



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

**Sem medos! Contributo do enfermeiro obstetra para  
uma vivência positiva do parto**

**Patrícia Alexandra Silva Pimentel**



**Lisboa  
2022**

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

**Sem medos! Contributo do enfermeiro obstetra para  
uma vivência positiva do parto**

**Patrícia Alexandra Silva Pimentel**



Orientador: Prof<sup>a</sup> Maria Luísa Sotto-Mayor de Carvalho Pinto



**Lisboa**  
**2022**

*“O maior dos nossos medos não é sermos inadequados.  
O maior dos nossos medos é sermos desmesuradamente poderosos.  
É a nossa luz, não as nossas trevas, o que mais nos assusta...  
E ao deixarmos a nossa própria luz brilhar,  
Damos inconscientemente aos outros autorização para fazer o mesmo.  
Libertando-nos do nosso próprio medo,  
Logramos libertar automaticamente os outros com a nossa presença.”*

*MARIANNE WILLIAMSON*

## AGRADECIMENTOS

À **professora orientadora Maria Luísa Sotto-Mayor** pela orientação, apoio, paciência ao longo deste percurso.

À minha **família e amigos** pelo suporte, conforto, incentivo e otimismo permanente, principalmente nos momentos mais difíceis.

Ao meu **companheiro** pelo apoio, compreensão neste meu objetivo pessoal e profissional, especialmente face às minhas inseguranças, ansiedade e medos ao longo de todo este percurso.

A todos os **EEESMO** pela orientação e que contribuíram para o meu processo de aprendizagem.

Às minhas queridas **colegas**...Cátia Lopes, Graça Silveira, Joana Carvalho, Joana Costa e Yolanda Pereira, que demonstraram uma extrema compreensão, disponibilidade e apoio ao longo desta grande caminhada. Foram sem dúvida os meus pilares.

A todas as **grávidas** que se disponibilizaram a participar neste estudo, sem as quais este não teria sido possível. E a todas as **mulheres e casais** que enriqueceram toda a minha experiência enquanto pessoa e futura EEESMO.

A todos, os meus sentidos agradecimentos!

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTG - Cardiotocografia

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

DG - Diabetes Gestacional

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ER - Estágio com Relatório

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

GC - Grupo de Controlo

ICM - International Confederation of Midwives

IG - Idade Gestacional

IO - Índice Obstétrico

JBI - Joana Briggs Institute

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

QG - Questionário Gravidez

QP - Questionário Puerpério

RCIU - Restrição de Crescimento Intra Uterino

RCM - Royal College of Midwives

RN - Recém-nascido

RPM - Ruptura Prematura de Membranas

SF - Soro Fisiológico

SR - Scoping Review

TA - Tensão Arterial

TP - Trabalho de Parto

UC - Unidade Curricular

## RESUMO

O presente relatório reflete o percurso de aprendizagem e o desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), bem como as competências do grau académico de mestre, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 11º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Uma assistência adequada e personalizada possibilita a criação e a reconquista de confiança pelas mulheres, promovendo sentimentos de esperança e aquisição de estratégias para uma experiência de parto positiva. Neste sentido, o presente relatório tem como objetivo identificar a evidência científica acerca do contributo do EEESMO na gestão dos medos da grávida, para a promoção de uma vivência positiva do parto. Essa evidência foi alcançada através da revisão de literatura pela metodologia da *Scoping Review*, de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute* (2020). O referencial teórico subjacente aos cuidados de enfermagem prestados foi o modelo teórico de Betty Neuman – através da sua Teoria dos Sistemas.

Ao longo do Estágio com Relatório foi elaborado e implementado um instrumento de colheita de dados (questionário) a 8 mulheres (grávidas/puérperas) e após a análise estatística e a análise de conteúdo emergiram categorias e subcategorias que vão ao encontro dos resultados da evidência científica (Bardin, 2020). Da análise dos resultados obtidos foi evidente que a preparação para o parto apresenta resultados positivos na minimização dos medos e ansiedade, sendo uma intervenção autónoma do EEESMO promotora de autoconhecimento, autoconfiança e autoeficácia da grávida. Efetivamente, a preparação para o parto permite o empoderamento da grávida, aumentando a sua satisfação com a experiência de parto.

**Palavras-chave:** grávida, medo, ansiedade, parto, enfermeiro obstetra.

## **ABSTRACT**

This report reflects on the learning path and the development of specific competences of a midwife nurse, as well as the competences of the academic master's degree, within the Curricular Unit Internship with report of the 11 th Master's Course in Maternal Health and Obstetrics, from the School of Nursing of Lisbon. Adequate and personalized assistance enables the creation and regain of confidence by women, promoting feelings of hope and acquisition of strategies for a positive childbirth experience. In this sense, this report aims to identify the scientific evidence about the contribution of midwives in the management of fears of pregnant women, for the promotion of a positive childbirth experience. This evidence was achieved through a literature review using the Scoping Review methodology, according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute (2020).

The theoretical framework underlying the nursing care provided was Betty Neuman's theoretical model – through your Systems Theory. During the Internship with Report, a data collection instrument (questionnaire) was designed for and implemented on 8 women (pregnant/new mothers) and after statistical analysis and content analysis, categories and subcategories emerged that meet the results of the scientific evidence (Bardin, 2020). From the analysis of the results obtained, it was evident that preparation for childbirth has positive results in minimizing fears and anxiety, being an autonomous intervention of the midwives that promotes the pregnant woman's self-knowledge, self-confidence and self-efficacy. Effectively, the preparation for the birth allows the empowerment of the pregnant woman, increasing her satisfaction with the birth experience.

**Keywords:** Pregnant, fear, anxiety, childbirth, obstetrician nurse

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL</b>	<b>14</b>
1.1. Redução dos medos e ansiedade para uma vivência positiva do parto	14
1.2. Modelo Teórico de Betty Neuman	16
<b>2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>18</b>
2.1. <i>Scoping Review</i>	18
2.1.1. Objetivo e questão de investigação	18
2.1.2. Critérios de inclusão	19
2.1.3. Estratégia de pesquisa	19
2.1.4. Extração dos dados	20
2.1.5. Resultados da Pesquisa	20
2.2. Prática Baseada na Evidência: do Pensamento à Ação	22
2.3. Considerações Éticas	25
<b>3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b>	<b>27</b>
3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	28
3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	33
3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	47
3.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade em processo de saúde/doença ginecológica no âmbito do planeamento familiar e climatério	49
<b>4. RESULTADOS DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: SEM MEDOS! CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO OBSTETRA PARA UMA VIVÊNCIA POSITIVA DO PARTO</b>	<b>52</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>61</b>

## **ANEXOS**

**Anexo I - Registo das atividades desenvolvidas no ER**

**Anexo II - Declaração da apresentação do projeto individual em âmbito de formação em serviço**

**Anexo III - Certificado da participação nas XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica via Webinar**

## **APÊNDICES**

**Apêndice I - Termos de Pesquisa**

**Apêndice II - *Print* da pesquisa na base de dados *MEDLINE with Full Text***

**Apêndice III - *Print* da pesquisa na base de dados *CINAHL Plus® with Full Text***

**Apêndice IV - Fluxograma**

**Apêndice V - Instrumento *JBI QARI – Data Extraction Instrument***

**Apêndice VI - Síntese dos resultados da *SR***

**Apêndice VII - Caracterização do contexto dos Ensinos clínicos ER**

**Apêndice VIII - 1ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

**Apêndice IX - 2ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

**Apêndice X - 3ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

**Apêndice XI - 4ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

**Apêndice XII - 5ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

**Apêndice XIII - EBOOK “Como lidar com a dor no trabalho de parto”**

**Apêndice XIV - Panfleto “Trabalho de parto e parto”**

**Apêndice XV - Parecer positivo da comissão de ética**

**Apêndice XVI - Instrumento de colheita de dados**

**Apêndice XVII - Instrumento de avaliação das sessões de preparação para o trabalho de parto e parto**

**Apêndice XVIII - Pedido de parecer à comissão de ética**

**Apêndice XIX - Consentimento informado para o instrumento de colheita de dados**

**Apêndice XX - Sessão de Formação em Serviço sobre o projeto realizada em contexto de ER**

**Apêndice XXI - Sessão de Formação em Serviço sobre a relevância e organização dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade**

**Apêndice XXII - Poster elaborado para as “*XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*”, via Webinar**

**Apêndice XXIII - Análise de conteúdo do questionário pré-natal e puerpério - categorias e subcategorias**

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório (ER), do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi elaborado o presente relatório de estágio que reflete o meu percurso formativo e de aquisição de conhecimentos e competências de Mestre e Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), estando subjugado a apresentação e discussão pública para a aquisição de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. O ER decorreu no período de 1 de dezembro de 2020 a 10 de novembro de 2021, com carga horária de 500 horas, em diversos contextos da prática clínica de cuidados.

A obtenção de conhecimentos baseados na evidência científica e o desenvolvimento de competências especializadas, definidas pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), bem como pela *International Confederation of Midwives (ICM)* (2019) são a base do percurso de formação do EEESMO. Com este relatório, apresento o trabalho desenvolvido na obtenção de conhecimentos e competências de EEESMO, que alicerçam a prática baseada em evidência científica, bem como o percurso de investigação e desenvolvimento de competências de Mestre segundo os descritores de Dublin (Decreto-lei nº74/2006).

O ponto de partida para este estudo foi a questão de investigação: **“Quais as intervenções do enfermeiro obstetra na gestão dos medos da grávida para a promoção de uma vivência positiva do parto?”**, através da realização de uma *Scoping Review (SR)*, de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute (JBI)*, (2019), que permitiu o mapeamento da evidência científica acerca da temática em estudo.

