



**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Parto sem medo: projeto para a prevenção da depressão pós-parto**

Ana Filipa Freire Duarte Ferreira

Orientador(es) | Ana Maria Aguiar Frias

Évora 2020

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Parto sem medo: projeto para a prevenção da depressão pós-parto**

Ana Filipa Freire Duarte Ferreira

Orientador(es) | Ana Maria Aguiar Frias

Évora 2020

---

---

---

---



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

- Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)
- Vogal | Otília Zangão (Universidade de Évora)
- Vogal-orientador | Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora)

“O conhecimento é o antídoto do medo.”

Ralph Emerson

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho encerra e dá forma a um sonho que vivia no meu imaginário há muito tempo e que finalmente se tornou real. Quantas vezes nos perguntamos: “Será que sou capaz?”, e lá ao longe ouve-se, “Claro que sim!”. Parece um conto de fadas, mas não, este caminho foi muito sinuoso, cheio de altos e baixos, de incertezas, de grandes debates pessoais e até interpessoais. Como poderia ter chegado tão longe sem a ajuda daqueles que agora aqui enuncio.

Obrigado:

Àqueles que sempre souberam esperar, que perderam horas de colo, que ansiavam por mimos e me diziam ao ouvido: “(...) já acabaste mãe?”, aos meus filhos, minha inspiração, que um dia entenderão o porquê de tanto sacrifício.

Àqueles que me acolheram, me deram tudo e não pediram nada em troca, que cuidaram dos meus filhos enquanto eu não estava lá, pai, mãe e irmã, meu porto de abrigo.

Àqueles que percorreram o mesmo caminho que eu, quase com os mesmos sapatos, ao meu companheiro de vida Luís e à minha irmã do coração Andreia, que sempre me apoiaram e me encheram de coragem.

Àqueles que deixei longe, na promessa de voltar, à família do coração.

Àqueles que foram tirando as pedras do meu caminho, à Sr.<sup>a</sup> Professora Ana Frias, minha orientadora e à Sr.<sup>a</sup> Professora Otilia, minhas encorajadoras e fontes de inspiração.

A todos os docentes e tutores, em especial às Enfermeiras Ana Duarte e Úrsula Carvalho que me enriqueceram com tamanha sabedoria e fizeram de mim uma profissional muito mais competente e capaz.

À Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora pelo bom ambiente, familiar e profissional.

A todos os profissionais e grávidas que colaboraram neste relatório de estágio, um agradecimento especial à Enfermeira Ana Rodrigues.

Muito, muito obrigado!

## RESUMO

O medo do parto está associado a desfechos negativos, nomeadamente a depressão pós-parto, representando um fator de risco para o desenvolvimento de comorbilidades futuras. O objetivo geral deste relatório foi conhecer melhor a relação causa-efeito entre o medo do parto e a depressão pós-parto. Realizou-se um estudo exploratório descritivo, partindo de uma caracterização diagnóstica das condutas dos profissionais, face à problemática, e da realização de um rastreio do medo do parto às grávidas no último trimestre de gravidez. Posteriormente procurou-se transmitir estratégias de coping às mesmas, através de uma sessão de psicoeducação e entrega de um guia. Os dados apontam para a inexistência de investimento na problemática, apesar dos scores de medo do parto serem elevados. Emergem sentimentos em relação ao medo do parto que estão na base do desenvolvimento de depressão pós-parto. A partir deste conhecimento, foi possível atuar na problemática promovendo a saúde mental materna.

**Descritores em Ciências da Saúde (DeCS):** Medo; Educação Prénatal; Parto; Depressão Pós-Parto; Saúde Mental.

## ABSTRACT

**Title :** Fearless childbirth: postpartum depression prevention project

Childbirth fear is associated with negative outcomes, including postpartum depression, representing a risk factor for the development of future comorbidities. The overall purpose of this report was to better understand the cause-effect relationship between childbirth fear and postpartum depression. A descriptive exploratory study was performed, starting from a diagnostic characterization of the professionals' conduct, followed by a screening for childbirth fear, in the last trimester of pregnancy. Later, we tried to transmit coping strategies to them, through a psychoeducation session and delivering a guide. Results point to the lack of investment in the problem, despite the childbirth fear scores being high. Emerged feelings regarding childbirth fear are underlie to the development of postpartum depression. From this knowledge, it was possible to act in the maternal mental health promotion.

**Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH):** Fear; Prenatal Education; Parturition; Postpartum Depression; Mental Health.

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>ANÁLISE DO CONTEXTO</b> .....	18
<b>Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final – Centro Hospitalar     Universitário do Algarve E.P.E.</b> .....	19
<b>Bloco de Partos e Urgência Obstétrica/Ginecológica</b> .....	20
<b>Curso de Preparação para o Parto e Nascimento</b> .....	23
<b>Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos</b> .....	25
<b>Recursos Materiais</b> .....	25
<b>Recursos Humanos</b> .....	27
<b>Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências</b> .....	29
<b>POPULAÇÃO E AMOSTRA</b> .....	34
<b>Caracterização Geral das Amostras</b> .....	34
<b>População/Amostra de Grávidas</b> .....	35
<b>População/Amostra de Enfermeiros Especialistas</b> .....	47
<b>Estudos Sobre a Intervenção com a População</b> .....	48
<b>PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO</b> .....	52
<b>Recrutamento da População-alvo</b> .....	53
<b>Objetivos da Intervenção</b> .....	54
<b>ANALISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES</b> .....	56
<b>AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS</b> .....	64
<b>AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO</b> .....	68
<b>DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS</b> .....	69
<b>ANALISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS</b> .....	70
<b>Competências para atribuição do grau de Mestre</b> .....	70
<b>Competências comuns de Enfermeiro Especialista</b> .....	71
<b>Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstétrica</b> .....	72
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	79



<b>APÊNDICES</b> .....	86
<b>Apêndice A: Guia: Parto sem Medo – Prevenindo a Depressão Pós-Parto</b> .....	87
<b>Apêndice B: PowerPoint da Sessão de Psicoeducação: Parto sem Medo – Prevenindo a Depressão Pós-Parto</b> .....	90
<b>Apêndice C: Questionário QMPP aplicado às grávidas</b> .....	96
<b>Apêndice D: Solicitação de autorização para utilização do QMPP aos seus autores</b> .....	100
<b>Apêndice E: Questionário para colheita de dados sociodemográficos e avaliação da intervenção aplicado às grávidas</b> .....	102
<b>Apêndice F: Plano de atividades e cronograma da proposta do projeto submetida à Universidade de Évora</b> .....	106
<b>Apêndice G: Pedido de Parecer à Comissão de Ética do CHUAP</b> .....	109
<b>Apêndice H: Consentimento Informado Esclarecido e Livre</b> .....	112
<b>Apêndice I: Instrumento de colheita de dados aplicado aos EESMO</b> .....	115
<b>ANEXOS</b> .....	118
<b>Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética do CHUAP para a implementação do projeto de investigação</b> .....	119
<b>Anexo 2: Declaração de aceitação de orientação</b> .....	121
<b>Anexo 3: Parecer da Comissão de Ética para a investigação científica nas áreas da saúde humana e bem-estar da Universidade de Évora</b> .....	123

Índice de figuras:

Figura 1: Municípios do Algarve agrupados por regiões	19
Figura 2: Gráfico de níveis de medo do parto observados na amostra	37
Figura 3: Gráfico de representação relativa das fontes de informação	45
Figura 4: Gráfico de estratégias que implementa para prevenir, diminuir ou transformar o medo o parto	47

Índice de tabelas:

Tabela 1: Medidas de tendência central e de dispersão do QMPP	36
Tabela 2: Sentimentos de Desalento	38
Tabela 3: Sentimentos de Vulnerabilidade	40
Tabela 4: Sentimentos de Falta de Controlo	41
Tabela 5: Preocupações com o Filho	43
Tabela 6: Caracterização Sociodemográfica da amostra da população de grávidas	44
Tabela 7: Dados relativos ao questionário aos EESMO acerca da intervenção no MP	56
Tabela 8: Temas e conteúdos da Sessão de Psicoeducação	59

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório, enquadrado no mestrado de Enfermagem de saúde materna e obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora (ESESJD-UE), pretende apresentar as atividades desenvolvidas pela mestranda no estágio de natureza profissional, das quais se salienta o projeto “Parto sem Medo: Projeto para a prevenção da Depressão Pós-Parto”, que se desenvolveu no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Portimão (CHUAP).

A transição para a maternidade é um evento muito importante na vida de uma mulher que corresponde à passagem de uma realidade conhecida para uma nova e, muitas vezes, desconhecida. Na procura de uma nova conceção de si, a mulher neste período vai vivenciar crises próprias e tentar resolver tarefas desenvolvimentais que a levarão a reestruturar os seus objetivos de vida, os seus comportamentos e as suas responsabilidades (Graça, Figueiredo & Carreira 2011). Com diferentes implicações no bem-estar materno e do bebé, a gravidez e a maternidade representam uma experiência única que envolve adaptações fisiológicas significativas a nível físico, psíquico, social e emocional (Alderdice, MacNeill, & Lynn, 2013). Guerra, Braga, Quelhas, & Silva, (2014) caracterizam também a gravidez como um período crítico, em que fatores de risco concorrem para o comprometimento das capacidades parentais. Ainda outros fatores de risco ou os mesmos podem estar na base do desenvolvimento de perturbações mentais maternas entre elas a patologia depressiva materna pode ser uma das consequências mais graves.

O terceiro trimestre de gravidez é o período em que a grávida está mais sensível à mudança, podendo o bebé que vai nascer ser o catalisador de modificações importantes. Por sua vez também o parto, o “tornar-se mãe”, constitui um acontecimento biopsicossocial que determina um conjunto de transformações e mudanças físicas, psíquicas e sociais na mãe e no bebé, mobilizando a energia emocional de ambos (Couto 2003). Este evento

além de ser considerado um evento biológico, social, e cultural, constitui também um evento crítico na transição para a maternidade (Donelli, 2003).

Carpenito-Moyet (2012) define o medo como um estado em que a pessoa, ou grupo de pessoas, apresentam sentimentos de perturbação fisiológica ou emocional relacionados com uma fonte considerada perigosa. No caso do parto, o medo está relacionado com uma fonte identificável, o de que algo possa correr mal, com a mãe, o bebé ou ambos durante o parto.

O medo do parto (MP) tem sido cada vez mais alvo de estudo e de intervenção por estar associado a comorbilidades maternas e fetais, é descrito como um estado em que estão presentes sentimentos negativos relativamente ao parto (fonte identificável), relacionados com uma perspetiva cultural, que afeta o dia-a-dia da mulher grávida, da mãe e do bebé (Haines, Pallant, Karlström, & Hildingsson, 2011; Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010). Este medo pode incluir: medo da dor (Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines et al., 2011), medo da anestesia (Pereira, Franco & Baldin, 2011), medo da morte ou de danos físicos (Haines et al., 2011), medo da perda de autonomia e controlo (Lyberg & Severinsson, 2010; Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010; Haines et al., 2011), medo da saúde e bem-estar do recém-nascido (Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines et al., 2011), ou ainda, medo da falta de profissionalismo dos profissionais de saúde (Lyberg & Severinsson, 2010). Salomonsson, Wijma e Alehagen (2010) e Otley (2011) descrevem consequências associadas ao MP, tais como níveis mais elevados de analgesia epidural, instabilidade emocional pós-parto, insónia e depressão.

Em termos gerais, episódios depressivos caracterizam-se por rebaixamento do humor, redução dos níveis de energia e de atividade, dificuldade de concentração e de experimentar prazer em situações normalmente consideradas agradáveis. Podem ser acompanhados de problemas de sono, cansaço acentuado, diminuição da autoestima e sentimentos de culpa (OMS, 2007).

Embora não haja unanimidade total entre os autores a respeito da conceptualização de depressão pós-parto (DPP) em geral, Santos, Almeida, & Souza, (2009), consideram

que esta apresenta características semelhantes às de outros quadros depressivos, com o agravante de ocorrer num período especialmente vulnerável para a mãe e importante para o desenvolvimento do bebé, por se tratar dos seus primeiros meses de vida.

Definida como um transtorno depressivo, a DPP é responsável por causar alterações emocionais influenciando não só o bem-estar materno como o desenvolvimento do vínculo mãe-bebé. A DPP pode também afetar o desenvolvimento do recém-nascido, representando por estes motivos um importante problema de saúde materna (Eisele, Guedes, & Schhmalfluss, 2015). Dado o aumento da prevalência deste tipo de transtorno, torna-se emergente que os enfermeiros que atendem a este problema, se mostrem sensíveis a esta temática. Constitui-se, portanto, em motivo de estudos de diversas áreas de conhecimento, principalmente daquelas que dizem respeito à saúde física e psicológica da mulher, da criança e da família.

Não há unanimidade entre os estudiosos quanto à época de ocorrência e a duração do quadro que se considera como DPP: alguns consideram que o seu início ocorre logo após o nascimento do bebé (Silva, Jansens, Souza, Quevedo, Barbosa, Moraes, Horta, & Piniheiro, 2012), outros definem como DPP os episódios depressivos que têm início a partir de duas semanas até três meses após o parto, podendo prolongar-se por semanas ou meses (Cantilino, Zambaldi, Sougey, & Rennó Jr, 2010). Santos et al., (2009) alerta para a necessidade de diferenciar a DPP da melancolia da maternidade ou disforia puerperal, também conhecida como *baby-blues*, sendo esta uma alteração de humor transitória, que costuma durar até duas semanas após o parto.

Estudos têm indicado prevalência de DPP entre 12% e 39,4% (Fonseca, Silva e Otta, 2010). Essa variação pode ser explicada tanto por características das amostras estudadas, principalmente pela presença de maior ou menor número de fatores de risco, quanto por questões metodológicas, como critérios e instrumentos utilizados. De qualquer forma, mesmo que em torno de 12%, a prevalência de DPP é suficientemente alta para justificar o aprofundamento do seu estudo.

Para estudar a DPP nas grávidas é comumente utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), um instrumento desenvolvido por Cox, Holden e Sagovsky, (1987) para triagem de casos de DPP. É uma das ferramentas mais utilizadas nos estudos a respeito do assunto, pelo seu amplo uso, fácil aplicação, pela correlação significativa com a maior parte dos instrumentos destinados a avaliar sintomas de depressão e por possibilitar a comparação entre os estudos investigados. (Gibson, McKenzie-McHarg, Shakespeare, Price & Gray, 2009; Santos et al., 2009).

Procurando acrescentar mais ao fenómeno, vários autores procuraram estabelecer relação entre DPP e outros fatores. Em relação à associação entre fatores de risco e DPP, existem revisões publicadas que indicam a importância de vários fatores de proteção para o desenvolvimento da DPP (O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wellington, & Stewart, 2004; Aliane, Mamede, & Furtado, 2011), contudo, nenhuma dessas revisões teve por objetivo destacar especificamente a importância da relação entre o MP e a DPP, que é o foco do presente trabalho. Aprofundar sobre essa relação é relevante, pois a falta de identificação e de projetos com vista à redução do MP, são fatores de risco sobre os quais é possível intervir precocemente, tanto no sentido de a própria grávida e família terem mais apoio, reduzindo as complicações e comorbidades associadas ao MP, quanto para os serviços de saúde programarem ações específicas nessa direção.

Tendo em conta a influência do MP na experiência e vivência da gravidez e do parto, e nas consequências que este pode acarretar, torna-se de extrema importância identificar as mulheres grávidas com elevados níveis de medo de parto, de forma a intervir precocemente. Desta forma poderá perspetivar-se uma redução no impacto negativo que a experiência do MP tem na saúde da díade. A escassez, em Portugal, de estudos e intervenções em torno deste tema, serviu também de motivação e interesse pelo tema.

O presente projeto, intitulado “Parto sem Medo: Projeto para a prevenção da Depressão Pós-Parto”, procurou conhecer melhor a relação causa-efeito, entre o MP e a DPP, atuando no MP com vista a prevenir a DPP. Partindo de uma caracterização diagnóstica das condutas dos Enfermeiros na promoção do parto sem medo, e da caracterização das

recomendações da OMS para a promoção da saúde mental materna, pretende-se elaborar instrumentos para a intervenção no MP e prevenção da DPP em grávidas. Foram criados: um *guia* de intervenção (Apêndice A), e uma sessão de psicoeducação (*SP*) (Apêndice B), com o mesmo título “Parto sem Medo – prevenindo a Depressão Pós-Parto” a serem aplicados num determinado grupo de grávidas. Num primeiro momento, foi aplicado um instrumento de autor o Questionário de Medo Percebido do Parto na forma de expectativas das grávidas (*QMPP*) (Apêndice C), para rastreio e identificação da presença de MP às grávidas do CHUAP na consulta de referenciação do terceiro trimestre de gravidez e nas aulas de preparação para o parto e parentalidade (APPP). Posteriormente foram aplicados os instrumentos *guia* e *SP* para intervir nas mesmas grávidas. Numa fase final do projeto almejava-se identificar a presença de sintomas de DPP aplicando um questionário no período pós-parto das mesmas mulheres o que não foi possível por circunstâncias alheias à vontade dos seus autores que se prenderam com o espaço de tempo desta intervenção, ficando a sugestão para próximos estudos. Por último foi feita a avaliação das intervenções e do impacto do projeto junto das grávidas, aplicando-se um instrumento criado para esse efeito.

A Unidade Hospitalar do Barlavento Algarvio de Portimão, pertencendo ao CHUAP, EPE e que assume o compromisso de garantir a equidade e universalidade do acesso aos cuidados de saúde, bem como fomentar o desenvolvimento de atividades de formação e ensino pré, pós-graduado e de investigação, mostrou todo o interesse para servir de “casa” a este projeto, identificando-se com o seu propósito.

Este Relatório dividido em vários capítulos: a introdução, a análise do contexto com a caracterização do ambiente alvo de intervenção, o planeamento da intervenção com a metodologia utilizada, a análise reflexiva sobre as intervenções, a avaliação dos objetivos, a avaliação da implementação do projeto, a descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas, a análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas, por fim, as considerações finais que encerram o trabalho que foi



desenvolvido, as referências bibliográficas, apêndices e anexos que findam o corpo do relatório, atribuindo validade científica ao mesmo.

Este relatório foi redigido em concordância com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, tal como recomendado pela circular 4/2011 de 5 de dezembro da Universidade de Évora, e executado respeitando as normas da American Psychological Association (APA, 2012) tal como requerido.

## ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste capítulo pretende-se descrever o ambiente onde o estágio decorreu, assim como os locais onde foram desenvolvidas as atividades relativas ao projeto/atividade *major* do estágio, o ambiente físico e os recursos materiais e humanos existentes.

O estágio final decorreu por etapas, tendo em conta os diferentes grupos de competências a desenvolver pela mestranda, tendo início no Hospital Beatriz Ângelo para o desenvolvimento de competências relativas ao atendimento em bloco de partos, seguidamente no Hospital do Barreiro em contexto de internamento de grávidas patológicas e puerpério, seguindo-se o Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Portimão onde se consolidaram as competências em bloco de partos e onde se desenvolveu o projeto/atividade *major* do estágio final e por último o Hospital de Faro no atendimento a cuidados do foro ginecológico. Descreve-se em particular neste capítulo o contexto onde se desenvolveu a atividade *major* deste estágio/projeto de estágio final, dada a sua relevância.

O presente projeto/atividade *major* foi desenvolvido com o intuito de ser implementado no CHUAP, no Departamento de Obstetrícia, no decurso do estágio final de aquisição de competências em bloco de partos pela mestranda. As atividades do projeto foram implementadas na Consulta Externa, mais precisamente no Curso de Preparação para o Parto e Nascimento (CPPN) da mesma; de modo a intervir junto de grávidas/casais, no período pré-natal.

