



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Preparação para o Nascimento: O medo do parto

Márcia Cristiana Marques Ferraz

Orientador(es) | Ana Maria Aguiar Frias

Évora 2021



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Preparação para o Nascimento: O medo do parto

Márcia Cristiana Marques Ferraz

Orientador(es) | Ana Maria Aguiar Frias

Évora 2021



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 | Otilia Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora) (Orientador)
M. Sim-Sim (Universidade de Évora) (Arguente)



AGRADECIMENTOS

À minha família, namorado, amigos e colegas de trabalho por todo o apoio e carinho nesta caminhada. Por acreditarem que, apesar das adversidades, eu seria capaz de concretizar este desafio, dando-me força para continuar.

Ao meu chefe por fazer tudo o que estava ao seu alcance para me ajudar a conciliar o trabalho com a concretização do mestrado.

À Professora Doutora Ana Frias, que sempre apostou em mim, pela sua ajuda, orientação e disponibilidade.

Aos restantes professores responsáveis pelo Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e colegas de curso pelos momentos de aprendizagem e partilha, convívio, força e motivação.

Aos profissionais de saúde que me receberam carinhosamente nos campos de estágio, em especial às supervisoras, pela transmissão de conhecimentos, tempo investido na minha aprendizagem e dedicação para comigo.

Às mulheres, grávidas, puérperas, recém-nascidos e respetivos familiares que através da sua participação, direta ou indireta, tornaram possível este percurso e relatório.

A todos, muito obrigada!



“Tudo parece impossível até que seja feito.”

Nelson Mandela



RESUMO

Título: Preparação para o Nascimento: O medo do parto

Este relatório descreve o processo de aquisição de competências específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos períodos preconcepcional, pré-natal, parto, puerpério, climatério, processos de saúde/doença ginecológica e grupo-alvo inserido na comunidade e, simultaneamente, o desenvolvimento de competências científicas através do aprofundamento temático “Preparação para o Nascimento: O medo do parto”, com o objetivo de analisar a influência dos cursos de Preparação para o Nascimento face ao medo do parto. As metodologias utilizadas foram a vivencial, observacional, teórico-prática em contexto de ensino-clínico e a quantitativa de natureza descritiva, correlacional e longitudinal. Os dados foram colhidos a 27 grávidas de dezembro 2019 a março 2020 através de questionário. Para o tratamento de dados foi utilizado o *Software IBM® SPSS® Statistic*, versão 24. As competências foram atingidas de forma positiva e relativamente à pesquisa desenvolvida observou-se que esta não revelou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis estudadas.

Descritores (DeCs): Educação Pré-Natal; Grávida; Medo; Parto



ABSTRACT

Title: Preparation for Birth: Fear of Childbirth

This report describes the process of acquiring specific competences in nurse midwives in preconceptional, prenatal, childbirth, puerperium, climacteric, health/gynecological disease processes and target group inserted in the community and, simultaneously, the development scientific competences through the thematic study “Preparation for Birth: Fear of childbirth”, with the aim of analyzing the influence of the Preparation for Birth courses in the fear of childbirth. The methodologies used were experiential, observational, theoretical-practical in the context of clinical teaching and quantitative of a descriptive, correlational and longitudinal nature. Data were collected from 27 pregnant women from december 2019 to march 2020 through a questionnaire. For the treatment of data, was used the IBM® SPSS® Statistic Software, version 24. The competences were reached in a positive way and in relation to the developed research, it was observed that this did not reveal statistically significant differences in the studied variables.

Descriptors (DeCs): Prenatal Education; Pregnant Woman; Fear; Parturition



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	15
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO.....	15
2.2. METODOLOGIA.....	24
3. CONTRIBUTO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	26
3.1. CONCETUALIZAÇÃO	26
3.2. METODOLOGIA.....	30
3.3. RESULTADOS.....	32
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	37
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	37
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	39
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	68
ANEXO A - E-MAIL COM AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PORTUGUESA SORAIA LOUREIRO DO USO DO QUESTIONÁRIO SOBRE O MEDO PERCEBIDO DO PARTO (ADAPTAÇÃO DO W-DEQ A À CULTURA PORTUGUESA) NO ESTUDO	69
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA	71
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CHBM.....	73
APÊNDICES	76
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO ANTES DE FREQUENTAR O CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO.....	77



APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO APLICADO APÓS CONCLUIR O CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO.....	82
APÊNDICE C - CONSENTIMENTO INFORMADO	87
APÊNDICE D - OUTPUT SPSS® <i>STATISTIC</i>	89
APÊNDICE E - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO (SLIDES).....	94
APÊNDICE F - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO (FOLHETO)	104
APÊNDICE G - COMUNICAÇÃO LIVRE “PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO: O MEDO DO PARTO (SLIDES)	109
APÊNDICE H - COMUNICAÇÃO LIVRE “A TOXOPLASMOSE NA GRAVIDEZ E AS SUAS IMPLICAÇÕES PARA O RECÉM-NASCIDO” (SLIDES)	117



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do concelho do Seixal	15
Figura 2 - Mapa da área de abrangência do CHBM	18
Figura 3 - Partos no CHBM entre 2016 e 2019	20
Figura 4 - Número de mulheres inscritas no curso de PPN do CHBM	23



ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Testes de normalidade	33
Tabela 2 - Estatísticas de confiabilidade questionário antes do curso de PPN	34
Tabela 3 - Estatísticas de confiabilidade questionário após o curso de PPN.....	34
Tabela 4 - Análise do medo percebido do parto das grávidas antes de frequentarem o curso de PPN	34
Tabela 5 - Análise do medo percebido do parto das grávidas após frequentarem o curso de PPN	35
Tabela 6 - Análise do medo percebido do parto antes e após frequentarem o curso de PPN	35
Tabela 7 - Correlação entre o medo percebido do parto e as variáveis independentes idade, escolaridade e parto anterior	36



1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem São João Deus foi proposto a realização deste relatório. Este tem como objetivo descrever o estágio ao longo das diversas áreas de atuação dos cuidados de enfermagem à mulher, grávida, puérpera, recém-nascido (RN) e família, nomeadamente, em contexto de urgência, internamento ou consulta, envolver uma temática de estudo desenvolvendo competências relativas à investigação e apresentá-lo publicamente para obtenção do título de mestre. Através desse estágio foram também adquiridas as competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Nesse contexto, a temática escolhida e abordada está relacionada com os cursos de Preparação para o Nascimento (PPN), devido ao interesse pessoal suscitado no modo como a mulher se prepara para esta fase da sua vida e se os cursos influenciam ou não a preparação da mulher para o momento do parto.

Segundo Loureiro (2013, p.3) “*o parto é um evento crítico na transição para a maternidade*”. Independentemente do número de filhos que uma mulher já tenha tido, o momento do parto é, em geral, um momento único. Quando o momento do parto se aproxima a mulher fica expectante e o sofrimento físico é intensificado pela tensão nervosa e pelo medo, criando-se uma espécie de ciclo vicioso, em que o medo estimula a tensão e a tensão estimula a dor (Frias, 2011; Mourato, 2015). O medo do parto é definido por Carpenito-Moyet (2012) como uma condição em que a pessoa, ou grupo de pessoas, mostram sentimentos de desordem emocional ou fisiológica relacionados com uma origem considerada perigosa e que é identificável. A North American Nursing Diagnosis Association (2013) refere, ainda, um aumento no estado de alerta e a eventualidade de existência de comportamentos de ataque e/ou prevenção, estando aumentada a impulsividade do indivíduo. Os sinais e sintomas desencadeados pela resposta simpática são considerados pela mesma como características definidoras fisiológicas. Os cursos de PPN pretendem reduzir a ansiedade e a dor, ambas associadas ao parto. Estes cursos são um direito legalmente estabelecido e proporcionado à grávida/casal (Morgado, Pacheco, Belém & Nogueira, 2010). Admitindo que o desconhecido é fator produtor de medo e



ansiedade, o objetivo dos conteúdos programáticos educacionais das sessões de PPN deve ter como enfoque a transmissão de conhecimentos e competências que permitam à grávida conhecerem o processo fisiológico da gravidez, incentivar à auto colaboração no trabalho de parto (TP), treinando exercícios de relaxamento e autocontrole da dor, provocada pela contração uterina e, conjuntamente, instruir e treinar sob formas de cuidar do bebé que irá nascer (Frias, 2011). Lally, Murtagh, Macphail e Thomson (2008) referem que, além do que a mulher grávida deseja que aconteça durante o TP, ela também deve compreender aquilo que pode vir a acontecer. As mulheres que forem preparadas durante a gravidez, e que apresentem expectativas mais realistas, vão apresentar mais confiança e menos receio de falhar, o que pode levar a experiências mais positivas. A PPN realiza-se a grávidas a partir do 3.º trimestre da gravidez, no decurso de uma gravidez de baixo risco e com a vigilância pré-natal adequada (Frade, 2011). O medo do parto é um dos maiores receios das grávidas e o envolvimento face à parentalidade tem aumentado substancialmente a adesão do curso de PPN no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM). Neste sentido, pretende-se determinar a influência da PPN face ao medo do parto.

A UC decorreu durante o 2.º ano do curso, com início a 16 de setembro de 2019 e término a 23 de agosto de 2020. O ano letivo foi dividido em dois semestres, sendo que no 1.º semestre, a experiência clínica desenvolveu-se em contexto de Cuidados de Saúde Primários, serviço de Grávidas e Bloco de Partos/Urgências Obstétricas e Ginecológicas, com duração de seis semanas em cada campo clínico. No 2.º semestre a experiência clínica decorreu em contexto de Puerpério com uma duração de quatro semanas e Bloco de Partos/Urgências Obstétricas e Ginecológicas com a duração de quatro semanas e, posteriormente, mais oito semanas. O contexto do estágio abrangeu duas instituições públicas, uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e um hospital diferenciado na periferia de Lisboa - CHBM.

Este relatório encontra-se organizado abordando no segundo capítulo o contexto clínico do estágio de natureza profissional, nomeadamente, recursos humanos e materiais, estrutura física, dados estatísticos, objetivos, população alvo e método de aprendizagem. No terceiro capítulo é realizada uma contextualização da temática escolhida. No quarto capítulo é feita uma análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências. E, por fim, no último capítulo, as considerações finais.



Na elaboração deste relatório foram consideradas as orientações da Universidade de Évora e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, que constam no Regulamento do Estágio de Natureza Profissional, o Regulamento do Ciclo de Estudos conducentes ao Grau de Mestre e Regulamento Académico, da Universidade de Évora e as normas da *American Psychological Association* (APA, 2012). O desenvolvimento do processo de aquisição de competências específicas do EEESMO seguiu as orientações do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista de 2019 e do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) de 2019.

2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Neste capítulo, serão descritos os diferentes espaços físicos onde decorreram as atividades/ações e, de forma resumida, descrever-se-á também a estrutura e os recursos humanos e materiais disponíveis.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Como referido anteriormente, o contexto do estágio abrangeu duas instituições públicas, a UCC do Seixal e o CHBM. De 16 de setembro de 2019 a 27 de outubro de 2019, desenvolveu-se competências na área da Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na UCC do Seixal. Esta Unidade de Cuidados está inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada-Seixal e dá assistência à população de seis freguesias do concelho do Seixal (figura 1), distrito de Setúbal. As grávidas que realizam as consultas de vigilância da gravidez neste concelho, por norma, têm o seu parto no Hospital Garcia de Orta, EPE (HGO), localizado em Almada.



Figura 1 - Mapa do concelho do Seixal
Fonte: <https://geneall.net/pt/mapa/244/seixal>

A equipa multidisciplinar da UCC do Seixal é constituída por dezoito elementos: duas EEESMO, duas enfermeiras especialistas em reabilitação, um enfermeiro especialista em saúde mental, três enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica, duas enfermeiras especialistas em saúde comunitária, três enfermeiras generalistas, uma secretária da unidade, duas fisioterapeutas e dois motoristas.



O espaço físico da UCC do Seixal situa-se nas traseiras da Unidade de Saúde Familiar (USF) do Seixal e dispõe de sete gabinetes, um gabinete é destinado à enfermeira coordenadora da UCC e os restantes seis representam uma área de especialização em enfermagem onde os enfermeiros se reorganizam. Além desses gabinetes, existe também o secretariado, uma casa de banho e uma copa de apoio às refeições dos profissionais.

A UCC do Seixal tem por objetivo colaborar na melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, focando a aquisição de ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, sobretudo às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que necessite de acompanhamento próximo (UCC do Seixal, n.d.).

De modo a dar resposta às necessidades da comunidade, a UCC do Seixal integra vários projetos. Na área da Saúde Materna e Obstétrica os projetos em desenvolvimento são: “Gira Lua - As faces da Lua”, “Preparação para o Nascimento/Parentalidade” e “Recuperação Pós-Parto”.

O projeto “Gira Lua - As faces da Lua” é direcionado à população com práticas de prostituição de rua e tem como intuito intervir junto desta população face aos comportamentos de risco e consequentes perigos para a saúde pública, tais como a propagação das infeções sexualmente transmissíveis (IST), a toxicodependência e outros. Com recurso à unidade móvel são realizadas consultas de enfermagem onde são distribuídos preservativos (incentivando o seu uso de modo a evitar IST ou gravidez indesejada), realizados testes rápidos do vírus da imunodeficiência humana (VIH), avaliada a tensão arterial e realizados ensinamentos de diversos âmbitos, desde a hidratação à vacinação.

O curso de PPN é realizado através de uma parceria entre a UCC do Seixal, a Câmara Municipal do Seixal, o HGO e a Polícia de Segurança Pública e destina-se a grávidas, casais e famílias inscritos nas unidades de saúde do município do Seixal. O curso tem início a partir da 28.^a semana de gravidez e é organizado por oito aulas teórico-práticas. As aulas realizam-se duas vezes por semana e, normalmente, cada aula tem a duração de duas horas. A estrutura das aulas acompanha a evolução da gravidez, abordando vários assuntos, desde a gravidez, parto, amamentação e cuidados ao RN. A psicologia, higiene oral, nutrição, sistemas de retenção de transporte de bebés e crianças e legislação são outras áreas abordadas por técnicos especializados. De modo a criar uma



familiarização com o meio hospitalar, faz também parte do curso uma visita ao HGO. No sentido de promover, nas grávidas, atitudes corretas face à gravidez e ao parto são realizados, na parte prática, exercícios de relaxamento com treinos respiratórios e de movimento. Os cursos são ministrados por três EEESMO's, cada uma responsável pelo seu grupo, em local cedido pela Câmara Municipal do Seixal (Pavilhão Municipal da Torre da Marinha ou Complexo Municipal de Atletismo Carla Sacramento) e horário de funcionamento (14 às 16 horas, 16 às 18 horas ou 17 às 19 horas). As duas fisioterapeutas também dão apoio na realização da parte prática do curso.

Após o nascimento do RN, as puérperas e os respetivos bebés, poderão ter acesso às aulas de recuperação pós-parto, mesmo que não tenham realizado anteriormente o curso de PPN, desde que pertençam à área de influência da UCC do Seixal. O curso tem início, no caso de um parto via vaginal, a partir da terceira semana e, no caso de um parto por cesariana, a partir da sexta semana. É constituído por cinco aulas teóricas e vinte aulas práticas que se realizam duas vezes por semana com a duração de duas horas. As aulas são ministradas por duas EEESMO's e uma fisioterapeuta. As aulas teóricas abordam assuntos como cuidados ao RN, vacinação, acidentes no primeiro ano de vida, desenvolvimento psicomotor, introdução de novos alimentos, suporte básico de vida pediátrico e alterações emocionais (*baby blues*, depressão pós-parto). Fazem parte da componente prática os exercícios de recuperação pós-parto, a sessão de Pilates e a massagem ao RN.

Ao longo dessas seis semanas, houve a oportunidade de colaborar com a enfermeira supervisora nesses mesmos projetos, executando as tarefas propostas com o maior empenho. De modo a alcançar as competências específicas do EEESMO previstas para esse período de estágio foram desenvolvidas diversas atividades que serão descritas no quarto capítulo.

As restantes semanas do estágio foram vivenciadas no CHBM. O CHBM surge em novembro de 2009, por fusão dos Hospitais Nossa Senhora do Rosário, EPE e Hospital do Montijo. Localiza-se no concelho do Barreiro, distrito de Setúbal e, a sua área de abrangência são os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete (figura 2).



Figura 2 - Mapa da área de abrangência do CHBM
Fonte: http://www.senergia.pt/mapa_senergia_concelhos2

O CHBM tem mais de 30 valências clínicas, prestando assistência ao nível do internamento, consulta externa, urgência, hospital de dia, assistência domiciliária e assegurando, praticamente, todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica daí decorrentes. A instituição serve uma população com cerca de 216 mil habitantes (CHBM, 2020).

A área de Saúde Materna e Obstétrica da instituição é composta pelo serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG)/Bloco de Partos (BP), o internamento de Obstetrícia, o internamento de Ginecologia, as consultas e os exames especiais de ginecologia e obstetrícia. O SUOG/BP localiza-se no primeiro piso do edifício principal e encontra-se fechado com um sistema de segurança, ou seja, para entrar no mesmo é necessário introduzir um código ou tocar à campainha para que essas portas sejam abertas a partir do interior do serviço. Após a passagem dessas portas, encontra-se à esquerda o secretariado do serviço e uma sala de espera, com casa de banho, para as utentes. O secretariado apenas funciona nos dias úteis, das 8 às 16 horas. Fora desse horário de funcionamento as utentes têm que se dirigir aos serviços administrativos da Urgência Geral. Após essa divisão, encontramos novamente outras portas que dão entrada para o SUOG designado, frequentemente, também de admissão. Esse espaço, é constituído por uma casa de banho, uma sala de triagem (onde existe uma casa de banho com duche), dois gabinetes médicos, uma sala para vigilância do bem-estar materno-fetal onde são realizadas ecografias e cardiocografia (CTG) e a rouparia. Posteriormente, existem outras portas que separam o SUOG do BP. O BP é constituído pelo vestiário dos profissionais, gabinete da enfermeira chefe, sala dos médicos, sala de trabalho de enfermagem, zona de limpos, zona de sujos, copa, casa de banho dos profissionais, sete salas para admissão das parturientes (os quartos são individuais, climatizados, possuem



iluminação natural - à exceção de três que não têm janela, e constituídos por uma cama que se articula no momento do parto, televisão, um ressuscitador de RN - que promove a prestação de cuidados imediatos ao RN e a permanência do mesmo sempre junto dos pais (neste hospital existe alojamento conjunto, conforme se preconiza no despacho nº 20730/2008 de 7 de Agosto em Portugal), um aparelho de CTG e todo o material necessário para a realização do parto via vaginal), uma sala de reanimação para o RN que é utilizada em situação de emergência (constituído por ressuscitador de RN e incubadora de transporte), dois blocos operatórios (um mais utilizado para a realização de cesarianas e outro mais utilizado para a realização de cirurgias ginecológicas) com respetiva zona de *transfer*, um recobro composto por duas camas com monitorização contínua de parâmetros vitais e dois berços (onde é realizado o puerpério imediato) e duas divisões para armazenamento de material.

A equipa multidisciplinar é constituída por elementos EEESMO's, enfermeiros generalistas, obstetras, pediatras, anestesistas, assistentes operacionais, secretaria da unidade e empregada de limpeza. Os turnos são assegurados por quatro EEESMO's ou, pelo menos, três EEESMO's e um enfermeiro generalista. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho (um enfermeiro na admissão, dois enfermeiros na vigilância do TP e um enfermeiro no bloco/recobro) é da responsabilidade do chefe de equipa de enfermagem presente nesse turno. O turno da manhã funciona das 8 às 16 horas, o turno da tarde das 15:30 às 23:30 horas e o turno da noite das 23 às 8:30 horas. Os enfermeiros, na sua maioria, cumprem horário rotativo em regime de turnos, obedecendo a um roulement.

Conforme o previsto pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019c), recomenda-se que o BP disponha, em permanência, de 2 EEESMO's, por cada 1.000 partos/ano, tendo em consideração os seguintes rácios: 1:3 em indução do trabalho de parto (ITP), 1:2 no 1º Estádio de TP, 1:1 no 2.º, 3.º e 4.º Estádio de TP e 1:6 antes e pós-parto sem complicações. O CHBM tem mais de 1.000 partos/ano, conforme demonstrado na figura 3, compreendendo-se logo aí que o rácio disponível está desproporcional ao padronizado.

Ao longo dos últimos 5 anos, o número de partos no CHBM tem vindo a aumentar, verificando-se uma discrepância entre o número de partos eutócicos e o número de partos por cesariana, conforme apelado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) na criação da Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas, em 2013.

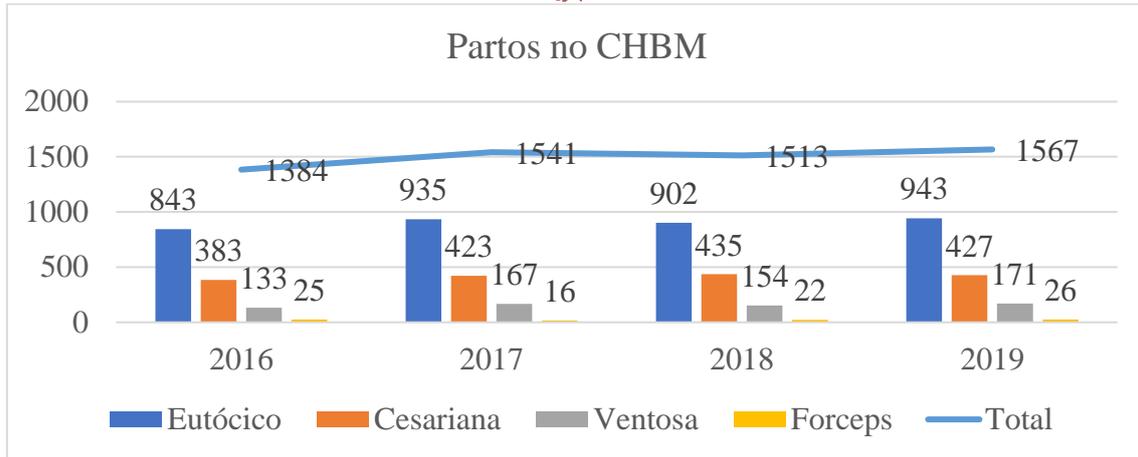


Figura 3 - Partos no CHBM entre 2016 e 2019
 Fonte: CHBM (2016, 2017, 2018, 2019)

No SUOG o sistema informático utilizado para a realização da triagem da mulher é designado por Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgência (SIRIU). Após a recolha dos dados e registo da queixa da utente no sistema, é atribuída uma cor conforme o tipo de urgência da utente e o processo informático é encaminhado diretamente para o separador médico. Seguidamente, a mulher é encaminhada para a sala de espera onde aguarda a chamada do médico para observação. Se for necessária uma observação mais prolongada, mas sem intenção de internamento imediato, existem duas macas no corredor que dão apoio a essas situações.