Com o intuito de adquirir e desenvolver uma prática baseada na evidência, fundamentada num pensamento crítico e reflexivo, planeei os seguintes objetivos para o Estágio com Relatório:

Geral- Avaliar o impacto do contributo do enfermeiro obstetra na gestão dos medos das grávidas para a promoção de uma vivência positiva do parto.

Específicos - Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade em processo de saúde/doença ginecológica, durante o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal e climatério;

- Desenvolver conhecimentos e competências técnico-científicas e especializadas que me permitam intervir na gestão dos medos da grávida, para a promoção de uma vivência positiva do parto;

Segundo Richens, Campbell & Lavender (2019) o medo do parto pode ter consequências profundas na grávida e na vivência da gravidez e parto, pelo que cada vez mais tem sido reconhecido como um problema clínico que carece de cuidados individualizados.

A escolha da temática em estudo surgiu de um interesse pessoal, que evoluiu do contacto profissional e pessoal com as experiências de grávidas que me verbalizavam os seus medos e ansiedades relativamente ao parto. A nível pessoal, vivenciei um conjunto de medos e ansiedade, desde a minha infância, que na sua globalidade tiveram um grande impacto e que com o passar do tempo conduziram o meu corpo e mente a um desgaste físico, psicológico e emocional. Após essa tomada de consciência, enfrentá-los foi e tem sido um trabalho gradual, que me tem permitido adquirir habilidades para manter uma qualidade de vida, com algum poder de adaptação aos diversos obstáculos que surgem naturalmente. Com esta união de vivências e por verificar que existe uma grande lacuna em intervir a este nível, tenho sentido cada vez mais uma empatia com a necessidade de ajudar as grávidas a estes níveis, pelo que o meu objetivo enquanto futura EEESMO se foca na importância de aprofundar conhecimentos sobre o contributo do enfermeiro obstetra na gestão dos medos da grávida, e assim desenvolver intervenções focalizadas para a promoção de uma experiência positiva e saudável da gravidez e consequentemente do nascimento dos seus filhos. Importa referir que a denominação enfermeiro obstetra foi utilizada apenas no título do trabalho com o objetivo de simplificar a leitura do mesmo e por ser um termo utilizado internacionalmente como descritor em saúde, no entanto ao longo de todo o relatório será mencionado o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica como EEESMO.

Os cuidados de enfermagem especializados que prestei neste âmbito foram norteados pelo referencial teórico de Betty Neuman e o seu Modelo de Sistemas. Com

este modelo, é possível compreender quais os *stressores que* afetam o equilíbrio do sistema da grávida, o seu impacto e conseqüentemente qual o papel do EEESMO no ajuste e recuperação deste equilíbrio e na promoção de bem-estar.

O presente relatório está dividido em cinco capítulos, apresentando no primeiro o enquadramento conceptual e articulação com o modelo teórico de Betty Neuman. O segundo capítulo evidencia as opções metodológicas no desenvolvimento das competências de EEESMO e Mestre apoiada na SR, prática baseada na evidência, análise de conteúdo, análise estatística dos instrumentos de colheita de dados aplicados e considerações éticas. No terceiro capítulo é descrito todo o percurso de aquisição de competências de EEESMO e do grau de Mestre ao longo da UC ER. No quarto capítulo apresento os resultados da prática baseada na evidência relativos à temática em estudo. Culmino com as considerações finais, onde efetuo uma reflexão crítica acerca das limitações e contributos para a prática clínica e as referências bibliográficas.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

### 1.1. Redução dos medos e ansiedade para uma vivência positiva do parto

Definir as diversas concepções intrínsecas a esta temática é fundamental para uma melhor perceção da evolução deste projeto, sendo estas o medo, ansiedade, gravidez, parto, medo do parto, experiência positiva do parto e papel do EEESMO.

O **medo** é a avaliação de que existe perigo real ou potencial em determinado contexto. Por ser normalmente compreendido como um perigo involuntário e, em parte, incontrollável, naturalmente provoca o medo, podendo aumentar perante fatores que não estão presentes, mas que poderão ocorrer no futuro. Deriva de crenças falsas sobre a realidade e, normalmente, é consequência de informações incorretas, incompletas ou inadequadas (Baptista, Carvalho & Lory, 2014). A **ansiedade** é uma reação emocional de resposta natural e instantânea ao medo, sendo esta ativada quando se idealiza ou se entende alguma situação ameaçadora (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

Segundo Franco (2016), a **gravidez** é um estado fisiológico da mulher que se inicia na concepção e se estende por um período de cerca de 40 semanas, terminando com o parto. Na gravidez ocorrem diversas transformações, que habitualmente provocam um impacto a nível físico e emocional (Marques, 2016) e que podem ir desde a extrema alegria até ao desenvolvimento de estados de tensão, ansiedade e/ou medo (Molina-Fernández et al. 2015). O trabalho de parto (TP) e o **parto** revelam o fim da gravidez, o início da vida extrauterina para o recém-nascido e uma mudança do núcleo familiar (Lowdermilk, 2006a). É um curto período em tempo, mas longo em vivências e expectativas, em que o modo como a grávida antecipa o parto, pode comprometer o seu bem-estar e a própria experiência, devido ao surgimento de medos e preocupações (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005). Quando a mulher é questionada sobre a expectativa do parto, o medo é a resposta mais dominante e a antecipação da dor e do medo associado ao parto são reconhecidos como algumas das causas que justificam o estado de maior ansiedade que vulgarmente é descrito na grávida (Tostes & Seidl, 2016). De acordo com Klabbers, Javbh, Mavdh & Vingerhoets (2016), Fenwick, Toohill, Creedy, Smith & Gamble (2015) e Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson & Karlström (2019), as mulheres que possuem

**medo do parto** são maioritariamente influenciadas por histórias negativas sobre o parto, desenvolvendo progressivamente medos, como o medo da dor, da perda de controlo e de lesões físicas durante o parto, promovendo a falta de confiança para o momento do nascimento. Quanto às múltiparas, as experiências prévias levam ao desenvolvimento ou aumento do medo. Reduzindo o medo e a ansiedade há maior probabilidade de se alcançarem experiências positivas no parto.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde [OMS] (2018), mencionam que uma **experiência positiva do parto** inclui dar à luz um bebé saudável num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com continuidade de práticas por uma equipa competente, com o apoio emocional do acompanhante, sendo primordial a sensação de realização pessoal e controlo com envolvimento na tomada de decisão no TP. Para melhorar a experiência de cuidados são necessárias intervenções ao nível interpessoal, entre a mulher e o EEESMO, incluindo uma comunicação e envolvimento eficazes, com o objetivo de garantir um ambiente respeitoso e digno, utilizando métodos simples e culturalmente aceitáveis, apoiando as suas necessidades emocionais com empatia, compaixão, por meio de incentivo, elogios, garantias e escuta ativa e encorajando a mulher a expressar as suas necessidades e preferências (OMS, 2018).

É fundamental a promoção de um apoio individualizado, que acolha todas as questões da grávida/casal, a expressão de sentimentos, experiências e esclarecimentos relativamente a desinformação ou equívocos sobre a gravidez e o parto, expectativas durante a gravidez, parto e pós parto e principalmente a exploração de estratégias face aos medos vivenciados (Stoll et al., 2018). O **papel do EEESMO** passa por uma assistência adequada e personalizada, permitindo a criação e a reconquista de confiança pelas mulheres, promovendo sentimentos de esperança e o desenvolvimento de estratégias para uma experiência positiva, independentemente do(os) partos vivenciados anteriormente (Wigert et al., 2020). Desta forma, é essencial o estabelecimento de uma relação entre o EEESMO e a grávida/casal, que envolva a prestação de cuidados holísticos. Molina-Fernández et al. (2015) referem que uma deteção atempada da ansiedade e dos medos permitirá cuidados específicos que irão melhorar a experiência do parto.

## 1.2. Modelo teórico de Betty Neuman

Todo o percurso de prestação de cuidados durante o ER foi sustentado no modelo teórico de Betty Neuman, pelo facto de permitir a homogeneização dos cuidados com uma abordagem holística, que se adapta a todos os contextos e que pode ser aplicado ao indivíduo, à família, ao grupo e à comunidade (Tomey & Alligood, 2004).

O modelo de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos, em que o cliente é um sistema aberto, que está em constante transformação e interação com o meio ambiente. O *stress* e a reação ao *stress* são componentes básicos de um sistema aberto e quando este aumenta, provoca a necessidade de adaptação ao problema, seja qual for a sua natureza (Tomey & Alligood, 2004). Deste modo, para que o cliente mantenha um equilíbrio e consequentemente a sua saúde, sob condições adversas, é indispensável um processo adaptativo dinâmico e contínuo para satisfazer as necessidades do indivíduo (Tomey & Alligood, 2004). O sistema é constituído por uma estrutura básica de energia, a qual constitui a fonte das cinco variáveis - fisiológica, sociocultural, psicológica, de desenvolvimento e espiritual, que condicionam a interação entre o sistema cliente e o ambiente. Esta estrutura é protegida por diversas linhas de defesa contra os *stressores* que podem advir do exterior, nomeadamente a **linha de defesa flexível**, que representa o limite externo do sistema do cliente e tem como principal função a proteção do mesmo contra a invasão dos *stressores* externos ao seu estado normal de equilíbrio e bem-estar; a **linha de defesa normal**, que dá continuidade ao estado dinâmico de equilíbrio do cliente, permitindo apreciar os desvios do habitual bem-estar e a capacidade de utilização de estratégias, face à agressão do agente stressante, com o objetivo de manter o nível de saúde. Finalmente as **linhas de resistência**, circundam a estrutura nuclear básica com o objetivo de proteção, representando os fatores de recurso, como as aprendizagens que o cliente construiu ao longo do tempo e que o apoiam no enfrentamento dos *stressores* (Tomey & Alligood, 2004).

