relativamente a sua expectativa face a experiência de parto, assim 21 utentes referiram medo da dor e do parto, 1 utente referiu medo da dor e de trabalho de parto prolongado, 3 utentes referiram medo da dor e da episiotomia, 4 desejavam ter um

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

trabalho de parto rápido, 1 desejava ter uma cesariana e 1 utente desejava obter melhores cuidados que no seu país de origem. Esta última, tinha má experiência anterior, referindo que os cuidados que lhe foram prestados pelo profissional de saúde foi desadequado, uma vez que foi agredida fisicamente por profissionais durante o parto. Mediante a obtenção destas referências, desenvolvi um cuidado centrado na realidade e condição do outro, esforçando-me em compreender a significância dada às experiências, indo ao encontro das suas necessidades de acordo com a teoria do cuidar de Swanson (1993). Tentei corresponder às expectativas, prestando cuidados de forma adequada e culturalmente sensível à utente e recém-nascido, baseando-me nos meus conhecimentos de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética, de acordo com o referido pela ICM (2013). Assim cumpri, também, o que é recomendado pela WHO (2018), quando refere que devem existir cuidados respeitosos, onde se assegure a liberdade de danos e de maus tratos à utente, mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade. A situação descrita foi crucial para a minha aprendizagem de outras realidades, e por esse motivo, elaborei um jornal de aprendizagem que traduziu a reflexão da vivência obtida.

O trabalho de parto deve ser um processo pelo qual a grávida sendo detentora de conhecimentos relativos ao processo, pode decidir em segurança, que intervenções pretende implementar durante este período. Desta forma, possibilitei, de acordo com Swanson (1993), informação, promovi suporte emocional que permitiu a descrição e validação dos sentimentos da utente, foquei o cuidar em objetivos, oferecendo alternativas e dando feedback positivo o que tornou a utente ativa e capacitada para participar neste acontecimento de forma positiva, tendo para isto proposto várias práticas que cada utente decidiu, ou não, implementar, como o que se encontra descrito pela OE (2015). Para além do descrito anteriormente, para contribuir para o *empowerment* da utente, também, promovi a presença e envolvimento do parceiro nos cuidados.

Uma das práticas recomendadas durante o trabalho de parto, quer pela OE, quer pela WHO é a ingesta. Esta é tida como essencial ao bem-estar da utente, por este motivo, clarifiquei e possibilitei a ingesta (chá, água e gelatina) o que proporcionou conforto à utente ao longo do trabalho de parto. Esta teve sempre uma boa adesão das utentes.

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

As práticas que implicavam movimentação eram, várias vezes, numa primeira abordagem recusadas, no entanto, nunca deixei de as encorajar explicitando os seus benefícios, o que na maioria das vezes se tornou suficiente para que a utente quisesse experimentar. A execução de posições verticalizadas e de uso da bola de pilatos revelaram-se medidas com bastante adesão, 24 utentes tomaram a decisão de as utilizar e 8 utentes recusaram, em todos os casos a sua decisão foi apoiada. No entanto, as utentes que fizeram uso desta prática demonstraram-se mais satisfeitas, referindo alívio da dor. Ocorreram, várias situações, em que os acompanhantes apoiaram as utentes e colaboraram em dançar com elas proporcionando verticalidade e movimentação da pélvis, foram momentos onde se sentia amor e entrega e que, por terem sido tão importantes para o casal, foram influenciadores de uma experiência de parto positiva.

A deambulação foi uma prática bem aceite pelas utentes, 25 utentes realizaram deambulação enquanto 7 recusaram esta prática. A utilização do duche foi uma prática em que 19 utentes recusaram a sua utilização, enquanto que 13 realizaram esta prática referindo alívio da dor. Relativamente à realização de esforços expulsivos em posição verticalizada, observei várias vezes a estranheza das mulheres por serem incentivadas a realizar esforços expulsivos em pé e/ou de cócoras, no entanto 18 utentes usaram estas posições com boa evolução da descida fetal, enquanto que 14 utentes recusaram utilizá-las. Quanto à posição no período expulsivo, a maioria das utentes optou pela posição de semi-sentada na cama. Esta decisão pode decorrer do facto de não estarem conscientes das vantagens do parto em posição vertical, e quando foram questionadas sobre essa possibilidade, negaram fazê-lo. A importância da verticalidade e da mobilidade durante o parto parecem ser temas que necessitam de maior ênfase nos programas de preparação para o parto.

Foi o meu objetivo manter na utente a crença da sua capacidade de obter uma experiência de parto positiva, transmiti segurança nas suas capacidades, sustentando a esperança e uma atitude otimista no sentido de proporcionar estímulo à sua autoestima e autoconfiança, de acordo com Swanson (1993). Apoiei cada etapa e acreditei que a utente era capaz de superar as suas dificuldades. Na existência de dor, ponderamos em conjunto as possibilidades existentes, a adoção de medidas não farmacológicas foi considerada e efetuada em 24 utentes com bons resultados. Sempre que desejaram adotar medidas farmacológicas estas foram realizadas, em 23

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

utentes foi efetuada analgesia epidural, no caso de 5 utentes que recusaram, em 3 destas foram administrados outros fármacos, enquanto que em 4 utentes não houve tempo de realizar qualquer analgesia pois pariram de imediato. Por exemplo, numa situação específica, a utente entrou no serviço com 3cm as 23.30h, bastante queixosa e como tal, agilizei o processo para que pudesse realizar analgesia epidural rapidamente, uma vez que era de sua vontade, enquanto preparava a mesa, a utente olha para mim e diz “enfermeira acho que está a nascer”, assim, observei cabeça à vulva e apoiei a expulsão do recém-nascido que nasceu as 0.39h. Desta experiência e, logo após o parto, a utente refere que foi uma experiência maravilhosa, mesmo sem tempo de realizar analgesia epidural, agradeceu com entusiasmo, o que me transmitiu a ideia de ter entendido os cuidados que lhe foram prestados como adequados e satisfatórios.

Cuidar significou manter a crença na sua capacidade de conseguir obter uma experiência de parto positiva, o que de acordo com Swanson (1991), significou manter o outro envolvido em autoestima e autoconfiança, mantendo a esperança e uma atitude otimista, sendo necessário apoiar a mulher permitindo-lhe acreditar que é capaz de superar as suas próprias dificuldades. Mobilizei estratégias para animar, mantive a confiança na capacidade de resolução da situação, nomeadamente ao lidar com a dor durante o trabalho de parto permitindo-lhe a escolha de atividades que lhe permitissem alívio, na superação da dor e do cansaço, durante os esforços expulsivos, uma vez que, as mulheres referem com frequência nesta fase que já não são capazes, e aqui, respondi com certeza e carinho, que são capazes, que estão a fazer muito bem, pois pela minha experiência a atenção, o olhar nos olhos e o reforço positivo são impulsionadores da sua concentração e da sua participação. Tive perceção das necessidades da parturiente, várias vezes, de forma subjetiva, quer fosse pelo olhar, pelo silêncio ou pelo gesto, encorajei a mulher a não desistir, sendo o incentivo fundamental.

Procurei incentivar a adoção de uma atitude mais ativa e de envolvimento na tomada de decisão tendo verificando a satisfação em serem elas próprias gestoras do seu trabalho de parto. No entanto, também, existiram situações em que as mulheres mesmo devidamente informadas, recusaram implementar algumas práticas tendo sido respeitada a sua decisão, notei, no entanto, que a sua passividade esteve associada a experiências expressas como menos positivas.