## **Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final – Centro Hospitalar Universitário do Algarve E.P.E.**

Inserido no Centro Hospitalar Universitário do Algarve E.P.E., (CHUA, EPE), o Hospital de Portimão é uma das unidades hospitalares que integra o SNS, ficando denominado de Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Portimão, após a reorganização da rede hospitalar feita pelo governo português em 2013, pelo Decreto-Lei n.º 69/2013 e, mais tarde em 2017, pelo Decreto-Lei n.º 101/2017. Foi então efetuada a fusão do Hospital de Faro, com o Hospital de Portimão e o Hospital de Lagos, ou seja, com toda a região do Barlavento Algarvio. Desta fusão resultou assim o Centro Hospitalar do Algarve, que adicionalmente, inclui também o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul e todos os serviços de Urgência Básica do Algarve. A denominação de Centro Hospitalar Universitário foi-lhe atribuída por assumir colaborar com instituições universitárias, permitindo estágios académicos e desenvolvendo paralelamente atividades de investigação (CHUA, 2018a).

O CHUAP, encontra-se inserido no distrito de Faro, o 10.º maior distrito português. Portimão é sede de um município com 182,06 km<sup>2</sup> de área subdividido em 3 freguesias. É limitado a norte pelo município de Monchique, a leste por Silves e Lagoa e a Oeste por Lagos (Instituto Geográfico Português, 2013). Possui uma estimativa de população residente de 55,331 habitantes em 2017, segundo a base de dados PORDATA (2019). Esta população aumenta exponencialmente com os fluxos turísticos, especialmente no verão (CHUA, 2018a).

A área de abrangência do Barlavento Algarvio inclui todos os municípios acima descritos, incluindo Portimão, e ainda: Vila do Bispo e Aljezur.



A entrada do serviço dá para uma sala de espera que é controlada por uma administrativa. Atrás de um balcão, esta atende e encaminha as utentes e respetivos acompanhantes, conforme a valência pretendida. Na ausência da mesma, uma assistente operacional (AO) é quem a substitui. Como falhas a apontar destacam-se: o não uso de campainha por sistema e a falta de identificação de quem entra no serviço, que podem pôr em causa a segurança do mesmo, apesar de haver um controlo informal.

Para que uma utente dê entrada no serviço, é necessária uma triagem na urgência geral, de acordo com o método de triagem de *Manchester*. De seguida, um AO da urgência geral encaminha a utente e o acompanhante ao serviço. Já na sala de espera deste, as utentes são chamadas segundo a prioridade atribuída.

A urgência é composta por dois gabinetes médicos/enfermagem para obstetrícia, onde se realizam:

- a avaliação inicial das utentes;
- observação e exame físico;
- exame ginecológico;
- ecografias;
- tratamentos necessários.

Existem também salas de arrumos, de funcionários, sanitários, sala de sujos, roupa-ria, vestiários, uma sala de trabalho para os médicos e o gabinete da enfermeira chefe.

Num corredor mais recatado, está situada uma sala de observação com maior privacidade, onde são feitos os registos cardiotocográficos. Do lado esquerdo do corredor está localizado o bloco operatório, com sala cirúrgica, sala de apoio ao recém-nascido, área de transferência e antecâmara para desinfeção do pessoal.

Ao fundo do serviço, encontram-se as cinco salas de partos, com sanitários entre elas. É de assinalar como aspeto negativo o facto de não se encontrarem disponíveis duches, tendo sido assumido como um erro estrutural de construção do serviço. Assim, quando necessário, as senhoras têm de se deslocar a um outro sanitário com duche.

A grávida é admitida numa sala de partos onde realiza todo o trabalho de parto (TP), sem que haja a necessidade de ser transferida para outras salas. As chamadas *boxes* assumem diferentes disposições consoante a fase do TP. Para o alívio da dor, as grávidas, no decorrer do TP, têm á sua disposição várias técnicas não medicamentosas:

- exercícios com bola de pilates;
- musicoterapia;
- aromoterapia;
- massagem.

Adicionalmente, como técnica medicamentosa para alívio da dor, têm disponível (entre outras), a analgesia epidural.

Todas as intervenções e decisões relativamente ao TP são discutidas com a grávida/casal. O plano de parto é um documento bem aceite no serviço e levado a cabo com o devido respeito pelas escolhas do mesmo, sempre dentro da disponibilidade e assegurando o bem-estar materno fetal.

Para conforto e mobilidade das parturientes, os cardiotocógrafos encontram-se ligados à central de enfermagem. Alguns possuem telemetria *wireless* para que a avaliação do bem-estar materno-fetal esteja sempre acessível. As portas das *boxes* estão geralmente fechadas para garantir a privacidade do casal e existem campainhas para que o casal solicite um profissional, sempre que necessário.

Geralmente, são usadas as duas últimas salas, no extremo oposto do serviço, para acolher as grávidas em processo de perda fetal ou neonatal. A maior privacidade do casal, que se encontra a passar por um momento difícil e marcante nas suas vidas, é a justificação para esta escolha.

Todas as salas têm um ambiente familiar. O material clínico encontra-se disposto e arrumado estrategicamente, descaracterizando o ambiente hospitalar ao máximo possível. Existe espaço para o acompanhante, que pode estar presente todo o tempo em que a mulher esteja internada e até ao fim do parto. Assim que nasce o bebé, este é acolhido numa

mesa aquecida. Houve o cuidado de dotar cada *box* com uma balança, para que o recém-nascido não seja separado da mãe/casal.

Sempre que possível, é promovido o aleitamento materno na primeira hora de vida tal como recomendado pela *United Nations International Children's Emergency Fund* (Unicef). O Hospital de Portimão é considerado “Hospital Amigo dos Bebés”, cumprindo com as 10 medidas recomendadas pela Unicef, para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Para a vigilância do quarto estadio do TP (o puerpério imediato), existem ainda duas salas: uma para os partos eutócicos e distócicos por ventosa ou fórceps e outra para realizar o recobro pós cesariana (mais recatada).

O gabinete de enfermagem, ou sala de trabalho, fica ao lado das salas de vigilância do puerpério imediato e no meio das salas de partos, duas à esquerda e três à direita, permitindo uma estratégica vigilância. Para a segurança da equipa e das utentes e uma prestação de cuidados de qualidade uniformizados, existem protocolos e normas de serviço que estão sempre acessíveis em formato de papel, ou no computador do gabinete.

Voltando à entrada do serviço, no mesmo piso encontram-se a unidade de internamento de obstetria/ginecologia e a neonatologia. A proximidade entre os serviços facilita e melhora a articulação entre eles.

Também no mesmo piso se encontra uma sala de reuniões, onde se realizam as sessões teóricas do CPPN da instituição. É útil que ela esteja localizada junto ao bloco de partos, ao internamento de obstetria e à neonatologia, permitindo que as grávidas/casais se vão ambientando aos serviços ainda antes do parto.

## **Curso de Preparação para o Parto e Nascimento**

Explorando agora o ambiente onde foi implementado o projeto ou atividade *major* do estágio, o CPPN inserido no serviço de consulta externa do CHUAP.

A Consulta Externa de obstetrícia encontra-se situada no piso 0 e tem como objetivos dar resposta a:

- Diagnóstico pré-natal;
- Aconselhamento genético;
- Medicina materno-fetal;
- Vigilância integrada da gravidez de baixo e alto risco, com os cuidados de saúde primários.

Esta última respeita um plano de referenciação por protocolos e critérios, com a Unidade Coordenadora Funcional de Saúde Materna do Barlavento, em determinadas situações. É também responsável pelo programa de preparação para o parto e nascimento, com calendarização de APPP (CHUA, 2018b).

O CPPN é realizado na sala de reuniões acima referida ou, em alternativa, no ginásio do serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHUAP, consoante as aulas sejam de carácter teórico ou prático respetivamente. São agendadas em média 10 sessões de 1 hora e 30 minutos cada. As grávidas começam entre as 28 e as 32 semanas de gravidez, no início do curso, num total de aproximadamente 5 a 6 semanas. Cada turma tem um limite de 10 a 12 grávidas/casais, que são admitidos por ordem de inscrição. Segundo as formadoras do curso, nos últimos anos denota-se um decréscimo nas inscrições, por conta da crescente oferta de CPPN disponíveis fora da instituição hospitalar. Assim, a população do CPPN do CHUAP acaba por preparar cada vez mais as grávidas colaboradoras na própria instituição, numa média de 6 a 8 grávidas/casais por grupo.

Apesar de se registar um decréscimo no número de grávidas que recorre ao CPPN do CHUAP nos últimos anos, não têm ocorrido grandes alterações no número de partos realizados nesta instituição desde 2015. Contudo, tem ocorrido um aumento do número de partos por cesariana, segundo os dados analisados internamente no Livro de Nascimento (criado pelo serviço, para fins estatísticos).



No ano anterior de 2017 registaram-se na maternidade do CHUAP 1282 partos, dos quais 766 foram eutócicos, 127 distócicos por ventosa ou fórceps e 389 foram distócicos por cesariana. A taxa de cesarianas é de 30,3%, ligeiramente inferior à taxa nacional de 33,1% aferida em PORDATA (2018), para o mesmo ano. Segundo a OMS (2015), a cesariana, “(...) é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebés, apenas indicada por motivos médicos”. Ao nível populacional, taxas de cesarianas maiores que 10% não estão associadas com a redução de mortalidade materna e neonatal. Deve-se assim refletir a nível institucional e nacional sobre as legítimas indicações para a cesariana, e indagar quais os fatores associados a fim de intervir sobre eles, como por exemplo o Medo do Parto.

## **Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos**

### **Recursos Materiais**

Assente numa prestação de cuidados compatível com um país desenvolvido como Portugal, o CHUAP oferece às grávidas/casais boas condições físicas e humanas. Para tal, os serviços encontram-se equipados com materiais, não de topo, mas de qualidade aceitável, para a conjectura de contenção de custos que se tem vivido ao nível dos cuidados de saúde neste país. É de notar o trabalho que as chefias desenvolvem para que os recursos sejam bem distribuídos e não faltem.

Para realizar a avaliação inicial, a observação, o exame físico, o exame ginecológico, ecografias e outros tratamentos necessários às utentes, a equipa tem disponíveis todos os equipamentos e material necessário: ecógrafos, marquesas, balanças, esfigmomanómetros, dopplers para auscultação cardíofetal, entre outros materiais para apoio clínico. Tem também um computador por sala, para efetuar todos os registos e aceder ao processo clínico da utente.

Para o conforto e segurança da grávida/casal/bebé, cada sala de partos ou *box*, encontra-se equipada com todo o material para assistir ao parto vaginal eutócico e distócico por fórceps ou ventosa. As camas transformam-se em marquesas de partos e assumem as várias posições que a parturiente preferir: deitada, sentada, de lado ou ainda de cócoras. Possuem também todo o material de reanimação: mesas, rampas de oxigénio, de vácuo, laringoscópio, etc., para quando for necessária alguma intervenção adicional. Este material não está à vista (propositadamente), mas rapidamente acessível.

A sala de trabalho de Enfermagem confere também conforto e segurança aos prestadores de cuidados, que é um ponto muito importante. Equipada com mesas, cadeiras e sofás, monitor para a central de cardiocografia sempre em transmissão direta, e computadores, para aceder e escrever no processo clínico das utentes, munidos com programas para o efeito: *SClínico* e *Alert*.

Numa outra sala de trabalho de Enfermagem encontra-se arrumada toda a medicação, sendo este o local onde ocorre a preparação da mesma. Toda a medicação que necessita de refrigeração é acondicionada numa sala com frigorífico para o efeito. Por último, existe uma sala onde os fetos mortos e “peças anatómicas” são preparados e acondicionados para posterior envio para a anatomia patológica.

O atendimento a uma situação de urgência/emergência também não é descurado, existindo um carro de urgência totalmente equipado (segundo as normas), estando estacionado no corredor, numa área acessível aos dois serviços.

No que concerne aos recursos existentes no CPPN onde foi desenvolvida a atividade *major* de estágio/projeto, pode-se dizer que a sala de reuniões apesar das moderadas dimensões, possui todo o material necessário para realização das sessões de EPS, como mesas, cadeiras, quadro interativo e ar condicionado. Por seu lado, também o ginásio comporta todas as condições necessárias para a realização das aulas práticas, possuindo colchões, bolas de pilates, almofadas e espaços amplos e arejados para o conforto das grávidas/casais.

## Recursos Humanos

Não obstante de bons recursos materiais, também os recursos humanos são indicadores de boas práticas e bons resultados nos cuidados de saúde.

O Departamento Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana do CHUAP é constituído por uma equipa de médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais, tendo como missão a “assistência às grávidas na preconceção, gravidez, parto e puerpério” (CHUA;2018).

Os serviços de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica/Ginecológica partilham a mesma equipa multidisciplinar. Dela fazem parte: uma enfermeira chefe com 28 anos de experiência como enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, lidera os enfermeiros e os assistentes operacionais do serviço. Tem com funções principais a elaboração das escalas mensais do serviço, a organização e gestão de todo o serviço, no que diz respeito a recursos materiais e humanos.

Para além da enfermeira chefe, fazem parte da equipa mais dezoito enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia (EESMO), dezassete do sexo feminino e um do sexo masculino, sendo três mestres, uma mestranda e os restantes generalistas.

Em todos os turnos são escalados dois EESMO, um no Bloco de Partos e um na Urgência de Obstetrícia/Ginecologia, além de um enfermeiro generalista. De segunda a sexta-feira das 8 às 20 horas, ficam escalados mais três enfermeiros para dar apoio ao funcionamento do Bloco Operatório, EESMO ou generalistas.

Da equipa de assistentes operacionais fazem parte onze elementos que, à semelhança dos enfermeiros, trabalham por *roulement*. São escalados sempre dois elementos, à exceção também dos dias e horas de funcionamento do Bloco Operatório em que ficam três.

Ao contrário do que acontece com os restantes funcionários, a equipa médica que integra vários especialistas e alunos da especialidade, não constituem uma equipa fixa, sendo todos externos ao serviço. A equipa médica conta com o apoio de um Pediatra e

um Anestesista para assistirem aos partos e cesarianas de urgência. Contudo, ocasionalmente, no turno da noite, só está destacado um anestesista para todo o hospital e este recusa-se a realizar analgesia epidural às parturientes, o que constitui uma grande inconformidade com aquilo que o CHUAP e o Bloco de Partos preconizam para a assistência humanizada, às mulheres com dor em TP. Ao longo do estágio foi possível à mestranda vivenciar de perto o descontentamento da população e a falta de respostas. Foi possível observar como esse fator aumentou exponencialmente o Medo do Parto sentido pelas parturientes. Associado a este medo, surge o receio de perda de controle por parte das mulheres/casais e as consequências diretas desse medo no desenrolar do parto, e até ao estabelecimento da relação precoce.

O CHUAP, apesar das limitações acima referidas, da elevada taxa de cesarianas e da escassez de alguns recursos materiais e humanos, em geral oferece uma experiência de parto positiva às grávidas e casais, tal como a OMS, (2018) preconiza:

- Promove um trabalho de qualidade junto das mulheres, centrado no cuidado especializado;
- Tem em conta que o TP é um processo fisiológico que se pode levar a cabo sem intervenções desnecessárias e diminuindo ao mesmo tempo as complicações associadas;
- Promove uma experiência de parto positiva que cumpre e supera as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher que inclui dar à luz um bebé são, num ambiente seguro do ponto de vista clínico e psicológico, contando com o apoio prático e emocional contínuo;
- Permite que a grávida decida estar acompanhada no momento do nascimento, e ser assistida por pessoal amável e com competências técnicas adequadas;
- Tem em conta que a maioria das mulheres desejam ter um TP e nascimento fisiológicos, permitindo alcançar um sentido de felicidade e controle pessoais através da participação e tomada de decisões.

## **Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências**

A gravidez e o parto são fases únicas na vida de uma família e compreendem um período de construção e desenvolvimento. O nascimento de um filho pode ser uma fonte de stress, uma vez que requer uma reorganização pessoal, familiar e profissional (Moura-Ramos & Canavarro, 2007). As dúvidas relativas ao papel parental atormentam muitos casais representando um fator gerador de ansiedade. No decorrer da gravidez, os sentimentos tornam-se cada vez mais ambíguos, aumentando os níveis de ansiedade e de vulnerabilidade com a aproximação do momento do parto. Este é muitas vezes perspetivado com medo, nomeadamente da dor, do desconhecido, o medo de estar sozinha, entre outros. Também as preocupações com o bem-estar do bebé são crescentes, especificamente preocupações relacionadas com problemas que possam decorrer do parto e que criam angústia principalmente à mãe. Para além disso, é no final da gravidez que se avizinha uma mudança de vida definitiva, uma mudança cada vez mais consciente e real. É também nesse último período da gravidez que a mulher aprende, pratica e desenvolve comportamentos relativos ao papel materno (Brazelton & Cramer, 2000; Colman & Colman, 1994; Frias & Franco, 2008).

É neste campo de intervenção que o EESMO, através da sua prática de cuidados especializada, contribuí para uma melhor adaptação a este processo, com a criação e implementação de Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) ou Cursos de Preparação para o Parto e Nascimento (CPPN), esta nomenclatura difere de instituição para instituição e enquanto que a segunda está mais centrada em aspetos do nascimento, a primeira e mais abrangente, aborda temas relativos à aquisição de competências parentais. Estes cursos pretendem promover e aumentar as competências da grávida e da família, de forma a vivenciarem a gravidez e o TP de forma positiva, permitindo a vinculação precoce e a transição para a parentalidade saudável e harmoniosa (DGS, 2015; Frias, 2014).

O EESMO detém, neste contexto, um papel fundamental e de elevada responsabilidade no desenvolvimento de competências específicas que lhe permitem elevar na máxima qualidade a sua prestação de cuidados neste âmbito. A preparação para o parto e parentalidade ou nascimento, é uma intervenção implementada pelo EESMO no período pré-natal de forma autónoma, nas situações de baixo risco obstétrico e, interdependente, nas situações de médio e alto risco (Melorose, Perroy, & Careas, 2015).

A partir de um julgamento crítico, fundamentado nas suas competências (adquiridas em contexto teórico e prático ao longo do curso de mestrado), a mestranda procurou estabelecer metas e intervenções significativas para cada mulher, de forma a conhecer e compreender as experiências parentais de forma a poder apoiar os casais no período de transição para a parentalidade.

A Ordem dos Enfermeiros, no Parecer N. °04/2016, reconhece que o EESMO é o profissional competente que concebe, implementa, coordena e supervisiona programas que garantam ao casal uma preparação completa para o parto e para a parentalidade responsável, de encontro à legislação nacional e internacional na área de Saúde Materna e Obstétrica. Também se pode ler na Diretiva 80/155/CEE do Conselho Europeu de 21/1/80 que tem como objetivo a coordenação de disposições legislativas, regulamentares e administrativas relativas ao acesso às atividades de parteira e ao seu exercício. Ainda uma outra Diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7/09/2005, reconhece estas como suas qualificações profissionais.

O objetivo geral do EESMO ao ministrar um CPPN passa por capacitar a mulher/casal para uma vivência e experiência de parto gratificante e responsável. Desta forma, a preparação para o nascimento consiste num “programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação ativa no processo de parto” (Couto, 2003). Estes cursos têm como objetivos específicos entre outros:

- Proporcionar à grávida toda a informação necessária sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido;
- Conhecer o próprio corpo e suas formas de resposta;

- Proporcionar o encontro com outras mulheres na mesma situação;
- Dar ao futuro pai a informação e os conselhos necessários para que em todos os momentos, incluindo o do parto, possa sentir-se como um participante ativo;
- Proporcionar uma visita ao local onde prevê que irá decorrer o parto de forma a conhecerem o espaço físico, procedimentos e a equipa prestadora de cuidados;
- Reduzir ao mínimo a dor (técnicas de respiração, relaxamento...);
- Vencer a ansiedade e o medo para que a dor física não seja ampliada pela angústia.

Além dos demais objetivos, ajudar a mulher/casal a vencer a ansiedade e o medo, muitas vezes ampliados pela angústia, representa um enorme desafio para o EESMO, pela subjetividade inerente a esses sentimentos e cognições, como o medo de que algo corra mal durante o parto, o medo da falta de controlo, da dor, do desconhecido, de estar sozinha e medo pelo bebé. Segundo Frias & Franco, (2008) estes medos iniciam um círculo vicioso, medo-ansiedade-dor, que pode comprometer de forma negativa o desenvolvimento do TP, transformando um processo natural e fisiológico, numa experiência dolorosa e negativa.