Neuman, através do modelo conceptual de Caplan (Caplan, 1964 citado por Tomey & Alligood, 2004) desenvolve um conjunto de intervenções, no sentido de ajudar o cliente a adquirir e manter o bem-estar ideal do seu sistema, nomeadamente a nível primário, secundário e terciário. Essas intervenções podem acontecer antes ou depois das linhas de defesa flexíveis, normal ou de resistência serem transpostas.

A **prevenção primária** atua protegendo o organismo antes que este entre em contato com o agente *stressor* e diminui a possibilidade de reação. A **prevenção secundária** permite o desenvolvimento de intervenções ou tratamentos iniciados após a ocorrência de sintomas de *stress* e a **prevenção terciária** o reajustamento para estabilidade do sistema do cliente através do fortalecimento da resistência aos *stressores*, para prevenção do reaparecimento da reação ou retrocesso (Tomey & Alligood, 2004).

Assim e de acordo com o modelo de Betty Neuman, é essencial a detecção precoce dos *stressores* que possam comprometer a estabilidade e a harmonia da grávida/casal. A prevenção primária engloba um adequado acolhimento e assistência, com suporte contínuo para a educação, preparação para o parto e desmistificação de *stressores* que possam destabilizar o normal percurso da gravidez até ao parto. É fundamental uma intervenção do EEESMO através da identificação dos medos relativos ao parto, no decurso da gravidez, com o objetivo de direcionar o tratamento adequado e individualizado, utilizando os recursos do próprio cliente para uma estabilização do sistema. Perante situações vivenciadas anteriormente e que promovem o desenvolvimento ou agravamento do medo, é importante uma readaptação e reeducação para a prevenção de uma desarmonia ou destabilização, sendo necessária a criação de estratégias a serem implementadas ao longo da gravidez e conseqüentemente no parto, no sentido de se atingir uma vivência mais positiva desta jornada.

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo apresento o percurso metodológico para o desenvolvimento de competências de EEESMO e do grau acadêmico de Mestre, que se baseou na pesquisa da melhor evidência científica e na prática reflexiva. A primeira etapa deste trajeto, a SR, é apresentada de modo a compreender os principais contributos do EEESMO na gestão dos medos da grávida para a promoção de uma vivência positiva do parto. Seguidamente apresento os métodos para a implementação da temática em estudo, nomeadamente o instrumento de colheita de dados, a análise deste instrumento, a metodologia utilizada na aquisição de competências de EEESMO, de acordo com o Regulamento nº 391/2019 e a ICM (2019), bem como a divulgação dos conhecimentos alcançados. Finalmente apresento as considerações éticas referentes ao percurso do ER.

### 2.1. *Scoping Review*

A SR, de acordo com o manual do JBI, é uma metodologia que possibilita o mapeamento da evidência científica sobre uma determinada temática, esclarecendo as definições de trabalho e/ou os limites conceptuais de um tópico (Peters et al., 2020). A pesquisa foi realizada inicialmente em outubro de 2020 e novamente em agosto de 2021, de forma a incluir a evidência mais recente.

#### 2.1.1. Objetivos e questão de investigação

A primeira etapa do processo metodológico teve como objetivo mapear e analisar a literatura existente sobre o contributo do enfermeiro obstetra na gestão dos medos da grávida, para a promoção de uma vivência positiva do parto. Para alcançar este objetivo foi elaborada a questão: **“Quais as intervenções do enfermeiro obstetra na gestão dos medos da grávida, para a promoção de uma vivência positiva do parto?”**, tendo como (P)opulação as Grávidas; (C)onceito as Intervenções do enfermeiro obstetra, medo, parto; (C)ontexto, qualquer contexto onde exista interação entre EEESMO e grávidas. As **palavras-chave**, de acordo com os descritores de saúde foram: Grávida, Medo, Ansiedade, Parto, Enfermeiro Obstetra.

### 2.1.2. Critérios de inclusão

Como **critérios de inclusão** definiram-se: grávidas, maiores de 18 anos, sem antecedentes psiquiátricos (população); intervenções do enfermeiro obstetra na gestão dos medos da grávida (conceito); estudos escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados nos últimos 5 anos e com texto integral disponível.

### 2.1.3. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida em três etapas, de acordo com JBI (2020). A primeira etapa resultou de uma pesquisa inicial na plataforma *EBSCOhost* que contém as bases de dados científicas *CINAHL* e *MEDLINE*, onde se investigaram os descritores e as palavras presentes no título e no resumo dos artigos obtidos, com o objetivo de se identificarem os termos de linguagem natural e os termos indexados das respetivas bases de dados, de acordo com a mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto), expostos em tabela no *Apêndice I*.

Na segunda etapa iniciou-se a pesquisa com os descritores naturais e indexados, para cada base de dados, aplicando os operadores booleanos “OR” e “AND”, de forma a combinar os termos entre si. Quanto à População foi conjugado o termo natural com o indexado, através do operador booleano “OR”. O Conceito foi dividido em 4 grupos de descritores, nomeadamente o medo, ansiedade, a enfermeira obstétrica e o parto, sendo efetuada pesquisa para cada um dos descritores na linguagem natural e respetivos termos indexados, com posterior combinação individual dos grupos com o operador booleano “OR”. Os resultados da combinação do medo com o da ansiedade foram cruzados com o operador booleano “OR”, de forma a não encurtar a amostra. Posteriormente o resultado da junção destes últimos foi cruzado com os resultados dos outros 2 descritores, com o operador booleano “AND”, obtendo-se o Conceito. Para finalizar a pesquisa, foi aplicado o operador booleano “AND” com os resultados da População e do Conceito obtendo-se um resultado. Resultaram 141 artigos na base de dados *MEDLINE* e 84 artigos na base de dados *CINAHL*. Seguiu-se a leitura do título e resumo, de modo a verificar o cumprimento dos critérios de inclusão. Assim, foram excluídos 132 artigos da *MEDLINE* e 78 artigos da *CINAHL*, obtendo-se cerca de 9 e 6 artigos elegíveis, respetivamente, perfazendo um total de 15 artigos. Após a exclusão de duplicados alcançaram-se 13 artigos para leitura de texto completo. Por fim, procedeu-se à leitura e à aplicação dos critérios de inclusão, nos artigos com

acesso ao conteúdo integral, para efetuar a seleção dos artigos elegíveis, tendo-se obtido um total de 12 artigos.

A terceira fase ocorre a partir da pesquisa das referências bibliográficas dos artigos obtidos para a identificação de estudos adicionais. No *Apêndice II, III e IV* é apresentada a estratégia de pesquisa completa, em cada uma das bases de dados e o fluxograma *PRISMA*, de acordo com JBI (2020).

#### 2.1.4. Extração dos dados

Os artigos selecionados foram submetidos à validação metodológica segundo o *JBI QARI – JBI Critical Appraisal Checklist*, de acordo com o tipo de estudo, e a extração dos dados foi efetuada segundo o instrumento *JBI QARI – Data Extraction Instrument* (JBI, 2020) (Apêndice V). Posteriormente foi elaborada uma tabela síntese do resumo dos artigos (Apêndice VI), de forma a alcançar uma resposta quanto ao objetivo e à questão de pesquisa.

#### 2.1.5. Resultados da Pesquisa

Foi efetuada uma análise do conteúdo dos artigos selecionados, de modo a extrair os fatores que pretendiam dar resposta à questão de investigação. Desta análise verifiquei que os medos desenvolvidos pelas grávidas abrangem o medo da perda de controlo durante o TP, de gritar incontrolavelmente, da dor, de serem desrespeitadas pelos profissionais de saúde, de lesões físicas e graves lacerações, de não conseguirem fazer a força suficiente e de ficarem sozinhas no TP e parto (Kurji, Khowaja, Shaheen, Mithani & Choudhry, 2017; Wigert et al., 2020).

Relativamente às intervenções do EEESMO na gestão destes medos verifiquei que a preparação para o parto, aconselhamento e acompanhamento contínuo, apresentam imensos benefícios em termos de atendimento, educação e apoio. São intervenções eficazes na minimização da ansiedade e dos medos do parto, contribuindo para o aumento da autoestima, autoconfiança, autocontrolo, autoeficácia no parto e para uma experiência de parto positiva (Çankaya & Şimşek, 2020; Wigert et al., 2020; Larsson et al., 2019; Larsson et al., 2020; Swift et al., 2021; Onchonga et al., 2020; Karabulut et al., 2016). A partilha de sentimentos, conceções e informações sobre o parto, experiências positivas e aquisição técnicas para enfrentar eventos problemáticos no parto, são desenvolvidas ao longo da preparação e acompanhamento pré-natal, possibilitando uma diminuição do surgimento ou

agravamento da ansiedade e medos no processo de gravidez e parto. As mulheres aprendem a desenvolver prontidão, resistência à vulnerabilidade associada ao processo de parto, perseverança perante a dor do parto e a implementar técnicas de relaxamento, o que contribui para uma experiência de parto positiva. As técnicas respiratórias e de relaxamento e os métodos para visualizar cenários positivos, gerir pensamentos de preocupação e ansiedade permitem às mulheres sentirem-se mais conscientes, presentes, ouvir o próprio corpo e contribuem positivamente para a redução do medo do parto (Çankaya & Şimşek, 2020; Wigert et al., 2020; Larsson et al., 2019; Onchonga et al., 2020).