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

Em suma, pude verificar que a promoção do *empowerment* foi um processo contínuo que baseado na Teoria do Cuidar permitiu de forma geral, de acordo com a informação e decisão da grávida, a obtenção de uma experiência positiva. Na maioria das vezes esta satisfação foi sentida e verbalizada imediatamente após o parto. Noutros casos, obtive feedback no puerpério, que foi sempre bastante positivo. Acompanhei algumas utentes no bloco de partos, num turno, e no puerpério no turno seguinte, o que posso designar como uma mais valia para todos. Para a utente porque se sente acompanhada e confortada por alguém que já a ajudou e permaneceu ao seu lado, e para mim, porque obtive valorização do trabalho efetuado em diferentes momentos, em coisas tão simples como na apresentação aos familiares. Tendo em conta a análise dos dados recolhidos relativamente à avaliação da experiência das utentes cuidadas por mim, 2 utentes referiram pouca autonomia, 14 utentes mencionaram sentimento de sucesso e 16 utentes descreveram sentimentos de sucesso e poder.

Foram realizados ao longo da vigilância do trabalho de parto, registos em conformidade, processo de enfermagem da grávida/puérpera e processo de enfermagem do recém-nascido. Realizando o informativo de nascimento do recém-nascido.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao recordar o percurso desenvolvido, tenho de dar ênfase a todos os profissionais com quem me cruzei, por terem contribuído para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. No caso específico do SUOG, tive o privilégio de poder aprender com uma profissional competente, que é uma referência pela sua maneira de ser, e pela sua entrega às mulheres/famílias de quem cuida. Espero levar comigo a sua calma, o seu exemplo e, um dia, o seu saber ao longo do meu caminho.

Com o desenvolvimento do Estágio com Relatório aprendi a basear a minha prestação de cuidados na evidência científica mais atual, adquiri conhecimentos que possibilitaram a minha independência na realização de pesquisa científica, procurando desta forma atingir uma prática baseada na evidência, e como tal, fundamentada atual e de qualidade. Aprofundei conhecimentos e apliquei-os na prática tendo como linhas orientadoras as recomendações de entidades especializadas na área da saúde materna e obstétrica como por exemplo OE, DGS, WHO, ICM, FIGO e FAME. Espero que num futuro próximo, possa contribuir para uma enfermagem especializada mais respeitosa e mais crítica dos seus próprios cuidados, suportada pela PBE e prática reflexiva. Considero que este estágio me permitiu atingir os objetivos propostos assim como o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, como, as competências de mestre, e ainda, desenvolver o *empowerment* da mulher, ajudando-a a ganhar a força necessária a experienciar o parto, acreditando em si própria, transformando os seus medos em vitórias, sentido a experiência de parto como positiva, feliz e transformadora. A análise dos resultados demonstra que este objetivo foi conseguido, tendo sentido isto mesmo quando acompanhei as utentes no SUOG e no puerpério. Pois o seu agradecimento e a expressão de sentimentos de sucesso validaram que a prestação de cuidados foi adequada à sua individualidade.

Como limitações percebi a não utilização do plano de parto, como ferramenta essencial à reflexão materna e ao conhecimento do enfermeiro obstetra acerca das expectativas e preferências da utente/casal. E ainda os programas de preparação para o parto que na minha perspetiva poderiam ser adequados às recomendações e práticas mais atuais, preparando a utente/casal para as alternativas à visão mais tradicional dos cuidados intra-parto. Como constrangimento à prática, considero que as intervenções interdependentes e a obrigatoriedade de cumprir uma prescrição

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

médica foram fatores que limitaram a minha prática, nomeadamente na prescrição da cardiotocografia contínua, no entanto compreendo que seria necessário existir um rácio 1:1 o que ainda não é possível no SUOG.

Desejo poder continuar a desenvolver o tema na minha prática diária no SUOG, contribuindo para o *empowerment* da mulher, minimizando os seus medos e oferecendo apoio para que possa ser uma parceira no desenvolvimento de uma experiência de parto positiva, tal como aconteceu durante a prática clínica durante o Estágio com Relatório. E assim poder contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, C. M., Ferreira, I. M., Santos, A. T., & Sousa, M. R. (jul/ago/set de 2016). Empowerment na Gravidez: estudo de adaptação da Empowerment Scale for Pregnant Women para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência série IV - nº10*, pp. 49-57.
- Alden, K. R. (2008). Adaptações fisiológicas e comportamentais. Em S. E. Perry, & D. L. Lowdermilk, *Enfermagem na maternidade* (7ª ed., pp. 557-586). Loures: Lusodidacta.
- Arias, B. F., Nelas, P., & Duarte, J. (2015). Práticas Obstétricas no parto: expectativas, percepção e satisfação da mulher. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 21-26(15).
- Bäckström, C. A., Martensson, L. B., Golsäter, M. H., & Thorstensson, S. A. (2016). "It's like a puzzle": Pregnant women's perceptions of professional support in midwifery care. *Women and Birth* 29, pp. 110-118.
- Bell, K. M. (2012). Centering Pregnancy: Changing the system, Empowering women and Strengthening families. *International Journal of Childbirth Education*, 27 nº1, pp. 70-76.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Blanchar, K., & Johnson, S. (1982). The one minute manager. William Morrow and Company . Obtido de <https://www.midmich.edu/application/files/7514/7759/5455/The-One-Minute-Manager.pdf>
- Borrelli, S. E. (2014). What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery* nº30, pp. 3-10. Obtido de [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00201-5/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00201-5/fulltext)
- Botelho, R. (2016). UC Opção II - Desenho de Projeto. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

- Boyaciyan, K. (2011). Princípios bioéticos. Em CREMESP, *Ética em ginecologia e obstetrícia* (pp. 7-12). São Paulo. Obtido em 2018, de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/etica_cremesp_2012_miolo.pdf
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and Empowerment of Hospitalised Older People : A Portuguese Case Study*. Saarbrucken, Germany: LAP Lambert Academic Publishing.
- Carolan-Olah, M., Kruger, G., & Garvey-Graham, A. (2015). Midwife's experience of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery*, 31, pp. 112-121.
- Caus, E. C., Santos, E. K., Nassif, A. A., & Monticelli, M. (jan-mar de 2012). O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc Anna Nery*, 16 (1), 34-40.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia: saúde e doenças*, 8 (1), pp. 49-66.
- D'Espiney, L., & Serra, M. (2017). *Sessão 3 - Pensamento reflexivo, crítico e sistémico*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth. *Elsevier*, 2-7.
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience - the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Elsevier*, 407-415.
- Decreto Lei nº161/96. (1996). REPE- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. *Diário da República nº205/1996 Série I-A de 1996-09-04*, 2959 - 2962.
- Despacho nº1482/2010. (21 de Janeiro de 2010). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. *Diário da República 2ªSérie Nº14*, 3010-3011. Obtido de <https://dre.pt/application/file/2449538>
- DGS. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