Os cursos de preparação para a parentalidade surgiram assim no seguimento destes fatos. Ao constatar-se uma correlação entre tensão, medo da dor e do risco inerente ao parto, associado ao desconhecido provocado pelo ambiente hospitalar, e a dificuldade da mulher no parto, surgiu a necessidade de centrar a intervenção não só na resolução de problemas físicos, como também numa vertente psicológica (Couto, 2003). Também Guerra, Braga, Quelhas, & Silva, (2014), preocupados com os fatores psicológicos e mentais envoltos à maternidade, caracterizam a gravidez como um período crítico, em que fatores de risco concorrem para o comprometimento das capacidades parentais e que podem entre outros fatores de risco contribuir para o desenvolvimento de perturbações mentais maternas. Para tal a WHO (2018) estabelece recomendações relativamente à promoção da saúde mental materna para os profissionais:

1. Identificação e manejo precoces dos distúrbios de saúde mental materna;
2. Implementação de estratégias para a promoção do bem-estar psicológico das mães durante a gravidez e após o parto.

Estas recomendações visam a prevenção de distúrbios mentais que podem emergir no processo da gravidez e do pós-parto. Também a DGS (2006), a partir de um manual de orientação para os profissionais de saúde com vista ao mesmo objetivo, orienta para a implementação de boas práticas para o acompanhamento das grávidas e recentes mães a fim de promover e preservar a saúde mental na gravidez e após o parto. Recomenda também que os profissionais de saúde que contactam com grávidas, bebés e pais adquiram um conhecimento atualizado sobre os aspetos da saúde mental da gravidez e primeira infância, de forma a promoverem o desenvolvimento de fatores protetores e que intervejam precocemente nas situações problemáticas a partir das seguintes intervenções:

1. Avaliação e diagnóstico precoce (durante a gravidez);
2. Possibilidade de utilização de escalas;
3. Intervenção preventiva;
4. Apoio à grávida/puérpera em situação de risco;
5. Articulação entre serviços;
6. Intervenção terapêutica precoce para prevenir repercussões graves na interação mãe-bebé;
7. Psicofarmacologia (DGS, 2006).

Segundo a OE (2016), os EESMO têm competência para elaborar e implementar os CPPN, tendo em conta as necessidades da sua população alvo. De acordo com a legislação em vigor (Lei 9/2009 de 4 de março; Regulamento 127/2011 de 18 de fevereiro do REPE), o EESMO tem competências no que concerne à assistência à grávida, puérpera e ao recém-nascido que vão desde consultas de assistência pré-natal, e do puerpério e recém-



nascido, à implementação de Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade e Cursos de Recuperação Pós-Parto. Para o desenvolvimento destas competências, é necessário que o EESMO tenha um domínio total, um nível elevadíssimo de conhecimentos e competências teóricas, práticas, científicas e relacionais. Adicionalmente, requer uma atualização permanente de conhecimentos, prontidão, disponibilidade, sensibilidade, segurança e capacidade de avaliação da informação transmitida.

Nos CPPN, os EESMOS optam por diversos métodos adequados às características dos seus grupos alvo, ou por preferência da equipa. Existem diversos métodos de preparação para o parto e parentalidade que se unem todos pela sua finalidade, apresentando como denominadores comuns:

- o relaxamento;
- a descontração muscular e padrões respiratórios adequados;
- estratégias com vista a eliminar os estímulos da dor-tensão/ansiedade-medo.

O objetivo é interromper o círculo medo-ansiedade-dor em busca da promoção de uma vivência plena da parentalidade e aumento dos níveis de satisfação da mulher/casal. Esta abordagem, a partir de técnicas físicas e psíquicas prepara a mulher/casal para que possam intervir ativamente nas diferentes fases de TP, amamentação e ainda outros aspetos tais como a sexualidade na gravidez, direitos dos pais, contraceção e a DPP (Couto, 2003; Frias & Franco, 2008).

## **POPULAÇÃO E AMOSTRA**

### **Caracterização Geral das Amostras**

No presente capítulo, será realizada a descrição da população das grávidas alvo da intervenção do estágio profissional, assim como do estudo realizado para identificar o MP na forma de expectativas no período pré-natal das mesmas. Pretende-se também fazer a descrição da população relativa aos profissionais de saúde e a descrição do estudo realizada a esse grupo. Este projeto engloba dois grupos populacionais, um constituído por grávidas e outro por profissionais de enfermagem, enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia (EESMO). O primeiro grupo é constituído pelas grávidas que utilizam os serviços de obstetrícia do CHUAP. O segundo grupo populacional diz respeito aos enfermeiros neste caso apenas os EESMO prestadores de cuidados no referido hospital. O acesso aos dois grupos populacionais para a recolha dos dados realizou-se no período do estágio final da mestranda.

Assim, a população serão as utentes do serviço de Obstetrícia do CHUAP sendo a população alvo as grávidas e por fim a amostra será, como acima referido as grávidas que se encontravam no momento a frequentar consultas pré-natais do 3º trimestre referenciadas para a visita hospitalar e/ou a frequentar APPP na mesma instituição, no período de 28 de abril a 21 de junho de 2018.

No que concerne ao segundo grupo populacional, uma amostra também não probabilística accidental, uma amostra aleatória simples em que os elementos tinham a mesma hipótese de serem escolhidos (Fortin, 2009). Assim podemos indicar como a nossa população os EESMO do CHUAP, a população alvo aqueles que lecionam aulas no CPPP da mesma instituição e a amostra aqueles que se encontram a desempenhar funções no período de 28 de abril a 21 de junho de 2018. Quando é definida a população em estudo devemos ter em conta os critérios de inclusão, isto é, as características essenciais dos

elementos da população (Fortin, 2009). Para o primeiro grupo populacional estariam incluídas as grávidas que se encontravam no momento a frequentar consultas pré-natais do 3º trimestre e/ou a frequentar APPP na mesma instituição no período de 28 de abril a 21 de junho de 2018, sendo excluídas aquelas que não sabiam ler e escrever português. Relativamente ao segundo grupo populacional estariam incluídos apenas aqueles que se encontravam a lecionar aulas no CPPN no período de 28 de abril a 21 de junho de 2018.

### **População/Amostra de Grávidas**

Segundo o critério de Krejcie e Morgan (1970), a amostra deveria atingir um nível de significância de 95%. Por falta de dados estatísticos relativamente ao número de grávidas que compareceram á consulta de referenciação do 3º trimestre no mesmo período em 2017, não se conseguiu aferir sobre o número espectável para a amostra. Relativamente ao número de grávidas que participaram no mesmo período no CPPN do CHUAP, o tamanho da amostra atingiu os 100% de significância. No período de recolha de dados o número total de grávidas foi de 41 indivíduos.

Para realizar o presente projeto foram realizadas algumas atividades. Assim inicialmente existiu uma apresentação informal do Projeto de estágio dirigida às duas EESMO responsáveis pelo CPPN do CHUAP. Foram também aplicados questionários às mesmas, no sentido de identificar se estariam a ser colocadas em prática condutas com vista à promoção do parto sem medo, prevenindo a DPP no CPPN e a sua pertinência.

A colheita de dados foi efetuada tendo em conta dois questionários, primeiro o *QMPP*, uma versão traduzida e adaptada culturalmente para a população portuguesa do questionário de autor *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire W-DEQ* – versão A, para avaliação do MP nas grávidas na forma de expectativas (Wijma, Wijma & Zar, 1998 citado por Loureiro, 2013), uma escala composta por 33 itens de autopreenchimento que somados determinaram o nível de MP na amostra, através do *score* total do *QMPP*. Esta escala permitiu também inferir sobre os seus 4 domínios: *Sentimentos de*

*desalento, Sentimentos de vulnerabilidade, Sentimentos de falta de controlo* e por último *Preocupações com o filho* na forma de expectativas das grávidas anteparto. A autorização para a utilização do referido questionário foi solicitada aos seus autores, tendo sido concedida (Apêndice D).

Segundo Fortin (2009), quando é aplicado um questionário o investigador deve sempre verificar se o instrumento de colheita de dados é fiel e válido. Para verificar a validade e fiabilidade foi aplicado o *Alpha de Cronbach*, que no caso do presente questionário, tendo em conta os 41 casos analisados, este valor é de 0,89, tendo em conta os 33 itens que fazem parte do *QMPP*, o que lhe confere uma boa consistência ou seja, uma fiabilidade boa pois quanto mais próximo o valor é de 1 mais alta é a fiabilidade da escala (Pestana & Gageiro, 2014).

De forma a ir ao encontro dos objetivos do estudo, determinamos o nível de MP na amostra, através do *score* total do *QMPP*. Para tal recorreremos às medidas de tendência central e de dispersão, apresentadas na tabela 1.

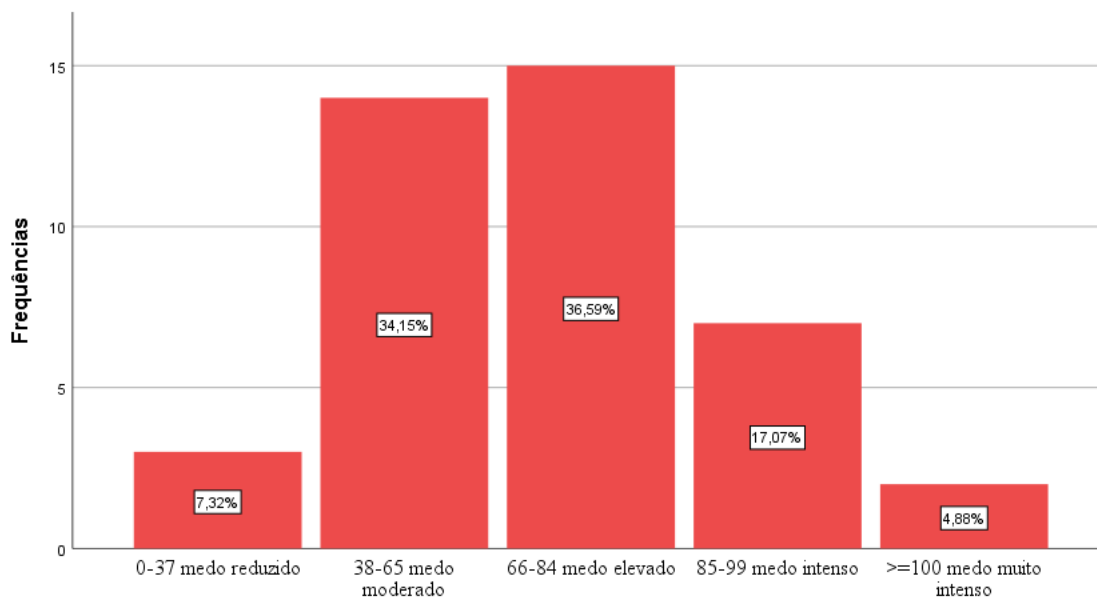
**Tabela 1: Medidas de tendência central e de dispersão do QMPP**

Fonte: Dados do QMPP analisados em plataforma SPSS

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda (Mo)	Variância	Desvio Padrão
QMPP	41	28	129	68	Menor 70 e Maior 86	444	21

Como podemos observar na tabela, o MP das participantes no estudo varia entre um valor mínimo de 28 e máximo de 129, apresentando uma média de 68 (DP=21). No estudo original, Wijma e colaboradores (1998) referem que o MP avaliado através do somatório dos *scores* do W-DEQ varia entre 0 e 165, sendo que quanto maior o *score*, maior o MP. Tendo em conta a classificação de Zar, Wijma e Wijma (2001), e também a classificação

de Niemen, Stephansson e Ryding, (2009) baseados em Waldentrom, Hildingsson e Ryding, (2006), de forma a discriminar melhor os níveis de MP elevado, podemos observar que a média da amostra (68) se encontra classificada como medo elevado.



**Figura 2: Gráfico de níveis de medo do parto observados na amostra**

Fonte: Dados do QMPP analisados em plataforma SPSS

Observando o gráfico da figura 1 podemos verificar que apenas 7,32% das grávidas apresentou MP reduzido, e opostamente, e com uma percentagem inferior dos casos 4,88% apresentaram medo muito intenso do parto; apesar da baixa percentagem ainda assim houve 2 num total de 41 casos. Com percentagens idênticas o medo moderado e o medo intenso lideraram a tabela, com uma maior expressão no medo elevado com 36,59% das grávidas e com menor percentagem 34,15% a apresentarem níveis de MP moderados.

Tal como Loureiro, (2013) optámos por agrupar os diferentes itens e designá-los como domínios do constructo a medir, MP. Assim ao domínio 1 denominámos *sentimentos de desalento*, ao domínio 2 *sentimentos de vulnerabilidade*, ao domínio 3 *sentimentos de falta de controlo* e por fim ao domínio 4 *preocupações com o filho*.

## Dimensão 1 – Sentimentos de desalento

Tendo em conta a classificação dos sentimentos e cognições das grávidas numa escala de Likert de 0 a 5 valores (em que as pontuações foram invertidas para as questões positivas em relação ao MP), as que menos contribuíram para o *score* de MP com 0 na escala face a esses sentimentos/cognições foram: *sentir-se abandonada no TP* e *sentir-se isolada no TP*. Por outro lado, as questões que receberam uma pontuação mais alta na mesma escala com 5 pontos foram: *sentir-se só no TP* e *sentir-se nada orgulhosa no TP* com 22% e 14,6% respetivamente. A média das respostas dadas aos diferentes itens variou entre 0,71 e 2,37 pontos atribuídos, com a média mais alta a corresponder à resposta à questão: *como se vai sentir no TP – Extremamente/Nada Contente*. Foi também esta questão a que obteve a Mo maior, tendo a maior parte das grávidas respondido 4 (mais próximo de nada contente). Já a Mo menor encontrada na dimensão *sentimentos de desalento* foi 0.

**Tabela 2: Sentimentos de Desalento \*questões com sentido invertido**

Fonte: Dados do QMPP analisados em plataforma SPSS

Item	N=41	Média	Moda		Mínimo		Máximo	
			Valor	%	Valor	%	Valor	%
<i>Como se vai sentir no TP -Nada/Extremamente Só*</i>		1,98	0	41,5%	0	41,5%	5	22%
<i>Como se vai sentir no TP - Nada/Extremamente Isolada*</i>		1,12	0	43,9%	0	43,9%	5	2,4%
<i>Como se vai sentir no TP -Nada/Extremamente Desolada*</i>		1,32	0	34,1%	0	34,1%	5	4,9%

<i>Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Con- tente</i>	2,37	1 e 4	19,5%	0	14,6%	5	9,8%
<i>Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Or- gulhosa</i>	2,24	1	26,8%	0	17,1%	5	14,6%
<i>Como se vai sentir no TP - Nada/Extremamente Abandonada*</i>	0,71	0	65,9%	0	65,9%	5	2,4%
<i>Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Feliz</i>	1,73	1	31,7%	0	24,4%	5	7,3%
<i>O que vai sentir durante o TP - Nenhuma/ Extrema Falta de esperança*</i>	1,29	0	31,7%	0	31,7%	5	2,4%
<i>O que vai sentir durante o TP -Extremo/ Nenhum Desejo de ter a criança</i>	1,20	0	46,3%	0	46,3%	5	7,3%

## Dimensão 2 – Sentimentos de vulnerabilidade

Na dimensão que concerne aos *sentimentos de vulnerabilidade* o valor da média sobe entre 2,41 e 3,77 e são maioritariamente as respostas que correspondem ao valor 3, que apesar de se encontrar a meio da escala de zero a cinco está mais próximo do extremo do sentimento/cognição negativo. Destaca-se a forma como a grávida pensa que se irá sentir: *extremamente/nada fantástica no TP* com 46,3% das grávidas a atribuírem 3 valores e ainda, se acha que permitirá ou não *que o corpo assuma o controlo quando o TP for mais intenso* com 48,8% também a atribuírem um valor mais perto do 5 que do 0. Ainda se pode observar nesta dimensão que o item que demonstra menor intensidade negativa (0 pontos e a liderar com apenas 12,2 % em relação aos outros itens) face a um sentimento/cognição é: *pensar que o TP irá ser extremamente/nada fantástico inversamente*

aos 17,1% da amostra que atribuiu 5 pontos à forma como se irá sentir *extremamente dependente no TP*.

**Tabela 3: Sentimentos de Vulnerabilidade**

Fonte: Dados do QMPP analisados em plataforma SPSS

Item	N=41	Média	Moda		Mínimo		Máximo	
			Valor	%	Valor	%	Valor	%
<i>O que vai sentir durante o TP -Muita/ Nenhuma Confiança nos outros</i>		2,68	3	29,3%	0	4,9%	5	9,8%
<i>Como irá ser o TP -Extremamente/ Nada Fantástico</i>		2,73	3	46,3%	0	12,2%	5	7,3%
<i>Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Forte</i>		2,85	3	36,6%	0	9,8%	5	12,2%
<i>Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Confiante</i>		2,80	3	31,7%	0	7,3%	5	12,2%
<i>Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Segura</i>		2,83	3	34,1%	0	9,8%	5	9,8%
<i>Como se vai sentir no parto- Independente/ Dependente</i>		3,37	3	41,5%	0	2,4%	5	17,1%
<i>Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Calma e serena</i>		2,83	3	43,9%	0	7,3%	5	7,3%
<i>Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Relaxada</i>		2,95	3	39%	0	4,9%	5	9,8%
<i>O que vai sentir durante o TP -Extrema/ Nenhuma Autoconfiança</i>		2,41	3	41,5%	0	7,3%	5	4,9%



<i>O que vai acontecer quando TP for mais intenso – Permitirei/ Não permitirei que o meu Corpo assumo o controlo</i>	2,98	3	48,8%	0	2,4%	5	9,8%
<i>Como vai sentir o momento do parto -Extremamente/ Nada Agradável</i>	2,98	4	36,6%	0	2,4%	5	4,9%
<i>Como vai sentir o momento do parto- Extremamente/ Nada Natural</i>	2,49	3	26,8%	0	4,9%	5	4,9%
<i>Como vai sentir o momento do parto -Exatamente/ Nada Como deveria ser</i>	2,41	3	26,8%	0	7,3%	5	4,9%

### Dimensão 3 - Sentimentos de falta de controlo

No que concerne à dimensão *sentimentos de falta de controlo*, a média mais alta encontrada com 2,66 valores correspondeu ao valor atribuído à perspectiva da dor que a grávida pensa que irá sentir durante o TP (nenhuma/ extrema dor). Apesar de um maior número de grávidas ter dado 2 valores à maior parte das questões deste grupo; podemos verificar que a questão que menos contribuiu para o aumento do *score* do MP foi *sentir-se fraca no parto*, com 31,7% das grávidas a posicionar-se na resposta *nada fraca* (0 valores). Inversamente as questões relacionadas com o pânico e a dor sentidos no momento do parto foram as que mais contribuíram para o aumento do *score* total do MP, com 4 e 5 valores atribuídos por 12,2% da amostra respetivamente.

**Tabela 4: Sentimentos de Falta de Controlo**

Fonte: Dados do QMPP analisados em plataforma SPSS

Item	N=41	Média	Moda		Mínimo		Máximo	
			Valor	%	Valor	%	Valor	%
<i>Como vai sentir o momento do parto – Nada/Extremamente Perigoso*</i>		1,49	0;1e2	26,8%	0	26,8%	4	9,8%
<i>Como irá ser o TP- Nada/Extremamente Assustador*</i>		1,98	2	31,7%	0	19,5%	5	2,4%
<i>Como se vai sentir no TP- Nada/ Extremamente Ame-drontada*</i>		1,51	2	29,3%	0	24,4%	4	7,3%
<i>Como se vai sentir no parto – Nada/ Extremamente Fraca*</i>		1,41	2	39%	0	31,7%	4	4,9%
<i>Como se vai sentir no TP – Nada/Extremamente Tensa*</i>		1,88	1e2	26,8%	0	17,1%	5	2,4%
<i>O que vai sentir durante o TP – Nenhum/ Extremo Pânico*</i>		1,71	2	41,5%	0	17,1%	4	12,2%
<i>O que vai sentir durante o TP – Nenhuma/ Extrema Dor*</i>		2,66	2	29,3%	0	2,4%	5	12,2%
<i>O que vai acontecer quando TP for mais intenso - Comportar-me-ei Nada /Extremamente mal*</i>		1,41	2	43,9%	0	22%	4	4,9%
<i>O que vai acontecer quando TP for mais intenso –Perderei Nada/ Todo o controlo de mim mesma*</i>		1,29	1	31,7%	0	29,3%	4	4,9%

Dimensão 4 – Preocupações com o filho

No que diz respeito aos itens da última dimensão estudada as *preocupações com o filho*, a Mo foi 0 valores e a média variou entre 1,27 e 1,59 valores apenas. Uma considerável percentagem das grávidas 43,9% respondeu que nunca imaginou, no último mês, que o filho ficasse ferido no TP, apenas 4,9% referiram ser muito frequente. Também pensar que o bebé morra durante o TP não teve grande expressão, com apenas 2,4% a referirem ser muito frequente (5 valores na escala de Likert).