O aconselhamento e acompanhamento contínuo pela mesma parteira ao longo da gravidez até ao nascimento, com uma assistência pré-natal com qualidade e individualizada, apoiando a mulher no confronto dos seus medos e ansiedades relativamente ao processo de gravidez e do parto, possuem benefícios no desenvolvimento de suporte e estratégias de coping para uma gravidez e partos positivos, com conseqüente autoconhecimento, autoconfiança e diminuição eficaz dos medos desenvolvidos. As mulheres que passaram por experiências negativas anteriores transportam ao longo do tempo memórias que devem ser analisadas e trabalhadas, sendo relevante um serviço de aconselhamento adequado a incluir na continuidade de cuidados para melhores práticas. Assim, um acompanhamento contínuo, pela mesma parteira, é compreendido como uma estratégia importante para a redução dos medos do parto, pela construção de um relacionamento significativo que oferece um atendimento altamente individualizado, com impacto nas experiências de nascimento das mulheres (Larsson et al., 2019; Larsson et al., 2020; Swift et al., 2021; Karabulut et al., 2016).

De acordo com os estudos de Hildingsson et al. (2019) e Hildingsson et al (2021) ter acesso a uma parteira conhecida no TP e parto está associado a uma experiência de parto positiva. Já o estudo de Çankaya & Şimşek (2020), revela que as mulheres que fizeram preparação para o parto tiveram mais partos vaginais do que o grupo de controlo ( $p < 0,043$ ).

Os estudos de Munkhondya et al. (2020) e Firouzan et al. (2020) também mostram redução significativa dos medos do parto e aumento da autoeficácia no parto quando utilizada a preparação para o parto com a integração do companheiro e um modelo de aconselhamento por telefone.

Como conclusão, o contributo do EEESMO na gestão dos medos da grávida sobre o parto, através dos diversos cuidados e práticas acima indicados, apresentam resultados positivos na minimização dos medos e ansiedade, sendo assim promotores de autoconhecimento, autoconfiança e autoeficácia da grávida para o momento do parto, contribuindo de certa forma para uma experiência de parto positiva. Deste modo o EEESMO tem um papel preponderante na integração e aplicação destes contributos na prática de cuidados diária.

## **2.2. Prática Baseada na Evidência: do Pensamento à Ação**

Após a análise dos resultados da *SR* é possível compreender que existem diversos cuidados e práticas centradas nas individualidades da grávida/casal, que contribuem para uma vivência satisfatória, tranquila e conseqüentemente positiva do parto.

Tal como é descrito por Barradas et al. (2015), a filosofia de cuidados pelo EEESMO está enraizada num modelo de assistência em que existe um trabalho de parceria com a mulher, colocando-a no centro dos cuidados e garantindo a sua continuidade ao longo do ciclo reprodutivo. O contributo do EEESMO na gestão dos medos da grávida compreende uma prática de cuidados que se insere na harmonia do modelo assistencial praticado pelo EEESMO, nomeadamente a desmistificação dos medos, expectativas e crenças da grávida, com conseqüente promoção do seu empoderamento, competências pessoais, bem-estar e autoeficácia.

Conhecendo os resultados da evidência científica alcançados na *SR*, segue-se a sua aplicação em contexto de prática clínica, através de uma prática de reflexão crítica ao longo do ER. De todas as intervenções identificadas na *SR*, planeei intervir na preparação para o parto, no aconselhamento e acompanhamento contínuo, tendo em conta o contexto onde realizei o ER, a população-alvo e o facto de estar concomitantemente a desenvolver competências de EEESMO. Para a implementação destas intervenções tive a necessidade de otimizar uma alternativa, uma vez que na instituição onde realizei o ER não são realizados cursos de preparação para o parto e parentalidade, mas sim algumas sessões temáticas de preparação para o parto que foram suspensas com o surgimento da pandemia Covid-19. De modo a promover a compreensão do contexto onde realizei o ER e a gestão envolvida no desenvolvimento da prática baseada na evidência, apresento a sua caracterização no *Apêndice VII*.

No sentido de alcançar os objetivos delineados, dinamizei um conjunto de sessões às grávidas selecionadas para o estudo, que permitiram momentos de partilha, desmistificação de dúvidas, expectativas, crenças e a partilha de informação sobre o trabalho de parto e parto. As sessões de preparação para o trabalho de parto e parto que dinamizei, tiveram como título **“Técnicas respiratórias e de relaxamento”**, **“Libertar a ansiedade e o medo”**, **“Fisiologia do trabalho de parto e parto”**, **“Massagem perineal”** e **“Técnicas naturais de alívio da dor”** (Apêndices VIII, IX, X, XI, XII) e decorreram nos meses de fevereiro e junho, nos dias e horas marcados, sem intercorrências.

De salientar que desenvolvi um E-book sobre “Como lidar com a dor no TP (Apêndice XIII) e um panfleto sobre a fisiologia do TP e parto (Apêndice XIV), de forma a complementar as respetivas sessões. Na primeira sessão concebi um grupo no aplicativo “*whatsapp*”, que permitiu a partilha de músicas e áudios de relaxamento e empoderamento, bem como o esclarecimento de eventuais dúvidas que fossem surgindo até ao momento do parto e disponibilizei-me para ser contactada pessoalmente, nas 24 horas, perante alguma necessidade por parte das grávidas e sempre que desejassem. Para a realização das respetivas sessões, mobilizei diversos recursos, nomeadamente o espaço, os equipamentos e a projeção, respeitando e mantendo a segurança de todos os intervenientes. O espaço selecionado foi um estúdio de pilates, uma vez que pretendia um local com decoração, iluminação e organização adequados para a promoção de um ambiente harmonioso, acolhedor e relaxante. O espaço continha equipamento necessário à realização das sessões, como tapetes de yoga, bolas de nascimento e almofadas, sendo os restantes recursos por mim adquiridos, como a videoprojector, computador, áudio e difusor para aromoterapia.

A seleção da amostra, foi efetuada de encontro com os critérios de inclusão previamente definidos e após o parecer positivo da Comissão de Ética da instituição (Apêndice XV). Foram selecionadas as grávidas que se encontravam no 3º trimestre de gravidez, pois tal como refere Soares, Marchão (2016) no decorrer do 3º trimestre de gravidez, os níveis de ansiedade tendem a aumentar com sucessivo surgimento de medos sobre o parto. O critério de residência foi também incluído, pela logística de deslocação das grávidas de São Jorge, Pico, Flores e Corvo para o Faial, uma vez que as sessões foram realizadas presencialmente. Como o acompanhamento das grávidas da ilha do Faial é realizado na instituição hospitalar em parceria com a

Unidade de Saúde Ilha, efetuei a seleção da amostra e todo o seguimento através da instituição hospitalar. A *posteriori* contatei telefonicamente as grávidas, elucidei sobre o objetivo do estudo e combinei um encontro individual com cada uma na instituição para um diálogo informal sobre o estudo e a sua participação, assim como para a assinatura do consentimento livre e esclarecido. Todas as grávidas selecionadas aceitaram colaborar voluntariamente no estudo, após esclarecimento da natureza do mesmo.

Uma vez que o rácio de partos, na instituição, por ano é de cerca de 290, o que torna a amostra insuficiente, tive a necessidade de efetuar todo o processo por duas vezes. A referir que a seleção da amostra, a realização das sessões e a aplicação do questionário nos dois momentos distintos, decorreram no mês de janeiro, fevereiro, março, maio, junho e julho a dois grupos de grávidas. Neste sentido, selecionei no total N=8 grávidas, que participaram nos dois momentos do estudo, pré-natal e puerpério.

Para a implementação da temática elaborei um questionário baseado nos resultados provenientes da SR (Apêndice XVI). Este instrumento foi aplicado no período pré-natal, (cerca de 2 semanas antes da frequência das sessões), e foi novamente aplicado no período de puerpério (2 semanas depois do parto) ao mesmo grupo de mulheres que acompanhei nas sessões de preparação para o trabalho de parto e parto. No final das sessões de preparação para o TP e Parto foi solicitado às participantes a opinião sobre a pertinência dos assuntos abordados e identificação de possíveis sugestões metodológicas, através do preenchimento de um documento de apreciação, que se encontra em *Apêndice XVII*. Após avaliação das sessões, verificou-se aumento do índice de satisfação nas grávidas, considerando estas, que as sessões trazem benefícios para a gestão dos medos e da ansiedade.

A análise dos resultados será feita com recurso à análise estatística e análise de conteúdo segundo Bardin (2020) em relação aos dados obtidos na SR, que apresento no capítulo 4 dos resultados da prática baseada na evidência.

A análise de conteúdo organiza-se em cinco etapas cronológicas, a organização corresponde ao período de seleção dos documentos a serem submetidos à análise, formulação das hipóteses e dos objetivos, finalizando com a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (Bardin, 2020). Esta etapa foi principiada com a análise e síntese dos artigos obtidos na SR, relativos às

intervenções do enfermeiro obstetra na gestão dos medos da grávida sobre o parto e *a posteriori* realizei uma leitura e análise aos resultados obtidos através da aplicação dos questionários. A fase subsequente foi a codificação dos dados dos questionários através do recorte, que pressupõe a escolha das unidades de registo; a enumeração que reporta à contagem das unidades de registo e, finalmente a classificação e agregação das unidades de registo para a escolha das categorias (Bardin, 2020). Na análise das respostas dos questionários, procurei isolar e repartir os elementos de forma a estabelecer uma organização das mensagens; analisei exaustivamente cada conjunto de categorias, de modo a possibilitar a inclusão de todas as unidades de análise (exaustividade), verificando a eventual existência de multicodificação e consequente exclusão de elementos duplamente classificados (exclusão mútua). Verifiquei se o instrumento de colheita de dados estava adequado ao objetivo da temática em estudo (homogeneidade) e defini as variáveis a serem analisadas, precisando os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria (objetividade e fidelidade) (Bardin, 2020). Na inferência realizei uma análise às categorias alcançadas, de acordo com a evidência dos resultados da SR.

Para uma correta confidencialidade dos dados obtidos nos questionários os princípios éticos e deontológicos foram sempre considerados no decurso da análise dos dados. Pelo que ao longo da análise e discussão dos dados obtidos sobre os contributos do enfermeiro obstetra na gestão dos medos da grávida sobre o parto, menciono excertos representativos das categorias com codificação das unidades de registo. Deste modo, atribuí a codificação QG (Questionário Gravidez) ao primeiro questionário que foi aplicado no período pré-natal e a codificação QP (Questionário Puerpério) ao segundo questionário que foi aplicado no período do puerpério.