- Diogo, P. (2017). Relação terapêutica e emoções: envolvimento versus distancionamento emocional dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21, nº1, pp. 20-30. Obtido de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo%202%20Pages%20from%20PE21_1sem2017-2.pdf
- Directiva 89/594/CEE. (30 de Outubro de 1989). Directiva relativa ao reconhecimento mútuo dos diplomas, certificados e outros títulos de (...) enfermeiro responsável por cuidados gerais, (...) parteira. Obtido em 2018, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-páginas-antigas/legislação-mceesmo/>
- Esterhuizen, P., & Freshwater, D. (s.d.). Using critical reflection to improve practice. Em *Developing, leading and managing practice* (pp. 99-114).
- FAME. (2006). *Iniciativa Parto Normal*. Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- FIGO. (2012). *Ethical issues in obstetrics and gynecology*. London: FIGO. Obtido de <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. 203-2017. Obtido em Maio de 2017, de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/306/pdf>
- Figueiredo, J. V., Freitas, L. V., Lima, T. M., Oliveira, A. S., & Damasceno, A. K. (2010). Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em Foco* 1 (3), pp. 124-128.
- Freire, H. S., Campos, F. C., Castro, R. C., Costa, C. C., Mesquita, V. J., & Viana, R. A. (2017). Parto normal assistido por enfermeira: a experiência e satisfação de puérperas. *Revista Enfermagem UFPE on line*, 11(6), 2357-67. Recife. doi:10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201714

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

- Galvão, C. M., & Sawada, N. O. (2003). Prática baseada em evidência: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 56(1), 57-60. Brasília. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1>
- Garcia, O. R., & Lisboa, L. C. (jul-set de 2012). Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em um nível de atenção primária. *Texto Contexto Enfermagem*, 21 (3), pp. 708-16.
- Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel.
- Grossman, S. C. (2013). *Mentoring in Nursing: a dynamic and collaborative process*. New York: Springer Publishing Company.
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Hokanson-Hawks, J. (1992). Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 609-618. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb02840.x
- Hunter, A., Devane, D., Houghton, C., Grealish, A., Tully, A., & Smith, V. (2017). Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of woman's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17:322, pp. 1-11.
- ICM. (2013). Essencial Competencies for Basic Midwifery Practice. International Confederation of Midwives. Obtido de <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- ICM. (2017). *ICM International Definition of the Midwife*. Obtido de International Confederation of Midwives: <http://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>
- JBPI. (2013). *Comprehensive Systematic Review: Training programme introduction to evidence-based healthcare- study guide*. Australia: The Joanna Briggs Institute.

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

- JBI. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015 - Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Kameda, Y., & Shimada, K. (2008). Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society*, 32 (1), 39-48. Kanazawa University .
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1-8.
- Kendall, S. (1998). *Health and Empowerment - Research and Practice*. London: Arnold.
- Lei nº156/2015 de 16 de Setembro da Assembleia da República. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República 1ª série - nº181*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Littleton, L. Y., & Engebretson, J. C. (2002). Newborns at risk related to birth weight and premature delivery. Em L. Y. Littleton, & J. C. Engebretson, *Maternal, Neonatal and Women's Health Nursing* (pp. 1121-1157). Delmar.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Lusodidacta.
- Maimburg, R. D., Væth, M., & Dahlen, D. (2016). Women's experience of childbirth – A five year follow-up of the randomised controlled trial “Ready for Child Trial”. *Australian College of Midwives*. Elsevier.
- Mariutti, M. G., Almeida, A. M., & Panobianco, M. S. (jan-fev de 2007). O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15 (1). Obtido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a04.pdf
- Mazzo, M. H., Brito, R. S., & Santos, F. A. (set/out de 2014). Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. *Revista enfermagem UERJ*, pp. 663-667. Obtido de <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a13.pdf>

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

- Ministry of Science Technology and Innovation. (2005). A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area. Obtido de http://www.nfqnetwork.ie/_fileupload/Image/Bologna_web.pdf
- Morgan, L. (2015). Conceptualizing Woman-centred care in Midwifery. *Revue Canadienne de la recherche et de la pratique sage-femme n°1, 14*, pp. 8-15. Obtido de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=321f1d1e-0fb2-487e-9c88-19dd6ee643b1%40sessionmgr102>
- Motha, G., & Macleod, K. S. (2008). *Método para um parto suave*. Estrela polar.
- Mouta, R. J., Silva, T. M., Melo, P. T., Lopes, N. d., & Moreira, V. d. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Rev. Baiana enferm, 31* (4).
- Nedel, M. N., & Strapasson, M. R. (2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha Enfermagem, 31* (3), pp. 521-528.
- Neela, P. M., Sarma, K., Byrne, V., & Egan, J. (2017). What about me? The loss of self through the experience of traumatic. *Midwifery, 1-11*.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. d. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da saúde e da enfermagem. *Escola Anna Nery, 22* (1), pp. 1-6.
- Nilsson, L., Thorsell, T., Wahn, E. H., & Ekstrom, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice, 1-6*.
- OE. (2006). *Investigação em enfermagem - Tomada de decisão*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomad aPosicao_26Abr2006.pdf
- OE. (Maio de 2012). Compreender a prática baseada na evidência. *Combater a desigualdade: da evidência à acção - Closing the gap: from evidence to action*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf

- OE. (12 de Maio de 2012). *Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de Pelo direito ao parto normal- uma visão partilhada:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf
- OE. (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.
- PAHO. (2013). Mother and newborn skin-to-skin contact. *Beyond survival: Integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development*. Washington: Pan American Health Organization. Obtido em 2018, de http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/BeyondSurvival_2nd_edition_en.pdf
- Parecer nº 03/2010 MCEESMO. (2010). *Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer3_MCEESMO.pdf
- Parecer nº 12/2012 MCEESMO. (2012). *Ministração de cursos de preparação para a parentalidade*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em Junho de 2017, de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_12_2012_Ministracao_cursos_de_preparacao_para_a_parentalidade.pdf
- Pedrolo, E., Danski, M. T., Mingorance, P., Lazzari, L. S., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare enfermagem*, 14 (4), pp. 760-763.
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência série IV*, pp. 121-132.

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). Individual Models to Promote Health Behavior. Em N. J. Pender, C. L. Murdaugh, & M. A. Parsons, *Health Promotion in Nursing Practice* (pp. 35-50). Pearson Education.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*.
- Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (Abril de 2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*(62), 220-229. Australia: Elsevier. Obtido em Outubro de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818301153>
- Quadros, J. S., Reis, T. L., & Colomé, J. S. (Julho-Agosto de 2016). Obstetrical nursing and health education: contributions to the experience of process of parturition. *Revista Rene n.17, 4*, pp. 451-458. doi:10.15253/2175-6783.2016000400003
- Ramos, A. L. (2001). Empoderamento em Saúde: o papel do Enfermeiro. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, pp. 26-31.
- Recomendação nº 2/2012 MCEESMO. (2012). Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria. *Recomendações para a preparação para o nascimento*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em Junho de 2017, de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca_2_2012_MCEESMO.pdf
- Reed, R., Rowe, J., & Barnes, M. (2016). Midwifery practice during birth: ritual companionship. *Women and Birth nº29*, pp. 269-278. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.12.003>
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro da OE. (2011). Regulamento das competências comuns dos enfermeiros especialistas. *Diário da República II Série, Nº35*. Obtido de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>
- Regulamento nº127/2011 de 18 de Fevereiro da OE. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República, II série, Nº35*. Obtido de

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

Regulamento PQCEESMOG da OE. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados me Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

Ross-Davie, M., & Cheyne, H. (2014). Intrapartum support: what do women want? A literature review. (T. R. Midwives, Ed.) *Evidence Based Midwifery* 12, 2, pp. 52-58.