**Tabela 5: Preocupações com o filho**

Fonte: Dados do QMPP analisados em plataforma SPSS

Item	N=41	Média	Moda		Mínimo		Máximo	
			Valor	%	Valor	%	Valor	%
<i>Imaginou que o bebé vai morrer- Nunca/ Muito frequentemente</i>		1,59	0	36,6%	0	36,6%	5	2,4%
<i>Imaginou que o bebé vai ficar ferido- Nunca/Muito frequentemente</i>		1,27	0	43,9%	0	43,9%	5	4,9%

Por último foi aplicado um segundo questionário (Apêndice E), cuja primeira parte dizia respeito aos dados sociodemográficos e obstétricos das grávidas, realizado com o intuito de obter uma caracterização completa da amostra e compreender se existiam algumas características comuns que pudessem influenciar nas respostas relativas às expectativas de MP das grávidas. E numa segunda parte um conjunto de questões criadas especificamente para avaliar o impacto das intervenções *SP* e *guia: Parto sem Medo - prevenindo a Depressão Pós-parto*, num total de 20 itens.

Os referidos questionários foram entregues às grávidas acompanhados pelo consentimento informado e entregues no fim da *SP* e entrega do referido *guia*, elaborado pela mestranda.

A amostra relativa às grávidas como descrito anteriormente foi constituída por 41 grávidas, onde de uma forma sociodemográfica podemos afirmar que estas apresentam, idades compreendidas entre os 25 e os 38 anos, onde a Mo se situa nos 29 anos com 12,2 % dos casos. A maior parte das grávidas encontram-se numa união de facto, representado 43,9%, sendo que apenas 24,4% estão casadas e as restantes 31,7% ainda solteiras. A maior parte estudou até ao 12º ano de escolaridade com 41,5%, sendo que no mínimo completaram o 9º ano. Um número considerável de grávidas são domésticas de profissão com uma percentagem de 29,3% dos casos, apenas 4,9% se encontram desempregadas e as restantes 65,8% das grávidas desempenham variadas profissões sobretudo técnicas ou licenciadas.

**Tabela 6: Caracterização Sociodemográfica da amostra da população de grávidas**

Fonte: Dados do Sociodemográficos analisados em plataforma SPSS

Caracterização Sociodemográfica	Grávidas (N=41)
Idade	<ul style="list-style-type: none"><li>• 25 – 38 anos de idade;</li><li>• Mo 29 anos de idade.</li></ul>
Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"><li>• 13 Solteiras;</li><li>• 10 Casadas;</li><li>• 18 União de Facto;</li><li>• 0 Divorciadas.</li></ul>
Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2, 3º Ciclo (até 9º ano);</li><li>• 18, Secundário (até 12º ano);</li><li>• 17, Ensino Superior;</li><li>• 4, Ensino Pós-graduado.</li></ul>
Profissão	<ul style="list-style-type: none"><li>• 12 Domésticas;</li><li>• 2 Desempregadas;</li><li>• 15 Exercem cursos intermédios e técnicos;</li><li>• 12 Exercem Licenciatura ou Pós-graduação.</li></ul>

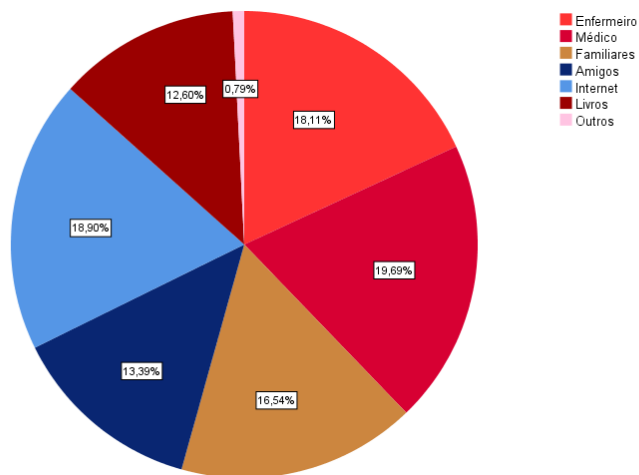
No que concerne à caracterização obstétrica, a maioria das grávidas encontra-se grávida pela primeira vez 61% dos casos, 34% estavam a vivê-lo pela segunda vez e 4,8% estavam grávidas pela terceira ou quarta vez e tinham em média 33 semanas de gravidez e com Mo de 35 semanas. Assim a grande maioria (78%) dos casos, ainda não tinham passado por nenhum parto e 22% já o tinham vivenciado pelo menos uma vez. Dentro das 16 grávidas que já haviam parido, a maior parte com 5 casos passaram por um parto eutócico e apenas 1 caso foi parto distócico por ventosa e 3 por cesariana.

Assim na amostra presente podemos constatar que a totalidade da amostra, 41 grávidas se encontravam a vigiar a gravidez dentro do número de consultas desejado.

Em relação à frequência de CPPN, segundo o parecer nº4/ 2016 da OE estes têm como principal objetivo, desenvolver competências na grávida e na sua família relativas à vivência da gravidez, parto e na transição para a parentalidade, a maioria 61% dos casos, já tinha participado pelo menos em quatro APPP, com 24 casos 58,5% a referir já terem abordado o tema MP e a DPP. Apenas 4 grávidas ainda não tinham iniciado o CPPN, apesar de já inscritas, com 9,8% dos casos, contra 90,2%.

Quando imaginam o TP, maioria das grávidas (92,7%) afirma acreditar que o marido/companheiro vai ser o seu grande e único suporte, 2,4% pensam que não terão o apoio de ninguém contando apenas com elas próprias.

Das 41 grávidas apenas 17,1% admitem não procurar informação acerca do parto e as restantes referem como as principais fontes de informação utilizadas: o médico, a internet, o enfermeiro e os familiares entre outros, tendo em conta o carácter múltiplo da resposta.



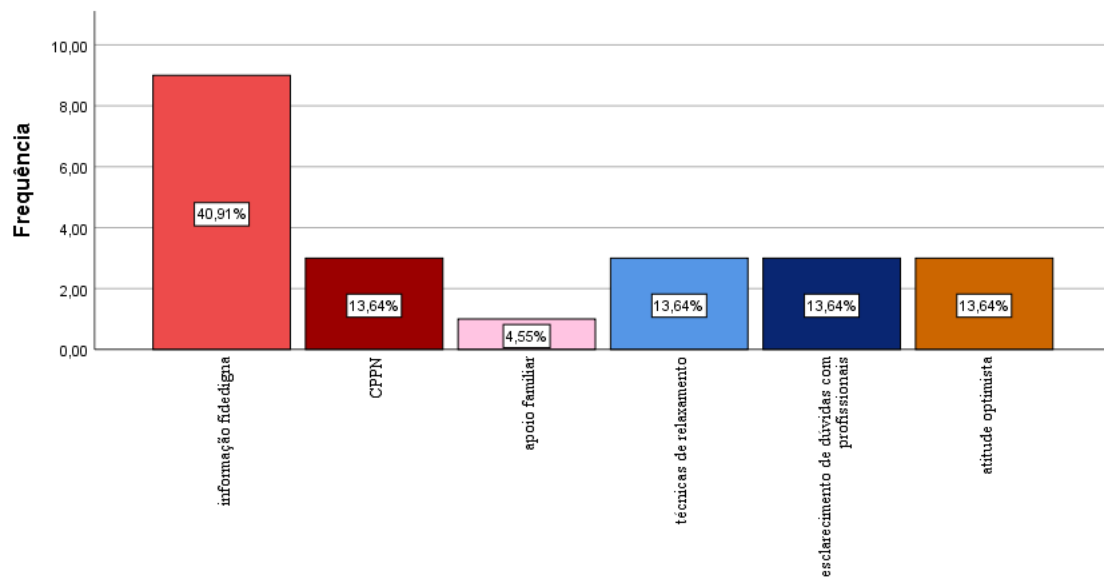
**Figura 3: Gráfico de representação relativa das fontes de informação utilizadas acerca do parto**

Fonte: Dados do questionário às grávidas pós intervenção analisados em plataforma SPSS

Em relação ao grupo de questões colocadas pós intervenção e com o objetivo de avaliar e de tirar mais inferências relativamente ao fenómeno MP e suas consequências, a maioria da amostra das grávidas (76%) refere saber identificar se tem ou não MP, mas menos de metade, 43,9% (N=41) implementa estratégias para prevenir, diminuir ou transformar o MP. Dentro das 34,1% das grávidas que identificou as estratégias que implementa 40,91% (máximo) recorre a informação fidedigna entre outras estratégias, tendo em conta o carácter múltiplo das respostas. Apenas 13,64% identifica o CPPN como uma estratégia válida apesar de o frequentar e a estratégia menos referida foi o apoio familiar com apenas 4,55%.

Quando questionadas em relação à pertinência do *QMPP*, 58,5% considera que o mesmo representa um instrumento que permite detetar precocemente o MP no período pré-natal, apenas uma pequena percentagem 9,8% refere o contrário e as restantes ou não sabem ou não respondem. Também na sua opinião a maioria (78%) concorda que a prática do EESMO irá prevenir transtornos de saúde na díade mãe-bebé a partir da implementação de uma metodologia que procure identificar, prevenir, diminuir ou ainda transformar

o MP, apenas 2,4% não está de acordo. Por fim quanto à última questão: se acha que intervindo no MP no período pré-natal previne de alguma forma a DPP, a maioria das grávidas (80,5%) está certa de que sim, 2,4% responde que não, e as restantes não sabem ou não respondem.



**Figura 4: Gráfico de estratégias que implementa para prevenir diminuir ou transformar o medo o parto**

Fonte: Dados do questionário às grávidas pós intervenção analisados em plataforma SPSS

## População/Amostra de Enfermeiros Especialistas

Relativamente à amostra de EESMO esta correspondeu à totalidade da população, uma vez que abrangeu as duas únicas EESMO que lecionam no CPPN da instituição. Esta amostra apresentou uma média de idades de 59 anos, sendo a sua totalidade do sexo feminino. No que concerne à sua experiência profissional como enfermeiros, a totalidade referiu 37 anos, porém em relação à experiência como EESMO os valores variaram entre

28 e 30 anos de experiência. Apenas metade da amostra refere saber identificar uma grávida com MP, contudo nenhuma inquirida assume utilizar algum instrumento para a sistematização diagnóstica do mesmo. Já em relação à implementação de intervenções de enfermagem para prevenir, diminuir ou transformar o MP, metade dos inquiridos assume fazê-lo através do CPPN que leciona, já a outra metade não identifica qualquer intervenção. A totalidade da amostra concorda que as mesmas intervenções previnem transtornos de saúde na díade mãe-bebé. Também concorda que a intervenção no MP no período pré-natal previne de alguma forma a DPP.

### **Estudos Sobre a Intervenção com a População**

Durante o estágio de Natureza profissional apostou-se no aumento do conhecimento, pretendendo prestar cuidados de enfermagem especializados, de qualidade e excelência, para isso várias pesquisas foram realizadas.

Procurando fundamentar e dar resposta à intervenção realizada, assim como de enriquecer o conhecimento da problemática em estudo e apresentar mais elementos sobre a relação entre o MP e a DPP, foi realizada uma revisão de literatura científica através do levantamento de artigos que procurassem estabelecer essa relação. A busca de trabalhos publicados no período de Outubro a Novembro de 2017 foi realizada nas bases de dados EBSCOhost, b-On, Scielo e APA PsycNET. Foram selecionados estudos escritos em português e inglês, que utilizaram o método quantitativo, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) para avaliar a depressão e diferentes medidas de avaliação do medo do parto. Identificaram-se 8 artigos, realizados em 7 países. Foram examinados, além da associação com o medo do parto, o número, a idade das participantes, scores da EDPE e outros fatores relacionados com a ocorrência de depressão. Na generalidade dos autores que nos falam de MP e DPP, episódios depressivos são caracterizados por diminuição do humor, redução dos níveis de energia e de atividade, dificuldade de concentração e de experi-



mentar prazer em situações normalmente consideradas agradáveis. Podendo ser acompanhados de problemas de sono, cansaço acentuado, diminuição da autoestima e sentimentos de culpa (OMS, 2007). Embora não haja unanimidade total entre os autores a respeito da conceptualização de DPP, em geral, considera-se que esta apresenta características semelhantes às de outros quadros depressivos (Santos et al, 2009), com o agravante de ocorrer num período especialmente vulnerável para a mãe e importante para o desenvolvimento do bebé, por se tratar dos seus primeiros meses de vida. Constitui-se, portanto, em motivo de estudos de diversas áreas de conhecimento, principalmente daquelas que dizem respeito à saúde física e psicológica da mulher, da criança e da família.

Em relação à associação entre fatores de risco e DPP, existem revisões publicadas que indicam a importância de vários fatores de proteção para o desenvolvimento da DPP (O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wellington, & Stewart, 2004; Aliane, Mamede, & Furtado, 2011), contudo, nenhuma dessas revisões teve por objetivo destacar especificamente a importância da relação entre o medo do parto e a DPP, que constituiu o foco do presente projeto de estágio. Aprofundar sobre essa relação mostra-se relevante, pois a falta de identificação e de projetos com vista à redução do MP, são fatores de risco sobre os quais é possível intervir precocemente, tanto no sentido de a própria grávida e família terem mais apoio, reduzindo as complicações e comorbilidades associadas ao medo do parto, quanto para os serviços de saúde programarem ações específicas nessa direção.

Observou-se nestes estudos, que o MP apesar de não estar maioritariamente presente nas mulheres, representou um fator de risco para o desenvolvimento de problemas psiquiátricos, nomeadamente e mais grave, a DPP. Assim o MP está associado a repercussões negativas à vida psíquica da mulher e da família. Os mesmos estudos concluem, que a ocorrência de MP não é determinante, por si só, para o desenvolvimento de depressão no período perinatal, ou ocorrência de DPP ou ainda outros transtornos depressivos, pois depende da presença ou não de outros fatores associados. Apesar desse facto, os estudos sugeriram que existe relação entre o MP e a alteração da saúde mental da mulher, ainda

na gravidez e no pós-parto, nomeadamente a DPP. Observou-se também, que na gravidez o aumento da prevalência do MP estava intrinsecamente relacionado, com a presença de depressão pré-natal (Storksen, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel & Eskild, 2012). O estudo de Gowri, Jaju & Al Kharusi (2015), sugeriu que as mulheres grávidas pela primeira vez, com depressão, tinham ao mesmo tempo MP de algum tipo. Um outro estudo, realizado por Nordeng, Hansen, Garthus-Niegel, & Eberhard-Gran (2012), acrescentou mais acerca desta relação, demonstrando que as variáveis psicológicas tinham um papel fundamental em prever o MP. Este foi também associado ao aumento do uso de medicação psicotrópica, sugerindo por isso alteração da saúde mental da mulher no período pré e pós-parto. Uma outra associação foi sugerida pelo estudo de Alipour, Lamyian, & Hajizadeh (2012), em que o estado pré-natal e a ansiedade características da gravidez, se revelaram importantes preditores da DPP. Outros transtornos depressivos, relacionados com o pós-parto, foram associados, entre outros, a dificuldades emocionais durante o período de gravidez (Shlomi Polachek, Dulitzky, Margolis-Dorfman & Simchen, 2016).

Observou-se ao longo da revisão de artigos efetuada, que apesar de poucos estudos se debruçarem na problemática em estudo especificamente, importantes contributos foram sugeridos, acrescentando valor à temática e contribuindo para melhorar o problema. Molgora et al. (2017), por exemplo, sugere a partir do seu estudo, a importância de diferenciar níveis baixos, de intensos níveis de MP, a fim de promover intervenções de suporte adequadas para o prever. Corroborando a mesma ideia, também Alipour et al. (2012), sugere que o estado pré-natal e a ansiedade devem ser rastreados rotineiramente, a fim de desenvolver intervenções preventivas específicas com vista à prevenção da DPP. Fenwick et al. (2015), sugere que a identificação de mulheres em risco antes do parto, representa uma medida com potencial para prevenir ou minimizar transtornos depressivos no pós-parto, em mulheres com MP. Numa visão mais intervencionista, o mesmo autor, apela à psicoeducação a grupos de grávidas, defendendo que desta forma, ocorrerá uma diminuição da probabilidade de as mulheres experimentarem estados de angústia após o nascimento. Salienta que a psicoeducação para mulheres com MP, apresenta benefícios

clínicos para o nascimento atual e para as expectativas de futuras gravidezes. A participação neste tipo de grupos, é também sugerida por Rouhe et al. (2015), que a partir do seu programa psicoeducativo direcionado ao relaxamento, como forma de prevenção da DPP, apresenta resultados num melhor ajuste materno, experiência de parto menos terrível, e menos sintomas depressivos pós-parto, em comparação com os cuidados convencionais.

Os resultados dos diferentes estudos mostraram assim, que o MP apesar de conhecido, é poucas vezes abordado pelos profissionais de saúde de uma forma estruturada. Não é um evento raro e pode trazer consequências negativas para a vida da mulher e da família, por estar relacionado com estados depressivos anteriores ao parto, ou despoletar ainda outros, e também por estar associado a comorbilidades futuras no pós-parto, nomeadamente a DPP. Sugerem que, para que o MP e a depressão a ele associada sejam evitados desde a gravidez, se deva colher uma cuidadosa história da mulher, com relação às suas expectativas, medos e estratégias de coping, assim como aprofundar a relação a complicações em partos anteriores, e transtornos psiquiátricos prévios. Sugere-se assim que se devam criar grupos de psicoeducação pré-natal, com intervenções para tentar reduzir e prevenir o MP.

---

## PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

Como qualquer projeto de intervenção este também surgiu de uma preocupação e inquietação da parte dos seus autores. Ao longo do percurso académico e profissional da mestranda, houve uma consciencialização de que os processos mentais e psicológicos envolvidos à maternidade pareciam estar intrinsecamente ligados a determinados desfechos. A saúde mental da grávida e puérpera pareceu ser muitas vezes esquecida, só se atando quando existia patologia devidamente identificada, ou danos subsequentes, com pouco investimento ao nível da prevenção. Parece ter sido determinante para a mestranda o facto de esta ter no seu currículo experiência em saúde mental, nomeadamente em grupos de psicoeducação e ter lidado de perto com a depressão, e não muitas, mas algumas vezes, com a DPP. Também ao longo dos estágios com o acumular de experiências na preparação para o parto e TP, observando de perto os sentimentos e emoções que emergiam nessas fases de transição para a maternidade, pareceu determinante para escolha do tipo de intervenção a implementar.

Assim, a ideia deste projeto foi a de caracterizar as práticas recomendadas pela OMS nas suas diretivas de 2018, relativamente à promoção da saúde mental materna através da prevenção em grupos de grávidas. Após a avaliação do *score* do MP e da deteção da sua existência ou não, procurou-se atuar no sentido de o diminuir ou mesmo eliminar através da implementação de uma metodologia a integrar no CPPN. Através de uma *SP* pretendeu-se transmitir conhecimentos às grávidas em relação ao assunto, despertando-as para essa necessidade. Pretendeu-se também ensinar às mesmas *estratégias de coping* necessárias para lidarem com o problema através de um acompanhamento profissional de proximidade entre as mesmas e os EESMO.

Com as ferramentas adquiridas no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia a nível de competências e após as pesquisas efetuadas, emergiu então este

projeto ambicioso e inovador: “Parto sem Medo – Projeto para a Prevenção da Depressão Pós-Parto”.

Para a execução deste projeto de intervenção, foi utilizada uma metodologia de investigação diagnóstica de situação, sendo este um estudo exploratório descritivo. Foi delineado o tema do projeto de intervenção e elaborado o plano e cronograma do mesmo (Apêndice F), com vista à organização das atividades, e à sua organização cronológica. Foi também solicitada autorização à Comissão de Ética da Universidade de Évora, para a implementação do projeto, tendo-se obtido parecer favorável (Anexo 1).