### **2.3. Considerações Éticas**

Segundo o regulamento nº140/2019, que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (art. 5º), o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática profissional na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontológicos, garantindo uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos.

Os EEESMO lidam com condições de vulnerabilidade acrescida dos indivíduos, pelo que a relação desenvolvida entre o profissional e o cliente é particular e especial.

Essa singularidade implica que os cuidados sejam baseados no respeito à dignidade e direitos humanos do cliente, pelo que cabe aos EEESMO contribuir para o direito de o mesmo se autodeterminar. Neste sentido, na sua prática de cuidados, o EEESMO deve ter em consideração o processo de consentimento informado, assegurando que o cliente recebe a informação apropriada, com linguagem compreensível, e que a compreendeu previamente ao consentimento informado (Albuquerque, 2019).

Nos diversos contextos clínicos, prestei cuidados de enfermagem especializados respeitando os direitos humanos e os princípios éticos do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a), bem como do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015b).

O consentimento livre e esclarecido é essencial à manutenção dos princípios éticos na condução da investigação, permitindo uma participação voluntária, informada e esclarecida, protegendo os direitos dos participantes, tal como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim como o direito justo e equitativo (Fortin, 2009). Assim, foi realizado um pedido de autorização (*Apêndice XVIII*) para colheita e utilização dos dados obtidos através da aplicação de um questionário às grávidas e puérperas, dirigido à Comissão de Ética da instituição de saúde onde decorreu a maior parte do Estágio com Relatório tendo obtido um parecer positivo para o desenvolvimento do estudo (*Apêndice XV*). A instituição de saúde solicitou a elaboração de um consentimento informado, para salvaguardar os direitos das participantes, (*Apêndice XIX*). Foi tido em conta o consentimento livre e esclarecido, por escrito, da população envolvida no estudo, com prévio fornecimento da informação sobre os objetivos do mesmo e esclarecimento de dúvidas. Igualmente foram respeitados a confidencialidade dos dados e a liberdade de escolha acerca das informações íntimas e da vida privada, durante todo o processo, incluindo na extração e apresentação dos dados.

### **3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Ao longo do ER e dos diversos contextos da prática clínica, procurei desenvolver e adquirir competências de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista (Regulamento n.º 140/2019), o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESMO (OE, 2018), ICM (2019) e o Código Deontológico (Lei n.º 156/2015).

Neste capítulo descrevo o trajeto de aquisição das competências de EEESMO e de Mestre, através da descrição e reflexão sobre as experiências de cuidados de enfermagem especializados vivenciadas. Essas competências foram desenvolvidas procurando sustentar a minha prática de cuidados na melhor evidência científica, através da pesquisa bibliográfica contínua. Apoiei a minha aprendizagem no processo reflexivo, debatendo e analisando casos com as orientadoras clínicas, de modo a alcançar processos de aprendizagem e raciocínio clínico para a tomada de decisão, o que foi fundamental na identificação e resolução de problemas. De igual modo, realizei trabalhos que promoveram o desenvolvimento destas competências, como os relatórios reflexivos, estudos de caso e um protocolo de atuação sobre a hemorragia pós-parto, desenvolvido em contexto de bloco de partos.

Ao longo deste percurso, nomeadamente entre janeiro e novembro de 2021, também frequentei várias formações com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializados, nomeadamente “Webinar: Mobilidade e verticalidade. Contributos para uma experiência de parto positiva”; “Webinar: Preparação para o Parto. Lições aprendidas em tempos de COVID-19 e desafios em tempos de desconfinamento”; “Webinar: XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”; “Webinar: Ser EESMO – Vivências e desafios da atualidade”; “Workshop Pavimento Pélvico”; “Curso: Resolving Shoulder Dystocia – Spinning Babies”; “Analgesia de Trabalho de Parto”, “Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno”; “Procedimentos de Inserção e Remoção de Implante Subcutâneo”.

No que respeita às competências específicas do EEESMO, este capítulo encontra-se dividido em quatro subcapítulos: Cuidar a mulher inserida na família e

comunidade durante o período pré-natal; Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP; Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal e Cuidar a mulher inserida na família e comunidade em processo de saúde/doença ginecológica, no âmbito do planeamento familiar e climatério. Em Anexo I apresenta-se a síntese do registo de atividades ao longo do ER.

### **3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**

O processo de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal foi desenvolvido no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e no contexto de medicina materno-fetal, sendo um período de grande aprendizagem, desenvolvimento de pensamento crítico, reflexão e pesquisa de evidência científica, pelas distintas circunstâncias de cuidados.

Relativamente ao contexto de CSP, tive a oportunidade de acompanhar 44 grávidas ao longo dos três trimestres da gravidez, no âmbito da vigilância pré-natal. A assistência à grávida desde as primeiras semanas de gravidez permite um acompanhamento adequado e a deteção atempada de fatores de risco que possam comprometer a evolução da mesma e o bem-estar do feto (Torgal, 2016). A consulta pré-natal realizada pelo EEESMO deve ser concretizada num contexto que permita a continuidade de cuidados ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal (OMS, 2016).

Na assistência à grávida/casal, procurei planear a consulta de enfermagem de forma individualizada, colhendo os dados necessários ao seu desenvolvimento, quer a nível do processo clínico, quer através do diálogo. O estabelecimento de uma atmosfera de compreensão, de escuta ativa e incentivo à autoexpressão é essencial neste contexto (Torgal, 2016), pelo que procurei desenvolver uma relação terapêutica através da empatia, do respeito, da dignidade, da escuta ativa, do estabelecimento de um ambiente de confiança, acolhedor e de privacidade com incentivo ao envolvimento do convivente significativo. Nas consultas avaliei e interpretei os resultados analíticos em cada trimestre, avaliei o risco da gravidez de acordo com a tabela de Goodwin Modificada, os parâmetros antropométricos, realizei o exame físico e o teste rápido à urina (*combur test*). Assegurei a prescrição e suplementação vitamínica com ácido fólico (0,4 mg/dia) e iodeto de potássio (150 a 200 ug/dia), de acordo com os resultados analíticos do 1º trimestre, a prescrição médica dos exames laboratoriais e

a ecografia previstos em cada trimestre de gravidez (OMS, 2016). Igualmente promovi a importância dos cuidados com a alimentação e o aumento ponderal desejável, de acordo com o índice de massa corporal prévio à gravidez e as recomendações da OMS (2016). Informei sobre os cuidados em situações de não imunização à toxoplasmose, a importância da vacinação, na prevenção do tétano, tosse convulsa neonatal (entre as 20 e as 32 semanas) (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015a) e gripe sazonal.

Ao longo das consultas realizei a colheita de dados essencial à identificação de necessidades e prevenção de complicações (prevenção primária), a avaliação da altura do fundo uterino após as 24 semanas de gestação (Rocha, Ferreira, Varela, Maia & Sousa, 2020) e a auscultação dos batimentos cardíacos fetais a partir das 14 semanas de gestação (DGS, 2015a). Analisei com as grávidas as possíveis alterações e desconfortos manifestados (*stressores* intrapessoais), com vista ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem focalizadas para a sua minimização, orientando e informando sobre estratégias de alívio para as náuseas, vômitos, obstipação, hemorroidas, pirose, cansaço, queixas musculoesqueléticas, edemas, dispneia, entre outras (Santos & Henriques, 2016; DGS, 2015a), reforçando assim as linhas de defesa flexível e normais. Orientei e informei sobre a importância de períodos de descanso, adotando preferencialmente o decúbito esquerdo, exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico, minimizando os desconfortos das alterações posturais. Igualmente informei sobre os sinais de alerta para recorrer às instituições de saúde, os aspetos relativos à legislação de apoio à maternidade/parentalidade e promovi a vinculação/comunicação intrauterina (Rocha et al., 2020; DGS, 2015a).

No acompanhamento das grávidas no 3º trimestre, desenvolvi intervenções de promoção e continuidade de cuidados decorrentes da vigilância efetuada nos trimestres anteriores, assegurando a prescrição dos exames laboratoriais previstos, incluindo o rastreio do estreptococos do grupo B no exsudado vaginal e retal, a realização da ecografia do 3º trimestre e a referenciação para o hospital de referência a partir das 35 semanas, de acordo com a especificidade da unidade de saúde primária (DGS, 2015a; Soares & Marchão, 2016). Procurei promover um ambiente facilitador para a exposição de dúvidas e medos, partilha de conceções, experiências anteriores, expectativas positivas e negativas, apoiando no empoderamento da grávida para a sua autonomia e poder na tomada de decisão, capacitando para um parto e

maternidade saudáveis (prevenção primária). No 3º trimestre os níveis de ansiedade tendem a aumentar devido à proximidade do parto e à mudança que o nascimento do bebé trará à rotina habitual do casal (Soares & Marchão, 2016). A ansiedade surge acompanhada pelo medo do parto e do que poderá acontecer, quer à grávida quer ao bebé. Neste sentido, privilegiei intervenções ao nível do controlo e minimização da ansiedade e dos medos sobre o TP e parto, realizando de acordo com as necessidades identificadas, momentos de partilha e de ensinamentos sobre técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios, técnicas naturais de alívio da dor, fisiologia do trabalho de parto e parto e promoção do aleitamento materno. Procurei promover a prevenção primária, reduzindo a reação dos *stressores* interpessoais identificados relacionados com o medo do parto, fortalecendo as linhas de defesa.