Sakraida, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 699-715). Lisboa: Lusociência.

Santos, M. A. (2018). Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Sidebotham, M. (2012). Promoting normal birth the easy way. *The Practising Midwife*. Obtido de <https://pdfs.semanticscholar.org/baba/af1f6b57ed8773c740b1f66b72ffb84a5624.pdf>

Silva, A. L., Nascimento, E. R., & Coelho, E. d. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19, pp. 424-431.

Silva, D., Ferreira, M., & Duarte, J. (2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras Nº16*, pp. 13-16.

Sosa, G. A., Crozier, K. E., & Stockl, A. (Abril de 2018). Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery(62)*, 230-239. Inglaterra: Elsevier. Obtido em Outubro de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818301219>

O Empowerment como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

- Sossai, L. C., & Pinto, I. C. (2010). A visita domiciliária do enfermeiro: Fragilidades x Potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*, pp. 569-576. doi:<http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.6856>
- Stanley, D. (2006). Recognizing and defining clinical nurse leaders. *British Journal of Nursing*, 15 (2), 108-111. doi: 10.12968/bjon.2006.15.2.20373
- Swanson, K. M. (May/june de 1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40 (3), pp. 161-165.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship* (4), 25, 352-357.
- Tones, K. (1998). Health education and the promotion of health: seeking wisely to empower. Em S. Kendall, *Health and Empowerment - research and practice*. London: Arnold.
- UNICEF. (2017). A Iniciativa Amiga dos Bebés tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. Obtido em 2018, de <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- Wagner, M. (2016). Global Midwifery and the Humanization of Birth. *Midwifery Today*, pp. 39-40.
- White, L., Duncan, G., & Baumle, W. (2010). Basics of pediatric care. Em L. White, G. Duncan, & W. Baumle, *Foundations of maternal e pediatric nursing* (pp. 170-188). USA: Delmar.
- WHO.(1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- WHO.(1998).*Health Promotion Glossary*. Obtido de <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- WHO. (2014). Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. World Health Organization. Obtido em 2018, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/?sequence=1>
- WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.

O *Empowerment* como Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma Experiência de Parto Positiva

Wojnar, D. M. (2014). Theory of Caring. Em M. R. Alligood, *Nursing theorists and their work* (pp. 688-700). Elsevier.

APÊNDICES

**Apêndice I – Pesquisas MEDLINE with full text e CINAHL Plus with
full text**

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S17	S13 AND S14 AND S15	Limiters - Date of Publication: 20130101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	34
S16	S13 AND S14 AND S15	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	89
S15	S10 OR S11 OR S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	1,869
S14	S6 OR S7 OR S8 OR S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	990,209
S13	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	36,798
S12	(MM "Delivery, Obstetric+PX")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	1,298
S11	"normal childbirth"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	142
S10	"birth experience"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	542

S9	"support"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	964,479
S8	(MM "Patient Participation")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	12,785
S7	(MH "Power (Psychology)")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	11,943
S6	"empowerment"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	10,589
S5	"intrapartum care"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	614
S4	(MM "Nurse-Patient Relations")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	17,253
S3	(MM "Holistic Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	2,352
S2	(MM "Nurse Midwives")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	5,233
S1	(MM "Midwifery")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	13,467

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S17	S13 AND S14 AND S15	Limiters - Published Date: 20130101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	4
S16	S13 AND S14 AND S15	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	11
S15	S10 OR S11 OR S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	636
S14	S6 OR S7 OR S8 OR S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	5,550
S13	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	31,107
S12	(MM "Delivery, Obstetric+/NU")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	50
S11	"normal childbirth"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	109
S10	"birth experience"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	480
S9	(MM "Labor Support")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	437

S8	"power psychology"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	1
S7	"patient participation"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	1,101
S6	(MM "Empowerment")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	4,027
S5	(MM "Intrapartum Care+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	3,842
S4	(MM "Nurse-Patient Relations")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	12,956
S3	(MM "Holistic Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	1,518
S2	(MM "Nurse Midwives")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	1,191
S1	(MM "Midwifery+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	12,321

Apêndice II – Extração de dados da Scoping Review

Referência Bibliográfica Ross-Davie, M., & Cheyne, H. (2014). Intrapartum support: what do women want? A literature review. (T. R. Midwives, Ed.) *Evidence Based Midwifery* 12, 2, pp. 52-58.

Título do artigo	Intrapartum support: what do women want? A literature review
Autor	Mary Ross-Davie, Helen Cheyne
Ano	2014
País	Escócia
Método do estudo	Qualitativo - revisão da literatura
Objetivo	Identificar de que forma o suporte proporcionado durante o parto influencia a avaliação da experiência de parto.
População	Puérperas
Conceito	O que as mulheres consideram como central na qualidade do apoio intraparto.
Contexto	Maternidade
Fatores enunciados	<ul style="list-style-type: none">▪ Apoio emocional: expressão de amor, admiração, gostar, assegurar, respeitar, passar tempo com a mulher e fazê-la sentir-se cuidada; Sensação de controlo; Individualidade, sentir-se guiada e apoiada;▪ Apoio físico: assistência e informação, inclui conselhos, informação e feedback; facilitar a tomada de decisão; Alívio da dor (mudanças de posição, respiração e relaxamento);▪ Advogar: ser parceira no suporte e defender as necessidades da mulher; questionar a mulher e o parceiro sobre que tipo de cuidado pretendem;▪ Apoio profissional: Calma e confiante, segurança, presença, atitude e comportamento da midwife (positividade, cuidadora e empática); <p>O apoio profissional contínuo encontra-se associado a um maior nível de satisfação e a sentimentos de segurança. Existe uma grande influência do suporte proporcionado, na forma como as mulheres sentiram estar em controlo e no seu bem-estar emocional pós-natal.</p>

Referência Bibliográfica Sosa, G. A., Crozier, K. E., & Stockl, A. (Abril de 2018). Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery*(62), 230-239. Inglaterra: Elsevier.