### **Recrutamento da População-alvo**

Primeiramente foram realizados os devidos pedidos de autorização: ao concelho de administração e Comissão de Ética do CHUAP (Apêndice G) para a aplicação dos questionários, tendo obtido resposta e parecer positivos (Anexo 2), já no decorrer do projeto. Posteriormente foi feito também o pedido informal agora à enfermeira chefe do serviço da maternidade do CHUAP, para obtenção de permissão para a aplicação dos questionários. Foi pedida também a colaboração às colegas (formadoras no CPPN e responsáveis pela consulta externa de obstetrícia), para a divulgação do projeto e para entregarem às grávidas a participar.

Os EESMO e as grávidas foram convidados a participar e a estes foi explicado todo o projeto, assim como, fornecido o consentimento informado (Apêndice H). As grávidas e EESMO, através do consentimento informado livre e esclarecido, deram a sua autorização para participarem no estudo, assim como, deram à mestrande todos os deveres éticos de investigação a serem respeitados na apresentação dos resultados. O consentimento informado apresentado pressupõe ser livre e esclarecido e é indubitavelmente associado à compreensão e autonomia e segundo a direção geral de saúde (DGS) em 2013, pode ser feito oralmente ou por escrito. Aos EESMO foram entregues o questionário (Apêndice I)

e o consentimento em formato de papel e foi recolhido assim que preenchido. Os questionários *QMPP* aplicados às grávidas, após o consentimento informado e todas as dúvidas esclarecidas, foram deixados em suporte de papel às mesmas para autopreenchimento no CPPN, e ainda, nas consultas de referência hospitalar com o convite para participarem na *SP*. Aquelas que não o preencheram *à priori* fizeram-no no início da *SP*.

### **Objetivos da Intervenção**

Traçou-se para este projeto como objetivo geral: conhecer melhor a relação causa-efeito, entre o MP e a DPP, atuando no primeiro com vista à prevenção da DPP. De forma a complementar o objetivo geral foram criados os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar as condutas dos EESMO na promoção do parto sem medo como prevenção da DPP;
2. Caracterizar as práticas recomendadas pela OMS;
3. Criar um instrumento para os profissionais e grávidas, a aplicar no período pré-natal;
4. Avaliar o MP nas grávidas na forma de expectativas;
5. Transmitir estratégias de coping às grávidas para a prevenção da DPP através da intervenção no MP;
6. Identificar a presença de DPP nas puérperas.

Com a aplicação dos questionários aos EESMO a lecionar no CPPN do CHUAP, os resultados mostram que: estes assumiram não saber como identificar uma grávida com MP e que não utilizavam qualquer instrumento para a sua sistematização diagnóstica. Assim foi possível levantar esta necessidade, bem como, a de implementar as necessárias intervenções de enfermagem para diminuir este problema de saúde, já que os EESMO em estudo concordam que essas intervenções previnem transtornos de saúde da díade, e que atuando nos mesmos no período pré-natal se poderá prevenir de alguma forma também o

problema da DPP. A *SP* foi sendo construída de forma a colmatar estas necessidades. Segundo o parecer N.º 15/ 2016 da OE, cabe ao EESMO através das suas competências específicas a preparação para o parto à grávida, casal e família, permitindo aos mesmos a partilha, a expressão, e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes desta fase, num ambiente de grupo e de suporte mútuo. Também se pode ler que o EESMO é o profissional de saúde competente para a criação/implementação e realização de um CPPP.

## ANALISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Ao longo do projeto foram traçados objetivos tentando dar resposta à problemática em estudo. Foram também desenvolvidas competências paralelamente ao desenvolvimento das várias atividades do projeto. Neste capítulo irá realizar-se uma análise mais detalhada das intervenções planeadas.

Tendo em conta o primeiro e o segundo objetivos: identificar as condutas dos enfermeiros EESMO na promoção do parto sem medo como prevenção da DPP e caracterizar as práticas recomendadas pela OMS (2018) relativamente à promoção da saúde mental da grávida (com foco no MP e na DPP).

Atividades realizadas foram:

- Elaborado o questionário a aplicar aos profissionais;
- Validado o instrumento pela orientadora e coautora do projeto da ESESJD da UE;
- Pedida autorização para a aplicação dos questionários à direção do CHUAP;
- Aplicado o questionário e respetivo consentimento informado dentro do período da intervenção;
- Analisados os dados dos questionários.

**Tabela 7: Dados relativos ao questionário aos EESMO acerca da intervenção no MP**

Fonte: Dados do questionário aos EESMO analisados em plataforma SPSS

Item	N=2	Percentagem	
		Sim	Não
<i>Sabe identificar uma grávida com MP</i>		50%	50%
<i>Utiliza algum instrumento para sistematização diagnóstica do MP</i>		100%	0%



<i>Implementa intervenções de enfermagem para prevenir, diminuir ou transformar o MP</i>	50%	50%
<i>A implementação de metodologias que procuram identificar, prevenir diminuir ou transformar o MP na prática do EESMO irá prevenir transtornos de saúde na díade mãe-bebé</i>	100%	0%
<i>A intervenção no MP no período pré-natal previne de alguma forma a DPP</i>	100%	0%
<i>A intervenção no MP no período pré-natal previne de alguma forma a DPP</i>	100%	0%
<i>Quais as intervenções que implementa para prevenir, diminuir ou transformar o MP</i>	50% CPPN	0% Nenhuma

Procurou-se fazer uma análise diagnóstica da situação tendo em conta as práticas recomendadas pela OMS (2018). Os mesmos foram entregues em mão e em formato de papel e recolhidos assim que respondidos. Da análise dos resultados retiraram-se os seguintes dados: metade da amostra refere saber identificar uma grávida com MP, contudo nenhum inquirido assume utilizar algum instrumento para a sistematização diagnóstica do mesmo. Já em relação à implementação de intervenções de enfermagem para prevenir, diminuir ou transformar o MP, 50% dos inquiridos assume fazê-lo através do CPPN que leciona, já a outra metade não identifica qualquer intervenção apesar de também lecionar no CPPN da mesma instituição. A totalidade da amostra concorda que as mesmas intervenções previnem transtornos de saúde na díade mãe-bebé. Também concorda que a intervenção no MP no período pré-natal previne de alguma forma a DPP. Através do questionário aplicado foram obtidos dados relativos à importância que uma metodologia de abordagem ao MP teria, na visão destes EESMO para a intervenção no período pré-natal e com vista à prevenção de DPP subjacente.

Relativamente ao terceiro objetivo: criar um instrumento para os profissionais e grávidas a aplicar no período pré-natal.

Atividades realizadas foram:

- Elaboração do *Guia: Parto sem Medo – prevenindo a Depressão Pós-Parto*;

- Aplicação do instrumento.

A elaboração do *guia* foi realizada pela mestranda a partir de pesquisa bibliográfica, das recomendações da OMS (2018) relativamente à promoção da saúde mental materna e a partir das necessidades levantadas pelos EESMO, relativamente à intervenção no MP. Os mesmos foram entregues no final da *SP* às grávidas.

Relativamente ao objetivo: avaliar o MP nas grávidas na forma de expectativas através da aplicação do *QMPP*.

Atividades realizadas foram:

- Pedido formal escrito dirigido aos autores dos instrumentos para a sua utilização e aplicação;
- Explicado o contexto da aplicação do questionário de forma informal às grávidas e formal através da entrega do consentimento informado;
- Aplicado o questionário e respetivo consentimento informado dentro do período da intervenção;
- Analisados os dados dos questionários.

Após todos os pedidos de autorização para a utilização do *QMPP*, este foi aplicado aos vários grupos de grávidas no CPPN ou no início da *SP*. Foram entregues acompanhados do respetivo consentimento informado e foram explicados os pressupostos pela mestranda, pelas duas fisioterapeutas responsáveis também pelas APPP do CHUAP que colaboraram no projeto e ainda pela EESMO responsável pela consulta externa de obstetrícia do mesmo hospital que também colaborou. O *QMPP* demonstrou algumas limitações no seu preenchimento, pelo que, foi uma mais valia ter um profissional presente para esclarecer as dúvidas. Apesar do *score* do questionário ter sido aferido *à posteriori* e as grávidas não terem tido conhecimento de onde se posicionavam, permitiu que as mesmas

identificassem em que dimensões do MP se reviam, o que contribuiu para uma valiosa discussão ao longo da *SP*.

Sobre o quinto objetivo traçado para esta intervenção e talvez o mais ambicioso: transmitir estratégias de coping às grávidas para a prevenção da DPP, pela intervenção no MP através de uma *SP*.

Atividades realizadas foram:

- Dado conhecimento do projeto à Enf.<sup>a</sup> Chefe do serviço de obstetrícia do CHUAP;
- Obtida a colaboração dos EESMO e fisioterapeutas que prestam cuidados às grávidas no CPPN e na consulta externa de obstetrícia, após apresentação do projeto;
- Dado conhecimento do projeto através de entrega de convite e consentimento informado às grávidas aquando da consulta de referenciação no serviço de consulta externa de obstetrícia do CHUAP e nas APPP;
- Adequadas as metodologias para a *SP* no sentido do projeto;
- Realizada uma *SP* por cada grupo de grávidas a frequentar o CPPN no CHUAP, no seu horário habitual;
- Transmitidas estratégias de coping às grávidas.

**Tabela 8: Temas e conteúdos da sessão de psicoeducação**

<b>O que é o MP</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Definição</li><li>• Caracterização</li><li>• Diferença entre medo e ansiedade</li><li>• Os outros medos inclusos no MP</li></ul>
<b>Relação entre MP e outros fatores</b>

- A gravidez atual
- A vivência de partos anteriores
- Histórias de vivências de partos de outras mulheres
- Sentimentos e emoções da grávida
- Fatores sociodemográficos
- Suporte social e apoio
- O nível educacional
- O companheiro
- As atitudes e assistência dos profissionais de saúde
- Comportamentos de adição
- A influência dos meios de comunicação social e informação

---

### **Consequências do MP**

- No papel ativo da grávida
- Nos níveis de dor e analgesia epidural
- Na visão do parto
- Na fertilidade do casal
- Na estabilidade emocional pós-parto
- Na ligação entre a mãe e o bebê
- Na amamentação
- No sono
- Na saúde mental da mãe

---

### **Relação entre MP e DPP**

- Definição de DPP
- Características da DPP
- Sinais e sintomas da DPP
- Diferença entre DPP e “*baby blues*”
- Predisposição para a DPP
- Repercussões do MP na vida psíquica da mulher e família relacionadas com a DPP

---

### **Estratégias para diminuir ou eliminar o MP antes do parto**

---

- Fundamentação
- Identificação precoce do MP
- Intervenção precoce
- Abordar sentimentos e pensamentos em relação ao parto
- Incentivar a expressão do medo
- Promover vivências e experiências positivas na gravidez e parto
- Aconselhamento
- Técnicas de relaxamento
- Familiarização com as unidades de cuidados
- Investimento na informação
- Definição de um plano de parto
- Prestação de suporte e orientação

#### **Estratégias para diminuir ou eliminar o MP depois do parto**

- Falar acerca da experiência do parto

Para a seleção do tipo de abordagem e conteúdos a implementar na *SP* foram resgatados os principais conceitos, ideias e sugestões dados pelos autores dos estudos e trabalhos bibliográficos a apoiarem a intervenção no MP e seguidas recomendações da OMS (2018) relativamente à promoção da saúde mental materna: Identificação e manejo precoces dos distúrbios de saúde mental materna; implementação de estratégias para a promoção do bem-estar psicológico das mães durante a gravidez e após o parto.

Pretendeu-se assim promover a saúde das mulheres no período pré-natal e no pós-parto atendendo às transformações que ocorrem a todos os níveis, físico, emocional e social, dando-lhe as “ferramentas” necessárias para aquisição de competências relativas à prevenção da DPP através da diminuição, transformação ou eliminação do MP.

Objetivos específicos da intervenção:

- Consciencializar para o problema do MP e suas implicações no aparecimento da DPP;

- Promover o autoconhecimento para que as grávidas sejam capazes de identificar sentimentos e cognições relativas à presença de MP e risco para desenvolvimento de DPP;
- Ensinar as grávidas no sentido de procurarem ajuda e saberem ao mesmo tempo como se ajudar;
- Consciencializar para os ganhos em saúde na prevenção da DPP a partir do investimento na problemática do MP;
- Promover a partilha de experiências, estabelecendo assim a educação pelos pares.

Foram realizadas quatro *SP* com diferentes grupos de grávidas. O primeiro no dia 3 de maio com onze, o segundo no dia 26 do mesmo mês com sete, o terceiro no dia 14 de junho com onze e o último com doze grávidas no dia 21 de junho. Além das grávidas foram bem-vindos os pais que quiseram comparecer. Também as colaboradoras no projeto: as responsáveis pelo CPPN e a EESMO responsável pela consulta externa de obstetrícia, assistiram. Após sugestão das responsáveis pelo CPPN, foram realizadas as *SP* no horário previsto das *APPP*, para não causar transtorno às grávidas, tendo sido feito um ajuste a fim de não perderem qualquer conteúdo das mesmas. Foi utilizada a sala de reuniões do segundo piso do CHUAP na qual são realizadas as aulas teóricas do CPPN, foi utilizado o quadro multimédia com projetor para apresentação *PowerPoint*. Uma sala arejada, confortável com mesas e cadeiras. Para a transmissão da *SP* foi utilizada metodologia expositiva e não expositiva com espaço para as questões e opiniões livres com debate de ideias.

Relativamente ao sexto objetivo traçado para esta intervenção: identificar a presença de sintomas de DPP nas puérperas, este não foi possível de concretizar dado o tempo limitado de contato com a amostra de grávidas, que se tornariam mães e puérperas numa segunda etapa deste projeto. Pretendia-se estudar *à posteriori* as mesmas grávidas, já na condição de puérperas e avaliar sinais e sintomas de DPP através da escala *EDPE*, após

a aplicação dos instrumentos: *QMPP*, *Guia* e *SP Parto sem Medo – prevenindo a Depressão Pós-Parto*. Dado que a amostra das grávidas tinha em média 33 semanas de gravidez quando respondeu ao questionário sobre os dados biográficos, seria espectável que só se tornariam mães e puérperas em média cerca de sete semanas depois (pela data provável de parto), ultrapassando o tempo de implementação do projeto, o necessário para lhes aplicar questionários e avaliar os resultados. Fica, contudo, a sugestão para um próximo estudo ou projeto de intervenção no CHUAP ou noutra maternidade. Também não foi possível iniciar antecipadamente a intervenção junto das grávidas, por razões alheias à vontade da mestranda que se prenderam com a confirmação tardia do local de estágio onde se iria implementar o projeto. Também por último, reflete-se sobre o facto de a mestranda ter iniciado o projeto estagiando na unidade de cuidados onde o mesmo decorria, não tendo, contudo, continuado a estagiar naquela instituição, tendo seguido a restante intervenção já noutra campo de estágio a vários quilómetros de distância o que requereu um maior esforço e um tempo mais limitado.

Os três últimos objetivos traçados para o projeto de intervenção, relacionados com a análise, reflexão e com a avaliação do impacto das intervenções, foram expostos ao longo deste relatório e são tema de discussão nas suas conclusões.

---

## AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

A avaliação dos objetivos traçados para este projeto foi realizada à medida que as intervenções foram sendo executadas. No geral os objetivos propostos para aquisição de competência para Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica foram atingidos na sua totalidade. Relativamente à temática de interesse e ao projeto desenvolvido, foram atingidos quase na sua totalidade, à exceção daquele para o qual não se reuniram condições relacionadas com o tempo para o conseguir alcançar, não sendo de todo exequível: Identificar a presença de sintomas de DPP nas puérperas. O investigador muitas vezes, apenas quando se depara com a realidade que vai estudar, é que compreende as suas limitações que nem sempre emergem no delineamento do projeto. A mestranda foi assim tendo noção de que apesar de nem sempre se alcançarem todos os objetivos propostos, o caminho decorrido até eles, representa já em si um aprendizado do qual se tiram várias conclusões.

Este projeto tem um objetivo geral do qual derivaram vários específicos. Assim, como a exequibilidade do objetivo geral depende da dos específicos, serão primeiramente avaliados os objetivos específicos:

- Identificar as condutas dos EESMO do CHUAP na promoção do parto sem medo como prevenção da DPP;
- Caracterizar as práticas recomendadas pela OMS relativamente à promoção da saúde mental materna.

Para que estes dois objetivos fossem atingidos foi realizado o levantamento e caracterização das recomendações da OMS, reforçadas também pelas orientações da DGS (2006) relativamente à promoção da saúde mental materna que emergiram da pesquisa



bibliográfica, posteriormente foi realizada a avaliação dos resultados obtidos após a aplicação dos questionários aos EESMO, dados sociodemográficos e respostas semiestruturadas, baseadas nas recomendações caracterizadas. Assim foi conseguido identificar as condutas dos EESMO na promoção do parto sem medo como prevenção da DPP e a partir de pesquisa elaborar o *guia* e a *SP* a aplicar às grávidas baseados nessas necessidades e recomendações.

Também o seguinte objetivo foi concretizado:

- Criar um instrumento para os profissionais e grávidas a aplicar no período pré-natal.

A elaboração de um *guia* foi realizada pela mestranda a partir de pesquisa bibliográfica, das recomendações da OMS (2018), das orientações da DGS (2006) relativamente à promoção da saúde mental materna e a partir das necessidades levantadas após a aplicação dos questionários aos EESMO, relativamente à intervenção no MP.

No que concerne ao objetivo específico:

- Avaliar o MP nas grávidas na forma de expectativas através da aplicação do *QMPP*.

Considera-se que este tenha sido atingido, para tal foi aplicado o respetivo questionário à população de grávidas, tendo o número de participantes permitido uma análise de dados com boa fidelidade, significando que os resultados da análise e os *scores* demonstraram com segurança os níveis de MP da amostra em todas as dimensões estudadas, na forma de expectativas das grávidas.

O objetivo específico:

- Transmitir estratégias de coping às grávidas para a prevenção da DPP, pela intervenção no MP através de uma *SP*.

Este parece ter sido também alcançado. Para o atingir foi necessário o cruzamento de várias ações: conhecer as condutas dos EESMO do CHUAP em relação ao assunto, conhecer a atualidade dos estudos científicos sobre a temática e recomendações da OMS e DGS, através de pesquisa bibliográfica e intercetá-la com os resultados obtidos do estudo das populações-alvo das grávidas. Estes conhecimentos foram aplicados na criação das metodologias e conceitos a abordar na *SP*.

Em relação aos objetivos específicos:

- Interpretar a informação colhida decorrente da aplicação dos questionários;
- Refletir acerca dos resultados obtidos.

Pode dizer-se que estes objetivos específicos também foram atingidos. A partir do *software* - Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) - versão 22, foi possível inserir, analisar estatisticamente os dados, perceber correlações entre eles e avaliar a fiabilidade dos instrumentos usados. Também foi possível criar tabelas e gráficos representativos que levaram facilmente à reflexão sobre os resultados obtidos.

Por último no que concerne ao objetivo:

- Avaliar o impacto das intervenções do projeto.

Julgo que este foi parcialmente atingido já que se pretendia também estudar *à posteriori* as mesmas grávidas, já na condição de puérperas e avaliar a presença de sinais e sintomas de DPP nas mesmas, através da aplicação de uma escala para o efeito. Pretendia-se assim tirar mais dados e inferir sobre correlações acerca da relação entre o MP e a DPP

nessas mesmas mulheres, após a aplicação dos instrumentos: *QMPP*, *Guia* e *SP Parto sem Medo – prevenindo a Depressão Pós-Parto*, o que não foi possível. Contudo o questionário aplicado ao grupo alvo das grávidas, após a aplicação dos instrumentos para a identificação e rastreio do MP, e para a intervenção no MP (*guia* e a *SP*), permitiram avaliar essas mesmas intervenções na perspectiva das intervenientes e do impacto direto das ações.