No contexto de medicina materno-fetal tive a oportunidade de prestar cuidados a grávidas internadas com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, nomeadamente ameaça de parto pré-termo (APPT), diabetes gestacional (DG), hipertensão gestacional, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), placenta grau III, hiperemese gravídica e perda hemática no 1º e 2º trimestre. Perante uma situação de internamento a mulher desenvolve uma maior vulnerabilidade, pelas implicações que esta experiência tem em si e na sua família, com o surgimento de diversos sentimentos e mudanças, perante as expectativas já idealizadas. São situações que a podem incapacitar de se preparar adequadamente para a maternidade, quer pelo elemento psicológico e físico, quer pela reorganização da dinâmica familiar e dos recursos essenciais. O desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, especialmente neste contexto, são essenciais, por ser um momento de grande vulnerabilidade, de medos e inseguranças que proporcionam uma vivência angustiante. Uma relação terapêutica, de parceria e de suporte entre a grávida/casal e o EEESMO, contribuirá para minimizar parte desta vivência, com promoção de tranquilidade.

Das patologias acima referidas, a APPT foi a situação que ocorreu com maior frequência e com intensa necessidade de suporte à grávida e família, uma vez que envolve processos de adaptação, constituindo uma fase de grande ansiedade pelo risco inerente de um parto pré-termo. Prestei cuidados a 5 grávidas com idades gestacionais (IG) entre as 33 e as 34 semanas. O diagnóstico diferencial para a correta distinção entre APPT e parto pré-termo é crucial, para que seja realizada uma atuação clínica rápida e eficaz com conseqüente influência no prognóstico perinatal

(Graça, 2017a). Perante esta situação, o EEESMO tem um papel fundamental na prevenção secundária e terciária, implementando intervenções que permitam a redução da ação dos *stressores* e consequente estabilização do sistema, fortalecendo as linhas de defesa de resistência.

Procurei, durante o processo de cuidados à grávida, estabelecer uma relação de suporte, segurança e confiança, promovendo apoio psicológico, possibilitando a expressão de sentimentos e a desmistificação das dúvidas existentes, no sentido de incluir a grávida/casal no processo de cuidados. Realizei uma adequada colheita de dados, através da consulta do Boletim de Saúde da Grávida, entrevista à grávida e consulta do processo clínico, tendo sido fundamental para o desenvolvimento de um plano de cuidados holístico direcionado às necessidades específicas, com vista ao bem-estar materno-fetal (prevenção secundária). Obtive sempre o consentimento informado para as diversas intervenções de cuidados, como a avaliação do bem-estar materno-fetal, através da avaliação da estática fetal pelas Manobras de Leopold, no sentido de compreender a dimensão do feto, identificar a apresentação, posição e situação fetal, assim como a relação entre a apresentação fetal e a bacia materna (Sequeira, Henriques, Seabra, Pousa, Sousa & Sobral, 2020). Também efetuei a monitorização cardiotocografia (CTG), o que permitiu um registo contínuo e a interpretação das modificações da frequência cardíaca fetal (FCF) relacionadas com os movimentos fetais e com as contrações uterinas, para uma apreciação do estado oxigenativo fetal (Graça & Carvalho, 2017).

Perante o diagnóstico de APPT, a conduta passa por evitar o desencadeamento do parto pré-termo através da administração tocolítica (prevenção secundária), com administração de corticoides para maturação pulmonar em IG < a 34 semanas (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). Assim, privilegiei o reajustamento da grávida/casal, com vista à sua estabilidade e prevenção de recidivas, fortalecendo a linha de resistência. Ao longo do internamento, realizei ensinamentos para a promoção da saúde e incentivei a exploração de atividades de distração para diminuição da ansiedade, como musicoterapia, áudios promotores de esperança e pensamentos positivos, televisão, leitura de revistas/livros e o contato com os familiares através de vídeo chamada (Lowdermilk, 2006b).

Tive também a oportunidade de prestar cuidados a grávidas em indução do trabalho de parto com IG entre as 37 e as 41 semanas e 6 dias, ruptura prematura de membranas (RPM), RCIU, DG, Pré-eclâmpsia e gravidez prolongada. As indicações

para a indução do trabalho de parto, segundo Fonseca (2016) e Graça (2017b), podem ser por causa materna (gravidez  $\geq 41$  semanas ou  $\geq 42$  semanas; RPM; patologia materna; corioamnionite; gestação gemelar) e fetais (Feto morto; RCIU; Suspeita de macrossomia fetal). No acolhimento à grávida/casal procurei compreender que informação detinham sobre o procedimento de indução, nomeadamente as indicações e os riscos inerentes, tendo o cuidado de esclarecer e desmistificar as dúvidas existentes. Após a confirmação do consentimento informado e esclarecido e previamente ao início da indução do trabalho de parto, efetuei uma análise das condições atuais da mãe e do feto, através da pesquisa da indicação para a indução e a ausência de contraindicações. Os aspetos que tive em conta para a tomada de decisão foram a idade gestacional, a estimativa de peso fetal, a determinação da apresentação fetal com as Manobras de Leopold, a compatibilidade feto pélvica, a avaliação do índice de Bishop, a avaliação do bem-estar fetal e atividade uterina por CTG (Fonseca, 2016; Graça, 2017b). Ao longo do acompanhamento e com o início da indução do trabalho de parto procurei manter a vigilância e monitorização contínua do bem-estar materno-fetal com alerta a eventuais efeitos secundários e complicações (prevenção primária). Delineei intervenções individualizadas, informando sobre a evolução do TP e bem-estar fetal (Fonseca, 2016).

Ainda neste contexto de estágio, vivenciei uma situação de morte fetal no 3º trimestre, IG 38 semanas, em que a grávida recorreu ao serviço de urgência por diminuição dos movimentos fetais. Procedi à identificação do foco fetal através do CTG, no entanto com ausência do foco mantida, tendo realizado o encaminhamento para o médico obstetra, que confirmou o diagnóstico através da ecografia. Foi uma situação difícil, em que senti a necessidade de pesquisar a melhor evidência científica disponível sobre esta temática, de modo a promover cuidados holísticos e especializados no cuidado à mulher/convivente significativo, nomeadamente sobre a comunicação em situação de morte fetal/apoio na vivência do luto.

Como futura EEESMO, considero que consegui adquirir e desenvolver competências para prestar cuidados especializados à mulher/casal no período pré-natal e com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, promovendo desta forma a sua saúde (Regulamento n.º 391/2019). De acordo com as necessidades individuais de cada grávida/casal, promovi cuidados especializados e de qualidade, com enfoque na educação para a saúde e criação de uma relação de suporte emocional, confiança, segurança e empoderamento.

### **3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto**

O cuidado à mulher “*inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina*” (Regulamento n.º 391/2019, p13563), foi alcançado no contexto de bloco de partos.

O TP caracteriza-se por um conjunto de fenómenos fisiológicos, que conduzem a contrações uterinas dolorosas e regulares em frequência e intensidade, ao apagamento e dilatação do colo do útero, à progressão fetal através do canal de parto até à sua expulsão para o exterior e à expulsão das membranas amnióticas e placenta (Lowdermilk, 2006a; Machado & Graça, 2017). Segundo Machado & Graça (2017) o TP é constituído por quatro estádios, sendo que o primeiro estádio (apagamento/dilatação) se divide em duas fases principais, a fase latente e a ativa, e decorre desde o início das contrações uterinas regulares até à dilatação completa do colo. Nas suas novas orientações, a OMS (2018) considera que a fase latente do TP se caracteriza por alterações do colo do útero, incluindo o apagamento e a progressão mais lenta da dilatação até aos 5 cm, no entanto, de acordo com o protocolo da instituição onde realizei o ensino clínico, que se rege pelas orientações da DGS (2015c), a fase latente termina aos 4 cm de dilatação cervical.

Ao longo do contexto de bloco de partos procurei prestar cuidados de enfermagem holísticos e especializados, alicerçados nos pressupostos da humanização do TP e parto, de modo a proporcionar uma experiência de parto positiva. Um correto acolhimento é fundamental para a criação de uma relação terapêutica de confiança entre o profissional de saúde e a parturiente/convivente significativo, pelo que o ouvir, orientar e promover uma parceria nos cuidados são aspetos primordiais a ter em conta num primeiro contato. A humanização dos cuidados em enfermagem no bloco de partos engloba um conjunto de atitudes, práticas e conhecimentos, regulados no desenvolvimento saudável do processo de nascimento, respeitando a individualidade e valorizando as mulheres, abandonando procedimentos intervencionistas, que acarretam riscos para a saúde materno-fetal. Uma assistência humanizada garante que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora (Possati et al., 2017).

É elementar conhecer as expectativas, medos, ansiedades e escolhas da parturiente/convivente significativo relativamente ao seu TP (OE, 2015c), ajudando na

gestão e controlo da dor e promovendo autoconfiança, tranquilidade e compreensão de todo o processo (Fonseca, 2016). Assim, procurei garantir um ambiente seguro e acolhedor durante o TP, promovendo o conforto e bem-estar tanto da parturiente como do convivente significativo, identificando as expetativas e experiências de partos anteriores (*stressores*), desmistificando as situações menos positivas e promovendo um empoderamento e apoio nesta nova experiência, com fortalecimento das linhas de defesa (prevenção primária).

No contexto de bloco de partos tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a 53 parturientes e os respetivos conviventes significativos no primeiro estágio do TP, em que 29 eram nulíparas e 24 múltiparas. Na sua admissão realizei a colheita de dados, recorrendo ao processo clínico, ao Boletim de Saúde da Grávida, à entrevista e à CTG, de forma a recolher a máxima informação pertinente para um adequado planeamento dos cuidados em parceria com a parturiente. Durante a colheita de dados procurei conhecer aspetos relevantes como os antecedentes pessoais, vigilância pré-natal e exames pré-natais efetuados, a história ginecológica e obstétrica, como o índice obstétrico (IO), grupo de sangue (se fator *Rhesus* negativo investigava os resultados do teste *Coombs* indireto e conferia a administração da Imunoglobulina Anti-D e respetiva data), serologias do terceiro trimestre e outros valores analíticos atualizados, resultado da pesquisa de *Streptococcus β Hemolítico* do grupo B, última ecografia realizada e patologias associadas. Procurei compreender as expetativas relativamente ao TP, parto e pós-parto (prevenção primária), confirmando a existência ou não de um plano de parto. De evidenciar que das 53 parturientes que acompanhei, 7 apresentaram o seu plano de parto redigido.