Título do artigo	Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio
Autor	Georgina A. Sosa, Kenda E. Crozier, Andrea Stockl
Ano	2018
País	Inglaterra
Método do estudo	Qualitativo
Objetivo	Explorar o cuidado proporcionado pela midwife na proporção 1:1.
População	Puérperas
Conceito	Identificar o cuidado proporcionado pela midwife na proporção 1:1.
Contexto	Maternidades e domicílio
Fatores enunciados	<p>Equilíbrio entre a presença da midwife, relação entre midwife e a utente, estratégias de coping, progresso do trabalho de parto, acompanhante e apoio à midwife.</p> <p>A presença física da midwife tem de implicar privacidade e respeito pelas necessidades da utente, mantendo-se disponível. Em casos em que o rácio 1:1 não foi possível a midwife teve de determinar se o seu apoio intermitente era adequado a cada utente.</p> <p>A relação midwife-utente é referida como o nível de conexão entre ambas. Embora se conheçam antes do parto, existe um comprometimento em estabelecer uma relação de proximidade, igualdade e de amizade, baseada em confiança nos conhecimentos e capacidades profissionais da midwife. Sentida falta de confiança na midwife quando algo não corria conforme o planeado.</p> <p>O coping foi encarado como um sentimento de controlo experienciado pela utente quando teve de lidar com as sensações e imprevisibilidade do trabalho de parto. Aqui a midwife garantiu a segurança destas alterações físicas serem normais, mantendo a mensagem “és capaz”. Nesta fase as dificuldades de coping podem levar a utente a pedir alguma intervenção que para elas signifique a diminuição do trabalho de parto.</p> <p>A progressão do trabalho de parto implicou a aplicação de atividades de suporte à utente, como a mudança de posição, deambulação, comer e beber.</p> <p>O acompanhante escolhido pela parturiente para a apoiar no trabalho de parto, pela sua conexão emocional e confiança. A midwife tem de entender que significa trabalhar em equipa para apoiar a utente, incluindo-o em tarefas praticas de apoio à utente.</p> <p>Apoio à midwife, refere-se a procura de apoio pelas colegas, pretendendo uma nova perspetiva, quando esgotou as suas próprias. Pode sentir constrangimentos do sistema organizacional, por vezes o apoio pelos pares é imprevisível.</p> <p>Conclui-se que o apoio 1:1 deveria ser proporcionado a todas as mulheres, tendo a midwife competências para atingir um equilíbrio que seja sensível as necessidades da utente.</p>

Referência Bibliográfica Dahlberg , U., Persen , J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth. *Elsevier*, 2-7.

Título do artigo	How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers
Autor	Unn Dahlberg, Janicke Persen, Ann-Karin Skogas, Siv-Tonje Selboe, Helen Marit Torvik, Ingvild Aune
Ano	2016
País	Noruega
Método do estudo	Qualitativo por entrevista
Objetivo	Conhecer a forma como as midwives promovem o parto normal e uma experiência de trabalho de parto positiva, na perspectiva de mulheres primíparas Norueguesas.
População	12 Mulheres primíparas (22-34 anos)
Conceito	Como promover o parto e uma experiência de parto positiva.
Contexto	Maternidade
Fatores enunciados	<p>Ser visto como indivíduo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Ser cuidada</u>: oportunidade de passar algum tempo com a midwife antes dos cuidados perinatais, em uma atmosfera calma, que permitisse o esclarecimento de dúvidas, para se sentirem seguras, confiantes e relaxadas; forma como a midwife se relaciona com a mulher. ▪ <u>A importância de estar presente</u>: disponibilidade não só física, mas mental para atender as necessidades da mulher, a existência de capacidades de comunicação para proporcionar informação e orientação de cuidados e uma abordagem de confiança, sem nunca ultrapassar os limites da intimidade da mulher. <p>Perspetiva de promoção de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Proporcionar força interior e encorajamento</u>: guiar, treinar e promover suporte e feedback positivo ajudam a mulher a encontrar motivação, coragem e autoeficácia. Algumas sentiram-se mentalmente preparadas para a experiência de trabalho de parto. Uma abordagem de cuidado de suporte promove a força interior na mulher e resulta num enfrentar da experiência, que leva a uma experiência de parto positiva. <p>Midwives que estão mentalmente alerta e calmas promovem confiança mútua e uma experiência de parto positiva. Ao promover a força interior e a autoeficácia a mulher desenvolve uma maior capacidade de acreditar em si própria e nas suas próprias capacidades. Limitações: tamanho da amostra.</p>

Referência Bibliográfica Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience - the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Elsevier*, 407-415.

Título do artigo	The Woman's birth experience – The effect of interpersonal relationships and continuity of care
Autor	Unn Dahlberg, Ingvild Aune
Ano	2013
País	Noruega
Método do estudo	Estudo Qualitativo
Objetivo	Ganhar um maior conhecimento de como a continuidade relacional durante o processo de maternidade pode influenciar a experiência de parto
População	23 Puérperas (13 primíparas e 10 múltíparas)
Conceito	O que influenciou as experiências de trabalho de parto após acompanhamento permanente por uma estudante midwifery
Contexto	Maternidade
Fatores enunciados	<p>Os pontos abordados como positivos e influenciadores da experiência de trabalho de parto, na perspectiva das mulheres:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Fator 1 – presença emocional, cuidar e crescimento pessoal;▪ Fator 2 – previsibilidade, qualidade relacional e sentir-se parte da equipa; <p>Os pontos negativos:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Falta de confiança, ausência de proximidade relacional com o prestador de cuidados, falta de apoio emocional, atenção e presença por parte do cuidador.▪ Mesmo quando o parto foi bem, dificilmente foi uma ótima experiência, devido a existência de outros fatores que influenciam a experiência de trabalho de parto, nomeadamente a dor. <p>Limitadores: estudo subjetivo e com necessidade de interpretações por parte dos participantes.</p>

**Referência
Bibliográfica**

Borrelli, S. E. (2014). What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery* nº30, pp. 3-10.

Título do artigo	What is a good midwife? Insights from the literature
Autor	Sara Elisabetta Borrelli
Ano	2014
País	Inglaterra
Método do estudo	Qualitativo- revisão da literatura
Objetivo	Compreender o que se considera uma boa midwife e em particular o que as mulheres valorizam na midwife.
População	Midwives, estudantes midwives, puérperas e companheiros.
Conceito	Compreender o que se considera uma boa parteira, em diferentes percepções, e em particular o que as mulheres valorizam na parteira.
Contexto	Maternidade
Fatores enunciados	O que é uma boa midwife? Ser boa parteira é deter vários atributos: <ul style="list-style-type: none">▪ Conhecimentos teóricos (promover educação e pesquisa científica);▪ Competências profissionais (Prática segura, mas ao mesmo tempo que promova suporte para a grávida tomar decisões)▪ Qualidades pessoais (Ser compassiva, generosa e que promova suporte);▪ Habilidades de comunicação (Promover o empowerment da mulher);▪ Valores morais e éticos; O que é que a grávida valoriza na midwife? <ul style="list-style-type: none">▪ Prestar apoio físico e psicológico;▪ Comunicação clara e a informação apropriada;▪ Possibilitar a escolha informada e apoiar a sensação de controlo;▪ Possibilidade de passar a tomada de decisão para a parteira, sempre que o deseje;

Referência Bibliográfica

Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (Abril de 2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*(62), 220-229. Australia: Elsevier.