Permitiu inferir e tirar conclusões sobre:

- a pertinência do rastreio e do instrumento *QMPP* na deteção precoce do MP no período pré-natal;
- a validade da implementação de metodologias e estratégias na prática do EESMO com vista à prevenção de transtornos de saúde que procurem identificar, prevenir, diminuir ou ainda transformar o MP para a prevenção de transtornos de saúde na díade;
- a pertinência deste tipo de intervenções para a prevenção de alguma forma da DPP.

Desta forma a mestranda julga ter largamente atingido o seu objetivo geral, **conhecer melhor a relação causa-efeito, entre o MP e a DPP, atuando no medo com vista a prevenir a DPP.**

---

## **AValiação da implementação do projeto**

A implementação do projeto no serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHUAP parece ter acrescentado valor à mesma instituição, apesar de não se ter avaliado essa eficácia. Este projeto assegurou durante o tempo de estágio um serviço até então não disponível, uma metodologia com vista a reduzir um problema identificado, mas não tratado.

Ensaiou-se a implementação futura num CPPN, de metodologias que a partir da intervenção no MP no período pré-natal, prevenissem de alguma forma transtornos de saúde na díade mãe-bebé relacionados especificamente com o desenvolvimento da DPP. Vislumbrou-se assim a partir deste projeto, uma aproximação do cuidado do EESMO relativamente à promoção da saúde mental materna, promovendo o bem-estar psicológico das mães durante a gravidez e no pós-parto, reduzindo as comorbilidades associadas ao MP e à DPP.

O impacto deste projeto foi apenas avaliado na perspetiva do grupo alvo das grávidas, almejando-se avaliá-lo também no grupo alvo das puérperas. Ainda numa visão mais alargada e caso este projeto tivesse sido inserido no programa do CPPN do CHUAP, seria interessante avaliar o impacto da sua implementação a longo prazo e o grau de satisfação com os ganhos associados. O CHUAP mostrou interesse e vontade para que os resultados deste projeto fossem apresentados em local próprio para que os EESMO e restantes enfermeiros tenham conhecimento dos pressupostos deste projeto e resultados obtidos, sendo brevemente agendado o encontro para tal.

---

## **DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS**

Para ser bem-sucedido e alcançar os seus objetivos, o processo de avaliação deve ser uma constante a fim de se fazerem as reformulações necessárias após detetar erros precocemente. No seu caminho, a mestranda encontrou obstáculos e divergências que levaram a adaptações constantes. Neste sentido, este projeto e relatório foram realizados pela mestranda com a orientação da Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Ana Frias.

A orientação, declarada pela orientadora (Anexo 3), esteve sempre disponível a partir de um telefonema, mensagem ou mensagem por correio eletrónico. Dada a distância geográfica da mestranda no Arquipélago dos Açores, não foram realizadas reuniões presenciais na Escola de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, estando, contudo, sempre disponível a videochamada caso necessário.

Foram realizadas avaliações intermédias, houve lugar para esclarecimento de dúvidas, para adaptações do projeto à realidade do local de estágio, para reformulações de conteúdos, apoio e ajuda para com os melhores métodos alcançar os objetivos propostos. Foi necessária por vezes motivação extra que não faltou, quer por parte da orientadora do projeto/relatório, quer por parte da coordenadora do curso Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Otília Zangão.

---

## **ANALISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

Para este relatório foram propostos objetivos a alcançar com o mesmo, pela Ordem de Serviço n.º 18/2010 da Universidade de Évora, que nomeou também as competências necessárias a desenvolver para os poder alcançar. Assim a mestranda desenvolveu competências gerais e transversais a todas as áreas de enfermagem como também as específicas requeridas para a atribuição do grau de mestre e de especialista em saúde materna e obstétrica, que foram demonstradas ao longo deste relatório, estando assim subjacentes ao processo de aprendizagem: as competências de mestre, de enfermeiro especialista e de enfermeiro especialista na área específica de Saúde Materna e Obstétrica.

### **Competências para atribuição do grau de Mestre**

Dentro das competências específicas e requeridas para atribuição do grau de mestre, destacam-se as investigacionais, considerando a mestranda que o desenvolvimento das mesmas foi fundamental para levar a cabo o projeto de intervenção e para construção deste relatório. Para tal, a mestranda teve de aprofundar conhecimentos acerca da problemática em estudo de forma a constituir uma base sólida para desenvolver as ações planeadas e ao mesmo tempo que as fundamentasse.

Os conhecimentos necessários na área da Ciência de Enfermagem, foram adquiridos fundamentalmente em contexto de investigação e através de pesquisa bibliográfica. Mobilizando esses conhecimentos e competências, a mestranda foi capaz de criar a base de desenvolvimento do seu próprio projeto e de implementar aplicações originais que lhe permitiram levá-lo a cabo.

A mestranda fica com a convicção de que a partir da realização deste projeto aqui descrito neste relatório consolidou competências de aprendizagem autónoma com validade vitalícia, condição para atribuição do grau de mestre segundo o Decreto-Lei n.º 63/2016 à data de início do mestrado e com a atual ordem de serviço de 7/2019 de janeiro.

### **Competências comuns de Enfermeiro Especialista**

A OE define as competências necessárias na prática de Enfermagem, assim como para os especialistas em Enfermagem. Desenvolvendo um conhecimento aprofundado num determinado domínio específico de enfermagem, o enfermeiro especialista deve possuir competências comuns, sendo estas independentes da sua área de especialização, estas competências são assim transversais a todos os enfermeiros especialistas:

- a responsabilidade profissional de ética e legal;
- a melhoria contínua na busca da qualidade dos cuidados prestados;
- o desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- a gestão de cuidados. OE, (2011a).

A mestranda como enfermeira a prestar cuidados aos utentes sempre se regeu por um código deontológico, estando habituada à salvaguarda das questões éticas e aos limites da legalidade da sua profissão. Para a atribuição do grau de especialista a mesma abraçou novas áreas do cuidado sendo também ampliadas as suas responsabilidades. Não menos, este relatório de estágio obrigou a deveres éticos e legais para a proteção dos seus intervenientes pela investigadora.

Com relação à melhoria contínua na busca da qualidade dos cuidados prestados, à gestão dos mesmos e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a mestranda desenvolveu estas competências procurando todos os dias melhorar a sua prática baseando-se na atualidade dos factos e procurando as melhores respostas para os problemas

que iam surgindo. Para alcançar essas competências, desenvolveu aprendizagens profissionais a partir de técnicas relacionais de interação e comunicação, promoção da saúde, diagnóstico precoce e prevenção de complicações providenciando os cuidados necessários. Por último participou também no processo de gestão dos cuidados, como elemento mobilizador e responsável, procurando gerir os recursos materiais e humanos da melhor forma. Como aliados procurou pessoas de referência e competentes, entre eles os tutores na prática dos cuidados e os professores orientadores no campo teórico.

### **Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstétrica**

O EESMO baseia a sua ação num saber próprio, de julgamento clínico e de tomada de decisão. Tendo como base os cuidados à mulher na sua globalidade o EESMO assume competências nos cuidados à mulher inserida na família e na comunidade, nomeadamente no período pré-natal, durante o parto e pós-parto, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, que mais nenhum outro profissional pode assumir pelas suas competências. Promove a saúde, diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da grávida e recém-nascido. Por último, providencia os cuidados necessários, nas situações que possam afetar negativamente a sua saúde (OE, 2010). Dentro das competências reconhecidas pela OE (2010), estas foram as mais trabalhadas. A mestranda destaca a necessidade em aprofundar competências específicas e técnico relacionais que lhe permitiram centrar o cuidado naqueles sujeitos. Para atingir esse fim, procurou novos conhecimentos, mobilizou saberes e desenvolveu capacidades de interação, comunicação e relacionais, que lhe permitiram prestar apoio especializado.

Em suma, a cada etapa do desenvolvimento em campo clínico, ou na elaboração deste relatório vários conhecimentos foram aplicados e competências desenvolvidas, especialmente em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares como o do estágio final onde a mestranda desenvolveu e consolidou conhecimentos e competências várias e complexas.



A mestranda adquiriu competências que lhe permitiram uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente autónomo como se previa.

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No termino deste relatório a mestranda está ciente do seu desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional. As competências do enfermeiro, quer as gerais quer as específicas preconizadas pela OE (2011b) foram adquiridas, desenvolvidas e consolidadas. Todos os estágios foram terminados com sucesso. As realizações dos estágios permitiram a prestação de cuidados da mulher desde a preconcepção até ao puerpério proporcionando à mestranda desenvolver habilidades várias e melhorar o desempenho nos cuidados prestados ao longo do Ciclo gravídico-Puerperal.

A gravidez é um período crítico, em que fatores de risco concorrem para o comprometimento das capacidades parentais e que podem entre outros fatores de risco contribuir para o desenvolvimento de perturbações mentais maternas (Guerra, Braga, Quelhas, & Silva, 2014). Também o parto para além de ser considerado um evento biológico, social, e cultural, constitui um evento crítico na transição para a maternidade (Donelli, 2003). É por isso relevante prestar atenção aos estados emocionais da mulher grávida, parturiente e puérpera, uma vez que a gravidez e o parto podem estar envoltos tanto em sentimentos positivos como negativos entre eles o medo (Meleis, 2010; Mercer, 2004).

Ao longo deste trabalho, ficou claro que o MP está associado a desfechos negativos como o desenvolvimento de perturbações mentais maternas nomeadamente a DPP. O MP representa assim um fator de risco para o desenvolvimento de comorbilidades futuras associadas à díade mãe-bebé e que podem estender-se a toda a família. Esta pode deparar-se com um problema de saúde mental materno difícil de apoiar, num momento de vida tão frágil como o de “se tornar mãe” e nascer um filho, vulnerável às oscilações emocionais da mãe. O MP e a DPP a ele associada representam importantes problemas de saúde que afetam a plena vivência dos processos inerentes à maternidade, por esse motivo várias

entidades se debruçam sobre a prevenção e promoção da saúde mental materna e procuram junto dos profissionais especializados orientar para boas práticas, dando recomendações para prevenir precocemente estas enfermidades.

A OMS (2018) estabeleceu duas importantes recomendações relativamente à promoção da saúde mental materna para os profissionais: identificação e manejo precoces dos distúrbios de saúde mental materna e implementação de estratégias para a promoção do bem-estar psicológico das mães durante a gravidez e após o parto. Também a DGS (2006) a fim de promover e preservar a saúde mental na gravidez e após o parto, recomenda que os profissionais de saúde que contactam com grávidas, bebés e pais adquiram um conhecimento atualizado sobre os aspetos da saúde mental da gravidez e primeira infância, de forma a promoverem o desenvolvimento de fatores protetores e que intervenham precocemente nas situações problemáticas.

O EESMO como profissional competente para assistência à grávida, puérpera e ao recém-nascido (OE, 2016), deve investir nesta área do cuidado. Deve assim a partir das suas competências teóricas, práticas, científicas e relacionais, atualizar permanentemente os seus conhecimentos, mostrar prontidão, disponibilidade, e sensibilidade para atender a este tipo de problemas. Com este Projeto foram desenvolvidas competências específicas no acompanhamento à grávida/casal, para que possam viver a maternidade de forma saudável do ponto de vista da saúde mental. Através do acompanhamento especializado à grávida/casal as complicações próprias da transição para a maternidade podem ser colmatadas/prevenidas. Ao longo deste percurso a mestranda, passando por vários campos de estágio, tomou consciência de que não existe um investimento organizado e estruturado na promoção da saúde mental, e que a grande parte dos profissionais de saúde e também os EESMO descoram o rastreio e a prevenção da doença mental materna. Os dados apontam para a inexistência de metodologias ou estratégias nos CPPN, que o façam especificamente com esse fim. Os resultados obtidos neste estudo e em outros que sustentam este projeto, confirmam essa lacuna e falta de investimento. Da interação com os intervenientes neste projeto pareceu que o MP é confundido muitas vezes com o medo da

dor do parto e não é atendido ou rastreado de forma clara, pelo desconhecimento do assunto, também o manejo das questões relacionadas com a DPP parece envolto em mistério e “tabu” não sendo facilmente abordado, talvez por estar relacionado com o estigma da doença mental ainda muito presente nos dias de hoje.

Com a aplicação do *QMPP* na amostra da população alvo das grávidas foi possível constatar que o MP existe e em média num nível elevado, confirmando assim a necessidade de rastrear e de identificar as grávidas/casais em risco para o desenvolvimento de DPP ou outras perturbações da saúde mental materna. A partir da análise das quatro dimensões do MP emergiram os principais sentimentos e cognições com conotação negativa e que mais contribuíram para o aumento do *score* total do MP: sentir-se só, nada orgulhosa, nada contente e dependente no TP; e sentir pânico e dor durante o TP. Estes dados permitiram refletir sobre o atendimento a estas dimensões do MP a partir de estratégias para diminuir ou transformar estes sentimentos e cognições, já não para este projeto, mas para próximos estudos.

A DGS (2006) recomenda que se faça uma avaliação diagnóstica à grávida para detetar precocemente distúrbios à saúde mental, identificar precocemente fatores de risco para intervir sobre eles. Também recomenda a utilização de escalas para o efeito. Emerge a partir deste projeto a necessidade de intervir precocemente junto dos grupos alvo desde o início da gravidez ou mesmo ainda no planeamento familiar, no parto e pós-parto, com principal incidência nos CPPP, que devem incluir estas temáticas e metodologias. Segundo a OE (2016), os EESMO têm competência para elaborar e implementar os CPPP, tendo em conta as necessidades da sua população alvo, assim o profissional deve saber identificar o MP e as perturbações emocionais subjacentes que possam estar a pôr em risco a saúde mental materna, deve aplicar escalas para identificar claramente indivíduos em risco e introduzir e implementar estratégias e metodologias que ajudem a grávida/casal a lidar com o problema.

A partir de uma avaliação diagnóstica da situação atual do CHUAP no que diz respeito à assistência das grávidas no CPPN especificamente no atendimento ao MP e à

prevenção da DPP, constata-se a falta de implementação dessas mesmas estratégias/metodologias, à semelhança do que acontece nos demais cursos do mesmo género. O grupo alvo dos EESMO deste projeto, concorda que intervenções/metodologias para prevenir, diminuir ou transformar o MP na sua prática, previnem transtornos de saúde na díade e que quando implementadas no período pré-natal previnem de alguma forma a DPP. Contudo, apenas metade sabe identificar uma grávida com MP não usando qualquer instrumento para o seu rastreio ou sistematização e também metade aponta o facto de lecionar no CPPN como uma intervenção válida por si só para a prevenção, diminuição ou transformação do MP.

De forma a colmatar as necessidades encontradas em campo, foram aplicadas algumas estratégias e metodologias: rastreio do MP, sessões de psicoeducação e criação de um guia de apoio tendo ficado demonstrada a sua pertinência e efetividade para alcançar o fim a que se propunham, validação dada pelos grupos alvo dos EESMO e das grávidas.

Sugere-se com este projeto que os CPPN/CPPP incorporem este tipo de intervenções/metodologias com vista à promoção da saúde mental materna e mais especificamente com vista à prevenção da DPP, que se atue precocemente nas grávidas em risco e que haja um lugar onde estes assuntos deixem de se calar e sejam debatidos sem “tabus”.

Com este Projeto o objetivo primordial era conhecer melhor a relação causa-efeito entre o MP e a DPP atuando no medo com vista a prevenir a DPP. Como já foi referido ao longo deste relatório, para o alcance deste grande objetivo, pequenos outros tiveram de ser alcançados. Ficou-se a conhecer mais acerca da relação entre o MP e a DPP e a sua interdependência e causalidade. Foi possível a partir deste conhecimento atuar no MP e prevenir de alguma forma o desenvolvimento da DPP promovendo a saúde mental materna. Ensaiou-se a implementação futura num CPPN/CPPP, de metodologias que a partir da intervenção no MP no período pré-natal, prevenissem de alguma forma transtornos de saúde na díade mãe-bebé relacionados especificamente com o desenvolvimento da DPP.

A implementação do projeto no serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHUAP parece ter acrescentado valor à mesma instituição, assegurando durante o tempo de implementação do projeto, um serviço até então não disponível, uma metodologia com vista a reduzir um problema identificado, mas não tratado. Vislumbrou-se assim a partir deste projeto, uma aproximação do cuidado do EESMO relativamente à promoção da saúde mental materna, promovendo o bem-estar psicológico das mães durante a gravidez e no pós-parto, reduzindo as comorbilidades associadas ao MP e à DPP.

Ao longo desse processo a mestrandia foi enriquecendo quer a nível profissional, quer a nível pessoal com o desenvolvimento de várias competências. Para a mestrandia ficou claro que as suas raízes ligadas à saúde mental não desapareceram apesar de enveredar por um caminho em tudo diferente, o da saúde materna e fica a perfeita convicção de que somos o resultado de todas as nossas experiências e que elas nos dão as “ferramentas” necessárias para abraçarmos projetos futuros. Ao longo deste processo tornou-se decerto uma profissional muito mais capaz e preparada para a assistência e cuidado às grávidas, casais, bebés e famílias.

Este trabalho contribuiu em muito para dar à mestrandia o sentimento de “ser capaz” de realizar e concretizar também os seus objetivos e alcançar os seus resultados pessoais. Um caminho pautado por incertezas e muitas dúvidas tal como o da investigação.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alderdice, F., MacNeill, J., & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29, 389-399.
- Aliane, P. P., Mamede, M. V., & Furtado, E. F. (2011). Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto *Psicologia em Pesquisa*, 5(02), 146-155.
- Alipour, Z., Lamyian, M., & Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth*, 25(3), e37–e43. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.002>
- AMAL. (2017). *PAMUS do Barlavento Algarvio Fase I: Caracterização e Diagnóstico (multimodal) do sistema de mobilidade e transporte*. Retrieved from [https://vamus.pt/wp-content/uploads/2017/05/Caracterizacao\\_Relatorio\\_Barlavento.pdf](https://vamus.pt/wp-content/uploads/2017/05/Caracterizacao_Relatorio_Barlavento.pdf)
- American Psychological Association. (2012). Regras essenciais de estilo da APA/American Psychological Association (6. ed.). (D. Bueno, Trad.). Porto Alegre:Penso Editora, Lda. (Obra original publicada em 2010).
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (2000). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr., J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6), 278-284. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>.
- Carpentino-Moyet, L. (2012) *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 13ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- CHUA (2018a). Institucional. *Instituição*. Retrived from <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>

- CHUA (2018b). Serviços. *Serviços Clínicos. Obstetrícia*. Retrieved from <http://www.chualgarve.min-saude.pt/servicos-clinicos/obstetricia-2/>
- Colman, A. & Colman, L. (1994). *Gravidez a experiência psicológica*. Lisboa: Editora Colibri.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o Parto. Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural*. Loures: Lusociência.
- Cox, L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782.
- DGS. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa: Europress, Lda.
- DGS. (2013). Norma 015/2013 de 03/10/2013 - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>.
- DGS (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>.
- Diretiva 2005/36/CE de 7 de setembro (2005). Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Jornal Oficial da União Europeia. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CE-LEX:32005L0036&from=PT>
- Donelli, T. (2003) *O Parto no processo de transição para a maternidade*. Dissertação de mestrado, Porto Alegre (Brasil): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia.
- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., ... Ryding, E. L. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 284. Retrieved from



<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0721-y>

- Fortin, M.-F. (2009). O Processo de investigação (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Frias, A. & Franco, V. (2008). A Preparação psicoprofilática para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. *International journal of development and educational psychology*. 1(1), 47-54.
- Frias, A. (2014). Concepção pedagógica dos cursos de Preparação Psicoprofilática para o Nascimento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 139-148p.
- Graça, L., Figueiredo, M., & Carreira, M. (2011) Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Revista Referência III série*, (4), pp.27-35
- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price, J, & Gray, R.(2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 350-364. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x
- Gowri, V., Jaju, S., & Al Kharusi, L. (2015). Antenatal prevalence of fear associated with childbirth and depressed mood in primigravid women. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2), 158. Retrieved from <https://doi.org/10.4103/0019-5545.158152>
- Haines, H., Pallant, J., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011) Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27, pp.560-567
- Lei 9/2019 de 4 de Março. (2011). *Regulamento n.º 127/2011 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/3477016>
- Loureiro, S. (2013). *O Medo do Parto: Contributo para a validação do W-DEQ para grávidas portuguesas*. Universidade do Porto. <https://doi.org/201043238>

- Lyberg, A. & Severinsson, E. (2010) Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of fear of childbirth. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 391-399
- Meleis, A. (2010)- Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Mercer, R. (2004) Becoming a mother versus maternal role attainment. *Nursing Scholarship*, 36 (3), pp.226-232
- Molgora, S., Fenaroli, V., Prino, L. E., Rollè, L., Sechi, C., Trovato, A., ... Saita, E. (2017). Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.022>
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. (2007). Adaptação Parental ao nascimento de um filho; comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*. 3(25), 399-413. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a07.pdf>
- Nieminen, K, Stephansson, O, & Ryding, E. (2009) Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 88, pp.807-813
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010) Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *JOGNN*, 39, pp.298-309
- Nordeng, H., Hansen, C., Garthus-Niegel, S., & Eberhard-Gran, M. (2012). Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 203–209. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0278-y>

- O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54 doi: 10.3109/09540269609037816
- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaude-MaternaObstGinecologica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaude-MaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).
- OE (2011a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf)
- OE (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaude-MaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- OE (2016). Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto. Parecer N.º 4/2016. Lisboa: Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.
- OMS (2007). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10ª ed.). São Paulo: EDUSP/Autor.
- OMS. (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Human Reproduction Programme*, 1–8. Retrieved from [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)
- OMS. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guide-lines/en/>
- Ordem de Serviço n.º 18/2010 (2010). Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem. Universidade de Évora.