No decurso da admissão à grávida realizava a CTG e interpretava a categoria de acordo com *Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) (2015), através da avaliação da linha basal da FCF, da variabilidade, da presença de acelerações e desacelerações. De acordo com a evolução do TP e do risco gravídico, mantinha a monitorização contínua do CTG, com recurso à monitorização sem fios, quando possível, para promover o conforto e a liberdade de movimentos (OMS, 2018).

O EEESMO tem um papel muito importante neste 1º estágio, com promoção de intervenções que facilitem a dilatação e a progressão da apresentação. Neste sentido, procurei promover e incentivar a liberdade de movimentos, a utilização da bola de nascimento, instruindo sobre os exercícios favorecedores da progressão do TP (de acordo com o plano da apresentação fetal), o duche, a inalação de óleos essenciais (aromoterapia), técnicas respiratórias e de relaxamento e músicas do gosto da

parturiente, sem que sentisse obrigação perante os respectivos encorajamentos. O diferente posicionamento da mulher durante o trabalho de parto foi igualmente promovido, como estratégia não farmacológica de alívio da dor e com o objetivo de facilitar a progressão do TP. De acordo com Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa (2016), as posições verticais melhoram o fluxo uteroplacentário; promovem maior eficiência das contrações uterinas durante o TP e parto; favorecem o encaixe e a descida da apresentação fetal devido à força da gravidade; aumentam os diâmetros da bacia, e o ângulo da curvatura da escavação pélvica; os esforços expulsivos são mais eficientes; o TP é vivenciado de forma menos dolorosa (dor: *stressor* intrapessoal), com menos desconforto e diminui o risco de parto instrumental, uma vez que melhora a estática fetal, com diminuição da percentagem de posições anómalas da cabeça fetal.

Uma vez que a bacia se move e se deforma no seu interior, os movimentos e a alternância de posições devem ser encorajados e otimizados, quer em descanso quer em movimento, ao longo do TP, para facilitar a progressão da apresentação fetal ao longo da bacia materna (Cardoso et al., 2020). No acompanhamento durante o TP procurei identificar a apresentação fetal de acordo com o plano da bacia óssea (plano de Hodge) em que se encontrava, no sentido de promover as posições e movimentos adequados e exclusivos à descida fetal. Assim, de acordo com o plano de Hodge, promovi o relaxamento, através da aplicação de calor e massagem, favorecendo a mobilidade do sacro aquando da passagem fetal, incentivei a adoção da posição sentada com as pernas semi fletidas em rotação externa, pelo benefício da gravidade e o aumento do diâmetro ântero-posterior do estreito superior, promovi movimentos de retroversão, anteversão, inclinações laterais, rotações internas e externas da bacia, na posição de pé, quatro apoios e na bola de nascimento (Cardoso, 2020; Mineiro et al., 2016; Calais-Germain & Parés, 2013). Promovi posições de acordo com o conforto e o desejo da parturiente, nomeadamente o decúbito lateral, com alternância entre o lado esquerdo e o direito, e com realização de movimentos assimétricos dos membros inferiores, de modo a promover o movimento da espinha isquiática e aumentar o diâmetro da escavação pélvica (Cardoso et al., 2020; Mineiro et al., 2016; Calais-Germain & Parés, 2013). Quando identificava uma variedade fetal posterior persistente, encorajava a parturiente a adotar a posição de quatro apoios para facilitar a rotação fetal para posições anteriores, uma vez que diminui a pressão da cabeça fetal sobre o colo e sobre as estruturas da bacia, permitindo assim uma maior

liberdade de movimento do corpo do feto e conseqüentemente um ajuste à bacia materna (Cardoso et al., 2020; Calais-Germain & Parés, 2013).

A liberdade de movimentos foi assim promovida como uma estratégia para a progressão do TP, mas também para alívio da dor (dor: *stressor* intrapessoal). A dor é subjetiva e, maioritariamente, influenciada e experienciada de acordo com as crenças, valores, religião, comunidade/família. A dor do TP e parto é o grande receio da grande maioria das mulheres neste período, influenciando de forma negativa na vivência do parto (Guerra, 2016). Para que haja uma analgesia eficaz é necessária uma correta avaliação da dor; neste sentido procurei avaliar a intensidade da dor com recurso à escala numérica, de acordo com a DGS (2003), e compreender a vontade da parturiente quanto à utilização dos métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor, esclarecendo dúvidas e desmistificando conceitos, vantagens, desvantagens e complicações da analgesia epidural. As medidas não farmacológicas, como referi anteriormente, foram sempre encorajadas e implementadas, de acordo com o desejo da parturiente, inclusive nas que recorreram à analgesia loco-regional (epidural), tendo estas medidas fortalecido as linhas de defesa flexível e normal. Das parturientes que acompanhei, 25 pretenderam a analgesia loco-regional (epidural), pelo que efetuei a articulação com o médico anestesista, com colaboração na técnica, após o devido consentimento livre e esclarecido da parturiente, através da preparação do material necessário, auxílio no correto posicionamento, monitorização e vigilância do bem-estar materno-fetal, com recurso à CTG, monitorização de tensão arterial (TA), saturação de oxigénio e frequência cardíaca materna, monitorização e vigilância da dor e deteção de complicações.

Das 25 parturientes que optaram pela analgesia loco-regional, 2 apresentaram um quadro de indisposição, hipotensão e alterações patológicas na CTG, representativo de desaceleração prolongada, após a administração do fármaco pelo médico anestesista. Perante esta situação, solicitei o apoio ao médico anestesista presente no local e o apoio do EEESMO, colocando a parturiente em decúbito lateral esquerdo e aumentei ritmo de perfusão de Lactato de Ringer, com administração de 10 mg efedrina via endovenoso (EV), por indicação médica. A situação reverteu, com conservação do bem-estar materno-fetal, demonstrando a importância de uma rápida intervenção por parte da equipa multidisciplinar, assim como da aquisição de conhecimentos e competências que possibilitem detetar e intervir nas situações de desvio da normalidade (OE, 2019).

Também a analgesia sistêmica foi utilizada em parturientes que não desejavam ou não podiam realizar outro tipo de analgesia, mas que se apresentavam queixosas, apesar das diversas medidas não farmacológicas implementadas e do apoio físico e emocional prestado. Assim, em 2 parturientes utilizei a analgesia sistêmica, através da prescrição médica, para a administração de fármacos como o Paracetamol, Petidina e Brometo de Butilescopolamina.

Para além da gestão da dor, como uma necessidade básica ligada à assistência obstétrica, é igualmente importante a nutrição da parturiente durante o TP. Diversas orientações recomendam a ingestão de líquidos e alimentos durante o TP (NICE, 2014; OMS, 2018; Amaral & Martins, 2016). No acompanhamento contínuo à parturiente encorajei a ingestão de líquidos, como bebidas, gelatinas, assim como a ingestão de uma dieta ligeira ou *snacks*, de acordo com o desejo da mesma e o protocolo do serviço.

O suporte e o acompanhamento contínuo foi igualmente promovido junto das parturientes ao longo dos TP e partos. Tive a oportunidade de acompanhar a parturiente desde a admissão até ao puerpério, permanecendo, na maioria das situações, após o horário do turno, o que permitiu uma adequada promoção de apoio e conforto físico, emocional e informativo. Este cuidado foi uma mais-valia no desenvolvimento de competências específicas do EEESMO e igualmente no desenvolvimento de confiança, tranquilidade e satisfação, demonstrado e mencionado pelas parturientes/conviventes significativos, tendo estas medidas integrado uma intervenção de prevenção primária, com fortalecimento das linhas de defesa. De acordo com Hildingsson et al. (2021), Hildingsson et al. (2019), Larsson et al. (2020) e OMS (2018) quando a mulher obtém empoderamento, apoio físico e emocional, acompanhamento contínuo pelo mesmo EEESMO, parceria no plano de cuidados e tomada de decisão, experimenta o momento do seu parto como positivo.

Na gestão não farmacológica da dor do TP incidi na promoção de um ambiente harmonioso e terapêutico, através de uma adequada iluminação, ventilação e ruído, de acordo com as preferências. No serviço tinha a possibilidade de colocar apenas uma parturiente por enfermaria, com o acompanhamento do convivente significativo a partir da fase ativa do TP, providenciando privacidade e pedindo sempre o consentimento para entrar (RCM, 2018; Ferreira, 2016). Encorajei a aplicação da aromoterapia em articulação com as técnicas respiratórias, providenciando momentos de educação para a saúde sobre os benefícios dos óleos essenciais naturais. De acordo com Ferreira (2016) a inalação dos vários aromas libertados pelos óleos

essenciais produz uma estimulação metabólica dos recetores olfativos, libertando memórias, pensamentos e emoções. O uso da água durante o TP foi igualmente encorajado, através do duche, após a explicação dos seus benefícios, tendo testemunhado resultados bastante positivos a nível do alívio da dor, relaxamento, satisfação e na progressão do TP (OMS, 2018; RCM, 2012; ACOG, 2016).