No BP o sistema informático para a realização de registos durante a vigilância do bem estar materno-fetal, vigilância do TP ou prestação de cuidados à mulher com patologia do foro ginecológico é feito através do *SClínico* em formato de notas gerais.

Desde 2007, que o serviço está preparado com um sistema de segurança para RN, através de pulseiras eletrónicas conectadas a um sistema informático centralizado. No momento do nascimento, à frente dos pais, é colocada uma pulseira eletrónica na perna do RN que só é removida apenas no momento da alta. Os únicos profissionais de saúde que têm acesso ao sistema informático, são os enfermeiros, sendo estes responsáveis pelo seu controlo.

O facto de os quartos serem individuais, possibilita que a pessoa significativa (podendo ser o pai do bebé ou outra pessoa) esteja ao lado da parturiente durante todo o TP. Caso não seja necessário disponibilizar o quarto para outra parturiente, o puerpério imediato também ocorre nesse espaço, promovendo a privacidade da mulher e a permanência da pessoa significativa neste período. A presença da pessoa significativa



promove segurança e confiança no momento do parto, além de ser uma fonte de apoio e força, capaz de suavizar a dor e a sensação de solidão e produzir bem-estar emocional e físico, funcionando como agente facilitador de todo o processo (Dodou *et al*, 2014.; Guerra 2010). A satisfação da mulher no parto está fortemente associada ao ambiente acolhedor e à presença de uma pessoa significativa, pois a presença de estranhos e o isolamento das pessoas próximas estão diretamente relacionados com o aumento do medo, do stress e da ansiedade atrasando a evolução do TP (Santos, Tambellini & Oliveira, 2011).

No BP existe um projeto designado de “Maternidade com qualidade”, este projeto contempla a ingestão de líquidos (chá, gelatina ou água) durante o internamento, medidas não farmacológicas de alívio da dor (musicoterapia, hidroterapia, massagem e bola de Pilates), analgesia epidural, posições não supinas no TP, episiotomia seletiva, amamentação, contacto pele-a-pele na primeira hora de vida e ioga.

Com a chegada da pandemia Covid-19 em março de 2020, o BP sofreu alterações relacionadas com o espaço físico e algumas normas, nomeadamente, passou a ser proibido a permanência de uma pessoa significativa durante o TP e puerpério imediato. A pessoa significativa, foi apenas autorizada no serviço de Obstetrícia, porém, com horário reduzido a duas horas por dia. A hidroterapia e a deambulação também passaram a ser mais restritas de modo a evitar o risco de contágio pelo coronavírus (Covid-19).

O serviço de Obstetrícia encontra-se no quinto piso, ala esquerda e divide-se em internamento de puérperas, grávidas e berçário e encontra-se fechado com um sistema de segurança tal como no SUOG/BP. Dispõe de seis enfermarias com três camas, duas enfermarias com duas camas e três quartos individuais, dando um total de vinte e cinco camas e vinte e cinco berços. Todas as enfermarias encontram-se localizadas no lado esquerdo do serviço e dispõem de instalações sanitárias e respetivo duche (de modo partilhado ou individual). Desse mesmo lado, logo à entrada do serviço, existe uma área de apoio à Consulta de Enfermagem do Puerpério que é realizada 48 horas após a alta hospitalar, com o objetivo de apoiar o casal nesta nova fase e na adaptação à amamentação, tendo sido implementada em fevereiro de 2018.

Do lado direito do serviço, existe o cantinho da amamentação, uma sala de enfermagem, uma sala denominada por berçário onde são realizados diversos cuidados ao RN e com apoio a situações de emergência, o gabinete do enfermeiro chefe, uma sala



de trabalho, a rouparia, uma sala de armazenamento de material e consumos, uma zona de sujios, uma sala de esterilizados/observação e casa de banho para os profissionais.

Em setembro de 2012, o CHBM foi creditado como Hospital Amigo dos Bebés e renovou a sua certificação em agosto de 2019. No serviço de Obstetrícia e Pediatria funciona o “Cantinho de Amamentação”, onde profissionais devidamente habilitados esclarecem dúvidas e prestam apoio às mães lactantes durante o processo de amamentação. As trabalhadoras do CHBM que amamentam também podem usufruir deste lugar para amamentar e/ou realizar extração de leite materno. Existe ainda um grupo de apoio ao aleitamento materno formado por mães que são enfermeiras na instituição. Este encontro, de mãe-para-mãe, com partilha de conhecimento, dúvidas e experiências decorre todas as terças-feiras da terceira semana do mês, no auditório do CHBM e necessita apenas de uma marcação prévia, gratuita. No sentido de esclarecer dúvidas e diminuir alguma ansiedade inerente ao puerpério, a equipa de enfermagem está também disponível através de uma Linha de Apoio à Puérpera que funciona todos os dias, 24 horas por dia, e é destinada a todos os pais após a alta e até seis semanas após o parto. As autoras Frias e Damas (2019) referem que há dúvidas e dificuldades que surgem no internamento, mas outras surgem no domicílio, acrescentam, ainda que é da competência do EEESMO a capacitação da mulher para o autocuidado e cuidado ao RN.

A equipa multidisciplinar do serviço de Obstetrícia é constituída por obstetras, pediatras, EEESMO's, enfermeiros generalistas, assistentes operacionais, técnicas de audiometria, nutricionista, assistente social e empregada de limpeza.

Em relação ao rácio padronizado pela OE (2019c), nas unidades de internamento de Medicina Materno-Fetal deve existir um EEESMO por três clientes com gravidez de alto risco e um EEESMO por seis clientes com gravidez de médio risco e nas unidades de internamento de puérperas deve existir um EEESMO por três clientes em puerpério patológico e um EEESMO por seis clientes em puerpério normal. Posto isto, uma vez que são apenas escalados entre dois a três enfermeiros por turno (normalmente um EEESMO e um enfermeiro generalista ou um EEESMO e dois enfermeiros generalistas) e, além das puérperas, grávidas e RN internados, o enfermeiros ainda dão assistência à Linha de Apoio à Puérpera e ao Cantinho de Amamentação, o rácio fica aquém do que é padronizado e, por isso, torna-se um trabalho desafiante para os enfermeiros. Porém, os enfermeiros do serviço primam pelos seus cuidados e conseguem dar respostas atempadamente às situações que lhes são impostas.



O CHBM disponibiliza um curso de PPN, que é realizado por uma equipa multidisciplinar (EEESMO's, enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e nutricionista) e que, entre outros objetivos, visa a PPN pelo método psicoprofilático a preparação física e emocional da grávida, formação e apoio ao aleitamento materno e ioga para grávidas (CHBM, n.d.). O curso é constituído por aulas teóricas e práticas, com duração de duas horas, duas vezes por semana, aproximadamente, durante dois a três meses. Para frequentar o curso é necessária uma pré-inscrição entre as 24 e as 28 semanas de gestação e a aprovação das grávidas no curso advém de critérios definidos pela instituição e também da efetivação de consulta de enfermagem.

Conforme demonstrado na figura 4, nos últimos cinco anos, a adesão das grávidas ao curso de PPN tem vindo a manter-se constante no CHBM, verificando-se um aumento significativo (18,3%) em 2019. Devido à pandemia Covid-19 o curso de PPN ficou suspenso a partir de março de 2020.

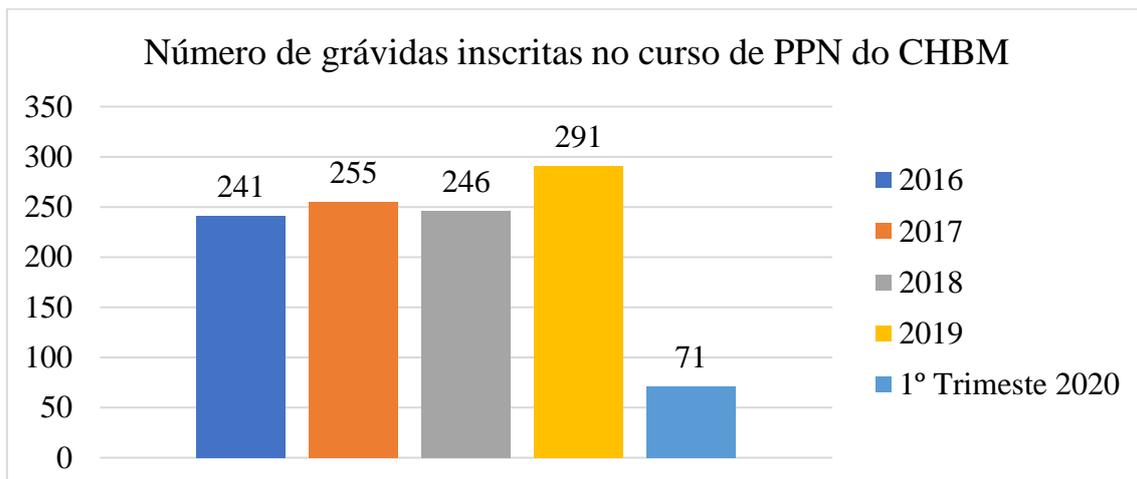


Figura 4 - Número de mulheres inscritas no curso de PPN do CHBM
Fonte: CHBM (2016, 2017, 2018, 2019)

O serviço de Ginecologia encontra-se no quinto piso, ala direita e dispõe de quinze camas, onde são internados doentes de Ginecologia, Senologia e, quando necessário, outras especialidades cirúrgicas. Nessa mesma ala, são realizadas as consultas de diagnóstico pré-natal, de patologia do primeiro trimestre da gravidez, hipertensão na grávida, diabetes na grávida, grávidas adolescentes, obstetrícia geral, avaliação do bem-estar materno-fetal, consulta peri-parto, consulta de PPN, interrupção voluntária da gravidez (IVG), consulta de enfermagem de IVG, apoio à fertilidade, consulta de enfermagem de obstetrícia e diversos exames como amniocenteses, ecografia obstétrica



e ginecológica e CTG. As consultas de patologia do colo e rastreio do cancro do colo (crio-coagulação, conização) e alguns exames como colposcopia e histeroscopia são também realizadas nessa ala. Todas as restantes consultas, por exemplo, as consultas de ginecologia geral, menopausa, planeamento familiar de referência, planeamento familiar de adolescentes, ginecologia oncológica, uro ginecologia, patologia endometrial, ecografias e outros exames de diagnóstico/terapêutica (procedimentos destrutivos do colo uterino, polipectomia, extração e colocação de DIU e/ ou implantes contraceptivos) e biopsias (vulva, colo do útero, endométrio) são realizadas em outro edifício da instituição designado por consultas externas (CHBM, n.d.).

2.2. METODOLOGIA

Como referido na introdução, este relatório tem como objetivo descrever o estágio ao longo das diversas áreas de atuação dos cuidados de enfermagem à mulher, grávida, puérpera, RN e família, nomeadamente, em contexto de urgência, internamento ou consulta, envolver uma temática de estudo desenvolvendo competências relativas à investigação e apresentá-lo publicamente para obtenção do título de mestre. Através desse estágio foram também adquiridas as competências enquanto EEESMO.

Na descrição do processo de aprendizagem deste relatório foram sujeitas duas vertentes, teórico-prática e de investigação, que se articularam entre si. A componente teórico-prática, foi desenvolvida com base na aquisição de competências específicas do EEESMO, através do Estágio de Natureza Profissional, nas duas unidades de saúde referidas anteriormente, com a supervisão clínica dos EEESMO's, nos locais onde decorreram os vários períodos que formaram o percurso da aprendizagem, e sob a orientação pedagógica de uma professora da Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem. O desempenho, aquisição e avaliação das competências inerentes ao EEESMO teve por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, e o RCEEEESMO, regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, e desenvolveu-se através de uma metodologia de observação-participante, onde a reflexão foi criada através do método de aprendizagem vivencial resultante de um processo de desenvolvimento de comportamentos, saberes e aptidões. A avaliação, reflexão, melhorias e fundamentação teórica foram tidas em conta



em cada competência adquirida, tendo como base os acontecimentos ao longo das semanas e confrontando com a literatura, prática clínica e experiência.

A população alvo a quem se prestou os cuidados foram as mulheres, as grávidas, as puérperas, os RN e respetivos familiares assistidos durante o período da realização do estágio.

A componente de investigação será descrita no terceiro capítulo deste relatório.



3. CONTRIBUTO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

3.1. CONCEPTUALIZAÇÃO

Até ao nascimento do RN, inúmeras e sucessivas alterações acontecem no corpo e na vida da grávida, ao manifestar estas mudanças, inicia-se um período significativo de transformações e emoções (Souza, Rosa & Bastiani, 2011). Essas transformações podem gerar uma crise do seu ser, marcada por mudanças emocionais e físicas, podendo gerar conflitos, tensão, medo, ansiedade e insegurança. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde ajudem a grávida a superar esses sentimentos, os momentos de tensão e a ultrapassar essa fase sem complicações (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008).

Esse conjunto de sentimentos começam a surgir quando se aproxima o momento do parto. A grávida possui vários motivos de preocupação, como: dor, de que o parto seja difícil, de não reconhecer os sinais do parto, possibilidade de aborto, da anestesia, de não gostar do filho, do bebé ser trocado na maternidade, da má assistência por parte dos profissionais de saúde, de estar sozinha no momento do parto, da sua vagina sofrer alterações fisionómicas, de evacuar, urinar ou soltar gases, de não ser boa mãe, de morrer, de malformações no feto (Souza *et al.* 2015). Contudo, esses sentimentos podem ser atenuados com um pré-natal adequado, onde a grávida é preparada e informada sobre o parto. Couto (2003) descreve que as mulheres que frequentaram a PPN aprenderam a trabalhar as suas preocupações, apresentam menos ansiedade durante o TP, tendo-se já comprovado a existência de vantagens obstétricas, para a criança, mãe, pai e para o casal.

Couto (2006) citando Ankrett (1992) define PPN como um programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e respetivos parceiros que encoraja a participação ativa no processo de parto. Segundo Rodrigues (2012), os cursos de PPN são programas teóricos e práticos concebidos para proporcionar aos futuros pais uma melhor vivência do parto e uma série de recursos à grávida que lhe possibilitam controlar melhor os diversos fatores psicológicos e físicos que influenciam o seu desenvolvimento.

É necessário que tanto o lado físico, como o emocional e o mental da grávida sejam trabalhados durante a gravidez para que não existam dúvidas nem qualquer preocupação durante o TP e respetiva fase do parto. A grávida precisa de estar segura das



suas decisões e preferências, do seu papel durante o parto e de sentir que as suas escolhas serão atendidas pelos profissionais de saúde (Souza *et al.*, 2015).

Segundo Oliveira, Rodrigues, Guedes e Felipe (2010), quando a grávida percebe que os profissionais de saúde se demonstram sensibilizados com a situação e solidarizam-se com as expressões de dor, medo e alegria, ela reage com segurança, exacerbando a possibilidade de compreensão ao momento que vivencia. Desse modo, os cuidados de enfermagem transcendem à utilização de procedimentos técnicos, envolvendo a sensibilidade e, no processo de parir, todas as habilidades podem ser utilizadas pelos enfermeiros, delineando um cuidado sensível. Este cuidado é imprescindível nos momentos que antecedem o parto e durante o nascimento do bebé, já que o estado emocional da parturiente se demonstra, muitas vezes, extremamente sensível e vulnerável às condições apresentadas pelo ambiente e pelas relações com as pessoas à sua volta (Frello & Carraro, 2010a).

Muitas grávidas que não possuem a devida preparação acabam por sentir muitas dores o que gera medo, insegurança, ansiedade e isso, pode atrapalhar o TP (Souza *et al.*, 2015). O mesmo autor defende que a grávida deve ser abordada no pré-natal sobre técnicas de relaxamento, dor, ansiedade, preocupações, medos que possa ter e prepará-la, da melhor forma possível, para o momento do parto.

Em 2013, Souza *et al.* (2015), realizou no Brasil, um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, com 6 primíparas cujo objetivo era conhecer as preocupações das mulheres primíparas acerca do trabalho de parto e parto e identificar ações do enfermeiro para amenizar os sentimentos das mulheres e concluiu que uma das preocupações relatadas com maior frequência, foi a questão da dor do parto e que as participantes do estudo que possuíam idade superior a 35 anos mostraram que a maior preocupação durante o TP estava relacionada com a sua idade, pois possuíam o medo de acontecer algo a si ou ao bebé (incluindo a morte) por ser uma gravidez de risco. Nesse mesmo estudo, verificou-se também que a presença de um acompanhante durante o TP só conduz benefícios para a grávida, uma vez que, todas as primíparas referiram que a presença do acompanhante as deixou mais calmas através de palavras de apoio e simples gestos (segurar a mão, fazer massagem...). Segundo o mesmo autor, isso demonstra que se a grávida estiver acompanhada fica mais calma, os níveis de preocupações diminuem, fazendo com que o TP seja mais proveitoso para a mulher, bebé e acompanhante. Dodou *et al.* (2014) também afirmam que a presença da pessoa significativa fornece o apoio



emocional que a mulher necessita para vivenciar este momento, oferecendo conforto e encorajamento, o que permite diminuir os sentimentos de solidão, a ansiedade e os níveis de stress causados pela vulnerabilidade da mulher e outros fatores, como desconforto durante o TP, medo do desconhecido, ambiente não familiar e contato com pessoas desconhecidas.

Ferreira, Medeiros, Dalprá e Corrêa (2019), realizaram no Brasil, em 2017, um estudo qualitativo, de caráter descritivo, cujo objetivo foi conhecer as necessidades e expectativas de 13 grávidas que desejavam um parto normal onde se verificou ambivalência de sentimentos em relação ao parto. Contudo, apesar do medo da dor, angústia e ansiedade estarem frequentemente presentes, as participantes mostraram-se seguras da decisão pelo parto normal e dos seus benefícios.

O conceito de parto como um momento de dor é transmitido de geração em geração e causa medo nas parturientes, principalmente nas primíparas, contribuindo para o aumento da sensação de dor e dificuldade (Oliveira *et al.*, 2010). O medo do desconhecido e da capacidade de parir ou a vivência de algo que, até então, só era conhecido por relatos de vivências de outras pessoas é algo temido pelas mulheres-primíparas (Frias, 2012; Scarton *et al.*, 2010). Estes autores referem, ainda, que as primíparas, pelo facto de estarem a passar pela primeira vez pelo processo de TP, sentem muito mais receios do que as multíparas. Dias e Deslandes (2006) consideram que as expectativas criadas em relação ao parto, geralmente, são baseadas em experiências anteriores, portanto, vivências positivas ou negativas do parto, provavelmente refletirão nas expectativas futuras do parto. Os autores também evidenciam a ansiedade e o medo, principalmente da dor, como os principais sentimentos que influenciam na vivência da gravidez e nas expectativas em relação ao parto.

Hurtado, Donat, Escrivá, Poveda e Ull (2003) referem que se grávida enfrenta a dor do parto, com medo e com altos níveis de ansiedade, isso vai atrapalhar esses mecanismos, favorecendo a tensão muscular que dificulta a dilatação, com consequente aumento da dor durante as contrações do parto, estabelecendo o círculo do medo-dor-tensão. É importante desconstruir ou eliminar este ciclo, começando por reduzir o medo (Frias & Franco, 2008). Odent (2009), na mesma linha de pensamento, estabelece a relação entre o ambiente externo e o nível de stress (medo), considerando que um ambiente externo estimulante aumenta o stress e a dor, enquanto que um ambiente íntimo produz o contrário.



Frias (2012) defende que a PPN é crucial para controlar a dor do trabalho de parto, permitir uma experiência do parto mais positiva, diminuir o medo e aponta ainda inúmeras vantagens, em comparação às grávidas que não frequentam o curso, nomeadamente, menos idas à urgência das maternidades e menos partos induzidos, pois sabem reconhecer os sinais que identificam o momento certo para irem para a maternidade e as tarefas a desenvolver.

A PPN é definida como um programa de sessões educacionais para grávidas e acompanhante, onde se incentiva a participação ativa no processo de parto. O objetivo principal do curso consiste no ensino das técnicas de descontração, frequentemente pela utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar as dores das contrações uterinas e do TP (Couto, 2006 citando Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999).

A PPN tem o intuito de proporcionar informação e confiança para lidar com os medos próprios do período. Ações educativas podem ser realizadas no momento da consulta com a grávida, juntamente com o acompanhante, ou ainda em grupos de grávidas, por meio de palestras, oficinas e orientações com o propósito de preparar a grávida para que o momento do parto seja vivenciado de forma positiva, isento de estigmas construídos socialmente e incorporados por ela e pela sua família (Cavalcante, Pinheiro, Borges, Freitas & Brito, 2010; Frias, 2012).

Morgado *et al.* (2010) verificaram que as aulas de PPN contribuem positivamente para o planeamento e preparação do parto, e negativamente no que se refere às expectativas de dor e às preocupações com a saúde. Contrariamente às expectativas da dor, Costa, Pacheco e Figueiredo (2012) citando Crowe e von Baeyer (1989) observam que as grávidas que participam em cursos de PPN e que demonstram maior conhecimento do parto e maior confiança após as aulas reportam um parto menos doloroso. As mesmas autoras citando Hallgren, Kihlgren, Norberg e Forslin (1995) acrescentam que a falta de informação ou informação inconsistente contribui para uma experiência de parto mais negativa do que o esperado. Logo, além do medo e ansiedade que se possa sentir em relação ao parto, o conhecimento e a informação interferem igualmente com a experiência.

Ferreira *et al.* (2019) destacam no seu estudo a importância da preparação para a vivência do parto normal, com escuta ativa e oferta de informações qualificadas que possibilitem a redução do medo, esclarecimentos de direitos, como a presença do



acompanhante e o incentivo à utilização de métodos não farmacológicos e não invasivos para o alívio dos desconfortos gerados durante o trabalho de parto.