- Ordem de Serviço n.º 13/2016 (2016). Regulamento Académico. Universidade de Évora.
- Otley, H. (2011) Fear of childbirth: understanding the causes, impact and treatment. *British Journal of Midwifery*, 19 (4), pp.215-220
- PORDATA. (2018). Cesarianas nos hospitais (%) - Qual a percentagem de cesarianas no total dos partos feitos nas unidades hospitalares? Retrieved April 14, 2019, from [https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985)
- Pereira, R; Franco, S., & Baldin, N. (2011) A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61 (3), pp.376-388
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008) *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Robertson, E., Grace, S, Wellington T., & Stewart. D.E.(2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295. Retrieved from <http://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/bitstream/handle/10315/2553> em 03 out. 2017.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E.-L., & Saisto, T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(1), 1–9. Retrieved from <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.980722>
- Salomonsson, B, Wijma, K , & Alehagen, S. (2010) Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26, pp.327-337
- Santos, C. M. T., Almeida, G. O., & Souza, T. S. (2009). Depressão pós-parto: revisão da literatura. *Psicologia em Foco*, 3(2), 1-11. Retrieved from <http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads> em 20 out. 2017.
- Shlomi Polachek, I., Dulitzky, M., Margolis-Dorfman, L., & Simchen, M. J. (2016). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 483–490. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0582-4>

- Silva, R., Jansens, K., Souza, L., Quevedo, L., Barbosa, L., Moraes, I, Horta, B., & Pinheiro, R. (2012). Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 143-148. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000200005>
- Storksen, H. T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; The relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 237–242. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x>
- Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent Cesarean section and experience of childbirth. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(638), 46.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001) Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30 (2), pp.75–84

## **APÊNDICES**

---

## **Apêndice A: Guia: Parto sem Medo – Prevenindo a Depressão Pós-Parto**

Este é um **guia** criado com o objetivo de **chamar a sua atenção** para os problemas relacionados com o Medo do Parto.

Procura **alertá-la** para os primeiros sinais e sintomas que podem partir do **Medo do Parto** e desencadear **Depressão Pós-Parto**.

Dá-lhe recomendações práticas para **melhorar o problema e prevenir** problemas futuros para a mãe e o bebé.

Baseado em recomendações da Organização Mundial de Saúde para a prevenção da doença mental materna.

OMS, (2018)

#### Referências Bibliográficas

- Carpenito-Moyet, L. (2012) *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 13ª Edição. Porto Alegre: Artmed
- Hannes, H., Pallant, J., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011) *Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in Australian and Swedish sample Midwives*, 27, pp.560-567
- Helk, A., Spilling, H., & Smeby, N. (2008) *Psychosocial support by midwives of women with a fear of childbirth. Vard I Norden* nº88, 28 (2), pp. 47-49
- Laursen, M., Johansen, C., & Hellegaard, M. (2009) *Fear of childbirth and risk for birth complications in multiparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG*, 116, pp.1350-1355
- Lyberg, A. & Severinsson, E. (2010) *Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of fear of childbirth. Journal of Nursing Management*, 18, pp. 391-399
- Nieminen, K., Stephanou, O., & Ryding, E. (2009) *Women's fear of childbirth and preference for caesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88, pp.807-813
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010) *Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. JOGNN*, 39, pp.298-309
- OMS. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Ouley, H. (2011) *Fear of childbirth: understanding the causes, impact and treatment. British Journal of Midwifery*, 19 (4), pp.215-220
- Pereira, R., Franco, S., & Baidin, N. (2011) *A dor e o protagonismo da mulher na parturição. Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61 (3), pp.376-388
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Almhagen, S. (2010) *Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. Midwifery*, 26, pp.327-337



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS



# Guia Parto sem Medo

Prevenindo a Depressão Pós-Parto



**Realizado por:** Enfermeira Ana Ferreira mestranda do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetria da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora

**Orientadora:** Professora Doutora Ana Frias  
Bébe - 2017/2018





## Medo do Parto e Depressão Pós-parto

O medo do parto pode trazer repercussões negativas à vida psíquica da mulher e da família relacionadas com a depressão pós-parto. É um estado em que estão presentes sentimentos negativos relativamente ao parto, relacionados com uma perspetiva cultural, que afeta o dia-a-dia da mulher grávida e pode acarretar consequências irreversíveis para o futuro.

Haines et al., (2011) ; Nilsson, Bondas & Lundgren, (2010)

### O medo do parto pode incluir

- Medo da dor
- Medo da anestesia
- Medo da morte ou de danos físicos
- Medo da perda de autonomia e controlo
- Medo da saúde e bem-estar do recém-nascido
- Medo da falta de profissionalismo dos profissionais de saúde

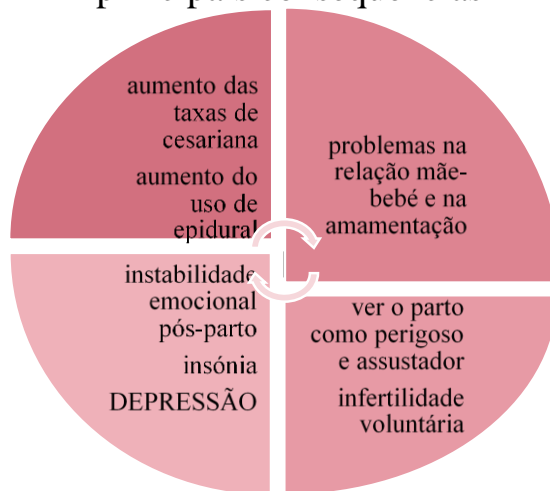
## O medo do parto faz com que a mulher não tenha um papel ativo e não consiga colaborar

Laursen, Johansen & Hedegaard (2009) ;  
Otley, (2011)

Associada a comorbilidades futuras no pós-parto para a mãe e bebé, a depressão pós-parto pode

- Causar alterações emocionais
- Influenciar não só o bem-estar materno como infantil
- Comprometer o desenvolvimento do vínculo mãe-bebé
- Afetar o desenvolvimento do recém-nascido

## O medo do parto tem como principais consequências



## Estratégias para diminuir ou eliminar o medo do parto

Programar uma visita ao local onde o parto será realizado

Preparar para o parto através da informação

Abordar sentimentos e pensamentos em relação ao parto em diferentes momentos da gravidez

Expressar o medo

Promover vivências e experiências positivas da gravidez e do parto

Procurar aconselhamento

Procurar técnicas de relaxamento

Definir um plano do parto

Procurar suporte e orientação durante o parto

### Depois do parto procure também

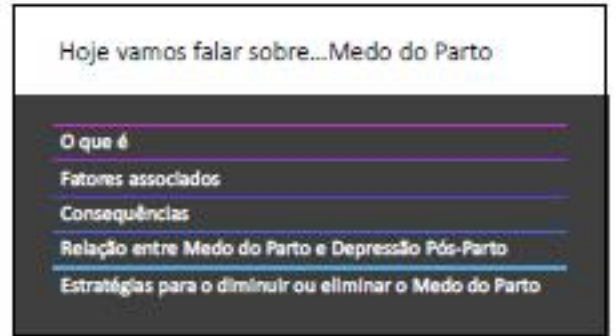
- Suporte reforçado relativamente à amamentação
- Falar sobre o parto com o seu enfermeiro e/ou médico que a acompanham

---

**Apêndice B: PowerPoint da Sessão de Psicoeducação: Parto sem Medo –  
Prevenindo a Depressão Pós-Parto**



1



2



3



4

**Distinção dos conceitos: Medo versus Ansiedade**

Medo	Ansiedade
Fato de natureza objetiva	Fato de natureza subjetiva
Resposta temporal diferenciada	
Reação cardiovascular Reação fisiológica	Reação Reação
Resposta personalíssima	Resposta personalíssima - dependente da personalidade (ansioso e tímido, a timidez)
Consciência	Consciência
Estado de menor consciência consciente Nível de funcionamento mais baixo	Estado de maior consciência consciente Participação e controle de decisões

5



6



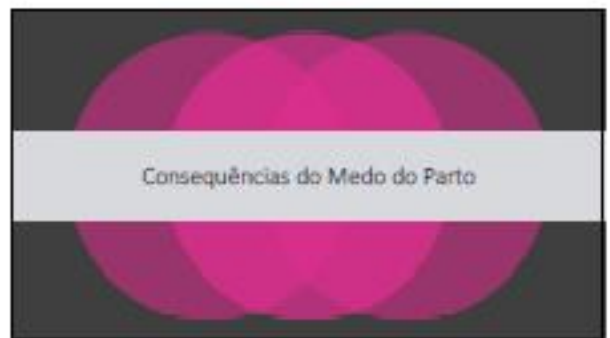
7



8



9



10



11



12

O medo do parto faz com que a mulher não tenha um papel ativo e não saiba colaborar

O sentimento de ansiedade e de insegurança, decorrente do parto, em que a mulher sente que apenas esteve presente e assistiu (como um forasteiro), não conseguindo ter um papel ativo, torna a experiência do parto negativa criando um sentimento de falta pessoal

13

...entre outras consequências

01	02	03	04	05	06
níveis mais elevados de ansiedade e stress	sentido de não estar a fazer nada	insatisfação com o parto	insatisfação com o bebé	alterações no modo de vida e alimentação	insónia e depressão

14

Relação entre Medo do Parto e Depressão Pós-Parto

15

A depressão pós-parto (DPP) apresenta características semelhantes às de outros quadros depressivos com a agravante de ocorrer num período especialmente vulnerável para a mãe e importante para o desenvolvimento do bebé

16

Principais sinais e sintomas da DPP

- problemas de sono
- cansaço acentuado
- diminuição da autoestima
- sentimentos de culpa

17

Deve-se diferenciar

a DPP

baby blues

18

Porque é que algumas mães passam pela depressão pós-parto?

Medo + Parto = Risco de depressão pós-parto

19

- Associação a ansiosidades futuras no pós-parto para a mãe e bebê, a DPP pode:
- Criar atitudes emocionais
- Influenciar não só o bem-estar materno como infantil
- Comprometer o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê
- Alterar o desenvolvimento do recém-nascido

O medo do parto pode trazer repercussões negativas à vida psíquica da mulher e da família relacionadas com a DPP

20

Estratégias para diminuir ou eliminar o Medo do Parto

21

Tendo em conta a influência do medo do parto na experiência e vivência da gravidez e do parto, e nas consequências que este pode acarretar

- Torna-se de extrema importância identificar as mulheres grávidas com elevados níveis de medo de parto, de forma a intervir precocemente

22

Estratégias para diminuir ou eliminar o Medo do Parto

- Abordar os sentimentos e pensamentos em relação ao parto em diferentes momentos da gravidez
- Expressar o medo
- Promover vivências e experiências positivas da gravidez e do parto
- Procurar aconselhamento

23

Estratégias para diminuir ou eliminar o Medo do Parto

- Procurar técnicas de relaxamento
- Programar uma visita ao local onde o parto será realizado
- Preparar para o parto através da informação


24

Estratégias para diminuir ou eliminar o Medo do Parto

- Definir um plano de parto
- Procurar suporte e orientação durante o parto

25

Estratégias para diminuir ou eliminar o Medo do Parto



```
graph LR; A[Depois do parto] --> B[suporte reforçado relativamente à amamentação]; B --> C[Promover um momento para falar acerca do parto]
```

26

Dúvidas ?

27

**OBRIGADO!**

Por ter vindo sem Medo

28

Referências Bibliográficas

- Capretto M (2011) *Diagnóstico de angústias relacionadas à prática clínica*. SP: Atlas. Porto Alegre: Artmed
- Nelson, P., Phelan, J., Bakula, A., & Hildgreen, J. (2011) Cross-national comparison of levels of childbirth-related fear in Australian and Swedish samples. *Midwifery*, 37, pp.360-367
- Hall, A., Spilling, K., & Sooley, N. (2008) Professional support by midwives of women with a fear of childbirth. *Midwifery*, 24 (2), pp. 47-60
- Larsen, M., Skovsted, C., & Hildgreen, J.M. (2007) Fear of childbirth and midwifery's experiences in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort (DNBC). *116*, pp.1300-1303
- Lyberg, A. & Thomassen, E. (2010) Midwives' experience of fear and leadership roles as experienced by Norwegian women in the context of fear of childbirth. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 381-390

29

- Thomson, K., Stephenson, C., & Spilling, K. (2009) Researcher of childbirth and pregnancy for women and their partner: a national study of women's experience of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88, pp.607-611
- Wilson, C., Swales, T., & Lindgren, J. (2010) Previous birth experience in women with anxiety/fear of childbirth. *2009*, 34, pp.298-300
- DMS. (2018). *Angústias em relação a experiências de parto*. <http://www.dms.org.br/pt-br/angustias-em-relacao-a-experiencias-de-parto>
- Okey, H. (2011) Fear of childbirth: understanding the causes, signs and reasons. *British Journal of Midwifery*, 19(3), pp.213-220
- Perini, F., Pizzi, J., & Palla, M. (2011) *Altera a percepção de medo no parto*. *Revista Brasileira de Ginecologia*, 41 (7), pp.174-180
- Skovsted, M., Wjema, E., & Hildgreen, J. (2010) Swedish midwives' experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 30, pp.127-137

30

---

## **Apêndice C: Questionário QMPP aplicado às grávidas**



Questionário N.º \_\_\_\_

[A preencher pelo(a) enfermeiro(a)]

Questionário sobre medo do parto  
Com base no W-DEQ versão A 2005

**INSTRUÇÕES**

Este questionário é sobre sentimentos e pensamentos que as mulheres possam ter perante a perspectiva do trabalho de parto e do parto.

As respostas a cada questão aparecem como uma escala de 0 a 5. As respostas extremas (0 e 5 respetivamente) correspondem aos extremos opostos de um certo sentimento ou pensamento.

Por favor preencha cada questão desenhando um círculo à volta do número que representa a resposta que melhor corresponde a como **imagina** que o seu trabalho de parto e parto serão.

Por favor responda como **imagina** que o seu trabalho de parto e parto serão – *não da forma como espera que sejam*.

**I De uma forma geral, como pensa que irá ser o seu trabalho de parto e parto?**

- |   |                         |   |   |   |   |   |   |                 |
|---|-------------------------|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| 1 | Extremamente fantástico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada fantástico |
| 2 | Extremamente assustador | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada assustador |

**II De uma forma geral, como acha que se vai sentir durante o trabalho de parto e parto?**

- |    |                             |   |   |   |   |   |   |                     |
|----|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| 3  | Extremamente só             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada só             |
| 4  | Extremamente forte          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada forte          |
| 5  | Extremamente confiante      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada confiante      |
| 6  | Extremamente amedrontada    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada amedrontada    |
| 7  | Extremamente isolada        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada isolada        |
| 8  | Extremamente fraca          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada fraca          |
| 9  | Extremamente segura         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada segura         |
| 10 | Independente                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Dependente          |
| 11 | Extremamente desolada       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada desolada       |
| 12 | Extremamente tensa          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada tensa          |
| 13 | Extremamente contente       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada contente       |
| 14 | Extremamente orgulhosa      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada orgulhosa      |
| 15 | Extremamente abandonada     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada abandonada     |
| 16 | Extremamente calma e serena | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada Calma e serena |
| 17 | Extremamente relaxada       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada relaxada       |

Questionário N.º \_\_\_\_\_

[A preencher pelo(a) enfermeiro(a)]

18 Extremamente feliz      0   1   2   3   4   5

Nada feliz

**III    O que pensa que vai sentir durante o trabalho de parto e parto?**

19 Extremo pânico      0   1   2   3   4   5

Nenhum pânico

20 Extrema falta de esperança      0   1   2   3   4   5

Nenhuma falta de esperança

21 Extremo desejo de ter a criança      0   1   2   3   4   5

Nenhum desejo de ter a criança

22 Extrema autoconfiança      0   1   2   3   4   5

Nenhuma autoconfiança

23 Muita confiança nos outros      0   1   2   3   4   5

Nenhuma confiança nos outros

24 Extrema dor      0   1   2   3   4   5

Nenhuma dor

**IV    O que pensa que vai acontecer quando o trabalho de parto for mais intenso?**

25 Comportar-me-ei Extremamente mal      0   1   2   3   4   5

Não me comportarei nada mal

26 Permitirei que o meu corpo assuma o controlo total      0   1   2   3   4   5

Não permitirei que o meu corpo assuma o controlo

27 Perderei totalmente o controlo de mim mesma      0   1   2   3   4   5

Não perderei de todo o controlo de mim mesma

**V    Como imagina que vai sentir o momento exato do parto?**

28 Extremamente agradável      0   1   2   3   4   5

Nada agradável

29 Extremamente natural      0   1   2   3   4   5

Nada natural

30 Exatamente como deveria ser      0   1   2   3   4   5

Nada como deveria ser

31 Extremamente perigoso      0   1   2   3   4   5

Nada perigoso

Questionário N.º \_\_\_\_\_

[A preencher pelo(a) enfermeiro(a)]

**VI Durante o último mês, imaginou sobre o trabalho de parto e parto, como por exemplo...**

32 ... imaginou que o seu bebé vai morrer durante o trabalho de parto ou parto?

Nunca      0    1    2    3    4    5    Muito frequentemente

33 ... imaginou que o seu bebé vai ficar ferido durante o trabalho de parto ou parto?

Nunca      0    1    2    3    4    5    Muito frequentemente

Agora poderia, por favor, verificar se não se esqueceu de responder a nenhuma questão?

Obrigada pela sua colaboração.

---

**Apêndice D: Solicitação de autorização para utilização do QMPP aos seus  
autores**

Exma. Sr.ª Soraia Loureiro

[soraialoureiro@gmail.com](mailto:soraialoureiro@gmail.com)

**Assunto:** Venho por este meio pedir-lhe permissão para a utilização do Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP), escala traduzida e adaptada culturalmente por V. Ex.ª, para a população portuguesa do questionário *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ).

O Curso de Mestrado Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora, compreende a realização de um Projeto de Intervenção, e seguidamente da realização de um relatório referente a esse projeto.

Neste sentido, eu, Ana Filipa Freire Duarte Ferreira, a frequentar o referido mestrado, e que me encontro a desenvolver um projeto de intervenção intitulado “Parto sem Medo – Projeto para a prevenção da Depressão Pós-Parto”, orientado pela Professora Doutora Ana Frias, para o Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Portimão. Este projeto tem como objetivo geral conhecer melhor a relação causa-efeito, entre o Medo do Parto e a Depressão Pós-Parto. Entre os objetivos específicos, pretende-se avaliar o MP nas grávidas do mesmo hospital, na forma de expectativas.

Através deste documento, pretende-se a formalização do pedido de autorização a vossa excelência, para a utilização do referido questionário.

Encontro-me disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir através do endereço de correio eletrónico [tita1982@hotmail.com](mailto:tita1982@hotmail.com) ou do contato por telemóvel +351918526026.