Título do artigo	What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis
Autor	Noelyn Perriman, Deborah Lee Davis, Sally Ferguson.
Ano	2018
País	Austrália
Método do estudo	Qualitativo
Objetivo	Identificar e sistematizar o que as mulheres valorizam no modelo de continuidade de cuidados (desde o pré-natal, parto e puerpério)
População	Puérperas.
Conceito	O que as mulheres valorizam no modelo de continuidade de cuidados (desde o pré-natal, parto e puerpério)
Contexto	Maternidade
Fatores enunciados	<p>Os temas que emergiram da pesquisa foram a relação entre a midwife e a mulher, o cuidado personalizado, desenvolvimento de confiança e o empowerment.</p> <p>A relação entre a midwife e a mulher deve ser construída ao longo da gravidez, parto e puerpério, baseada numa comunicação aberta e igualitária, sendo próxima e amistosa, onde desenvolva uma parceria, em que a utente é envolvida na tomada de decisão;</p> <p>Cuidado personalizado significa que a midwife conhece a mulher e as suas expectativas para a gravidez e parto, correspondendo com cuidados personalizados faz com que a mulher se sinta especial e única.</p> <p>Desenvolvimento de confiança é um fator que leva tempo a adquirir e que se estabelece da interação entre a midwife e a mulher, no entanto quando ocorrem desvios ao que a mulher espera, esta estava confiante na midwife e nas suas orientações.</p> <p>Empowerment é desenvolvido quando a mulher e a midwife partilham informação, que permite à mulher tomar decisões acerca dos cuidados prestados. Aqui a confiança é essencial no reforço da força da utente e do bem-estar do bebé, obtida através de afirmações positivas.</p> <p>O sentimento de satisfação é um resultado da continuidade de cuidados muito valorizado pelas mulheres atingido pelo estabelecimento de uma relação que facilita o cuidado personalizado e o desenvolvimento de confiança.</p>

Apêndice III– Grelha de Registo de Interação

**Consultas de
vigilância com
EESMO?**

Preparação para o parto:	
Quem realizou PP?	
Expectativas	
Informar:	
Validar:	
Esclarecer dúvidas:	
Promover decisão:	
Apoiar decisão:	
Implementar	
Avaliar o resultado	

Quadro 5 - Resultados obtidos na realização dos 32 partos eutócicos

nº	data	Idade	IG	IO	hora	Rn	Peso	Apgar	Perineo	Epidural
1	08/03	14	40+6	0010	22:45	Masc	3180	9/10	Episio	Sim
2	13/03	37	39+1	2012	18:35	Fem	3140	9/10	Lac II	Recusou
3	13/03	19	40+3	0010	21:41	Masc	3330	9/10	Episio	Sim
4	13/03	35	40+4	0000	22:53	Fem	3040	9/10	Episio	Sem tempo
5	17/03	20	37+2	1102	9:42	Masc	3380	7/10	Intacto	Recusou
6	18/03	29	37+5	1001	21:24	Fem	3155	8/9/10	Episio	Sim
7	25/03	26	41	2002	23:40	Masc	3310	10/10	Lac I	Sim
8	12/04	35	38+4	1001		Fem	2805	10/10	Lac II	Sim
9	17/04	31	39+2	1001	16:37	Masc	3530	9/10	Intacto	Sim
10	17/04	41	39+3	2032	22:00	Masc	3860	10/10	Intacto	Sim
11	21/04	36	33+1	4004		Masc	IMG		Intacto	Sim
12	22/04	22	39	0010	20:03	Masc	3980	9/10	Lac II	Sim
13	26/04	26	40+2	2002	6:26	Fem	3665	8/9	Lac I	Sem tempo
14	02/05	24	39+6	1001	21:06	Fem	2915	10/10	Lac II	Recusou
15	06/05	20	39+4	0000	10:19	Fem	2000	3/6/9	Episio	Sim
16	06/05	30	37	2011	11:25	Masc	2760	10/10	Lac I	Sim
17	09/05	35	38+2	1001	00:05	Fem	3230	10/10	Lac I	Sim
18	11/05	39	39+2	2012	00:39	Fem	2980	10/10	Lac I	Sem tempo
19	17/05	38	39+6	2012	16:17	Fem	3040	9/10	Lac I	Sim
20	22/05	27	40+6	2002	19:25	Masc	3140	10/10	Intacto	Recusou
21	22/05	20	40+6	0010	20:00	Fem	3320	9/10	Lac II	Sim
22	27/05	33	39	1011	16:35	Masc	3370	10/10	Lac I	Sim
23	27/05	32	38+4	0000	21:50	Masc	3325	9/10	Lac II	Sim
24	11/06	41	39+4	1001	16:29	Masc	3000	10/10	Lac I	Sim
25	11/06	35	40+5	1001	20:37	Fem	3480	9/10	Lac I	Sim
26	13/06	43	40	2002	2:08	Fem	2725	10/10	Intacto	Recusou
27	23/6	32	39+3	1001	5:35	Fem	2890	10/10	Lac II	Sem tempo
28	23/6	21	35+4	2052	8:25	Fem	2190	6/8/8	Intacto	Sim
29	24/6	22	39+6	0000	1:30	Fem	3065	9/10	Intacto	Sim
30	30/6	35	40	0000	9:55	Fem	3200	8/10	Episio	Sim
31	1/7	18	34+2	0000	11:55	Fem	1950	9/10	Episio	Sim
32	2/7	32	38+4	0000	23:36	Masc	3760	9/10	Episio	Sim

Gráfico 1 - Contabilização relativa ao sexo do recém-nascido

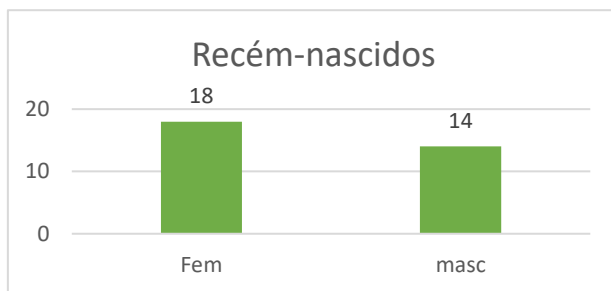


Gráfico 2 - Contabilização do número de utentes que realizou analgesia epidural

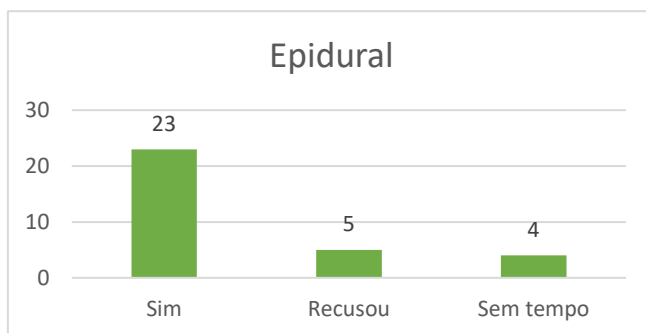
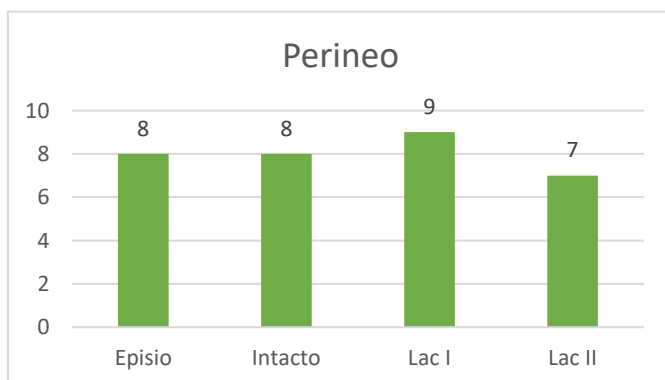