Segundo Brito, Silva, Cruz e Pinto (2015) a PPN aumenta o conhecimento e as competências das grávidas, facilita a escolha de alternativas saudáveis para a vivência do processo de nascimento, permite superar limitações, diminui a probabilidade de serem submetidas a cesariana e proporciona uma maior satisfação das mulheres em relação à experiência do parto. Participar num grupo de grávidas evidencia a necessidade de refletir sobre conflitos inerentes ao processo, bem como formas de superá-los, refletir e discutir sobre situações reais (Zampieri, Gregório, Custódio, Regis & Brasil, 2010).

Conclui-se assim que, a PPN ajuda a grávida a sentir-se mais confiante e segura durante todo o processo e desenvolve habilidades que favorecem o TP colaborando desse modo para a diminuição do medo.

3.2. METODOLOGIA

Como objetivo geral pretendeu-se determinar a influência da PPN face ao medo do parto e como objetivos específicos analisar os níveis de medo do parto nas grávidas e relacionar o medo do parto com as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

A seleção da amostra foi de carácter não probabilístico, selecionada por conveniência e calculada com base no número de grávidas admitidas no curso de PPN, no CHBM, no ano de 2018, e na tabela para determinar o tamanho da amostra de uma população de Krejcie e Morgan (1970). Assim sendo, previa-se uma amostra constituída por 140 grávidas admitidas no curso de PPN no CHBM. Contudo, devido à pandemia Covid-19 que obrigou ao cancelamento dos cursos de PPN no CHBM, a amostra foi constituída apenas por 27 grávidas. Os critérios de inclusão foram: grávidas no terceiro trimestre da gestação, sem complicações obstétricas durante a gravidez, que tenham concluído o curso de PPN, que aceitassem participar voluntariamente no estudo e que soubessem ler português.

A metodologia assentou num estudo quantitativo, descritivo, correlacional, longitudinal. Segundo Fortin (2009b, p.371), a investigação quantitativa é aquela “*cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após manipulação da variável independente*”. Uma vez que, o estudo pretendeu determinar o nível de medo do parto das grávidas e relacionar



este com as variáveis sociodemográficas e obstétricas, tratou-se também de um estudo descritivo e correlacional que, segundo o mesmo autor, permite descrever as variáveis e as relações entre elas. Quanto à delimitação temporal, os dados foram colhidos ao mesmo grupo de grávidas em tempos diferentes, sendo assim, considerado um estudo longitudinal. Para a recolha de dados foram utilizados dois questionários (Apêndice A e B) que diferiram no momento de aplicação e nas questões apresentadas na parte A de cada questionário. Enquanto que a primeira parte (A), do primeiro questionário, é constituída por questões sociodemográficas e obstétricas, a parte A, do segundo questionário, é composta por questões acerca do curso. A segunda parte (B), de ambos os questionários, é constituída por questões sobre o medo do parto, utilizando a escala validada de Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ), versão A de 2005, previamente traduzido e adaptado para a população portuguesa pela Mestre Soraia Loureiro (que cedeu previamente a sua autorização para utilização neste estudo - Anexo A), e que apresenta um Alpha de Cronbach de 0,91 e uma estabilidade temporal alta ($r= 0,88$). Para o preenchimento da escala as grávidas foram instruídas a avaliar os seus sentimentos e pensamentos, classificando-os numa escala de Likert de seis pontos, de “nada” (0) a “extremamente” (5), em 33 itens. O somatório dos scores varia de 0 a 165. Um score mais elevado indica um medo do parto mais intenso. Por isso, as questões que estão formuladas positivamente (itens 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) são invertidas para o cálculo do somatório do *score* individual de cada mulher (Wijma, Wijma & Zar, 1998). Scores entre [0-37] significa medo reduzido, [38-65] medo moderado e ≥ 66 medo elevado (Zar, Wijma & Wijma, 2001).

Escolheu-se o questionário pela possibilidade de atingir um maior número de pessoas, garantir o anonimato das respostas e não expor os questionados sob influência do questionador (Almeida & Pinto, 1995). Os questionários foram entregues pessoalmente às grávidas em duas fases: antes de frequentarem o curso de PPN (na consulta de admissão) e após concluírem o mesmo (no final do curso), desde dezembro de 2019 a março de 2020. Antes da entrega do primeiro questionário, foi entregue às grávidas um consentimento informado (Apêndice C), como prova da sua autorização no estudo. O estudo estava previsto começar em novembro de 2019, mas por atraso na aprovação do estudo por parte da comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo B) e da comissão de Ética do CHBM (Anexo C) só teve início em dezembro de 2019. Além



disso, estava previsto o seu término para maio de 2020, contudo, devido à pandemia Covid-19 que levou ao encerramento do curso, o estudo terminou em março de 2020.

Os questionários foram respondidos de forma anónima para garantir o anonimato das participantes. Os participantes foram apenas identificados pelas iniciais do seu nome e os dois últimos dígitos do seu cartão de cidadão para possibilitar o cruzamento de dados entre as respostas recolhidas na primeira parte e as respostas recolhidas na segunda parte do projeto.

3.3. RESULTADOS

Recorreu-se à análise descritiva, para a caracterização da amostra, através da utilização de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão e de variabilidade. A caracterização da amostra foi realizada tendo em conta os dados sociodemográficos e obstétricos. Realizou-se também a descrição dos resultados obtidos no questionário do medo percebido do parto, antes e após frequentarem o curso de PPN. De acordo com Martins (2011), para este estudo foi considerado como referência para todos os testes estatísticos um nível de significância de $p < 0,05$, geralmente utilizado nas ciências sociais e da saúde, e considerado o valor convencional.

A amostra foi constituída por 27 grávidas, com idade média de 31 anos e cuja média de semanas de gravidez apresentava-se nas 30 semanas. Em relação ao estado civil, 4 eram solteiras, 11 eram casadas e 12 encontravam-se em união de facto. A maior parte (12 grávidas) era licenciada e encontrava-se empregada (22 grávidas). 16 eram primíparas e 11 múltíparas, das quais 6 tiveram um parto eutócico e 5 parto por cesariana. Das 27 grávidas, 20 referiram ter procurado informação sobre o parto e 7 negaram qualquer procura de informação. Das 20 respostas positivas em relação à questão anterior, 3 referiram com fonte informativa o médico e as restantes distribuíram-se entre enfermeiro, livros, revistas, internet, amigos, familiares ou conjuntos entre estas fontes. Todas, à exceção de uma grávida, consideraram que, no momento do parto, o seu apoio seria o marido/companheiro. Estes dados, que foram obtidos através do *Software IBM® SPSS® Statistic*, versão 24, são apresentados no Apêndice D.

Após a análise descritiva foi realizada a análise inferencial, utilizando a estatística paramétrica. Os testes paramétricos exigem a verificação simultânea das seguintes condições: que a variável independente possua distribuição normal e que as variâncias



populacionais sejam homogêneas caso estejamos a comparar duas ou mais do que duas populações (Marôco, 2014). Segundo o mesmo autor, para testar a normalidade, o teste mais utilizado é o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, mas no caso de amostras pequenas ($n < 30$) é preferível o teste de *Shapiro-Wilk*, enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias o teste de Levene é um dos mais potentes.

Assim, para saber o tipo de estatística a utilizar, foram efetuados os testes de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Shapiro-Wilk* para a variável principal medo do parto, antes e após frequentarem o curso de PPN. A hipótese nula (H_0) considera que a variável estudada segue distribuição Normal e a hipótese alternativa (H_a) considera que a variável não segue uma distribuição Normal, cuja regra de decisão é se $p\text{-valor} < \alpha$ então rejeitamos H_0 . O teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* revelou não ter significância estatística ($p > 0,05$) indicando que a distribuição da variável é normal e o teste de *Shapiro-Wilk* também revelou o mesmo.

Tabela 1 - Testes de normalidade
Fonte: Dados SPSS® *Statistic*, versão 24

	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
	Estatística	gl	Sig. (<i>p</i>)	Estatística	gl	Sig. (<i>p</i>)
Medo do parto antes do curso de PPN	,139	27	,197	,959	27	,343
Medo do parto após o curso de PPN	,127	27	,200	,932	27	,077

a. Correlação de Significância de *Lilliefors*

A fidelidade indica a exatidão e a constância dos resultados que o instrumento fornece, ou seja, se o instrumento em situações semelhantes fornece resultados semelhantes (Fortin 2009b). Podem ser avaliados diferentes tipos de fidelidade: a estabilidade, a consistência interna e a equivalência (Fortin, 2009a; Fortin, 2019b). De modo a avaliar a fidelidade a partir da análise da consistência interna, foi utilizado o alfa de *Cronbach*, no qual, quanto mais alto o valor do coeficiente de confiabilidade, mais exato é o questionário do medo percebido do parto. Segundo Fortin (2009) esta é a técnica mais utilizada quando existem várias escolhas como na escala de *Likert*.



Foi testado o alfa de *Cronbach* da escala utilizada, apresentando um valor de 0,861 no questionário aplicado antes do curso de PPN e um valor de 0,915 no questionário aplicado após o curso de PPN, conforme apresentado nas tabelas seguintes.

Tabela 2 - Estatísticas de confiabilidade questionário antes do curso de PPN
Fonte: Dados SPSS® *Statistic*, versão 24

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,861	,869	33

Tabela 3 - Estatísticas de confiabilidade questionário após o curso de PPN
Fonte: Dados SPSS® *Statistic*, versão 24

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,915	,919	33

Ribeiro (2010) refere que, para uma boa consistência interna, deve-se alcançar um valor de alfa *Cronbach* superior a 0,80 podendo, todavia, ser aceitáveis valores de alfa superiores a 0,60. Pestana e Gageiro (2008) classificam a consistência interna em muito boa (se alfa de *Cronbach* superior a 0,90), boa (se alfa *Cronbach* entre 0,80 e 0,90), razoável (se alfa *Cronbach* entre 0,70 e 0,80), fraca (se alfa *Cronbach* entre 0,60 e 0,70) e inadmissível (se alfa *Cronbach* menor que 0,60).

Da análise do medo percebido do parto destas grávidas, antes de frequentarem o curso de PPN, constatou-se que 1 grávida apresentava medo reduzido, 13 grávidas apresentavam medo moderado e 13 grávidas apresentavam medo elevado.

Tabela 4 - Análise do medo percebido do parto das grávidas antes de frequentarem o curso de PPN
Fonte: Dados SPSS® *Statistic*, versão 24

		Frequência	Porcentagem
Válido	Medo reduzido	1	3,70
	Medo moderado	13	48,15
	Medo elevado	13	48,15
	Total	27	100,00



Após o término do curso, constatou-se que 2 grávidas apresentavam medo reduzido, 9 grávidas apresentavam igualmente medo moderado e 16 grávidas apresentavam medo elevado.

Tabela 5 - Análise do medo percebido do parto das grávidas após frequentarem o curso de PPN
Fonte: Dados SPSS® *Statistic*, versão 24

		Frequência	Porcentagem
Válido	Medo reduzido	2	7,40
	Medo moderado	9	33,30
	Medo elevado	16	59,30
	Total	27	100,00

Os testes a proporções de amostras emparelhadas são particularmente úteis quando se pretende avaliar a evolução das proporções de uma determinada característica na população em diversas situações espaciais e ou temporais, ou seja, as amostras são compostas por um mesmo grupo de sujeitos que são amostrados em situações espaciais ou temporais diferentes, mas de forma repetida (Marôco, 2014).

Fazendo uma análise do medo percebido do parto, antes e após frequentarem o curso de PPN, constatou-se que, para 6 grávidas o medo percebido do parto diminuiu, para 8 grávidas o medo percebido do parto aumentou e para 13 grávidas o medo percebido do parto manteve-se constante.

Tabela 6 - Análise do medo percebido do parto antes e após frequentarem o curso de PPN
Fonte: Dados SPSS 24

		Medo percebido do parto após frequentarem o curso			Total
		Medo reduzido	Medo moderado	Medo elevado	
Medo percebido do parto antes de frequentarem o curso	Medo reduzido	0	1	0	1
	Medo moderado	2	4	7	13
	Medo elevado	0	4	9	13
Total		2	9	16	27



Quando aplicado o teste t de amostras emparelhadas e formulando para o Par 1, antes da amostra frequentar o curso de PPN, como Hipótese Nula (H_0) que o medo percebido do parto não está relacionado com a idade e como Hipótese alternativa (H_a) que o medo percebido do parto está relacionado com a idade; no Par 2, após a amostra frequentar o curso de PPN, como H_0 que o medo percebido do parto não está relacionado com a idade e como H_a que o medo percebido do parto está relacionado com a idade; no Par 3, antes da amostra frequentar o curso de PPN, como H_0 que o medo percebido do parto não está relacionado com a escolaridade e como H_a que o medo percebido do parto está relacionado com a escolaridade; no Par 4, após a amostra frequentar o curso de PPN, como H_0 que o medo percebido do parto não está relacionado com a escolaridade e como H_a que o medo percebido do parto está relacionado com a escolaridade; no Par 5, antes da amostra frequentar o curso de PPN, como H_0 que o medo percebido do parto não está relacionado com a paridade e como H_a que o medo percebido do parto está relacionado com a paridade e, por fim, no Par 6, após a amostra frequentar o curso de PPN, como H_0 que o medo percebido do parto não está relacionado com a paridade como H_a que o medo percebido do parto está relacionado com a paridade, verifica-se que a variável medo percebido do parto, antes e após frequentarem o curso de PPN, não tem correlação estatisticamente significativa com a idade, escolaridade ou existência de parto anterior, conforme apresentado na tabela 7, visto que $p > 0,05$ e, como referido anteriormente, a regra de decisão é se $p\text{-valor} < \alpha$ então rejeitamos H_0 .

Tabela 7 - Correlação entre o medo percebido do parto e as variáveis independentes idade, escolaridade e parto anterior

Fonte: Dados SPSS® *Statistic*, versão 24

		N	Correlação de Person	Sig. (p)
Par 1	Medo percebido do parto antes do curso de PPN & Idade	27	-,207	,300
Par 2	Medo percebido do parto após o curso de PPN & Idade	27	,144	,475
Par 3	Medo percebido do parto antes do curso de PPN & Escolaridade	27	-,171	,394
Par 4	Medo percebido do parto após o curso de PPN & Escolaridade	27	-,179	,372
Par 5	Medo percebido do parto antes do curso de PPN & Parto anterior	27	-,015	,942
Par 6	Medo percebido do parto após o curso de PPN & Parto anterior	27	,084	,677



4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com o regulamento das competências comuns dos enfermeiros especialistas, as competências comuns “*são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte, efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.*” Por outro lado, as competências específicas “*são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.*” (OE, 2019a, p. 4745)

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, presente no regulamento nº 140/2019 são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A responsabilidade profissional, ética e legal é indispensável para que as intervenções executadas sejam as mais corretas e adequadas face à situação vivenciada. No decorrer do estágio, a mestrande sempre soube reconhecer quais as suas limitações e competências enquanto aluna. Assume-se isto porque, sempre que surgia alguma dúvida, esclareceu de imediato com a supervisora evitando assim situações de risco.

Por outro lado, também soube identificar quais as funções, não esperando que solicitassem a sua execução, e demonstrou, por sua vez, sempre disponibilidade e vontade de intervir.

Em ambas as circunstâncias, foi demonstrada, pela sua parte, uma atitude responsável, pois o facto de esclarecer uma dúvida ou pedir ajuda para executar uma



determinada função não a tornava mais incompetente, antes pelo contrário, estava a agir de forma coerente, consciente e responsável. Considerou sempre a mulher como um ser humano único, ou seja, numa visão holística, identificando assim as necessidades biológicas, psicológicas e socioculturais. Também respeitou a religião, os princípios e os valores, não fazendo juízos de valor.

De modo a respeitar o Código Deontológico, os Princípios Éticos de Enfermagem e a Legislação Portuguesa, ao longo do estágio, aplicou o princípio da beneficência e não-maleficência, respeitou o consentimento informado, promoveu e respeitou a autonomia, estabeleceu o sigilo profissional, sabendo quais os limites do segredo e, por fim, o princípio da justiça. Além disso, desenvolveu competências relacionais (como a empatia, a comunicação, o respeito, o toque) capazes de orientar as ações de enfermagem para o indivíduo enquanto ser único.

Antes de prestar qualquer cuidado de enfermagem é necessário conhecer a interpretação que a mulher e família possuem acerca dos conceitos de saúde e doença, pois estes conceitos variam de mulher para mulher e de família para família e devem ser respeitados. Posto isto, e de modo a agir em tempo útil e em conformidade com a situação atual da mulher, RN ou família, identificou e estabeleceu sempre prioridades na execução dos cuidados prestados. Além disso, antes de executar qualquer procedimento, preparou e organizou os recursos necessários de modo a gerir e organizar o tempo de forma eficaz.

Todos os cuidados prestados foram realizados de forma consciente e segura, pois sempre que surgiam dúvidas estas eram imediatamente esclarecidas com a supervisora, como referido anteriormente, nunca pondo em causa a vida ou a segurança da mulher, RN ou família.

Aplicar conhecimentos e técnicas adequadas implica não só uma avaliação consistente das situações, mas também uma capacidade de articular os conhecimentos teóricos, relacioná-los entre si e adaptá-los às mais variadas situações, considerando sempre a individualidade da mulher, RN ou família.

Ao longo da passagem pelas diferentes vertentes que constituem o estágio, realizaram-se intervenções específicas, fundamentadas com conhecimentos teóricos, a fim de prestar cuidados de qualidade.

Durante o estágio na UCC do Seixal, com o objetivo de informar e instruir as puérperas a socorrerem os seus filhos numa situação de urgência, elaborou-se, em formato



PowerPoint, juntamente, com um folheto informativo (Apêndice E e F), uma aula sobre o “Suporte Básico de Vida Pediátrico”.

Em janeiro de 2020 a mestranda participou no 2.º Congresso Transdisciplinar Portugal-Brasil onde realizou uma comunicação livre sobre o tema deste relatório “Preparação para o Nascimento: O medo do parto” (Apêndice G) e, em colaboração com uma supervisora, divulgou também o tema “A toxoplasmose na gravidez e as suas implicações para o Recém-Nascido” (Apêndice H).

Sendo assim, considera-se que estas competências comuns ao enfermeiro especialista foram adquiridas.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As competências específicas dos enfermeiros em enfermagem de saúde materna e obstétrica presentes no regulamento nº 391/2019 estão reunidas em 7 alíneas (que correspondem a uma determinada fase da vida da mulher). Seguidamente, será descrito o modo como foram atingidas ao longo do estágio.

a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional

Uma vez que na UCC do Seixal não são realizadas consultas de saúde materna nem de planeamento familiar, teve que se arranjar estratégias para ultrapassar esta limitação. Em 2 dias distintos, houve a oportunidade de deslocação a duas USF no concelho do Seixal para compreender a dinâmica e os cuidados realizados nestas consultas.

Na consulta de planeamento familiar foi assegurado que as utentes possuíam toda a informação necessária para adquirirem comportamentos saudáveis e seguros face à sexualidade, incentivou-se à realização do autoexame da mama, procedeu-se à avaliação do peso, altura, tensão arterial e frequência cardíaca, questionou-se sobre a data da última menstruação e qual o método contraceutivo utilizado, removeu-se um implante subcutâneo e realizou-se o rastreio do cancro do colo do útero através da citologia. Quando e sempre que necessário, foram esclarecidas dúvidas.



Segundo a DGS (2015a) o cancro do colo do útero é o 2º tumor ginecológico maligno mais frequente nas mulheres Portuguesas com menos de 50 anos, em Portugal morre uma mulher por dia com cancro do colo do útero. De acordo com a mesma fonte, mulheres entre os 25 e os 65 anos representam o grupo de maior risco pelo que se aconselha um exame ginecológico regular, de forma a assegurar um rastreio atempado.

Segundo Crossing e Manaszewicz (2003) o ensino do auto-exame da mama e a sua implementação de forma regular, continua a ser defendida como prática de prevenção do cancro da mama, principalmente para mulheres mais jovens e com maior risco para o cancro da mama. Apesar de fácil, a técnica do auto-exame deve ser revista com as mulheres de modo a que se possam corrigir eventuais erros e que se incentive a sua continuidade (Marques, 2003).

É primordial investir na informação e incentivo à prática da vigilância da saúde da mulher, no período adequado, objetivando a prevenção e, conseqüentemente, a diminuição dos dados estatísticos notificados no cancro da mama (Araújo *et al.*, 2010) e no cancro do colo do útero.

No âmbito do projeto “Gira Lua - As faces da lua” desempenhou-se um papel ativo na distribuição de preservativos realçando a importância dos mesmos para a não transmissão de IST ou possível gravidez indesejada, realizou-se testes rápidos do VIH, avaliou-se a tensão arterial, incentivou-se, mais uma vez, à realização do autoexame da mama, promoveu-se a ida das mulheres às consultas de planeamento familiar e reforçou-se a importância da hidratação oral e vacinação.

Houve ainda a oportunidade de deslocação, a uma escola básica do concelho, no sentido de colaborar com professores na educação sexual em meio escolar. Porém, como é um gabinete facultativo, de horário fixo e curto (presença apenas de duas horas), não compareceu nenhum aluno.

b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Estando presente na consulta de IVG do CHBM compreendeu-se a dinâmica da interrupção voluntária da gravidez e prestaram-se cuidados inerentes à mulher nesse processo. Segundo a Associação para o Planeamento da Família (n.d.), a IVG ao abrigo da Lei nº 16/2007, ou seja, a pedido da mulher, pode ser realizada nos Hospitais Públicos,



em alguns Centros de Saúde do país e em Clínicas Privadas devidamente reconhecidas pelas entidades competentes. Através da sua área de residência, cada mulher tem acesso a um hospital público de referência, onde pode realizar a IVG. O primeiro passo é agendar uma consulta nesse hospital, sendo necessário, ou não, passar primeiramente pelo Centro de Saúde. Nessa primeira consulta é determinado o tempo de gestação (através de ecografia) e explicados os diferentes métodos de interrupção da gravidez. É também entregue à mulher o impresso Consentimento Livre e Esclarecido que deverá ser lido, assinado e entregue até à data de realização da IVG. A mulher poderá escolher o método que pretende, embora a decisão deva ser tomada em conjunto com o médico. No final dessa consulta é marcada a segunda consulta, para a realização da IVG. Entre a consulta inicial e a data da IVG é obrigatório que decorra um período de reflexão mínimo de 3 dias, durante o qual a mulher pode solicitar apoio psicológico/aconselhamento ou apoio social. A interrupção da gravidez é realizada, no dia marcado, por um dos métodos previstos: cirúrgico ou medicamentoso. A IVG medicamentosa pressupõe uma consulta para a primeira administração dos fármacos; a segunda administração dos fármacos pode ser feita em casa, pela mulher, ou no centro de saúde; por fim, deverá haver uma nova consulta cerca de 2 semanas depois, para verificar a IVG. No caso da IVG cirúrgica, tendo em conta a preparação e os procedimentos pré-cirúrgicos, a permanência no serviço de saúde dura normalmente uma manhã ou uma tarde, embora a intervenção dure poucos minutos. No dia da IVG é marcada uma terceira consulta, cerca de duas a três semanas após a IVG, chamada de controle ou de *follow-up*, que é fundamental para confirmar se a IVG foi bem sucedida.