Agradeço desde já toda a atenção dispensada.

Sem outro assunto, atenciosamente,

Enfermeira Ana Ferreira

M37142

---

**Apêndice E: Questionário para colheita de dados sociodemográficos e  
avaliação da intervenção aplicado às grávidas**

Questionário N.º \_\_\_\_\_

[A preencher pelo(a) enfermeiro(a)]

Questionário: Parto sem Medo - prevenindo a Depressão Pós-Parto

O presente trabalho intitulado: "Parto sem Medo: Projeto para a Prevenção da Depressão Pós-Parto" insere-se num Projeto de Intervenção, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia no biénio 2016/2018, que decorre na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. O presente projeto está a ser orientado pela Professora Doutora Ana Frias e tem como principal objetivo conhecer melhor a relação causa-efeito, entre o medo do parto e a depressão pós-parto, atuando no medo do parto com vista à prevenção da depressão pós-parto.

Este questionário destina-se a ser respondido pelas grávidas do Hospital de Portimão, é anónimo, e resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos que se enquadram neste tipo de estudo. A sua colaboração é fundamental! Caso tenha alguma dúvida, por favor não hesite em contactar a investigadora. Pode fazê-lo através do endereço eletrónico (tita1982\_@hotmail.com), do telefone (918526026), ou, pessoalmente. O questionário está dividido em dois grupos de perguntas.

I - Questionário Sociodemográfico

Responda às seguintes questões preenchendo o círculo que corresponde à sua resposta

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil

- Solteira
- Casada
- Viúva
- União de facto

Escolaridade: \_\_\_\_\_ (n.º de anos completos)

Profissão:

Data da última menstruação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N.º de semanas de gestação: \_\_\_\_\_

N.º de gravidezes: \_\_\_\_\_ (incluindo a atual)

N.º de partos anteriores: \_\_\_\_\_

Se teve partos anteriores, de que tipo foi o último?

- normal
- ventosa
- forceps
- cesariana

Frequenta as aulas de preparação para o parto e parentalidade?

- Não

- Sim - Quantas frequentou até ao momento? \_\_\_\_
  - Abordou o medo do parto e a depressão pós-parto?
- Sim
- Não

Quem pensa que será o seu suporte no trabalho de parto?

- Marido/companheiro
- Mãe
- Amiga
- Ninguém
- Outro \_\_\_\_

Tem procurado informação acerca do parto?

- Não
- Sim

Se sim, que fontes de informação tem utilizado? (pode seleccionar mais do que uma)

- Enfermeiro
- Médico
- Familiares
- Amigos
- Internet
- Livros
- Outro



II – Questionário para avaliação da intervenção “Parto sem Medo – prevenindo a depressão pós-parto”

1. Sabe identificar se tem ou não Medo do Parto?

Sim  Não

2. Considera que o questionário de Expectativas do Medo do Parto de Wijima é um instrumento que permite detetar precocemente o medo do parto nas grávidas?

Sim  Não

3. Implementa estratégias para prevenir, diminuir ou transformar o medo do parto (especificamente)?

Sim  Não

Se sim, qual/quais?

4. Na sua opinião, a implementação de uma metodologia que procure identificar, prevenir, diminuir ou transformar o medo do parto, na prática dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, irá prevenir transtornos de saúde na mãe e no bebé?

Sim  Não

5. Acha que intervindo no medo do parto no período pré-natal, previne de alguma forma a depressão pós-parto?

Sim  Não

Obrigada pela sua colaboração!

---

**Apêndice F: Plano de atividades e cronograma da proposta do projeto  
submetida à Universidade de Évora**

ATIVIDADES

Plano: "Parto sem Medo : Projeto de Intervenção para a prevenção da Depressão Pós-Parto"			
Atividades	Objetivos	Estratégias	Data
<b>1. Fase de Preparação do Projeto</b>			
1. Pedido de autorização para realizar o projeto, ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Portimão, para realização do projeto "Parto Sem Medo: Projeto para a prevenção da Depressão Pós-Parto"	Obter parecer favorável para a realização do projeto no CHUAP	Pedido formal por escrito ao Conselho de Administração do CHUAP para a concretização do projeto	Abri de 2018
2. Apresentação do Projeto ao Diretor do Serviço e Enf.ª Chefe do Serviço de Obstetrícia do CHUAP	Dar a conhecer o Projeto ao Diretor do Serviço e à Enf.ª Chefe do Serviço de Obstetrícia do CHUAP	Reunião informal com o Diretor e Enf.ª Chefe do Serviço de Obstetrícia do CHUAP para dar conhecimento do Projeto	Abri de 2018
3. Pedido de Parecer da Comissão de Ética para a Investigação no domínio das Ciências da Saúde, da Universidade de Évora e à Comissão de Ética do CHUAP para aplicação de questionários aos enfermeiros, às grávidas e às puérperas;	Obter parecer favorável para a utilização e aplicação dos questionários	Preenchimento de modelo próprio enviado on-line para a Universidade de Évora; Pedido formal escrito dirigido à Comissão de Ética do CHUAP para aprovação da aplicação dos questionários aos enfermeiros, às grávidas e às puérperas; Elaboração do consentimento informado a aplicar aos participantes no estudo	Novembro 2017 e Abri de 2018
4. Elaboração do questionário a aplicar aos profissionais; Pedido aos autores de Instrumentos validados para a sua utilização	Obter parecer favorável para a utilização e aplicação dos questionários	Pesquisa bibliográfica; Pedido formal escrito dirigido aos autores dos Instrumentos para sua utilização e aplicação	Fevereiro de 2018
5. Pesquisa bibliográfica	Adquirir conhecimentos relacionados com o tema do projeto	Pesquisa bibliográfica em literatura branca e cinzenta e em base de dados eletrónicas.	Novembro de 2017 a Setembro de 2018
6. Divulgação do projeto ao Serviço de Obstetrícia do CHUAP	Obter a colaboração dos enfermeiros que prestam cuidados no Serviço de Obstetrícia do CHUAP	Reunião formal com enfermeiros generalistas e EESMOS que prestam cuidados no Serviço de Obstetrícia do CHUAP	Abri de 2018
<b>2. Fase de Intervenção</b>			
1. Identificação diagnóstica da situação às condutas dos enfermeiros na promoção do Parto sem Medo como prevenção da Depressão Pós-Parto no CHUAP	Caraterização das práticas recomendadas pela OMS	Aplicação do instrumento de avaliação	Abri de 2018
2. Elaboração de um Guia: "Parto sem Medo - prevenindo a depressão Pós-Parto"	Criar um instrumento para os profissionais e grávidas a aplicar no período Pré-Natal	Pesquisa Bibliográfica Validação do Instrumento	Abri de 2018
3. Apresentação do Projeto às grávidas na consulta de referenciação hospitalar e nas aulas de preparação para o parto lecionadas no CHUAP	Dar a conhecer o Projeto às grávidas aquando da consulta de referenciação no Serviço de Consultas Externas de Obstetrícia do CHUAP e nas aulas de Preparação para o Parto	Entrega do guia "Parto sem Medo - Prevenindo a depressão Pós-Parto" às grávidas no momento da referenciação hospitalar e nas aulas de preparação para o parto	Abri, Maio e Junho 2018
4. Aplicação de questionários às grávidas na consulta de referenciação hospitalar e nas aulas de preparação para o parto lecionadas no CHUAP	Avaiar o medo do parto nas grávidas na forma de expectativas	Explicar o contexto da aplicação do questionário de forma informal; Deixar ao critério de cada grávida a decisão de preenchimento do questionário	Abri, Maio e Junho 2018
5. Realizar sessões de EPD às grávidas em aulas de preparação para o parto lecionadas no CHUAP, baseadas no Guia: "Parto sem Medo - prevenindo a depressão Pós-Parto"	Aumentar o nível de conhecimento das grávidas;	Adequar as metodologias e práticas lecionadas no sentido do projeto, com conteúdos, práticas e princípios de acordo com o Guia criado	Abri, Maio e Junho 2018

	Transmitir estratégias de coping às grávidas		
6. Aplicação de questionários às puérperas durante o internamento no pós-parto	Identificar a presença de sintomas de Depressão Pós-Parto nas puérperas	Explicar o contexto da aplicação do questionário de forma informal; Deixar ao critério de cada puérpera a decisão de preenchimento do questionário	Abril, Maio e Junho de 2018
7. Análise e tratamento de dados colhidos após aplicação de questionários	Interpretar a informação colhida decorrente da aplicação dos questionários; Refletir acerca dos resultados obtidos; Avaliar o impacto das intervenções do projeto	Análise dos dados referentes à informação resultante da aplicação dos questionários; Registo escrito dos resultados e sua interpretação; Reflexão com pares, com enfermeiros com funções de chefe e com a professora Doutora orientadora do relatório	Junho de 2018
<b>3. Fase de Relatório</b>			
1. Realização e entrega do relatório decorrente do projeto "Parto sem Medo: Projeto para a Prevenção da Depressão Pós-Parto"	Dar a conhecer todo o processo do trabalho efetuado; Incentivar os profissionais a utilizarem o "Instrumento" criado no âmbito do projeto, na prestação de cuidados pré-natais no serviço de Obstetrícia da UHBAP; Obter o grau de Mestre.	Realização de documento com registo das atividades, objetivos e estratégias produzidas desde a fase de planeamento até à avaliação dos resultados; Divulgação do Instrumento criado para a prevenção da Depressão Pós-Parto, através de intervenções com vista à redução do Medo do Parto	Julho, Agosto e Setembro de 2018

### CRONOGRAMA

AÇÕES	Ano 2017 Mês			Ano 2018 Mês							
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Diagnóstico de Situação											
Elaboração do Projeto											
Realização de Reuniões											
Preparação dos Instrumentos											
Execução das Atividades de Intervenção											
Análise e tratamento de dados											
Elaboração do Relatório											
Pesquisa Bibliográfica											

---

## **Apêndice G: Pedido de Parecer à Comissão de Ética do CHUAP**

Ana Filipa Freire Duarte Ferreira  
Mestranda no curso de Especialização  
em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstetrícia da Escola Superior de  
Enfermagem da Universidade de Évora

Exm<sup>ª</sup> Responsável pelo Centro de Formação,  
Investigação e Conhecimento (CFIC) do Centro  
Hospitalar Universitário do Algarve Portimão

Assunto: "Parto sem Medo: Projeto para a prevenção da Depressão Pós-Parto"

Eu, Ana Filipa Freire Duarte Ferreira, mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola de Enfermagem da Universidade de Évora, licenciada em Enfermagem a exercer funções no serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira-Açores, solicito autorização para executar um Projeto de Intervenção no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHUAP, pedindo o parecer à Comissão de Ética e Conselho de Administração deste centro hospitalar.

Junto envio a documentação sobre o estudo para uma melhor análise, ficando a aguardar informação.

#### **Enquadramento do Estudo**

O presente estudo tem o seu enquadramento na prevenção de transtornos de saúde da díade mãe-bebé, atuando durante o período pré-Natal e avaliando o seu impacto no período pós-parto, através de um plano que agora se passará a explicar, encontrando a sua fundamentação no facto de se pretender uma melhor atuação dos profissionais de saúde.

#### **Objetivos**

##### **Objetivo geral**

Conhecer melhor a relação causa-efeito, entre o medo do parto e a depressão pós-parto, atuando no medo com vista a prevenir a depressão pós-parto

##### **Objetivos específicos**

- Identificar as condutas dos enfermeiros na promoção do Parto sem Medo como prevenção da Depressão Pós-Parto
- Caracterizar as práticas recomendadas pela OMS
- Criar um instrumento para os profissionais e grávidas a aplicar no período Pré-Natal
- Avaliar o medo do parto nas grávidas na forma de expectativas
- Aumentar o nível de conhecimento das grávidas
- Transmitir estratégias de coping às grávidas
- Identificar a presença de sintomas de Depressão Pós-Parto nas puérperas
- Interpretar a informação colhida decorrente da aplicação dos questionários
- Refletir acerca dos resultados obtidos
- Avaliar o impacto das intervenções do projeto

**População alvo**

Grupo alvo dos profissionais - Amostra aleatória, enfermeiros a prestar cuidados pré-natais em consultas e em aulas de preparação para o parto/nascimento no CHUAP.

Grupo alvo das grávidas – Amostra aleatória, grávidas que se encontrem em consultas pré-natais do 3º trimestre de gravidez e ainda em aulas de preparação para o parto/nascimento no CHUAP.

Grupo alvo das puérperas – Amostra aleatória, dentro do grupo das puérperas que comparece à consulta de revisão pós-parto entre as 4 e 6 semanas de puerpério.

**Tipo de estudo**

O estudo é um estudo do tipo quantitativo.

**Instrumentos e Técnicas de Recolha de Dados**

A recolha de dados é efetuada através da aplicação de questionários aos profissionais, grávidas e puérperas, que reúnam condições de serem incluídas na amostra durante o período de execução do presente projeto de intervenção, que terá lugar entre abril e Junho de 2018.

**Tratamento e análise dos dados**

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

**Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora**

A comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projeto de investigação deliberando parecer favorável pelas seguintes razões: o objetivo do projeto apresentar relevância pelos seus objetivos; as questões éticas e legais estarem salvaguardadas; o consentimento informado conter as informações necessárias para que os participantes possam livremente decidir participar ou não garantindo a confidencialidade dos dados.

Expostos os pressupostos do projeto, aguardo decisão sobre a informação.  
Desde já grata.

Ana Filipa Ferreira  
Portimão, 2018

---

## **Apêndice H: Consentimento Informado Esclarecido e Livre**





**Consentimento Informado Esclarecido e Livre**

Investigação no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde Materna e Obstetrícia 2016-2018

**Autora:** Ana Filipa Freire Duarte Ferreira

**Orientadora:** Professora Doutora Ana Frias

O presente trabalho intitulado: *“Parto sem Medo: Projeto para a Prevenção da Depressão Pós-Parto”* insere-se num Projeto de Intervenção, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia 2016-2018, que decorre na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus-Universidade de Évora.

Pretende-se com este estudo conhecer melhor a relação causa-efeito, entre o medo do parto e a depressão pós-parto, atuando no medo do parto com vista à prevenção da depressão pós-parto. Ao prevenir este transtorno depressivo, salvaguardam-se as relações emocionais que influenciam não só o bem-estar materno, como o desenvolvimento do vínculo mãe-bebé, preservando o desenvolvimento do recém-nascido por estes motivos. A grávida/mãe é o foco de atenção neste estudo, por esse motivo a sua colaboração é fundamental.

O resultado deste trabalho será apresentado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus-Universidade de Évora, no final de 2018, podendo, se assim o desejar, contactar a sua autora, para se inteirar dos resultados obtidos.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco para si ou para o/a seu/sua filho/a. Qualquer informação confidencial não será revelada a terceiros, nem publicada. A participação neste estudo é voluntária, pelo que pode retirar-se a qualquer momento ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências. Se concorda com a proposta que lhe foi efetuada, queira por favor assinar este documento.

Grata pela sua colaboração.

Ana Filipa Freire Duarte Ferreira

Enfermeira aluna da especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Évora,

Tlm: 918526026, email: tita1982\_@hotmail.com

\_\_\_\_\_ (a minha assinatura)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela responsável do trabalho, que acima assina. Desta forma, aceito participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que



apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato, que me são dadas pela investigadora.

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

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

---

## **Apêndice I: Instrumento de colheita de dados aplicado aos EESMO**

Questionário N.º \_\_\_\_\_

[A preencher pelo(a) enfermeiro(a)]

**Questionário: Parto sem Medo - prevenindo a Depressão Pós-Parto**

O presente trabalho intitulado: "Parto sem Medo: Projeto para a Prevenção da Depressão Pós-Parto" insere-se num Projeto de Intervenção, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia no biénio 2016/2018, que decorre na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. O presente projeto está a ser orientado pela Professora Doutora Ana Frias e tem como principal objetivo conhecer melhor a relação causa-efeito, entre o medo do parto e a depressão pós-parto, atuando no medo do parto com vista à prevenção da depressão pós-parto.

Este questionário destina-se a ser respondido pela equipa de enfermagem da maternidade do Hospital de Portimão, é anónimo, e resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos que se enquadram neste tipo de estudo. A sua colaboração é fundamental! Caso tenha alguma dúvida, por favor não hesite em contactar a investigadora. Pode fazê-lo através do endereço eletrónico (tita1982\_@hotmail.com), do telefone (918526026), ou, pessoalmente. O questionário está dividido em três grupos de perguntas.

**1. Caracterização Pessoal**

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

1.2 Sexo:

Masculino  Feminino

1.3 Estado Civil:

Solteiro(a)  Casado(a) / União de Facto

Divorciado(a)/Separado(a)  Viúvo(a)

1.4 Número de Filhos \_\_\_\_\_

**2. Experiência Profissional**

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

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

**3. Parto sem Medo - prevenindo a depressão pós-parto**

Questionário N.º \_\_\_\_\_

[A preencher pelo(a) enfermeiro(a)]

3.1 Sabe identificar uma grávida com Medo do Parto?

Sim  Não

3.2 Para uma deteção precoce do medo do parto nas grávidas, utiliza algum instrumento que permita a sistematização do diagnóstico de medo do parto?

Sim  Não

3.3 Na sua prática profissional implementa as terapêuticas de enfermagem necessárias para prevenir, diminuir ou transformar o medo do parto (especificamente)?

Sim  Não

Se sim, qual/quais?

---

3.4 Na sua opinião, a implementação de uma metodologia que procure identificar, prevenir, diminuir ou transformar o medo do parto, na prática do EESMO, irá prevenir transtornos de saúde na diade mãe-bebé?

Sim  Não

3.5 Acha que intervindo no medo do parto no período pré-natal, previne de alguma forma a depressão pós-parto?

Sim  Não

Obrigada pela sua colaboração!

## **ANEXOS**

---

**Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética do CHUAP para a implementação  
do projeto de investigação**

**De:** Paula Cristina Arranhado Mangualde

**Enviado:** 8 de junho de 2018 14:52

**Para:** Ana Filipa Freire Duarte Ferreira

**Cc:** Patricia Salgado

**Assunto:** Realização de Estudo "Parto sem Medo": Projeto para a Prevenção da depressão Pós-Parto, a realizar nos serviços de Ginecologia, Obstetria e Bloco de Partos da Unidade Hospitalar de Portimão

Boa tarde Exma. Sra. Enf. Ana Filipa Ferreira,

O CFIC – Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da Unidade de Portimão, vem informar que se encontra autorizado pelo Conselho de Administração a realização de estudo supra mencionado, nesta Unidade hospitalar.

Com os melhores cumprimentos

**Paula Mangualde**

Secretariado do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento  
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Sítio da Peço Seca | 8500-330 Portimão | Portugal

Tel. 202 430 300 | Ext. 30 517

[www.chs.algarve.nis-saude.pt](http://www.chs.algarve.nis-saude.pt)



PENSE ANTES DE IMPRIMIR





---

## **Anexo 2: Declaração de aceitação de orientação**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

#### DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, definidos no artigo 117.º da Ordem de Serviço n.º 13/2016, de 10 de agosto, da Reitora da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do trabalho de **Ana Filipa Freire Duarte Ferreira** (aluno n.º 37142), conducente ao Relatório de **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, sob o registo n.º R/A – EF-1783/2011/AI01) na Direcção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da República Portuguesa, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de Fevereiro e do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, republicado pelo do Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de Setembro.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas no âmbito técnico-profissional, subordinado à temática da área de especialização em **Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, que versa sobre a problemática de “Parto sem medo: projeto para a prevenção da depressão pós-parto”

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

Évora, 13 de novembro de 2017

A Orientadora

ANA FRIAS

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

---

**Anexo 3: Parecer da Comissão de Ética para a investigação científica nas  
áreas da saúde humana e bem-estar da Universidade de Évora**



Documento 1 7 0 1 5

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

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Luís Sebastião, Professora Doutora Margarida Amoedo e Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes, deliberaram dar

**Parecer Positivo**

para a realização do Projeto "*Parto sem medo: projeto para a prevenção da depressão pós-parto*", dos investigadores Prof.º Doutora Ana Frias e mestranda Ana Filipa Freire Duarte Ferreira.

Universidade de Évora, 16 de Dezembro de 2017

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)