Gráfico 3 - Resultados perineais



Quadro 6- Resultados obtidos na promoção do *empowerment*

nº	Idade	Consulta de Vigilância	PPP	C/ EESMO	Acompanhante	Expectativa	Resultado
1	14	Médico privado	Sim	Sim	Mãe	Medo da dor e do parto	Sentimento de sucesso
2	37	CS	Não		Companheiro	Desejo de TP rápido	Sentimento de sucesso
3	19	Outro Hospital	Sim	Sim	Companheiro	Medo da dor e do parto	Sucesso e poder
4	35	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sucesso e poder
5	20	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sentimento de sucesso
6	29	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sentimento de sucesso
7	26	Outro Hospital	Não		Mãe	medo da dor e do parto melhor cuidado que no país de origem	Sentimento de sucesso
8	35	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sentimento de sucesso
9	31	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sucesso e poder
10	41	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e de TP prolongado	Sentimento de sucesso
11	22	CS	Sim	Sim	Companheiro	Medo da dor e do parto	Sentimento de sucesso
12	26	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e de episiotomia	Sucesso e poder
13	24	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e de episiotomia	Sucesso e poder
14	20	Hospital	Sim	Sim	Sem Acompanhante	Medo da dor e do parto	Pouca autonomia
15	30	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Pouca autonomia
16	35	Médico privado	Sim	Sim	Companheiro	Medo da dor e do parto	Sentimento de sucesso
17	39	CS+Hospital	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sucesso e poder
18	38	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sentimento de sucesso
19	27	CS	Não		Companheiro	Desejo de TP rápido	Sucesso e poder
20	20	CS	Sim	Sim	Companheiro	Desejo de TP rápido	Sucesso e poder
21	33	Médico privado	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sentimento de sucesso
22	32	CS+Hospital	Sim	Sim	Companheiro	Medo da dor e do parto	Sucesso e poder
23	41	Médico privado	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sucesso e poder
24	35	Médico privado	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sucesso e poder
25	43	CS+Hospital	Não		Companheiro	Desejo de TP rápido	Sucesso e poder
26	32	CS+Hospital	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sentimento de sucesso
27	21	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e de episiotomia	Sucesso e poder
28	22	CS	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sucesso e poder
29	35	CS+Hospital	Sim	Sim	Companheiro	Desejo de CST	Sucesso e poder
30	18	CS+Hospital	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sucesso e poder
31	32	Médico privado	Não		Companheiro	Medo da dor e do parto	Sentimento de sucesso

nº	Deambulação	Duche	Posições verticais/Bola de pilates	Esforços expulsivos posição vertical	posição de parto
1	Não	Não	Não	Não	semi-sentada
2	Não	Não	Não	Não	semi-sentada
3	Sim	Não	Sim	Sim	semi-sentada
4	Sim	Não	Não	Não	semi-sentada
5	Sim	Não	Não	Não	semi-sentada
6	Sim	Não	Sim	Sim	semi-sentada
7	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada
8	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada
9	Sim	Não	Sim	Não	semi-sentada
10	Sim	Não	Sim	Sim	semi-sentada
11	Sim	Não	Sim	Não	semi-sentada
12	Não	Não	Não	Não	deitada
13	Não	Não	Não	Não	semi-sentada
14	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada
15	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada
16	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada
17	Não	Não	Não	Sim	semi-sentada
18	Sim	Não	Sim	Não	semi-sentada
19	Não	Não	Não	Sim	semi-sentada
20	Sim	Sim	Sim	Não	semi-sentada
21	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada
22	Não	Não	Sim	Sim	semi-sentada
23	Sim	Não	Sim	Não	semi-sentada
24	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada
25	Sim	Sim	Sim	Não	semi-sentada
26	Sim	Não	Sim	Não	semi-sentada
27	Sim	Não	Sim	Sim	semi-sentada
28	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada
29	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada
30	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada
31	Sim	Sim	Sim	Sim	semi-sentada