Para a admissão da grávida no curso de PPN é necessário realizar previamente uma consulta de enfermagem. Na UCC do Seixal, nessa consulta são recolhidos alguns dados pessoais, antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos, avaliada a tensão arterial, auscultação dos batimentos cardio-fetais (ABCF), mede-se a altura do fundo uterino e é explicado o funcionamento e a dinâmica do curso.

Antes de proceder à ABCF, são realizadas as manobras de Leopold que ajudam a determinar a localização esperada do ponto para auscultação fetal, perceber também o número de fetos, a apresentação, a posição, a atitude fetal e o grau de descida na pélvis (Lowdermilk, Perry, Cashion & Alden, 2013). A medição da altura do fundo do útero é uma técnica simples que permite avaliar o crescimento fetal e identificar outras complicações na gravidez, como mola hidatiforme, macrossomia fetal, hidrâmnios e



oligoamnios (Freire, Cecatti & Paiva, 2013). É realizada através de uma fita métrica que mede, em centímetros, a distância entre a sínfise púbica e o fundo uterino (Martinelli, Bittar & Zugaib, 2001). Antes de realizar esta medição é solicitado à grávida vários cuidados entre eles, que esvazie a bexiga.

Nas consultas de diagnóstico pré-natal do CHBM confirmou-se e validou-se rastreios analíticos e ecográficos, que são solicitados, pelo menos, uma vez por trimestre (DGS, 2015b), avaliou-se a altura do fundo uterino, procedeu-se à ABCF, analisou-se os parâmetros na urina (para rastreio de uma possível infeção urinária), avaliou-se a tensão arterial, a frequência cardíaca e o peso. Nas consultas peri-parto da mesma instituição, realizou-se tudo o que foi descrito anteriormente, incluindo a realização de CTG e marcação ITP para o caso do parto não ocorrer até às 41 semanas. Segundo a DGS (2015b), todas as grávidas, entre as 36 e as 40 semanas, devem ter acesso a uma consulta no hospital onde se prevê que venha a ocorrer o parto, programada de acordo com as especificidades estabelecidas em cada Unidade Coordenadora Funcional.

A necessidade de maturação cervical ou de ITP deve ser avaliada caso a caso, considerando-se o estado de saúde materna e fetal, os riscos que o prolongamento da gravidez acarreta para ambos, a idade gestacional, a avaliação do colo e da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetais (DGS, 2015c).

No serviço de internamento de grávidas do CHBM, contactou-se com diversas patologias da gravidez, nomeadamente, diabetes gestacional, pielonefrite, restrição de crescimento intra-uterino, hidrâmnios, ameaça de parto pré-termo por colo curto, hipertensão induzida pela gravidez e suspeita de pré-eclâmpsia. Em todos os turnos, realizou-se a vigilância do bem estar materno-fetal através da avaliação de sinais e sintomas, ABCF e realização de CTG, de acordo com a idade gestacional, e avaliação de sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e temperatura). Além disso, elaborou-se os registos de enfermagem em sistema informático (*S-clinico*) e transmitiu-se as ocorrências à equipa de enfermagem na passagem de turno. Também, sempre que necessário e, de acordo com a sua idade gestacional, foi verificado se os exames e as análises da grávida estavam atualizados.

Tanto no internamento como na consulta do CHBM, também foi explicado às grávidas as principais alterações e modificações que poderiam ou iriam ocorrer em cada trimestre e realizaram-se ensinamentos fulcrais acerca dos cuidados a ter durante a gravidez. Estes estiveram sempre adequados à necessidade da grávida, idade gestacional e/ou



patologia, e abordavam os mais diversos temas: desconfortos da gravidez, alimentação, amamentação, plano de parto, material necessário para a maternidade e sinais de alerta para recorrer à urgência.

O plano de parto é um documento que poderá ser elaborado pela grávida ou casal, desde as 28 semanas de gestação até o momento do parto, e serve de eixo mediador na relação entre o casal e o serviço onde irá acontecer o nascimento do RN (OE, n.d). Consiste numa lista de itens relacionados ao parto, sobre os quais a grávida pensou e refletiu, incluindo o local do parto, quem quer que esteja presente naquele momento, procedimentos médicos que deseja e quais prefere evitar (Janeiro, 2013). Segundo a Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2017) a grávida/parturiente ao conversar com o profissional de saúde sobre o plano de parto é elucidada sobre o que é possível de concretizar e permite sensibilizá-lo para as suas prioridades, esclarece as suas dúvidas e dá a conhecer-se a si, aos seus sentimentos e às suas expectativas. Barradas *et al.* (2015) defendem ainda que a mulher deve ser incentivada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas serão tidas em conta quando não apresenta plano de parto.

Segundo Couto (2003), a mulher deve ser considerada como alguém que necessita de cuidados, principalmente no campo da aprendizagem do que é a gravidez, pois sendo esta um estado, acima de tudo novo e diferente, surgem perguntas e premissas que devem ser esclarecidas, orientadas e até reelaboradas com a própria grávida. A gravidez consiste num período de aprendizagem, tanto quanto possível sobre si mesma e sobre o novo papel de ser mãe (Frias & Damas, 2019; Monforte & Mineiro, 2006).

c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Segundo Graça (2017) o TP define-se pelo conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez começados, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. Segundo o mesmo autor, é constituído por 3 estádios: 1) Apagamento e dilatação do colo - decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo; 2) Período expulsivo - começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto e 3) Dequitação - decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais. Existem outros autores, nomeadamente, a OE, que referem ainda um



4.º estágio denominado por puerpério imediato - inicia-se após a dequitação e prolonga-se por duas horas após o parto.

Após a decisão médica de internamento da parturiente no BP do CHBM, por início do TP ou para ITP, procedeu-se à sua admissão ainda no SUOG. Nesse local, realizou-se a colheita de dados, forneceu-se duas camisas e dois clisteres de limpeza e solicitou-se à parturiente que colocasse todos os seus pertences, à exceção da primeira roupa do RN, no cacifo. Na colheita de dados que é realizada inicialmente, questionou-se a grávida sobre o desejo de amamentar e realizar contacto pele-a-pele.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998, 2000, 2017) recomenda o aleitamento materno em exclusivo até aos 6 meses e, em complemento com a diversidade alimentar, pelo menos, até aos 2 anos. A amamentação apresenta inúmeros benefícios tanto para o bebé (fortalece o sistema imunológico do bebé, reduzindo o risco de infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias, previne a longo prazo o aparecimento de diabetes e de linfomas e diminui o risco de alergias), como para a mãe (promove a involução uterina no pós-parto e diminui a probabilidade de desenvolver cancro da mama entre outros) (Levy & Bértolo, 2012). O EEESMO reúne um conjunto de competências fundamentais para promover e apoiar a amamentação, enquanto sujeito facilitador na vivência das transições, oferecendo à mulher ferramentas e conhecimentos que permitam apoiá-la na adesão à amamentação (Lima & Lucas, 2016; OE, 2019b).

O Fundo Internacional das Nações Unidas (2011) define o contacto pele-a-pele como a colocação do RN nu, podendo colocar-se uma fralda ou gorro, sobre o ventre da mãe logo após o nascimento. Se, logo após o nascimento, a mãe e o RN estiverem bem de saúde, devem ser protelados os cuidados ao RN, colocando-o sobre o ventre materno de forma a ser estabelecido o vínculo que inicialmente foi gerado ao longo da gestação, proporcionando à mãe e ao RN o reconhecimento (OMS, 2009a). A mesma fonte (2009b), recomenda a sua realização, pelo menos na primeira hora de vida do RN até aos 60 minutos, pelo tempo que a mãe desejar, de forma a permitir o início precoce da amamentação e do vínculo entre mãe e RN. Os RN que, logo após o nascimento, são mantidos pele-a-pele com a mãe, pelo menos durante uma hora, são mais propensos a iniciar a amamentação sem nenhuma ajuda (Newman, 2009). Além de promotor da amamentação e da vinculação, o contacto pele-a-pele, exponencia a estimulação sensorial e libertação de ocitocina materna (APEO, 2009; Barradas *et al*, 2015; Lowdermilk *et al*.,



2013) e aquece RN arrefecidos e arrefece os que estão muito quentes (Carvalho & Zangão, 2014; Phillips, 2013).

Posteriormente, encaminhou-se a parturiente para o seu quarto e explicaram-se as normas e rotinas do serviço, informando-a também que é possível a presença de uma pessoa significativa durante todo o internamento no BP (isto, antes da pandemia Covid-19). Durante o internamento da parturiente, promoveu-se a privacidade, garantiu-se um ambiente seguro, tranquilo e confortável, adequou-se a luminosidade, ajustou-se o tom de voz, assim como, adaptou-se o discurso ao nível sociocultural da parturiente/pessoa significativa.

Frello e Carraro (2010b); Lowdermilk *et al.* (2013); Silva *et al.* (2016) defendem que o apoio dos profissionais de saúde durante o TP configura-se como importante e reconfortante para as parturientes e o modo como as abordam representa um marco fundamental para a vivência de uma experiência positiva, às vezes, basta um olhar que transmita confiança. Posto isto, é importante que a relação/comunicação com o EEESMO e a parturiente seja promotora dessa experiência, permitindo abertura e disponibilidade para esclarecer dúvidas e preocupações, clarificar as fases do TP, explicar os procedimentos efetuados, elucidar sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas aproveitando para criar uma relação terapêutica e desmistificar medos.

Segundo a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras e Federación de Asociaciones de Matronas de España (APEO & FAME, 2009) a presença de uma pessoa significativa diminui as consequências prejudiciais do stress e o medo associado ao TP em local desconhecido, potenciando a sensação de confiança materna trazendo, como afirmam Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa e Cuthbert (2017), benefícios para a mulher, tais como diminuir o tempo do TP, maior ocorrência de partos eutócicos e espontâneos resultando num menor recurso à analgesia epidural e maior satisfação da mulher em relação à sua experiência de parto.

Após a instalação da parturiente no quarto, canalizou-se um acesso venoso periférico, preferencialmente à direita devido à disposição do bloco operatório, e monitorizou-se o bem-estar materno-fetal através de CTG. De acordo com Graça (2017), a CTG permite o registo simultâneo e contínuo da frequência cardíaca fetal (FCF) e da atividade uterina, e a sua interpretação é fundamental para vigiar o bem-estar fetal. A realização de CTG, através da monitorização externa ou interna, é importante visto que, constitui um método que permite a avaliação da oxigenação do feto, traduzindo o bem-



estar materno-fetal, sendo fundamental para o EEESMO possuir conhecimentos sobre a utilização deste recurso, capacidade de análise e reconhecimento dos vários padrões da frequência cardíaca fetal, intervindo de forma adequada em cada situação (Lowdermilk *et al.*, 2013). O método mais utilizado para entender o estado de oxigenação do feto, traduzindo a avaliação do seu bem-estar é a interpretação do traçado cardiotocográfico (APEO & FAME, 2009; Graça, 2017; Lothian, 2014; Lowdermilk *et al.*, 2013).

Com a partilha de saberes da supervisora e complementando o conhecimento teórico-prático através da pesquisa bibliográfica foram desenvolvidas competências fundamentais para proceder à leitura de CTG de forma a garantir uma rigorosa vigilância do bem estar materno-fetal. Ao longo do estágio, foi possível verificar os diferentes tipos de padrão da FCF, nomeadamente, taquicardia fetal, bradicardia fetal, situações de baixa variabilidade, desacelerações precoces, desacelerações tardias e CTG tranquilizador. Perante as alterações de padrão da FCF, implementou-se intervenções apropriadas à situação, referenciando a outros profissionais de saúde as que transpunham o domínio de atuação, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Predominantemente, a monitorização da FCF é realizada de forma externa. Porém, devido a situações várias, como a obesidade materna, quando a leitura não estava a ser realizada de forma correta, procedeu-se à observação e, à posteriori, à realização de monitorização interna.

O alívio da dor deve ocupar um lugar prioritário nos cuidados do EEESMO pois contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente (APEO & FAME, 2009). Durante a vigilância do TP, além de analisar o CTG, proporcionar à parturiente conforto e aliviar a sua dor foi uma das principais preocupações. No 1.º estágio do TP foram utilizadas como medidas não farmacológicas para alívio da dor, as técnicas de respiração que reduzem a sensação dolorosa, melhoram os níveis de saturação de oxigénio no sangue materno, diminuem a ansiedade, promovem o relaxamento dos músculos abdominais e aumentam o tamanho da cavidade abdominal, contribuindo para diminuir a fricção e o desconforto entre o útero e a parede abdominal (Gallo *et al.*, 2011; Lowdermilk *et al.*, 2013). Também se incentivou a hidroterapia, pois a água quente durante o TP tem como benefícios o relaxamento, reduz a ansiedade, estimulando a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina, encurta o período de dilatação e aumenta a sensação de controlo da dor e satisfação (OE, 2013; Uceira-Rey *et al.*, 2015). O uso da bola de Pilates, a deambulação e alternância de posição também foram utilizadas como métodos não



farmacológicos. Para Lowdermilk *et al.* (2013), as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher ao TP são influenciadas pela posição materna, mudanças frequentes de posição têm como benefícios aliviar a fadiga, aumentar o conforto e melhorar a circulação. Assim, a parturiente deve ser encorajada a adotar as posições que considere mais confortáveis (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell & Styles, 2009) Através da utilização da televisão foi possível introduzir a musicoterapia, a música tem a capacidade de reduzir a angústia, a ansiedade, a tensão, o stress e o medo, conseqüentemente, proporciona relaxamento, aumenta o nível de energia e o humor, resultando numa redução do ritmo cardíaco, do esforço respiratório e culminando no alívio da dor (Backes, Ddine, Oliveira & Backes, 2003; Bergold & Sobral, 2003; Leão & Silva, 2004; Lowdermilk *et al.*, 2013; Tabarro, Campos, Galli, Novo & Pereira, 2010). Promoveu-se também a ingestão oral pois esta tem como benefícios a manutenção das reservas energéticas para a mãe e feto, a prevenção da cetoacidose, sensação de autocontrolo da parturiente e, por sua vez, diminuição do stress, aumento do conforto e satisfação (APEO, 2009; Barradas *et al.*, 2015; Lowdermilk *et al.*, 2013). Com o objetivo de repor a energia consumida no TP, garantir reservas necessárias para os esforços expulsivos e evitar partos por fórceps ou ventosa (Lowdermilk *et al.*, 2013), ofereceram-se líquidos à parturiente durante o TP, nomeadamente, chá, água ou gelatina de acordo com o peso da parturiente, a cada hora, caso fosse a sua vontade, pois a mulher deve ser incentivada à ingestão de líquidos mas nunca forçada, tal como defende Barradas *et al.* (2015). O uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto tem como benefícios reduzir e atrasar o uso de fármacos, proporcionando condições para a colaboração ativa da parturiente e permitindo uma maior participação da pessoa significativa (Silva & Oliveira, 2006).

Quando os métodos não farmacológicos eram insuficientes, na perspetiva da parturiente, para o controlo da sua dor e esta solicitava a analgesia epidural, colaborou-se com outros profissionais de saúde, nomeadamente os anestesistas. A analgesia epidural é, entre todos os métodos farmacológicos de alívio da dor, o mais eficaz e inócuo para a parturiente e para o feto (Graça, 2017).

Através da cervicometria conseguiu-se avaliar as características do colo uterino e identificar e monitorizar a evolução do TP, tal como é fundamentado pela APEO & FAME (2009), o toque vaginal permite avaliar a progressão do TP, através de seis indicadores: posição, consistência, extinção e dilatação do colo uterino, descida e rotação



da cabeça fetal. Contudo, esta avaliação pode ser uma fonte desencadeadora de ansiedade e constrangimento para a mulher, uma vez que a deixa muito exposta, invadindo a sua privacidade e intimidade, para além de que, tem associado o risco de infeção. Por esse motivo, a cervicometria apenas se realizou quando a parturiente apresentava queixas ou o CTG não se encontrava “tranquilizador”.

Quando a parturiente apresentava dilatação completa, esta era posicionada na cama de parto. Durante o parto, foi realizada a manobra de Ritgen para a proteção do períneo. A manobra de Ritgen, é um procedimento obstétrico que ajuda na exteriorização da apresentação (favorece a flexão da cabeça e facilita a sua extração) e evita a expulsão violenta que pode ocasionar lesões perineais (Couto & Carneiro, 2017 citando Jönsson, Elfaghi, Rydhström & Herbst, 2008). Dos 42 partos eutócicos que foram realizados, 19 resultaram em períneos intactos, 15 em lacerações e 8 em episiotomias. A episiotomia seletiva é uma recomendação da OMS (1996), esta deve ser realizada apenas em casos de sofrimento fetal, parto instrumental ou complicado (distócia de ombros, apresentação pélvica, macrossomia fetal) e lesão iminente de laceração perineal grave (rigidez perineal, altura do períneo inferior ou igual a 3 cm).

De entre os partos assistidos, ocorreram algumas situações de distócia de ombros, que foram resolvidos, sem efeitos negativos na saúde da mulher e RN, ao realizar adequadamente e com a ajuda da supervisora e 2 EEESMO's, a manobra McRoberts. A distócia de ombros é uma emergência obstétrica em que inicialmente deve ser efetuada a manobra de McRoberts, por estar associada a um menor risco para a mãe e para o RN. A manobra deve ser realizada por dois ajudantes, em que cada um segura um membro inferior da parturiente, de modo a proceder à hiperflexão das coxas sobre o abdómen, o que faz com que a curvatura lombo-sagrada diminua sem afetar os diâmetros pélvicos (Marques & Reynolds, 2011).

Durante o período expulsivo foi possível identificar situações como a presença de circular cervical, dando resposta à situação e solucionando a mesma através da manobra da clampagem e corte do cordão umbilical em caso de circular apertada, indo ao encontro do que é relatado pela OE (2015), ou passar o cordão umbilical pela cabeça do bebé em caso de circular larga.

Após a expulsão do RN é importante a identificação dos sinais de descolamento da placenta. Estes sinais caracterizam-se, de acordo com Lowdermilk *et al.* (2013), pela saída de sangue pelo canal de parto, alongamento do cordão umbilical pela vulva e



mudança do útero de uma forma discóide para uma forma ovóide. À medida que a placenta desce para o segmento inferior, um aumento de volume é observado na vagina ou as membranas fetais são observadas no introito vaginal. Após a presença destes sinais realizou-se a dequitação identificando-se o mecanismo de expulsão (Duncan ou Schultz) e, posteriormente, observou-se a placenta no que diz respeito à integridade das membranas e cotilédones, do cordão umbilical e vasos sanguíneos (duas artérias e uma veia). Após verificação da placenta, procedia-se à colocação de 20 UI de ocitocina em 500ml de Dextrose a 5% em Água, para redução das perdas sanguíneas e diminuição do risco de ocorrência de complicações hemorrágicas no pós-parto.

Seguidamente, era verificada a integridade do canal de parto e procedia-se, caso existisse episiotomia ou laceração, à reparação do mesmo. A realização de episiorrafias e a sutura de lacerações foram um grande desafio. Contudo, ao longo do estágio, com a prática, considera-se que este desafio foi sendo superado.

Quando os partos foram realizados por outro profissional de saúde, prestou-se cuidados imediatos aos RN, nomeadamente, registo da hora de nascimento, realização de exame físico criterioso para rastreio de malformações, colocação de pulseira de identificação e anti-roubo, avaliação do peso, atribuição de índice de Apgar e administração de vitamina K para prevenção da doença hemorrágica do RN. Todos os RN recebidos não necessitaram de cuidados de reanimação, motivo pelo qual, não se vivenciou nenhuma manobra mais invasiva. Posteriormente, não sendo cesariana e sempre que a mãe permitiu, o RN estabeleceu contacto pele-a-pele com a mesma.

No 4.º estágio do TP providenciou-se cuidados de enfermagem especializados direcionados à vigilância quer da puérpera quer do RN, enquanto permaneceram no quarto ou recobro, monitorizando alterações fisiológicas e prevenindo/identificando complicações pós-parto, promovendo assim a saúde da mulher/RN. Inicialmente, caso fosse vontade da puérpera, era promovida e apoiada na amamentação na primeira hora de vida do RN. Foi verificado que ainda existem dúvidas em relação à temática da amamentação, tendo realizado educação para a saúde e esclarecido dúvidas sempre que solicitado pela puérpera/casal. O ensino ao longo do internamento ajuda na preparação para a alta (Frias & Damas, 2019). Neste período, avaliou-se também o estado geral da mulher, os sinais vitais, o tónus uterino, as perdas hemáticas via vaginal, no caso de parto por via vaginal era observado o períneo (intacto ou com ferida cirúrgica, nomeadamente, laceração ou episiorrafia) e no caso de cesariana observado o penso cirúrgico, retirou-se



o cateter epidural (caso existisse e tivesse essa indicação), vigiou-se a micção e reversão do bloqueio motor e providenciou-se a alimentação para posterior transferência da díade para o serviço de Obstetrícia, assegurando a continuidade de cuidados através dos registos de enfermagem adequados e da passagem de informação oral aos enfermeiros do respetivo serviço.

d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Ao admitir a puérpera e o RN no internamento de Obstetrícia do CHBM era fundamental proceder à explicação das normas e rotinas do serviço, proceder à avaliação do estado hemodinâmico da puérpera, realizar o exame físico ao RN para rastreio de malformações não detetadas no momento do nascimento e recolher de informações pessoais e obstétricas pertinentes para assegurar a continuidade dos cuidados, nomeadamente, idade materna, alergias, patologias, vigilância da gravidez, resultado de serologias e exame para pesquisa de estreptococcus do grupo B, índice obstétrico, hora e tipo de parto, analgesia/anestesia realizada, terapêutica prescrita e, em caso de mãe Rh- confirmar se no BP de partos tinham realizado a colheita de sangue do cordão para tipagem do RN para posterior consulta do resultado e, em caso positivo, administrar imunoglobulina anti-D à mãe.