Gráfico 4 - Local de vigilância da gravidez

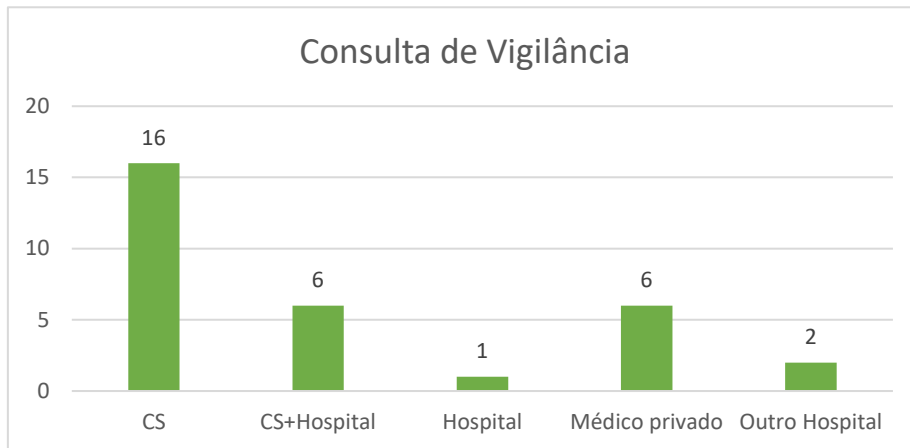


Gráfico 5 - Número de utentes que realizou preparação para o parto

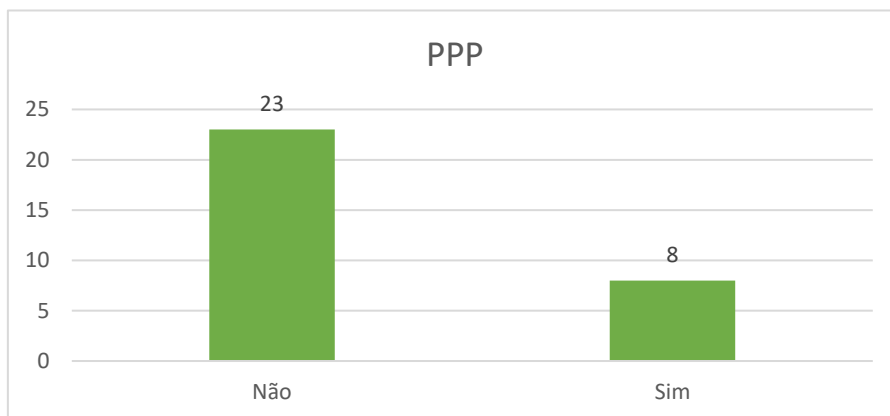


Gráfico 6 - Número de utentes acompanhadas e qual a sua preferência

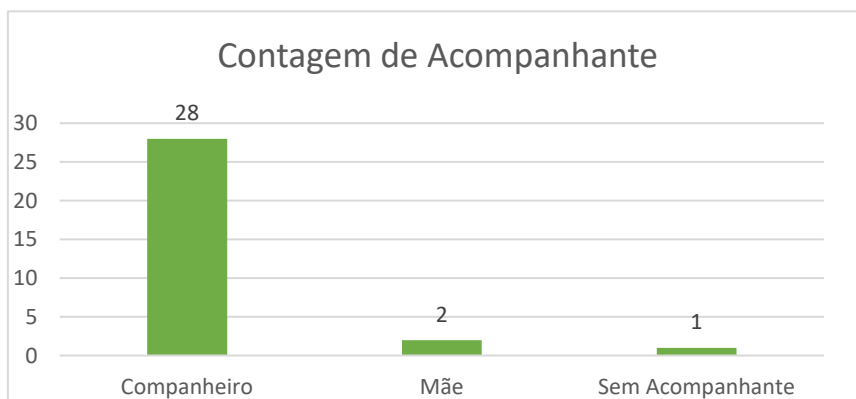


Gráfico 7 - Expectativa das utentes à chegada ao Bloco de Partos



Gráfico 8 - Resultados obtidos após a experiência de parto

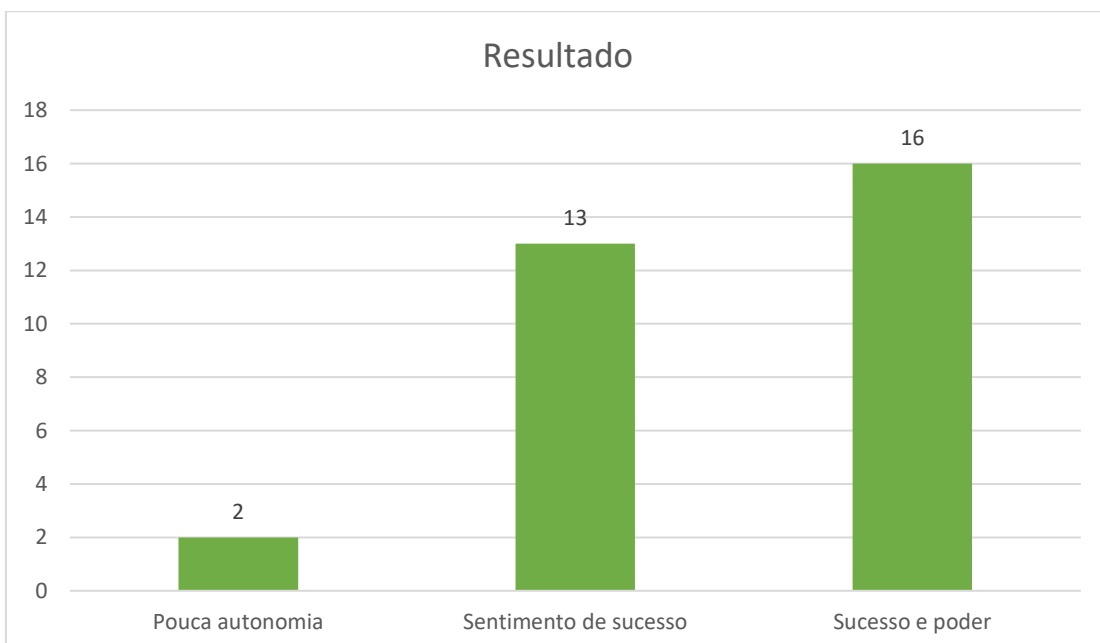


Gráfico 9 - Contagem de utentes que realizaram deambulação

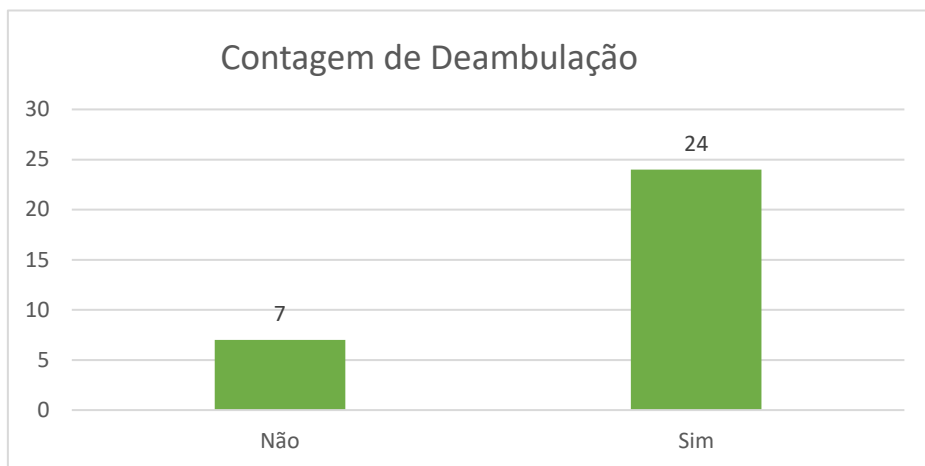


Gráfico 10 -Contagem de utentes que realizaram duche

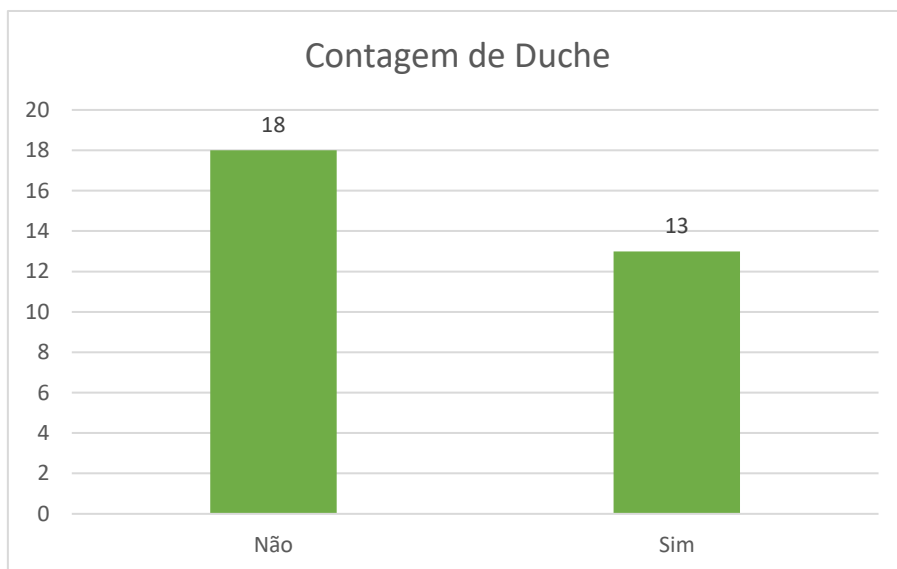


Gráfico 11 - Contagem de utentes que realizaram Posições Verticais ou Bola de Pilatos

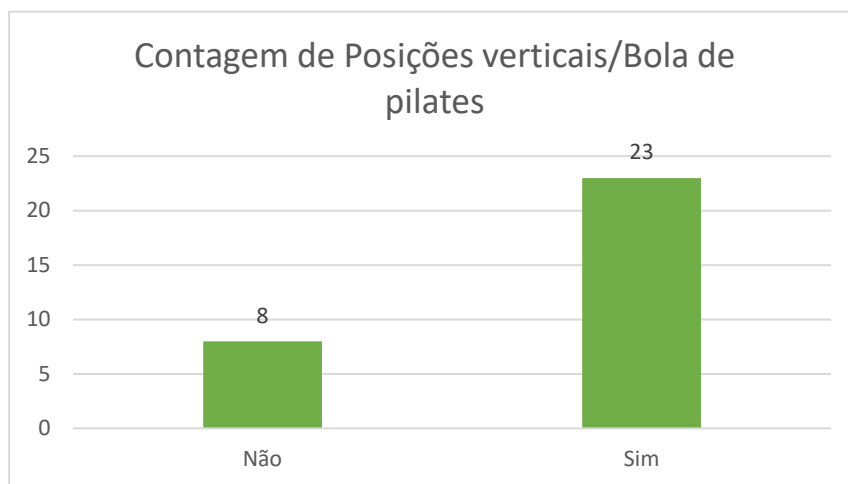


Gráfico 12 - Contagem de utentes que realizaram esforços expulsivos em posição vertical.