Quando se procedia à avaliação do estado hemodinâmico da puérpera, que é muito importante não só no momento do primeiro levante como no início de cada turno para rastrear possíveis alterações, além da avaliação dos sinais vitais, realizava-se o exame obstétrico. Este exame obstétrico consistia na avaliação do estado geral (físico e emocional), das características da mama e dos mamilos, questionava-se como estava a vivenciar a amamentação e quando tinha sido a última mamada, do tónus uterino, das perdas hemáticas via vaginal, no caso de parto por via vaginal era observado o períneo (íntacto ou com ferida cirúrgica, nomeadamente, laceração ou episiorrafia e, se necessário, procedeu-se à colocação de gelo para conforto), e no caso de cesariana observado o penso cirúrgico (que era realizado caso se apresentasse sujo, molhado ou descolado caso contrário, apenas ao fim de 48 horas), das eliminações (tanto vesical como intestinal) e presença de edemas dos membros inferiores.

O primeiro levante da puérpera é realizado na presença do enfermeiro. No caso de parto vaginal, e caso a puérpera esteja hemodinamicamente estável, este é realizado logo



após a sua admissão ao serviço, no caso de parto por cesariana, o levante é realizado 6 horas após a intervenção cirúrgica.

Relativamente ao RN, além de realizar o seu exame físico criterioso como descrito no BP, consultava-se o seu processo clínico com toda a informação pertinente, tais como, hora do nascimento, índice de Apgar, peso, eliminações (vesical e intestinal), adaptação à mama, profilaxia utilizada, vinculação parental precoce e quaisquer anormalidades detetadas.

Durante o internamento da puérpera e RN, que varia entre 48 e 72 horas no caso de parto via vaginal e cesariana respetivamente, além do exame obstétrico para rastreio de complicações, são focados ensinamentos relacionados tanto com a puérpera como com o RN. Em relação à puérpera são abordados temas como a alimentação, exercício físico e repouso, reinício da atividade sexual, contraceção, cuidados de higiene perineais, sinais de infeção da episiotomia/perineorrafia, características dos lóquios, consulta de revisão do pós-parto (OE, 2015) e, sobretudo amamentação: identificar sinais de prontidão, ensinar a verificar se a pega está correta, prevenir o ingurgitamento mamário e mastite explicando a importância de alternar a mama fornecida ao RN, de aplicar toalhas quentes ou realizar duche de água morna seguido de massagem para remover os nódulos palpados e, após a mamada, esvaziar a mama de forma manual ou com extrator mecânico até esta ficar confortável e prevenir os mamilos macerados através da aplicação de colostro ou pomadas à base de lanolina no mamilo no final de cada mamada (Levy & Bértolo, 2012). Em relação ao RN foram abordados temas como os cuidados de higiene, cuidados ao coto umbilical, massagem para as cólicas, vestuário, amamentação, eliminações, transporte do RN, peso do RN, vacinação, realização do teste do pezinho e marcação de consultas de acordo com as recomendações (OE, 2015).

Sempre que presente, o pai/pessoa significativa, foi integrado nos cuidados, como por exemplo, no que diz respeito à massagem da mama e no banho do RN. O pai tem um papel relevante no processo do cuidar, envolvendo a participação no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados. Esse processo deve ser baseado no conhecimento de que a gravidez e o nascimento são acontecimentos naturais na vida do casal e focado na corresponsabilização entre eles e o EEESMO (Sardo, 2005). Dessen e Oliveira (2013) referem que o pai é a principal fonte de apoio materno, ser um pai presente, dedicado, preocupado e afetuoso confere aos homens uma apreciação feminina positiva. Martins, Abreu e Figueiredo (2014) referem ainda que estar presente é mais



evidente nos momentos difíceis, como o parto e o internamento do RN, onde o pai revela grande preocupação em prestar apoio psicológico à esposa/mãe.

Segundo Cunha (2013) citando Abade (2010) através da PPN, os pais são ajudados na transição para a parentalidade e no processo de vinculação com o feto. Essa vinculação gera-se através do toque no abdómen, a perceção de movimentos fetais, a construção de uma imagem mental do feto, a realização de ecografias e visualização do feto, que ajudam a imaginar o filho. Contudo, no parto e pós-parto, é que o pai tem contacto com o bebé real.

Durante o estágio, prestou-se cuidados à puérpera patológica sempre de acordo com os protocolos do serviço. No caso da puérpera os protocolos mais utilizados foram da diabetes gestacional e da pré-eclampsia. No caso da diabetes gestacional o cuidado fulcral passou pela vigilância de sintomatologia e controlo da glicémia capilar da puérpera (antes das principais refeições nas primeiras 24 horas após o parto e, posteriormente, apenas em jejum) e do RN (na 2.^a hora, 4.^a hora e 6.^a hora de vida - o mesmo controlo é aplicado caso o RN presente, no momento do nascimento, pouco peso para a idade gestacional ou grande peso para a idade gestacional). Em relação à pré-eclampsia, e de acordo com o protocolo, os cuidados focaram-se na vigilância de sintomatologia (cefaleias, escotomas ou epigastralgias), controlo da tensão arterial e despiste de edema dos membros inferiores.

Ao logo do estágio foram ainda elaborados planos de cuidados, registadas as intervenções nos processos informáticos e realizada a respetiva validação desses mesmos cuidados. Transmitiu-se também a informação pertinente e adequada na passagem de turno, promovendo a continuidade dos cuidados.

e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Segundo o Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016, pp. 13-14), o climatério “*é o período da vida da mulher de transição entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva, ao longo do qual ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Com frequência está associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas (irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações do humor e do sono, entre outros) que no seu conjunto caracterizam a “síndrome climatérica”.*”



Durante o estágio, o contacto com a mulher durante o período do climatério foi quase nulo. Existiu apenas um contacto que surgiu numa consulta de planeamento familiar. Nesse contacto foram realizados sobretudo ensinamentos sobre o período que a mulher estava a vivenciar e, posteriormente, encaminhada para avaliação médica.

f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

No SUOG do CHBM prestou-se cuidados à mulher com gravidez ectópica e submetida a curetagem uterina por aborto retido ou aborto incompleto. Araújo *et al.* (2008) definem a gravidez ectópica como a implantação do blastocisto fora da cavidade uterina. O diagnóstico precoce da gravidez ectópica é importante para diminuir o risco de rutura tubária, além de melhorar o sucesso das medidas conservadoras, como a laparoscopia com salpingostomia, o tratamento medicamentoso com metotrexato e a conduta expectante (Junior, Montenegro, Soares, & Camano, 2008).

O aborto retido é definido por achados ecográficos demonstrando ausência de crescimento do saco (saco gestacional intacto) ou inexistência de embrião, ou existência de embrião sem atividade cardíaca já o aborto incompleto, ocorre após quadro de metrorragias, e é definido por achados ecográficos demonstrando produtos de concepção retidos na cavidade uterina, sem saco gestacional bem definido (Huchon *et al.*, 2016; Knez, Day & Jurkovic, 2014; Memtsa, Jauniaux, Gulbis, Nyrhinen & Jurkovic, 2016). A curetagem uterina é um método de abortamento cirúrgico em que a cavidade endometrial é esvaziada por meio de uma cureta ou dispositivo de aspiração (Braaten & Dutton, 2018).

Quando a mulher era sujeita a uma intervenção cirúrgica, por aborto retido ou por gravidez ectópica, a mestranda, além de prestar apoio emocional e demonstrar empatia pela sua situação clínica, teve um papel fundamental na vigilância do estado hemodinâmico da mulher e na assistência ao anestesista na anestesia e do material cirúrgico ao obstetra.

Como referido na alínea a) deste capítulo, através da prevenção do cancro da mama com o incentivo para a realização do auto-exame e com a realização de citologia para prevenção do cancro do colo do útero também foram prestados cuidados à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.



g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Através do curso de PPN são transmitidos conhecimentos e competências à grávida e ao casal colaborando para o desenvolvimento saudável da gravidez, do parto e do puerpério. Neste curso, não se prepara unicamente a mulher para o momento do parto, prepara-se a mulher e o acompanhante para as alterações físicas, psicológicas, sociais e relacionais, que ocorrem também durante a gravidez.

Durante as aulas de PPN, da UCC do Seixal, explicaram-se as várias fases do TP, alertou-se sobre os sinais de ida à maternidade, elucidou-se sobre o material a levar para a maternidade, incentivou-se ao aleitamento materno, ensinaram-se os cuidados ao RN (banho, mudança da fralda, cuidados ao coto umbilical), explicaram-se as competências parentais, esclareceram-se dúvidas e forneceu-se material de apoio, sempre que necessário. Realizaram-se, também, duas atividades didáticas com as grávidas/casal. Uma delas consistiu, inicialmente, numa aula de Pilates, seguida de uma caminhada pela zona ribeirinha e terminou com um passeio de barco pela baía do Seixal, onde foi possível promover um estilo de vida saudável, através da prática de atividade física na gravidez, e estabelecer uma maior relação de proximidade e confiança com estas, através de um momento de partilha e convívio. A outra atividade foi, tal como sugere a DGS (2015), a visita ao local onde se previa que iria decorrer o parto destas grávidas, de modo a atenuar os medos e ansiedades relativos ao hospital ou maternidade, tornando o nascimento iminente mais real.

Para enriquecimento dos conhecimentos houve presença em algumas aulas práticas do curso, lecionadas pela fisioterapeuta, e numa formação organizada pelos parceiros do curso, nomeadamente, uma nutricionista, uma psicóloga e a Polícia de Segurança Pública.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo este percurso, teve um marco muito importante, quer a nível profissional como pessoal. As limitações e experiências que foram surgindo ao longo dos dias, puseram à prova as capacidades físicas, emocionais e mentais da mestranda, tornaram-na numa pessoa confiante e mais detentora de conhecimentos e, sem dúvida, com uma maior perceção dos cuidados que as mulheres, grávidas, puérperas, recém-nascidos e respetivos familiares esperam do EEESMO.

O facto de vivenciar esta experiência antes e durante uma pandemia, possibilitou criar estratégias para colmatar algumas falhas que foram impostas, como por exemplo, a ausência da pessoa significativa durante o TP e a ausência do toque ou sorriso por parte do profissional de saúde, pois devido ao equipamento individual de proteção, muitas das vezes apenas os olhos são visíveis. Estes foram, pelo menos, dois pontos que estiveram presentes e que, como referido ao longo do relatório, levam a sentimentos de solidão e insegurança, motivadores do medo nesta fase.

Por outro lado, devido a um maior risco de contágio referido pela direção de alguns hospitais, a pandemia não permitiu que a mestranda conhecesse a realidade de outros hospitais, focando os seus cuidados e aprendizagem apenas num hospital.

O facto de o contacto com a área ginecológica ter sido escasso durante o estágio, uma vez que, não teve acesso ao internamento, apenas contactou com um pequeno número em contexto de urgência, a mestranda considera que será uma área onde terá de investir, no futuro, enquanto profissional.

Por outro lado, crê que a área mais enriquecedora para si foi o BP. Cada dia surgia uma nova aprendizagem, o facto de abranger a mulher em todas as fases, também obrigava a que tivesse um leque mais vasto de conhecimentos, que eram necessários estarem presentes e atualizados constantemente. Além disso, como a mulher também está cada vez mais envolvida no processo da maternidade sentia-se na responsabilidade de saber responder a todas as suas questões e escolhas. A cada parto realizado, a sensação de bem-estar era intensificada, apesar do esforço ser maioritariamente materno, a mestranda tinha contribuído para esse momento especial na vida da mulher/casal e, até ao momento, não se lembra de ter proporcionado felicidade semelhante a alguém, o que foi muito gratificante. A amamentação também foi uma área que lhe proporcionou gratificação pois, nas mulheres que o pretendiam fazer, assim que o bebé executava a



pega corretamente, mesmo que não verbalizado, sentia-se no olhar da mulher um “obrigado”.

Quanto à parte de investigação, houve desânimo por a amostra do estudo ter sido tão pequena. Contudo, foi uma situação que não se podia ter controlado nem contornado, pois deveu-se ao aparecimento do coronavírus que levou à suspensão do curso. Considera-se assim, que o estudo teria sido mais conclusivo se o curso não tivesse sido interrompido numa fase tão inicial da investigação, ficando assim, muito por aprender e desenvolver nesta área. Quem sabe, um dia, quando a pandemia passar, o estudo seja (re)aplicado a uma amostra maior.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. F. & Pinto, J. M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. (5.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença;
- APA [American Psychological Association] (2012). *Regras essenciais de estilo da APA / American Psychological Association*. (6.^a ed.). Porto Alegre: Penso Editora, Lda;
- APEO & FAME [Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España] (2009). *Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso*. Loures: Lusociências;
- Araújo, F. M., Chaves, A. C.; Silva, F. M., Pereira, C. C., Silveira, A. L., Valério, F. C. & Rocha, A. L. (2008). Gravidez ectópica: abordagem diagnóstica e terapêutica. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(3), 63-67. Recuperado de <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1309>;
- Araújo, V. S., Dias, M. D., Barreto, C. M., Ribeiro, A. R., Costa, A. P. & Bustorff, L. A. (2010). Conhecimento das mulheres sobre o autoexame de mamas na atenção básica. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 27-64. ISSN: 0874-0283;
- Associação para o Planeamento da Família (n.d.) *Aborto e interrupção da gravidez: etapas do processo*. Recuperado de <http://www.apf.pt/aborto-e-interruptao-da-gravidez/etapas-no-processo-de-ivg>;
- Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2017). *Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto*. Recuperado de <https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf>;
- Backes, D., Ddine, S., Oliveira, C. & Backes, M. (2003). Música: terapia complementar no processo de humanização de um CTI. *Nursing*, 66 (6), 35-42. ID: 194435294;
- Barradas, A., Torgal, A.L., Gaudêncio, A.P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., ... Varela, V. (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf;
- Bergold, L. & Sobral, V. (2003). Music for care humanization. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2(3), 23-28. DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20034882>;



- Bohren, M., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (7), 1-125. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>;
- Braaten, K.P. & Dutton, C. (2018). *Dilation and curettage*. UpToDate. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/dilation-and-curettage>;
- Brito, C. A., Silva, A. S., Cruz, R. S. & Pinto, S. L. (2015). Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. *Revista Rene*, 16(4), 470-480. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400003>;
- Carpenito-Moyet, L. (2012). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. (13.^a ed.). Porto Alegre: Artmed;
- Carvalho, A. M. & Zangão, M. O. (2014). Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura do recém-nascido. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 14, 63-67. Recuperado de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13591/1/APEO-2014-Contributo-do-contacto-pele-a-pele-na-temperatura.pdf>;
- Cavalcante, L. S., Pinheiro, N. M., Borges, J. W., Freitas A. S. & Brito, A. P. (2010). Preparação para o parto no pré-natal da Estratégia Saúde da Família: perspectivas e desafios. *Enfermagem Brasil*, 9(6), 368-375;
- CHBM [Centro Hospitalar Barreiro Montijo] (2016). *Linhas de Produção - Estatística Global, Anual 2016/2015*;
- CHBM [Centro Hospitalar Barreiro Montijo] (2017). *Linhas de Produção - Estatística Global, Anual 2017/2016*;
- CHBM [Centro Hospitalar Barreiro Montijo] (2018). *Linhas de Produção - Estatística Global, Anual 2018/2017*;
- CHBM [Centro Hospitalar Barreiro Montijo] (2019). *Linhas de Produção - Estatística Global, Anual 2019/2018*;
- CHBM [Centro Hospitalar Barreiro Montijo] (2020). *Relatório e contas - Exercício 2019*. Recuperado de http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/301/relatorio_contas19.pdf;
- CHBM [Centro Hospitalar Barreiro Montijo] (n.d). *Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE*. Recuperado de <http://www.chbm.min-saude.pt>;



- Costa, R., Pacheco, A. & Figueiredo, B. (2012). Antecipação e experiência emocional de parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 15-35. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a03.pdf>;
- Couto, C. M. & Carneiro, M. N. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermagem Global*, 47, 552-563. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>;
- Couto, G. R. (2003). *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência;
- Couto, G. R. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 190-198. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200007>;
- Crossing, S. & Manaszewicz, R. (2003). Breast self examination: be alert but not alarmed? *Medical Journal of Australia*, 178, 646-647. DOI: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05395.x>;
- Cunha, V. F. (2013). *Cuidados de Enfermagem Promotores da Vinculação do Pai e Bebê no Parto e Pós Parto*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa;
- Dessen, M. A. & Oliveira, M. R. (2013). Envolvimento paterno durante o nascimento dos filhos: Pai "real" e "ideal" na perspectiva materna. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 184–192. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100020>;
- DGS [Direção-Geral da Saúde] (2015a). *A importância do rastreio atempado do cancro do colo do útero*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-importancia-do-rastreio-atempado-do-cancro-do-colo-do-utero.aspx>;
- DGS [Direção-Geral da Saúde] (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>;
- DGS [Direção-Geral da Saúde] (2015c). *Indução do trabalho de parto*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>;
- Dias, M. A. & Deslandes, S. F. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: Os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Revista Cadernos*



- de Saúde Pública*, 22(12), 2647-2655. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200014>;
- Dodou, H. D., Rodrigues, D. P., Guerreiro, E. M., Guedes, M. V., Lago, P. N. & Mesquita, N. S. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 18(2), 262-269. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>;
- Ferreira, C. C., Medeiros, R. M., Dalprá, L. A. & Corrêa, A. C. (2019). Planear o parto normal: necessidades e expectativas das grávidas. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 73-90. Recuperado de <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/5.%20páginas-73-90.pdf>;
- Fortin, M. F. (2009a.). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta;
- Fortin, M. F. (2009b). O processo de investigação: da concepção à realização. (5ªed.). Loures: Lusociência;
- Frade, S. (2011). *Contributo da Preparação para o Nascimento / Parentalidade no Controlo da Ansiedade e Dor durante os 4 Estádios do Trabalho de Parto*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa;
- Freire, D. M., Cecatti, J. G. & Paiva, C. S. (2013). A altura uterina é capaz de diagnosticar os desvios do volume de líquido amniótico?. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(2), 49-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000200002>;
- Frello, A. T. & Carraro, T. E. (2010a). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 660-668. DOI: [10.5216/ree.v12i4.7056](http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056);
- Frello, A. T. & Carraro, T. E. (2010b). Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. *Revista Enfermagem UERJ*, 18(3), 441-445. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-2055>;
- Frias, A. & Franco, V. (2008). A Preparação Psicoprofiláctica Para o Parto e o Nascimento do Bebê: Estudo Comparativo. *International journal of development and educational psychology, INFAD Revista de Psicologia*, 1(1), 47-54. ISSN: 0214-9877;



- Frias, A. (2011). Preparação psicológica para o nascimento: Diálogos conjuntos, conhecimentos que se cruzam. In A. Pimentel & V. Franco (coord.). *Diálogos dentro da psicologia - contributos da investigação luso-brasileira em psicologia social, clínica e educacional*, (105-113). Évora: Aloendro;
- Frias, A. (2012). Aprender para Bem Nascer. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 285-292. ISSN: 0214-9877;
- Frias, A. & Damas, F. (2019). Preocupações Maternas no Momento da Alta Hospitalar. (artigo de Investigação). *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento RIASE*, 5(2), 1846-1860. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5\(2\).1846](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5(2).1846);
- Fundo Internacional das Nações Unidas (2011). *How to Implement Baby Friendly Standards - A Guide for Maternity Settings*. Recuperado de <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/accreditation>;
- Gallo, R. B., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Ferreira, C. H., Duarte, G. & Quintana, S. M. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*, 39(1), 41-48. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>;
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. (5.^a ed). Lisboa: Lidel;
- Guerra, M. J. (2010). *O Parto Desejado: Expectativas de um Grupo de Grávidas*. (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Porto;
- Huchon, C., Deffieux, X., Beucher, G., Capmas, P., Carcopino, X., Costedoat-Chalumeau, N., (...) Lemery, D. (2016). Pregnancy loss: French clinical practice guidelines. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 201, 18-26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.02.015>;
- Hurtado, F., Donat, F., Escrivá, P., Poveda, C., & Ull, N. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66, 32-45. ISSN: 1695-4238;
- Janeiro, P. D. P. (2013). *Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto;
- Junior, J. E., Montenegro, N., Soares, R. C. & Camano, L. (2008). Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento. Situação atual. *Revista Brasileira de Ginecologia*



e *Obstetrícia*, 30(3), 149-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000300008>;

Knez, J., Day, A. & Jurkovic, D. (2014). Ultrasound imaging in the management of bleeding and pain in early pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(5), 621–636. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.04.003>;

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610. DOI: <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>;

Lally, J., Murtagh, M., Macphail, S. & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6(7), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-7>;

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T. & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3>;

Leão, E. R. & Silva, M. J. P. (2004). Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 235-241. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200013>;

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF;

Lima, M. C. & Lucas, I. (2016). Decidir amamentar: a importância das boas práticas do EESMO na adesão à amamentação. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 8, 35-49. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/312297266_Decidir_amamentar_a_importancia_das_boas_praticas_do_EESMO_na_adesao_a_amamentacao_Decidindo_to_breastfeed_the_importance_of_good_NSMHO_practices_for_the_adherence_to_breastfeeding;

Lothian, J. A. (2014). Healthy Birth Practice nº 4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 198-206. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.198>;



- Loureiro, S. (2013). *O medo do parto: contributo para a validação do W-DEQ para grávidas portuguesas*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto;
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K. & Alden, K. A. (2013). *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*. (10^a ed). Brazil: Editora Elsevier Health Sciences;
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (6^a ed). Pêro Pinheiro: ReportNumber;
- Marques, J. & Reynolds, A. (2011). Distócia de Ombros - uma emergência obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24(4), 613-620. Recuperado de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/articler/viewFile/480/188>;
- Marques, L. (2003). Cancro da Mama. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19, 463-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v19i5.9976>;
- Martinelli, S., Bittar, R. E. & Zugaib, M. (2001). Proposta de Nova Curva de Altura Uterina para Gestantes entre a 20.^a e a 42.^a Semana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 23(4), 235-241. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032001000400006>;
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições;
- Martins, C. A., Abreu, W. J. & Figueiredo, M. C. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 121-131. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1394>;
- Memtsa, M., Jauniaux, E., Gulbis, B., Nyrhinen, N. C. & Jurkovic, D. (2016). Maternal serum markers in predicting successful outcome in expectant management of missed miscarriage. *Reproductive BioMedicine Online*, 34, 98-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2016.09.004>;
- Monforte, M. F. & Mineiro A. L. (2006). As vivências da mulher durante a gravidez. *Nursing*, 16(206): 17-23. Recuperado de <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/391/1/As%20Viv%c3%aancias%20da%20Mulher%20Durante%20a.pdf>;
- Moreira, T. M., Viana, D. S., Queiroz, M. V. & Jorge, M. S. (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Revista da Escola de*



Enfermagem USP, 42(2), 312-320. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200015>;

Morgado, C. M., Pacheco, C. O., Belém, C. M. & Nogueira, M. F. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*, 2(12), 17-27. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959004>;

Mourato, C. M. (2015). *Preparação para a parentalidade: intervenções do EEESMO que contribuem para uma parentalidade saudável*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa;

Newman, J. (2009). *The Importance of Skin to Skin Contact*. Recuperado de <https://ibconline.ca/information-sheets/the-importance-of-skin-to-skin-contact>;

North American Nursing Diagnosis Association (2013). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed;

Odent, M. (2009). *El bebé es un mamífero*. (3ª ed.). Tenerife: OB STARE;

OE [Ordem dos Enfermeiros] (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade>;

OE [Ordem dos Enfermeiros] (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf;

OE [Ordem dos Enfermeiros] (2019a). Regulamento, nº 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750;

OE [Ordem dos Enfermeiros] (2019b). Regulamento, nº 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série, N.º 85, de 3 de maio de 2019, 13560-13565;

OE [Ordem dos Enfermeiros] (2019c). Regulamento, n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série, N.º 184, de 25 setembro de 2019, 128-155;

OE [Ordem dos Enfermeiros] (n.d.). *Plano de Parto Escolhas que marcam a vida...* Recuperado



- de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11951/af_aleitamentomaterno_vf.pdf;
- Oliveira, A. S., Rodrigues, D.P., Guedes M. V. &, Felipe, G.F. (2010). Percepção de mulheres sobre a vivência de trabalho de parto e parto. *Revista Rene*, 11, 32-41. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4655/3474>;
- OMS [Organização Mundial da Saúde] (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization;
- OMS [Organização Mundial da Saúde] (1998). *Complementary feeding of young children in developing countries*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65932>;
- OMS [Organização Mundial da Saúde] (2001). *The optimal duration of exclusive breast feeding: results of a WHO systematic review*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf;
- OMS [Organização Mundial da Saúde] (2009a). *Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594967_eng.pdf?sequence=1;
- OMS [Organização Mundial da Saúde] (2009b). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf?ua=1;
- OMS [Organização Mundial da Saúde] (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>;
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. (5.ª ed). Lisboa: Edições Sílabo, Lda;



- Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(2):67-72. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>;
- Ribeiro, J. (2010) *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3.^a ed.). Porto: Legis Editora/ Livpsic;
- Rodrigues, C. (2012). O Yoga nos Cursos de Preparação para o Parto: Que Benefícios?. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12, 17-25;
- Santos, J. O., Tambellini, C. A. & Oliveira, S. M. J. V. (2011). Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(3), 453-458, Recuperado de <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v15n3a20.pdf>;
- Sardo, D. S. (2005). Outras Visões e Formas de Assistir o Parto. *Revista da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras*, 6, 57-59;
- Scarton, J., Prates, L. A., Wilhelm, L. A., Silva, S. C., Possati, A. B., Ilha, C. B. & Ressel, L. C. (2010) No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 143-151. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56786>;
- Silva, F. M. & Oliveira, S. M. (2006). O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40(1), 57-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100008>;
- Silva, T. C., Bisognin, P., Prates, L. A., Wilhelm, L. A., Bortoli, C. F. & Ressel, L. B. (2016). As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. *Biblioteca Lascasas*, 12(2). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0886.php>;
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Recuperado de https://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf;
- Souza, M. G., Vieira, B. D., Alves, V. H., Rodrigues, D.P., Leão, D.C. & Sá, A.M. (2015). A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1987-2000. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-26709>;



- Souza, Z. N., Rosa, M. C. & Bastiani, J. A. (2011). Maternidade: percepção de gestantes primíparas usuárias do serviço básico de saúde. *Journal of the Health Sciences Institute*, 29(4), 272-275, Recuperado de https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/04_out-dez/V29_n4_2011_p272-275.pdf;
- Tabarro, C. S., Campos, L. B., Galli, N. O., Novo, N. F. & Pereira, V. M. (2010). Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Rev Esc Enferm USP*, 44(2), 445-452. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200029>;
- UCC do Seixal [Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal] (n.d.). *Missão, visão e valores*. Recuperada de disponível em: <https://sites.google.com/site/uccdoseixal/missao-visao-e-valores>;
- Uceira-Rey, S., Martínez, R. L., Raposo, M. I., González, I. V., Fernández, I. G., Espido, M. S. & Castaño, M. R. (2015). Procedimiento de inmersión en el agua para el trabajo de parto en el Hospital da Barbanza. *Matronas Profesión*, 16(1), 12-17, Recuperado de <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/especial-parto-agua.pdf>;
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19, 84-97. DOI: <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>;
- Zampieri, M. F., Gregório, V. R., Custódio, Z. A., Regis, M. I. & Brasil, C. (2010). Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(4), 719-727. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400015>;
- 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), 75-84. DOI: <https://doi.org/10.1080/02845710121310>.



ANEXOS



ANEXO A - E-MAIL COM AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PORTUGUESA SORAIA LOUREIRO DO
USO DO QUESTIONÁRIO SOBRE O MEDO PERCEBIDO DO PARTO (ADAPTAÇÃO DO W-DEQ A
À CULTURA PORTUGUESA) NO ESTUDO



Pedido de permissão para a utilização do questionário W-DEQ - Versão Portuguesa ▷

Márcia Ferraz <marcia.ferraz90@gmail.com>
para soraialoureiro ▾

quinta, 7/11/2019, 22:26   

Exma Mestre Soraia Loureiro,

Chamo-me Márcia Cristiana Marques Ferraz, sou aluna do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus - Universidade de Évora e para obtenção do grau de Mestre estou a desenvolver um estudo sobre o tema: "Preparação para o Nascimento: O medo do parto", com orientação da Professora Doutora Ana Frias, docente da Universidade de Évora.

Por esse motivo, venho por este meio pedir-lhe permissão para utilizar o questionário que foi traduzido e adaptado por si - Wijma Delivery Expectancy/Experience - Questionnaire (W-DEQ), versão A 2005 - na aplicação do meu estudo. Será citada como autora da versão portuguesa.

Atenciosamente,
Márcia Ferraz

Pedido de permissão para a utilização do questionário W-DEQ - Versão Portuguesa ×

▷

Soraia Loureiro <soraialoureiro@gmail.com>
para mim ▾

 sexta, 15/11/2019, 10:52   

Bom dia

Autorizo a utilização do Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (adaptação do W-DEQ A à cultura Portuguesa), para o estudo que está a desenvolver.

Qualquer questão em que possa ajudar encontro-me ao seu dispor.

Com os melhores cumprimentos

Soraia Loureiro



ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DA COMISSÃO DE ÉTICA DA
UNIVERSIDADE DE ÉVORA



Documento	1	9	0	1	9
-----------	---	---	---	---	---

**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,

Prof.^a Doutora Margarida Amoedo
Prof.^a Doutora Fátima Jorge
Prof.^a Doutora Sandra Leandro
Prof. Doutor Luís Sebastião
Prof. Doutor Armado Raimundo
Prof. Doutor Fernando Capela
Prof. Doutor Paulo Infante,

deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: “*Preparação para o Nascimento: O medo do parto*” pela mestranda **Márcia Cristiana Marques Ferraz**, sob a supervisão da Prof.^a Doutora Ana Maria Aguiar Frias (responsável académica).

Universidade de Évora, 9 de dezembro de 2019

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)



ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CHBM



33093

A comissão de ética para parecer. 2019-11-12

Exmo. Senhor Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

António Manuel Viegas
Enfermeiro-Diretor

Eu, Márcia Cristiana Marques Ferraz, enfermeira a exercer funções no Serviço de Obstetrícia desta organização hospitalar e aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora, venho por este meio solicitar autorização para realizar um estudo subordinado ao tema: "Preparação para o Nascimento: O medo do parto". Com orientação da Professora Doutora Ana Frias, docente da Universidade de Évora.

O presente estudo tem como objetivo determinar a influência da preparação para o nascimento face ao medo do parto, através de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, longitudinal. De modo a responder ao objetivo do estudo, será pedido às grávidas o preenchimento de dois questionários: um questionário antes de frequentarem o curso de preparação para o nascimento e o outro questionário após concluírem o curso de preparação para o nascimento, com questões sociodemográficas, obstétricas, sobre o curso e sobre o medo do parto com base na tradução e adaptação cultural para a população portuguesa do Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ), versão A 2005, pela Mestre Soraia Loureiro (2013), remetidos em anexo, com a duração de aplicação, aproximadamente, de 15 minutos.

A população-alvo são as grávidas admitidas no curso de preparação para o nascimento no Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Os critérios de inclusão são: grávidas no terceiro trimestre da gestação, sem complicações obstétricas durante a gravidez, que tenham concluído o curso de preparação para o nascimento, que aceitem participar voluntariamente no estudo e que saibam ler português.

O presente estudo realizar-se-á ao período compreendido entre Novembro de 2019 e Maio de 2020, em contexto do Estágio de Natureza Profissional.

Este estudo será efetuado mediante a aceitação de participação através do consentimento informado expresso num documento escrito e assinado pelas grávidas participantes, cujo exemplar se anexa.

Desde já estabeleço o compromisso de respeitar o direito à livre escolha de participação, à confidencialidade, o direito à proteção de dados, com aplicação em absoluto respeito pelos princípios orientadores da declaração de Helsínquia.

Pelo exposto, solicito autorização de V. Ex.^a para a realização do estudo.

Atenciosamente, solicito deferimento,

A mestranda

(Márcia Cristiana Marques Ferraz)

Barreiro, 8 de Novembro de 2019

COMISSÃO DE ÉTICA	
<i>Alterar Código. Cumprida</i>	
<i>CI 21/2019</i>	
Data	<i>15/11/2019</i>
	<i>Viegas</i>

*Não a opoe
é de interesse para
o serviço, pois temos
o parto, e assim poderemos
analisar a eficácia do
curso para as grávidas que
o frequentam.
Jus Ferraz
01/11/2019*

Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E. P. E.de 22/11/2019
ACTA N.º 49C.A.
AutorizadoAo CA 2019-11-20
António Manuel ViegasAntónio Manuel Viegas
Enfermeiro-DiretorPedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota interna n.º: 53/2019

Data: 15 / 11 / 2019

De: Comissão de Ética para a Saúde

Para: António Manuel Viegas – Enfermeiro - Director e Vogal Executivo do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para estudo científico

A 15/11/2019 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que analisou um pedido de autorização para recolha de dados através de questionários junto de grávidas que frequentam o curso de preparação para o nascimento neste Centro Hospitalar para um projecto científico intitulado "Preparação para o Nascimento: o medo do parto" a desenvolver pela Enf.ª Márcia Cristiana Marques Ferraz, enfermeira em funções no serviço de obstetria desta instituição, a frequentar mestrado em enfermagem médico cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. O estudo decorre sob orientação da Professora Doutora Ana Frias, docente na Universidade de Évora. Na documentação anexa ao pedido foi junto uma carta com informação do projecto, declaração de consentimento informado para as participantes e questionários devidamente anonimizados. Para a realização do projecto de investigação foi obtida a concordância do Enf. Luís Miranda, enfermeiro com funções de chefia do Serviço de Obstetria. Após análise dos documentos constata-se que o código do questionário não garante a participação, livre e voluntária das participantes, bem como a confidencialidade dos dados recolhidos. Deverá a requerente alterar a cifra do código e também dar cumprimento ao estatuído na Circular Informativa n.º 21/2019 de 22/03/2019, deliberando a Comissão de Ética, por unanimidade, no sentido de nada ter a opor à recolha de dados pretendida pela requerente desde que cumpridos os requisitos mencionados.

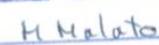
Com os melhores cumprimentos,



(Filomena Veiga, Dr.ª)

(Vice-presidente da CES)

CHBM, EPE
ACADEMIA DE FORMAÇÃO
N.º 42
Data: 25/11/19
Ass.: 

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 16097 20/11/2019




APÊNDICES



APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO ANTES DE FREQUENTAR O CURSO DE
PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO



QUESTIONÁRIO ENTREGUE ANTES DE FREQUENTAR O CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO

Questionário nº ____

Código: _____

(Coloque as iniciais do seu nome e os dois últimos dígitos do seu cartão de cidadão)

Questionário sobre o medo do parto

O presente estudo desenvolve-se no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora, por Márcia Cristiana Marques Ferraz, sob a orientação da Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias.

O objetivo deste estudo é:

- Determinar a influência da preparação para o nascimento face ao medo do parto

Este estudo é composto por dois questionários. Agora, solicito que responda a este primeiro questionário que é composto por duas partes:

A - Questionário de caracterização sociodemográfica e obstétrica

B - Questionário sobre o medo do parto (com base no W-DEQ versão A 2005)

Após a conclusão do curso de preparação para o nascimento, será entregue um segundo questionário (muito semelhante a este).

Para o preenchimento deste questionário siga as instruções que constam no cabeçalho de cada uma das partes. Solicito que responda com honestidade ao mesmo, não existem respostas certas ou erradas. Os dados colhidos serão confidenciais e para uso exclusivo do presente estudo. A duração média da realização do mesmo são, aproximadamente, 15 minutos.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade!



A - Questionário de caracterização sociodemográfica e obstétrica

Responda livremente às perguntas abertas e, nas perguntas fechadas, coloque um X no quadrado que corresponde à sua resposta

1. Idade: _____
2. Estado Civil: Solteira Casada Divorciada Viúva União de facto
3. Agregado familiar: Vive sozinha
- Pais Marido/companheiro (com ou sem filhos)
- Outro: _____ Marido/companheiro (com ou sem filhos) + Pais
4. Escolaridade: 4º ano completo 6º ano completo 9º ano completo
- 12º ano completo Licenciatura Mestrado Doutoramento

5. Está empregada? Sim Não

(responda à questão seguinte apenas se tiver respondido "sim" na questão anterior)

5.1. Profissão: _____

6. A gravidez é desejada? Sim Não
7. Nº de semanas de gravidez: _____
8. Nº de gravidezes: _____ (incluindo a atual)
9. Esteve grávida anteriormente? Sim Não

(responda às questões seguintes apenas se tiver respondido "sim" na questão anterior)

9.1. Nº de filhos que nasceram <37 semanas: _____

9.2. Nº de filhos que nasceram >37 semanas: _____

9.3. Nº de abortos ou gravidez ectópica: _____

9.4. Nº de filhos vivos: _____

10. Teve algum parto anterior? Sim Não

(responda à questão seguinte apenas se tiver respondido "sim" na questão anterior)

10.1. De que tipo foi o último parto?

Normal Fórceps Ventosa Cesariana

11. Quem pensa que será o seu apoio no momento do parto?

Marido/companheiro Mãe Amiga Ninguém Outro: _____

12. Tem procurado informação acerca do parto? Sim Não

(responda à questão seguinte apenas se tiver respondido "sim" na questão anterior)

13. Que fontes de informação tem utilizado? (pode selecionar mais do que uma opção)

Enfermeiro Médico Familiares Amigos

Internet Livros Revistas Outro: _____



B - Questionário sobre o 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 perspetiva 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 |
| 18 | Extremamente feliz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada feliz |



APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO APLICADO APÓS CONCLUIR O CURSO DE PREPARAÇÃO PARA
O NASCIMENTO



QUESTIONÁRIO ENTREGUE APÓS CONCLUIR O CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO

Questionário nº ____

Código: _____

(Coloque as iniciais do seu nome e os dois últimos dígitos do seu cartão de cidadão)

Questionário sobre o medo do parto

O presente estudo desenvolve-se no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora, por Márcia Cristiana Marques Ferraz, sob a orientação da Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias.

O objetivo deste estudo é:

- Determinar a influência da preparação para o nascimento face ao medo do parto

Relembro que, há cerca de 2 meses, respondeu a um questionário muito semelhante a este e que correspondia à primeira fase deste estudo. Ressalvo que não é necessário lembrar-se das respostas que deu nesse momento.

Este questionário é composto por duas partes:

- A - Questionário acerca do curso de preparação para o nascimento
- B - Questionário sobre o medo do parto (com base no W-DEQ versão A 2005)

Para o preenchimento deste questionário siga as instruções que constam no cabeçalho de cada uma das partes. Solicito que responda com honestidade ao mesmo, não existem respostas certas ou erradas. Os dados colhidos serão confidenciais e para uso exclusivo do presente estudo. A duração média da realização do mesmo são, aproximadamente, 15 minutos.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade!



A - Questionário acerca do curso de preparação para o nascimento

Responda livremente às perguntas abertas e, nas perguntas fechadas, coloque um X no quadrado que corresponde à sua resposta

1. Quantas aulas de preparação para o nascimento assistiu? _____
2. Das seguintes temáticas que foram abordadas nas aulas de preparação para o nascimento, peça que responda se esteve presente ou não. E, em caso afirmativo, responda se estava sozinha ou acompanhada.

	Não estive presente	Estive presente		
		Sozinha	Marido/ companheiro	Outra pessoa Quem? _____
2.1 Anatomofisiologia da gravidez, parto e trabalho de parto				
2.2 Alimentação na gravidez				
2.3 Tipos de parto				
2.3 Tipos respiratórios				
2.4 Posicionamento/Postura/Relaxamento				
2.5 Medidas farmacológicas da dor				
2.6 Sinais de ida para a maternidade				
2.7 Material a levar para a maternidade				
2.8 Amamentação				
2.9 Cuidados ao recém nascido (banho, massagem, mudança da fralda, ...)				
2.10 Blues / Depressão pós parto				
2.11 Relação mãe/bebé/pai/irmãos				
2.12 Papel do Pai				
2.13 Direitos (maternidade e paternidade)				
2.14 Sexualidade e contraceção				
2.15 Recuperação puerperal				



B - Questionário sobre o 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 perspetiva 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 |
| 18 | Extremamente feliz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada feliz |



APÊNDICE C - CONSENTIMENTO INFORMADO



Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação no Estudo

Título do Estudo: “Preparação para o Nascimento: O medo do parto”

Objetivo: Determinar a influência da preparação para o nascimento face ao medo do parto

O meu nome é Márcia Cristiana Marques Ferraz, sou aluna do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora, e encontro-me a realizar o estudo acima referido. Para tal, solicito o seu contributo como grávida participante no curso de preparação para o nascimento, respondendo a dois questionários: um questionário antes de frequentar o curso de preparação para o nascimento e o outro questionário após concluir o mesmo.

Cada questionário demora, aproximadamente, 15 minutos a preencher. O estudo não é pago, não tem benefícios diretos para si, mas pode influenciar na melhoria do curso de preparação para o nascimento do nosso hospital, também não tem riscos para a senhora e a intenção do mesmo é recolher os seus sentimentos e pensamentos face ao medo do parto. A decisão de participar é sua. Considere-se livre para aceitar ou rejeitar este convite pois, independentemente da sua escolha, não será tratada de forma diferente. Em qualquer momento pode interromper a participação se não desejar continuar.

Neste estudo asseguro-lhe que:

1 - A confidencialidade dos dados é garantida pois é anónimo (apenas será distinguida das outras participantes por um código, não sendo revelado o seu nome);

2 - Os resultados da investigação estarão ao seu dispor e serão publicitados.

Caso tenha alguma dúvida pode contactar-me pelo e-mail: m41806@alunos.uevora.pt.

O estudo teve parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora e é orientado pela Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora. Este consentimento é assinado por si e por mim em duplicado, ficando em minha posse um exemplar e na sua posse outro. Muito obrigada pela sua participação.

Li este consentimento
e concordo em participar

Data ____/____/____

Rubrica da participante

Li, expliquei e assegurei-me que
a participante compreendeu

Data ____/____/____


Márcia Ferraz



APÊNDICE D - OUTPUT SPSS® *STATISTIC*



Estatísticas

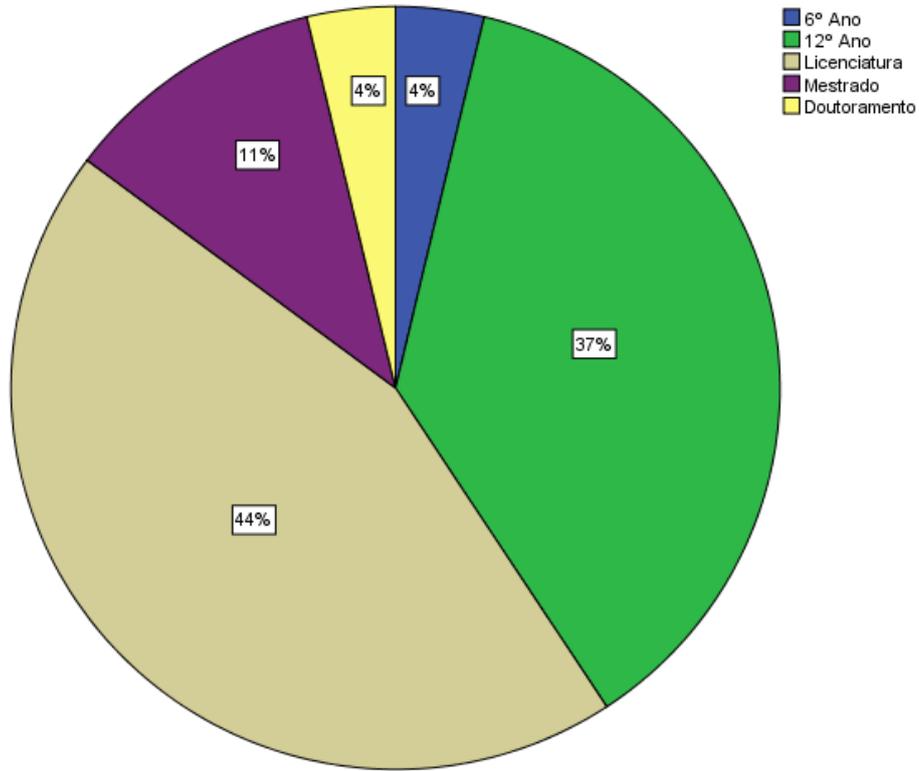
		idade	estado civil	escolaridade	nº semanas de gravidez	parto anterior?
N	Válido	27	27	27	27	27
	Omisso	0	0	0	0	0
Média		31,70	3,19	4,70	3,74	1,59
Mediana		30,00	2,00	5,00	3,00	2,00
Moda		28 ^a	5	5	3	2
Desvio Padrão		4,648	1,688	,953	1,430	,501
Assimetria		,387	,101	-,206	,495	-,399
Erro padrão da assimetria		,448	,448	,448	,448	,448
Curtose		-,931	-1,929	2,033	-,073	-1,994
Erro Padrão da Curtose		,872	,872	,872	,872	,872
Percentis	25	28,00	2,00	4,00	3,00	1,00
	50	30,00	2,00	5,00	3,00	2,00
	75	35,00	5,00	5,00	5,00	2,00

a. Ha várias modas. O menor valor é mostrado

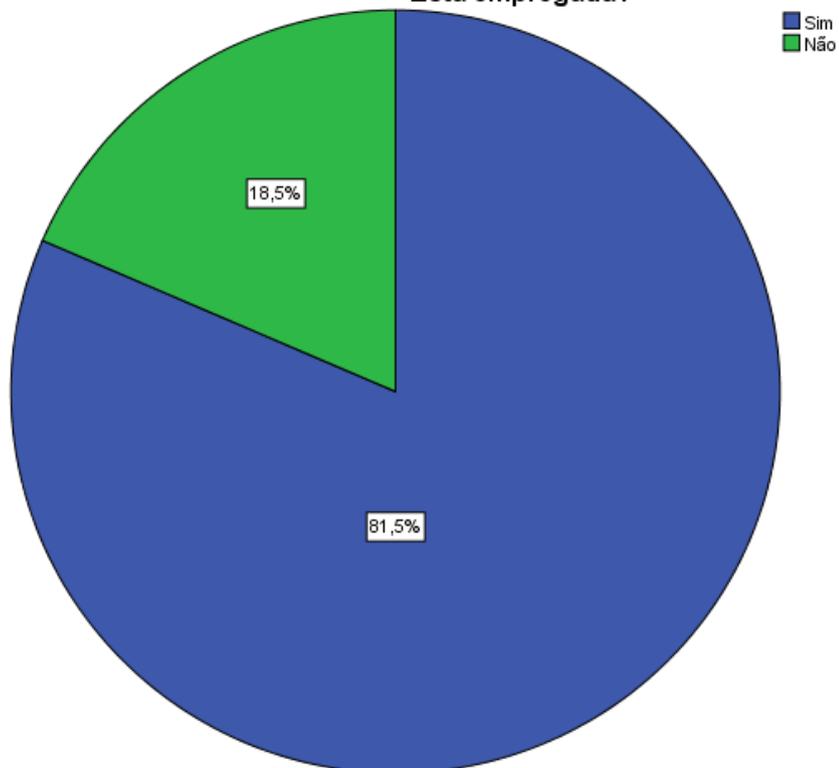
Estado civil

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Solteira	4	14,8	14,8	14,8
	Casada	11	40,7	40,7	55,6
	União de facto	12	44,4	44,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Escolaridade



Está empregada?





Teve algum parto anterior?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Sim	11	40,7	40,7	40,7
	Não	16	59,3	59,3	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

De que tipo foi o último parto?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Eutócico	6	22,2	54,5	54,5
	Cesariana	5	18,5	45,5	100,0
	Total	11	40,7	100,0	
Omisso	Sistema	16	59,3		
Total		27	100,0		

Quem pensa que será o seu apoio no momento do parto?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Marido/companheiro	26	96,3	96,3	96,3
	Mãe	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tem procurado informação acerca do parto?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Sim	20	74,1	74,1	74,1
	Não	7	25,9	25,9	100,0
	Total	27	100,0	100,0	



Que fontes de informação tem procurado?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Médico	3	11,1	15,0	15,0
	Enfermeiro e Internet	1	3,7	5,0	20,0
	Familiares, Internet e Livros	1	3,7	5,0	25,0
	Amigos, Internet e Revistas	1	3,7	5,0	30,0
	Médico e Internet	1	3,7	5,0	35,0
	Enfermeiro, Médico e Internet	1	3,7	5,0	40,0
	Amigos e Internet	1	3,7	5,0	45,0
	Médico, Familiares, Amigos, Internet, Livros e Revistas	1	3,7	5,0	50,0
	Enfermeiro, Médico, Familiares, Amigos, Internet e Livros	2	7,4	10,0	60,0
	Médico, Familiares, Amigos, Livros e Revistas	1	3,7	5,0	65,0
	Familiares e Livros	1	3,7	5,0	70,0
	Enfermeiro, Médico, Familiares, Internet e Livros	1	3,7	5,0	75,0
	Enfermeiro, Familiares e Amigos	1	3,7	5,0	80,0
	Médico, Amigos, Internet, Livros e Revistas	1	3,7	5,0	85,0
	Enfermeiro, Médico, Familiares, Amigos e Internet	1	3,7	5,0	90,0
	Internet e Livros	1	3,7	5,0	95,0
	Médico, Familiares, Amigos, Internet e Livros	1	3,7	5,0	100,0
	Total	20	74,1	100,0	
Omisso	Sistema	7	25,9		
Total		27	100,0		



APÊNDICE E - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO (SLIDES)

SUPOORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

Márcia Ferraz

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica



Orientação:

Enfermeira Especialista Isabel Oliveira

Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal

Professora Doutora Ana Frias

Universidade de Évora, Departamento de Enfermagem

SUMÁRIO

- Obstrução da via aérea (OVA) pediátrica



- Suporte básico de vida (SBV) pediátrico

Estruturas anatómicas são mais frágeis

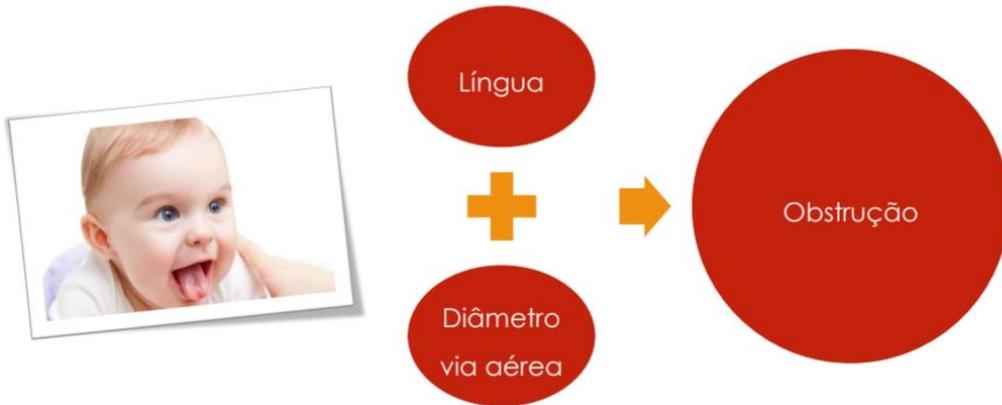


Manobras têm que ser feitas com mais suavidade



Não causar traumatismos na criança

OVA PEDIÁTRICA



Se a tosse é, ou está a tornar-se, ineficaz



Gritar por ajuda de imediato e avaliar o estado de consciência

Se a vítima tosse eficazmente



Encorajar a tosse e vigiar continuamente



LACTENTE



Pancadas interescapulares (5x)



Compressões torácicas (5x)

CRIANÇA



Pancadas interescapulares (5x)



Compressões abdominais - Manobra de Heimlich (5x)

Se a vítima com OVA está inconsciente (ou entretanto ficou) o reanimador deve colocá-la sobre uma superfície plana e dura e gritar por ajuda.



Se o reanimador estiver sozinho, não deve abandonar a vítima neste momento. Deve iniciar SBV e mantê-lo durante um minuto e só depois ligar 112.



SBV PEDIÁTRICO

Fornecer O₂ ao coração e cérebro

Sem recurso a equipamentos diferenciados

Até que o suporte avançado de vida possa ser instituído

DEFINIÇÕES DE GRUPOS ETÁRIOS



Lactente



Criança

Atender mais ao tamanho da criança do que à idade!

ETAPAS E PROCEDIMENTOS



Cadeira de sobrevivência pediátrica
(INEM, 2017)



**POSICIONAMENTO
DA VÍTIMA E DO
REANIMADOR**



SEQUÊNCIA DE AÇÕES

A avaliação inicial consiste em:

- Avaliar as condições de segurança no local;
- Avaliar se a vítima responde.



Responde



Fica na posição que está (ou quer) e vai-se pedir ajuda, se necessário

Não responde

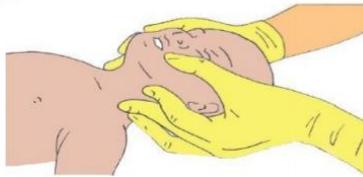


Pedir ajuda gritando, não abandonar a vítima

SEQUÊNCIA ABC

A) Via Aérea (Airway) - Permeabilizar a via aérea

- Desapertar a roupa e expor o tórax;
- Se forem visualizados corpos estranhos na boca deve-se removê-los. Contudo, não se deve perder tempo a inspecionar a cavidade oral;
- Abrir a via aérea (a posição difere do lactente para a criança).



Abertura da via aérea do lactente



Posição neutra



Abertura da via aérea da criança



Avaliação VOS

B) Ventilação (Breathing)

Após permeabilização da via aérea deve-se:

- Avaliar se respira normalmente. Para verificar este aspeto a melhor técnica é "ver, ouvir e sentir" (VOS), efetuada durante, no máximo, 10 segundos.

(V)ER - se existem movimentos torácicos;

(O)UVIR - se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz da vítima;

(S)ENTIR - na sua face se há saída de ar pela boca ou nariz da vítima.

**112**

Se a vítima respira normalmente e não há evidência de trauma, deve-se colocá-la em posição de recuperação, pedir ajuda ligando 112 e reavaliar periodicamente se mantém ventilação adequada.

Se a vítima não respira normalmente deve-se manter a permeabilidade da via aérea, remover cuidadosamente qualquer obstrução óbvia e iniciar a ventilação com ar expirado, efetuando 5 insuflações.



Técnica de ventilação boca a boca-nariz (lactente)



Técnica de ventilação boca a boca (criança)

C) Circulação (Circulation)

Após as 5 insuflações iniciais, deve-se:

- Determinar se a vítima tem circulação espontânea, através da pesquisa de sinais de vida ou se necessita de compressões torácicas.

A pesquisa de sinais de vida não deve demorar mais do que 10 segundos.

- Se a vítima apresentar alguns sinais de vida, mas não respirar ou a respiração é inadequada, deve-se continuar as insuflações com ar expirado.



Se estiver sozinho, deve ligar 112, levando a vítima, se possível, de forma a manter as insuflações

Frequência de 12 a 20 ciclos por minuto

CRIANÇA



Compressões torácicas

SUSPENDER QUANDO...



... o reanimador
ficar exausto



... a vítima apresenta sinais
de vida



... chegar ajuda
diferenciada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- European Research Council. (2015). *Resumo das alterações desde 2010 Guidelines ERC 2015*. Consultado em Outubro 1, 2019 em: <https://cpressuscitacao.pt/wp-content/uploads/2017/04/Guidelines-2015-PRINCIPAIS-ALTERA%C3%87%C3%95ES.pdf>;
- INEM - Departamento de formação em emergência médica. (2017). *Manual de suporte básico de vida pediátrico*. Consultado em Outubro 1, 2019 em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Supporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>;
- S.R.P.C.B.A. - Divisão de Prevenção, Formação e Sensibilização. (s.d). *Manual de Socorrismo - Suporte Básico de Vida Pediátrico*. Consultado em Outubro 1, 2019 em: <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1490290487.pdf>.

Agora já está pronto para salvar vidas 😊
Muito obrigado pela sua atenção!





APÊNDICE F - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO (FOLHETO)

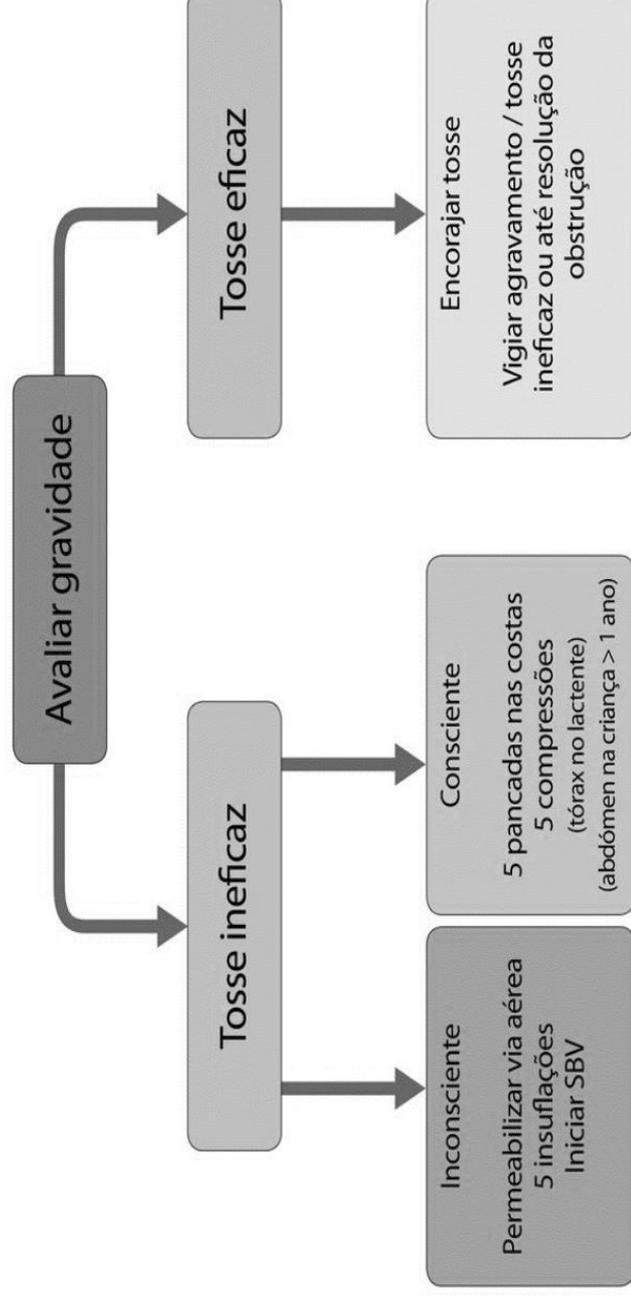


Obstrução da Via Aérea



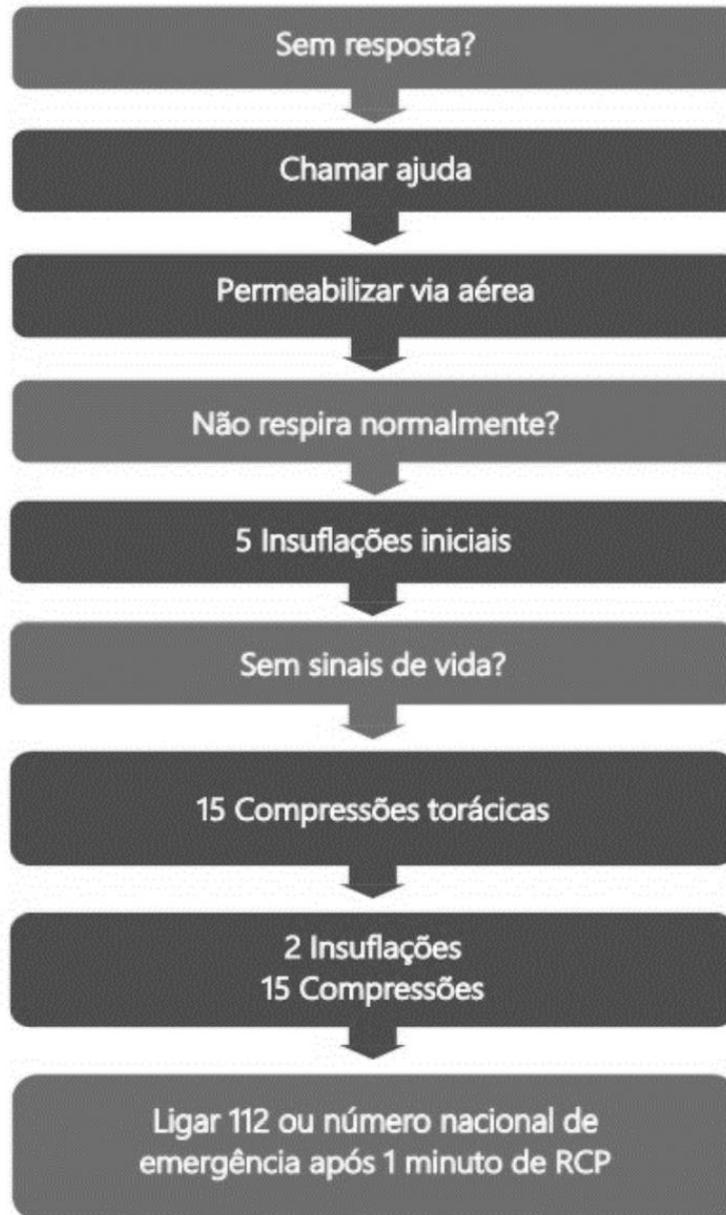
Suporte Básico de Vida Pediátrico

Tratamento da Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho na Criança



Fonte: Conselho Português de Reanimação (s.d.)

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Fonte: European Research Council (2015)



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



UCC SEIXAL
Unidade de Cuidados na Comunidade

Márcia Ferraz

Aluna do Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica

Orientação:

Enfermeira Especialista Isabel Oliveira
Unidade de Cuidados na Comunidade
do Seixal

Professora Doutora Ana Frias
Universidade de Évora, Departamento de
Enfermagem

Outubro de 2019



APÊNDICE G - COMUNICAÇÃO LIVRE “PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO: O MEDO DO PARTO (SLIDES)



Preparação para o Nascimento

O medo do parto



Márcia Ferraz & Ana Frias

17 de Janeiro de 2020

Conteúdos

- Preparação para o Nascimento (PPN)
 - O que é a PPN?
 - Quando se realiza?
 - Como se realiza?
 - Quais os objetivos?
 - Método Psicoprofilático
- O medo do parto
- Evidência científica
- Conclusão
- Referências bibliográficas



O que é a Preparação para o Nascimento?

É um método de educação física e psíquica, através de informação sobre o processo gravídico, trabalho de parto, o parto, pós-parto e os cuidados ao recém-nascido, favorecendo o desempenho da mulher.

Quando se realiza?

28/32 semanas (7 mês)

2 a 3x/semana

1h a 2h



Como se realiza?

10 a 15 mulheres

Grávida e Casal

Parte Teórica

Parte Prática

Quais os objetivos?



- Informar a grávida sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido;

- Vencer a ansiedade e o medo transmitidos de mães para filhas;

- Minimizar a dor e ensinar a *colaborar* com o próprio corpo;

- Dar a conhecer o ambiente onde será assistida;

- Proporcionar encontros com mulheres na mesma situação;

- Informar e aconselhar o pai.

Método Psicofilático



Aumenta os níveis de confiança da grávida durante o trabalho de parto, o nascimento e o pós-parto imediato



O medo do parto

Dor	Epidural	Assistência médica
Complicações maternas	Complicações com o RN	Ficar sozinha
Trocarem o RN	Não gostar do RN	Evacuar / Gases

Ansiosa
para te ver, mas com
 muito medo
do parto...



Evidência científica



Palavras-chave: Educação Pré-Natal (*Prenatal Education*), Medo (*Fear*), Parto (*Parturition*)

Título do Artigo	Autor Ano País	Tipo de estudo	Objetivo	Participantes	Resultados	Conclusão
A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto	Souza, M.G. <i>et al</i> (2015) Brasil	Pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa	Conhecer as preocupações das mulheres primíparas acerca do trabalho de parto e parto; Identificar as intervenções do enfermeiro para diminuir os sentimentos das mulheres.	6 mulheres primíparas do alojamento conjunto do Hospital Universitário Antônio Pedro	Os resultados mostraram o medo, a insegurança e a ansiedade como sentimentos e expectativas face à sua relação com o trabalho de parto e parto. Contudo, a presença do acompanhante mostrou-se importante para a diminuição desses sentimentos.	O profissional de saúde deve facilitar e promover o cuidado à parturiente, com base numa relação de confiança e vínculo.

Título do Artigo	Autor Ano País	Tipo de estudo	Objetivo	Participantes	Resultados	Conclusão
Expectativas das gestantes em relação ao parto	Ferreira, L.A <i>et al</i> (2013) Brasil	Pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa	Descrever a expectativa das grávidas em relação ao parto, aos seus medos e ansios; Identificar atividades que contribuem para a diminuição da ansiedade e a participação da família.	15 grávidas de uma Unidade Básica de Saúde do município de Uberaba, Minas Gerais	Emergiram quatro categorias: medo e ansiedade, malformação congénita, enxoval do bebé e participação do marido e da mãe.	É cada vez maior a necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção de complicações em grávidas. Além de grupos e atendimento para o esclarecimento de dúvidas e planeamento do parto e puerpério.

Título do Artigo	Autor Ano País	Tipo de estudo	Objetivo	Participantes	Resultados	Conclusão
Conhecimento das gestantes acerca das medidas de alívio da dor durante o parto	Silva, A.S. <i>et al</i> (2019) Brasil	Estudo exploratório e transversal	Analisar o conhecimento das grávidas primíparas acerca dos métodos de alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto.	49 grávidas registadas na rede municipal de Palmas, Tocantins.	100% afirmaram que o tema não foi abordado no acompanhamento pré-natal. 75,5% das grávidas foram classificadas com “nenhum conhecimento”.	As grávidas apresentam necessidade de adquirir conhecimentos acerca dos métodos de alívio da dor, para parir de forma humanizada.

Titulo do Artigo	Autor Ano País	Tipo de estudo	Objetivo	Participantes	Resultados	Conclusão
Construir a confiança para o parto: avaliação de um programa de intervenção em enfermagem	Sousa, A.P.P.A., Santos, C.S.V.B. & Ferreira, M.M.R.S. (2019) Portugal	Estudo longitudinal, quasi-experimental, pré e pós-teste, com medidas repetidas	Avaliar a eficácia do programa Construir a Confiança para o Parto na perceção de autoeficácia das grávidas para lidarem com o trabalho de parto.	66 grávidas no grupo experimental e 55 grávidas no grupo controlo de uma instituição do Norte de Portugal.	As expetativas de autoeficácia aumentaram de forma extremamente significativa ao longo do tempo no grupo experimental. Não se encontraram diferenças com significado estatístico entre os grupos.	O programa promoveu um aumento significativo da autoeficácia da grávida para lidar com o trabalho de parto, embora sem diferenças significativas com o grupo controlo.

Titulo do Artigo	Autor Ano País	Tipo de estudo	Objetivo	Participantes	Resultados	Conclusão
Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto	Tostes, N.A. & Seidl, E.M.F. (2016) Brasil	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo	Investigar as expectativas de primigestas sobre o parto e as suas percepções acerca da preparação para o parto.	18 mulheres no 3º trimestre de gravidez, com vigilância pré-natal em serviços da rede pública de Brasília	Existe preferência por parto normal; No geral, as expectativas relacionadas com o parto são negativas, prevalecendo a ideia de um momento de medo, dor e sofrimento, podendo trazer riscos para a mulher e para o bebé; Sentimentos de preparação insuficiente e falta de confiança para vivenciar o parto	Identificou-se procura por mais informação sobre temas relacionados com a gravidez, em particular o parto, bem como a necessidade de maior apoio psicoemocional às grávidas no pré-natal.

Titulo do Artigo	Autor Ano País	Tipo de estudo	Objetivo	Participantes	Resultados	Conclusão
Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil	Gonçalves M.F. <i>et al</i> (2017) Brasil	Estudo transversal	Avaliar a relação entre a assistência pré-natal e as orientações para o parto na Atenção Primária à Saúde.	358 puérperas de uma maternidade pública do sul do Brasil	O pré-natal teve alta cobertura e início precoce em 71,8% das mulheres. Porém 52% destas não receberam orientação para o parto. Houve associação estatística entre receber orientação para o parto e menor número de consultas, maior intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto e classificação do cuidado pré-natal como intermediário e inadequado.	Apesar da oferta ideal do número de consultas, a qualidade do cuidado foi classificada como intermediária ou inadequada e evidenciou-se acesso precário nas orientações para o parto durante o pré-natal.

Titulo do Artigo	Autor Ano Pais	Tipo de estudo	Objetivo	Participantes	Resultados	Conclusão
Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta	Rodrigues, A.V. & Siqueira A.A.F. (2008), Brasil	Estudo descritivo, de metodologia qualitativa	Desenvolver algumas reflexões sobre os possíveis efeitos benéficos de uma escuta responsiva à verbalização da presença de dor, os medos e os acontecimento no momento do parto.	20 parturientes, 7 doulas e observação de rotinas de uma maternidade na cidade de São Paulo	As parturientes referem como positiva a comunicação e o apoio contínuo no trabalho de parto, como estratégia promotora da redução do stress, medo e ansiedade.	As parturientes valorizam de forma positiva o acolhimento e o estabelecimento de uma relação interpessoal com os profissionais de saúde, considerando este como um aspeto essencial na redução do stress / ansiedade / medo.

Titulo do Artigo	Autor Ano Pais	Tipo de estudo	Objetivo	Participantes	Resultados	Conclusão
Aprender para bem nascer!...	Frias, A. (2012) Portugal	Natureza quantitativa e de carácter exploratório	Conhecer a influência do Método Psicoprofilático nas atitudes da mulher na sala de parto e no desenrolar do trabalho de parto (demora da fase ativa do trabalho de parto, uso de analgésico, tipo de parto).	385 puérperas primíparas (178 fizeram o Curso de Preparação Psicoprofiláctica para o Nascimento e 207 não realizaram o referido curso)	Existem diferenças altamente significativas no uso de analgésico, na demora da fase ativa do trabalho de parto, no tipo de parto, entre os grupos que realizaram e não realizaram Preparação Psicoprofiláctica	Existem várias vantagens/benefícios da Preparação para o Parto, pelo método Psicoprofilático.

Conclusão

- Existem poucos estudos sobre a temática em Portugal;
- São muitas as vantagens da preparação para o para o nascimento/parto e parentalidade;
- A preparação para o nascimento/parto e parentalidade contribui para a diminuição do medo, ansiedade e depressão e favorece o bem-estar na experiência de maternidade;
- O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica desempenha um papel singular e imprescindível na promoção de uma gravidez e preparação para o parto saudável alicerçando o bem-estar psicológico e cultural, o bem-estar físico e a adaptação às novas tarefas.





APÊNDICE H - COMUNICAÇÃO LIVRE “A TOXOPLASMOSE NA GRAVIDEZ E AS SUAS IMPLICAÇÕES PARA O RECÉM-NASCIDO” (SLIDES)



A Toxoplasmose na gravidez e as suas implicações para o Recém-nascido

- Ana Frias
- Cristina Figueiras
- Luís Miranda
- Márcia Ferraz

Janeiro
2020

Objetivos

- Aprofundar conhecimentos sobre a toxoplasmose na gravidez e as suas implicações para o recém-nascido
- Divulgar um caso clínico que surgiu num Hospital na periferia de Lisboa



Toxoplasmose

- Infecção causada por um parasita, o *Toxoplasma gondii*.
- Infeta mais de 30% da população global.
- A maioria dos indivíduos infetados não apresentar quaisquer sintomas, e a doença geralmente permanece desconhecida (Thangarajah, 2019).
- A toxoplasmose na gravidez tem uma incidência elevada na Europa e uma das mais elevadas no mundo, embora varie dentro de cada país.
- Em Portugal, existe uma prevalência de 35% no sul e cerca de 70% no norte do país. Estima-se que existam 11 casos por cada 10000 nascimentos (Graça, 2012)

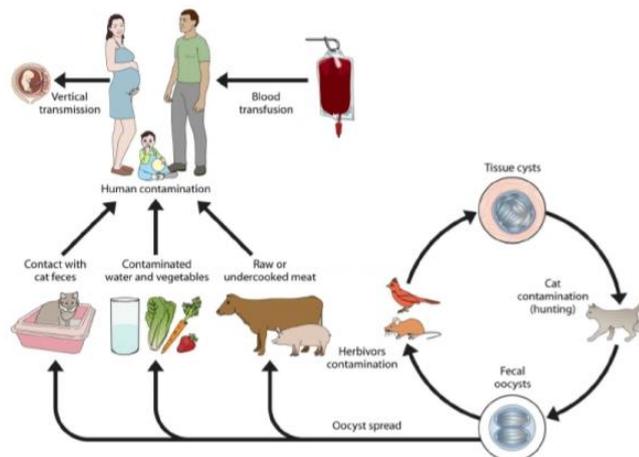


Toxoplasmose

- A transmissão materno-fetal do parasita só ocorre quando a infeção é adquirida pela primeira vez durante a gravidez.
- Em geral, por cada 1/3 das mães infetadas, nasce 1 bebé com toxoplasmose congénita.
- O risco de transmissão aumenta proporcionalmente com o aumento da idade gestacional (Valentini, 2014).



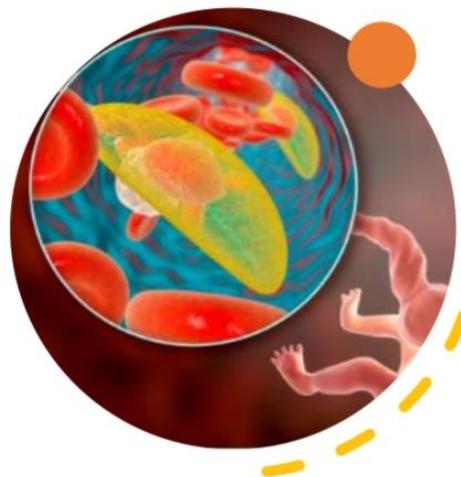
Transmissão

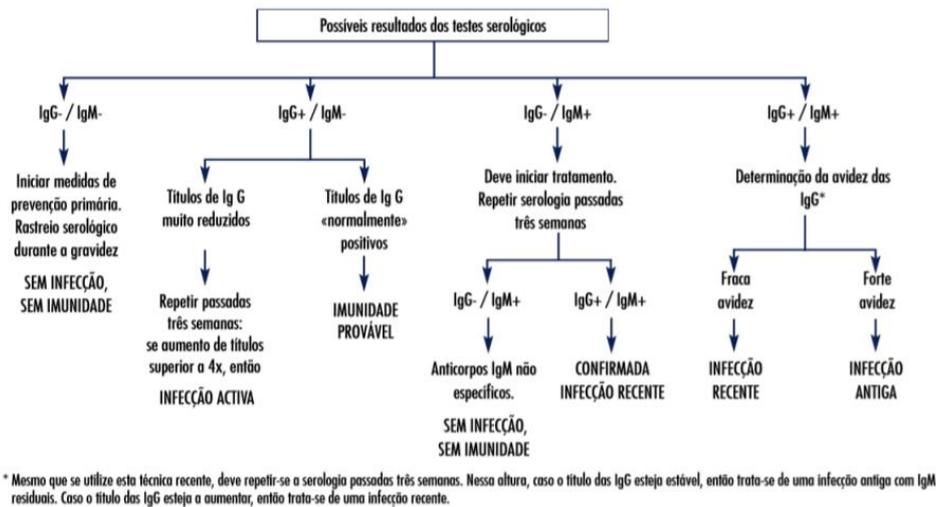


https://www.researchgate.net/figure/Toxoplasma-gondii-life-cycle-Domesticated-and-wild-cats-are-the-definitive-hosts-of_fig2_234087025

Toxoplasmose congénita

- A infeção congénita ocorre por via transplacentária, durante a primoinfeção materna.





Metodologia

- Efetuada uma pesquisa na plataforma EBSCOhost bases de dados Medline com as seguintes palavras chave:
- Toxoplasmose (*toxoplasmosis*), Gravidez (*Pregnancy*), Recém-nascido (*Infant, Newborn*)



Caso

- Grávida N;
- 27 anos;
- Índice Obstétrico: 0000;
- Idade Gestacional: 39s;
- Gravidez vigiada desde as 6 semanas, com um total de 8 consultas, no Hospital por Hipertensão Arterial Crónica não medicada e Diabetes Gestacional (controlada com dieta);
- Infecção por Toxoplasmose no 1º Trimestre assintomática, com IgM a subir no 2º Trimestre e avidéz baixa medicada com 500 mg de Espiramicina 3xdia desde o 1º Trimestre;
- Recusou a realização de amniocentese;
- Realizou ecocardiograma fetal;
- Internada no serviço no 3.º trimestre da gravidez por aumento dos valores tensionais.



Caso

- Grávida internada para indução do trabalho de parto (ITP) às 39 semanas;
- Parto eutócico, Recém-nascido (RN) do sexo Masculino, com peso 3370 gramas, Apgar 9/10;
- RN inicia aleitamento materno (AM), fica medicado com pirimetamina 3,5 mg (1xdia) , sulfadiazina 170 mg (2xdia) e ácido fólico 5 mg (3 em 3 dias)
- Fica em isolamento, tendo realizado análises (hemograma + DNA toxoplasma);
- Realizou fototerapia por aumento dos níveis de bilirrubina;
- Fez ecografia transfontanelar;
- Realizou rastreio auditivo tendo ficado com seguimento de audiologia;
- Ficou com marcação de consultas de infeções congénitas no 1 mês de vida e consulta de oftalmologia.



Discussão do Caso



- Cerca de 2/3 das gestantes não apresentam sinais clínicos, sendo a infeção detetada através de exames serológicos (Carellos, 2014).
- O risco de infeção fetal é de 6% quando a infeção materna ocorre no primeiro trimestre, de 40% no segundo e de 72% no terceiro.
- A doença é mais grave quando o feto é infetado no primeiro trimestre de gestação, e geralmente leve ou assintomática no feto infetado durante o terceiro trimestre (Boyer, 2010).

Discussão do Caso

- A maioria dos RN com toxoplasmose congénita não apresentam sintomas (Bollani, 2013).
- O tratamento da criança infetada sintomática ou assintomática deve ser iniciado precocemente e prolongar-se até no mínimo um ano de idade, pois este pode minimizar as repercussões auditivas e visuais e melhorar o prognóstico (Vaz,2011)
- Sintomas no Recém-nascido:
 - convulsões, hidrocefalia, icterícia com esplenomegalia, hipertonia e paralisia, deficiência visual grave e surdez (Bollani, 2013; Stronati, 2013; Costa et al., 2014). Quando não tratados provoca danos irreversíveis.



Discussão do Caso

- A infeção que se manifesta no período neonatal é caracterizada pela tríade clássica composta por: dilatação dos ventrículos cerebrais, calcificações intracranianas e retinocoroidite bilateral (Avelino et al., 2014; Bollani, 2013; Stronati, 2013; Costa et al., 2014).

- O diagnóstico serológico no RN é dificultado pela presença de anticorpos de IgG maternos. Os títulos de testes serológicos para deteção de IgG no RN são muito semelhantes aos títulos maternos no momento do parto. O aumento ou a manutenção dos títulos de IgG positivos ao longo do primeiro ano de vida são indicativos de toxoplasmose congénita (Walcher, 2017)



Discussão do Caso

• Cuidados específicos

- Importância do cumprimento da vigilância da gravidez;
- Esclarecer a grávida da importância das medidas de prevenção primária;
- Se infeção por toxoplasmose adquirida, iniciar esquema terapêutico, reforçando a importância da toma da medicação prevenindo futuras complicações;
- Após o nascimento do RN, iniciar terapêutica ao RN;
- Cumprir o esquema terapêutico do RN no domicílio;
- Explicar aos pais a importância da vigilância de saúde infantil adequada (consulta oftalmologia, a consulta de infeções congénitas e a manutenção da terapêutica);
- Apoiar o casal.



Prevenção Primária

Medidas preventivas ao nível da alimentação

- Comer a carne sempre bem passada
- Lavar sempre a Louça e os utensílios de cozinha após refeição
- Lavar sempre as mãos após o manuseamento de carne crua e antes das refeições
- Evitar levar as mãos aos olhos ou à boca quando se prepara a carne crua
- Lavar sempre bem todos os alimentos crus (vegetais e fruta)
- Lavar sempre as mãos após o manuseamento de qualquer alimento cru
- Evitar produtos lácteos não pasteurizados

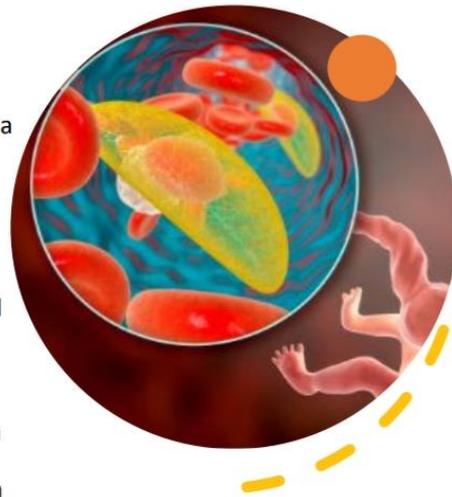
Medidas preventivas ao nível do contacto com os animais e meio ambiente

- Usar luvas ao fazer jardinagem e lavar sempre as mãos após contacto com o solo ou areia
- Evitar contacto com gatos não domésticos
- Limpar diariamente a caixa de areia dos gatos e usar luvas no seu manuseamento
- Usar água quente na limpeza para desinfetar os objetos do gato
- Evitar alimentar os gatos com carne crua



Conclusão

- A toxoplasmose é uma doença evitável, a sua prevenção pode ser primária ou secundária.
- A passagem do parasita do sangue materno para a placenta e desta para o feto, pode ser concomitante com a invasão da placenta ou mediar algum tempo entre os dois acontecimentos.
- O tratamento da grávida com toxoplasmose diminui significativamente o risco de infeção fetal e as suas sequelas.
- Após o nascimento o RN deve ser tratado e acompanhado pelo menos durante os primeiros 12 meses, a terapêutica só deve ser interrompida quando, dois resultados serológicos negativos, obtidos com um mês de intervalo, demonstrarem que não houve infeção.



Referências Bibliográficas

- Avelino, M. M., Campos Júnior, D., Parada, J. B. de, & Castro, A. M. de. (2004). Risk factors for *Toxoplasma gondii* infection in women of childbearing age. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 8(2). <https://doi.org/10.1590/S1413-86702004000200007>
- Berrebi, A., Bardou, M., Bessieres, M.-H., Nowakowska, D., Castagno, R., Rolland, M., Wallon, M., Franck, J., Bongain, A., Monnier-Barbarino, P., Assouline, C., & Cassaing, S. (2007). Outcome for children infected with congenital toxoplasmosis in the first trimester and with normal ultrasound findings: A study of 36 cases. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 135(1), 53–57. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.11.002>
- Bollani, L., Strocchio, L., & Stronati, M. (2013). Congenital toxoplasmosis. *Early Human Development*, 89, S70–S72. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(13\)70107-5](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(13)70107-5)
- Carellos, E. V. M., de Andrade, G. M. Q., Vasconcelos-Santos, D. V., Januário, J. N., Romanelli, R. M. C., Abreu, M. N. S., da Silva, F. M., Loures, I. R. C., de Andrade, J. Q., Caiaffa, W. T., & UFMG Congenital Toxoplasmosis Brazilian Group (UFMG CTBG). (2014). Adverse Socioeconomic Conditions and Oocyst-Related Factors Are Associated with Congenital Toxoplasmosis in a Population-Based Study in Minas Gerais, Brazil. *PLoS ONE*, 9(2), e88588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088588>

Referências Bibliográficas

- Costa, C. S. C., Vila, V. D. C., Rodrigues, F. M., Martins, C. A., & Pinho, L. M. O. (2013). Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 516–522. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>
- Fochi, M. M. L., Baring, S., Spegiarin, L. C. J. F., Vaz-Oliani, D. C. M., Galão, E. A., Oliani, A. H., de Mattos, L. C., & de Mattos, C. C. B. (2015). Prematurity and Low Birth Weight did not Correlate with Anti-Toxoplasma gondii Maternal Serum Profiles – a Brazilian Report. *PLOS ONE*, 10(7), e0132719. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132719>
- Frenkel, L. D., Gomez, F., & Sabahi, F. (2018). The pathogenesis of microcephaly resulting from congenital infections: Why is my baby's head so small? *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 37(2), 209–226. <https://doi.org/10.1007/s10096-017-3111-8>
- Galanakis, E., Manoura, A., Antoniou, M., Sifakis, S., Korakaki, E., Hatzidaki, E., Lambraki, D., Tselentis, Y., & Giannakopoulou, C. (2007). Outcome of Toxoplasmosis Acquired during Pregnancy following Treatment in Both Pregnancy and Early Infancy. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 22(6), 444–448. <https://doi.org/10.1159/000106352>
- Gelaye, W., Kebede, T., & Hailu, A. (2015). High prevalence of anti-toxoplasma antibodies and absence of *Toxoplasma gondii* infection risk factors among pregnant women attending routine antenatal care in two Hospitals of Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Infectious Diseases*, 34, 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.03.005>



Referências Bibliográficas

- Gontijo da Silva, M., Clare Vinaud, M., & de Castro, A. M. (2015). Prevalence of toxoplasmosis in pregnant women and vertical transmission of *Toxoplasma gondii* in patients from basic units of health from Gurupi, Tocantins, Brazil, from 2012 to 2014. *PLOS ONE*, *10*(11), e0141700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141700>
- Graça, L. (2012). *Medicina Materno Fetal. Infeciologia na Gravidez*. Lisboa: Lidel
- Jones, J. L., Ogunmodede, F., Scheftel, J., Kirkland, E., Lopez, A., Schulkin, J., & Lynfield, R. (2003). Toxoplasmosis-Related Knowledge and Practices Among Pregnant Women in the United States. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, *11*(3), 139–145. <https://doi.org/10.1080/10647440300025512>
- Quadros, R. M. de, Rocha, G. C. da, Romagna, G., Oliveira, J. P. de, Ribeiro, D. M., & Marques, S. M. T. (2015). *Toxoplasma gondii* seropositivity and risk factors in pregnant women followed up by the Family Health Strategy. *Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, *48*(3), 338–342. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0233-2014>
- Martins, C. (2002). Toxoplasmose na Gravidez. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. *18*:333-40
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2007). *Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica em Infeciologia Perinatal*. 37-49

Referências Bibliográficas

- Shieh, M., Didehdar, M., Hajihosseini, R., Ahmadi, F., & Eslamirad, Z. (2017). Toxoplasmosis: Seroprevalence in pregnant women, and serological and molecular screening in neonatal umbilical cord blood. *Acta Tropica*, *174*, 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2017.06.003>
- Thangarajah, P., Hajissa, K., Wong, W. K., Abdullah, M. A., Ismail, N., & Mohamed, Z. (2019). Usefulness of paired samples for the Serodiagnosis of toxoplasmosis infection in a tertiary teaching Hospital in Malaysia. *BMC Infectious Diseases*, *19*(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3830-9>
- Valentini, P., Buonsenso, D., Barone, G., Serranti, D., Calzedda, R., Ceccarelli, M., Speziale, D., Ricci, R., & Masini, L. (2015). Spiramycin/cotrimoxazole versus pyrimethamine/sulfonamide and spiramycin alone for the treatment of toxoplasmosis in pregnancy. *Journal of Perinatology*, *35*(2), 90–94. <https://doi.org/10.1038/jp.2014.161>
- Walcher, D. L., Comparsi, B., & Pedroso, D. (2016). Gestational Toxoplasmosis: A Review. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, *49*(4). <https://doi.org/10.21877/2448-3877.201600273>
- Yamada, H., Tanimura, K., Deguchi, M., Tairaku, S., Morizane, M., Uchida, A., Ebina, Y., & Nishikawa, A. (2019). A cohort study of maternal screening for congenital *Toxoplasma gondii* infection: 12 years' experience. *Journal of Infection and Chemotherapy*, *25*(6), 427–430. <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2019.01.009>