Ao longo do TP procurei avaliar a progressão através da observação externa (Manobras de Leopold), queixas da parturiente e realização do toque vaginal, sendo este último realizado maioritariamente em intervalos de 4 em 4 horas, tal como recomendado pela OMS (2018). Experienciei situações de TP precipitados que, de acordo com as queixas da parturiente, necessitaram de uma avaliação em intervalos mais reduzidos. Na realização do primeiro toque vaginal procurei sempre realizar uma breve explicação sobre os objetivos do mesmo, seguido do consentimento da parturiente. Com este procedimento avaliei as características do colo, quanto à posição, consistência, apagamento e dilatação, a estática fetal, nomeadamente a atitude, situação, apresentação e variedade, assim como posição de acordo com os planos de Hodge, também me permitiu avaliar as características da pelve óssea materna e assoalho pélvico e ainda o estado das membranas amnióticas.

No acompanhamento das parturientes efetuei a técnica da amniotomia em 6 situações, após o devido consentimento livre e esclarecido e com condições de segurança, de forma a proporcionar a progressão do TP. A amniotomia possui condições para a sua concretização, nomeadamente a presença de dilatação de 3 cm ou mais, cabeça fetal fixa na pélvis, a pressionar o colo uterino, e parturiente sem infeção de herpes genital ativo ou vírus da imunodeficiência humana. Pode ter desvantagens como a compressão ou prolapso do cordão umbilical e aumento do risco de infeção e cesariana, pelo que deve ser efetuada de acordo as situações e a devida avaliação das condições de segurança e indicações (Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017b; ACOG, 2009).

A perfusão ocitócica no decurso do TP foi utilizada em algumas parturientes, de acordo com o protocolo do serviço, devido à anómala evolução do TP por situações de disfunção contrátil uterina hipotónica e esforços musculares inadequados durante o período expulsivo. Esta intervenção, em associação com a liberdade de movimentos, possibilitou uma positiva progressão do TP, resultando em partos eutócicos. Previamente a esta intervenção, procurei sempre analisar as condições materno-fetais e obter o consentimento livre e esclarecido, desenvolvendo uma atitude de vigilância contínua e deteção de possíveis sinais e sintomas de complicações.

Também tive a oportunidade de prestar cuidados a parturientes com patologias associadas, nomeadamente DG/prévia, hipertensão arterial gestacional/prévia, pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP, com necessidade de uma prestação de cuidados adaptada às características de cada situação, de modo a minimizar o risco de complicações maternas e fetais e aumentar o seu bem-estar, garantindo da melhor forma possível o processo fisiológico do TP. Das diversas situações que acompanhei, a grávida com síndrome de HELLP possuiu um maior destaque dado ser uma situação, felizmente, rara, mas que permitiu o desenvolvimento de um conjunto de competências e raciocínio crítico com a equipa multidisciplinar. Tratou-se de uma grávida de 32 anos, com IO: 0000, 38 semanas de gestação, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial prévia à gravidez. Na consulta médica de rotina, apresentou valores tensionais descontrolados, edema generalizado, queixas álgicas na grelha costal direita com irradiação para o epigastro, pelo que foi internada e após resultados laboratoriais, foi diagnosticada com Síndrome de HELLP (*stressor intrapessoal*). Nesta situação e de acordo com as indicações médicas, procedi à monitorização materno-fetal contínua com a CTG, monitorização de saturação de oxigénio contínua, medição da tensão arterial de 5 em 5 minutos, volume urinário de hora em hora e balanço hídrico, realizei colheita de sangue para tipagem, pedindo colaboração do serviço de imuno-hemoterapia, canalizei acessos venosos de grande calibre e administrei a terapêutica prescrita, nomeadamente: sulfato magnésio de acordo com o protocolo da instituição, mantendo sempre a devida vigilância, pelo risco de toxicidade; dexametasona 10 mg em 20 ml SF e perfusão de Lactato de Ringer a 80 ml/h. A grávida foi encaminhada para cesariana de urgência e posteriormente manteve vigilância de 24h em Unidade de Cuidados Intensivos (Monteiro & Leite, 2016; Graça, 2017c; Rimaitis et al., 2019; ACOG, 2020). No acompanhamento desta situação procurei manter a grávida/casal informados, desmistificando dúvidas e procedimentos a serem realizados, obtendo o seu consentimento e promovendo suporte físico e emocional contínuos. Considero que realizei uma adequada prestação de cuidados holísticos, que concomitantemente com a equipa multidisciplinar, possibilitaram a gestão e preservação do bem-estar materno-fetal, desde a admissão até à alta, revelando a importância do papel do EEESMO na vigilância e intervenção de situações com desvio do padrão normal da gravidez e a necessidade de agrupar um conjunto de conhecimentos e competências que permitam planear e intervir prontamente (OE, 2019). A adoção das referidas intervenções permitiu o

fortalecimento das linhas de defesa, com redução de possíveis complicações puerperais.

O segundo estágio (período expulsivo) principia na dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto, durante o qual a mulher sente a necessidade involuntária de efetuar esforços expulsivos (Machado & Graça, 2017; OMS, 2018). Neste período, a parturiente deve ficar concentrada nos esforços expulsivos e, com o apoio do EEESMO, encontrar a posição mais adequada para os efetuar eficazmente. De acordo com a NICE (2017), o puxo deve ser iniciado apenas quando a mulher sentir vontade de fazer força.

A duração desta fase depende de vários fatores, sendo considerada no máximo até 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltipara, no entanto na presença de analgesia epidural, a estes máximos deve ser acrescida 1 hora do tempo de espera (DGS, 2015). Contudo, a decisão do tempo de espera baseia-se na evidência da progressão da descida e da rotação e no padrão da FCF (Fatia & Tinoco, 2016). De acordo com Pacheco & Néné (2020) os esforços expulsivos podem ser espontâneos ou dirigidos, através da Manobra de Valsalva. Porém, o último método refere-se ao puxo dirigido logo que a dilatação está completa, independentemente da vontade de puxar, com períodos de apneia expiratória de cerca de 10 a 30 segundos, que podem ser prejudiciais, uma vez que promovem a diminuição do fluxo uteroplacentário, alteração da oxigenação materna e fetal, com contributos para a hipoxia fetal, refletido nos padrões de FCF (Martin, 2009; Lowdermilk, 2006a; Buhimschi, Buhimschi, Malinow, Kopelman & Weiner, 2002).

Das 41 parturientes que acompanhei até ao parto e que terminaram em parto eutócico, procurei respeitar e encorajar a autonomia das mesmas aguardando a descida da apresentação fetal e a necessidade espontânea de efetuarem esforços expulsivos. O empoderamento e incentivo dos esforços expulsivos espontâneos conduz a parturiente a utilizar o gemido, a vocalização e a respiração entre os mesmos, que estimulam a abertura da glote e conseqüentemente o recrutamento da musculatura abdominal, sendo desta forma mais eficaz o aumento da pressão com influência no comprimento do diafragma. Um aspeto a ter em conta é a influência da analgesia epidural nos esforços expulsivos, uma vez que possui repercussões no decorrer no TP e Parto, nomeadamente a incidência de mau posicionamento fetal (principalmente devido à impossibilidade de deambulação, de acordo com determinados protocolos do médico anestesista), maior uso de perfusão de ocitocina e o aumento do número de partos instrumentados, devido à perda ou diminuição do

reflexo de Ferguson, promovendo períodos expulsivos mais prolongados, com consequente exaustão materna (Cheng, Hopkins & Caughey, 2004). Nas parturientes que acompanhei e que optaram por analgesia epidural, algumas apresentaram dificuldade em perceber a necessidade de iniciar esforços expulsivos e nestas situações procurei adaptar e individualizar as intervenções no apoio à mulher, de acordo com as suas preferências, respeitando e aguardando, quando possível e de acordo com o bem-estar materno fetal, pela sua vontade de iniciar os esforços expulsivos (Pacheco & Néné, 2020).

Neste período é fundamental promover e incentivar a adoção de posições que permitam uma positiva progressão e descida da apresentação fetal, de acordo com os desejos e conforto da parturiente, nomeadamente movimentos de ampliação do estreito inferior, através dos movimentos de natação sacra e ilíaca, adução ilíaca e/ou pronação ilíaca. A otimização destes movimentos ocorre com a flexão de uma ou de ambas as pernas com rotação interna e que podem ser realizados em diferentes posições, nomeadamente em decúbito dorsal, lateral, de gatas, de cócoras ou sentada (Calais-Germain & Parés, 2013). O decúbito dorsal foi maioritariamente utilizado no serviço em que realizei o ER. No entanto, procurei ajustar esta posição, de forma a favorecer alguma mobilidade e a potenciar o aumento do estreito inferior da bacia, através da colocação dos pés sobre as perneiras como apoio, permitindo uma maior flexão dos membros inferiores com o ângulo superior a 90 graus, com a cabeceira elevada o suficiente, para que a parturiente se sentisse confortável (posição de litotimia modificada). Igualmente, durante os esforços expulsivos, sugeri à mesma agarrar os membros inferiores pela sua parte externa (favorecendo uma rotação interna), em vez de agarrar os ferros laterais da marquesa (Mineiro et al., 2016; Calais-Germain & Parés, 2013).

A melhor posição para o parto depende de vários fatores, como o comportamento instintivo, o meio cultural, bem como o tipo de assistência prestado pelos profissionais de saúde. A posição horizontal é a mais desvantajosa, enquanto as posições verticais apresentam melhores benefícios (Cardoso et al., 2020). É fundamental o incentivo à livre escolha da posição durante o período expulsivo, uma vez que também possui benefícios na duração e eficácia do mesmo. Todavia, a mobilidade e a adoção das diversas posições devem ser uma escolha da mulher, decisão para a qual deve ser capacitada quando assistida por profissionais motivados e devidamente qualificados (ICM, 2019; Mineiro et al., 2016; Cardoso et al., 2020). Este é um aspeto que necessita ser trabalhado e incentivado no contexto em que me insiro, pois para além de toda a

preparação e informação prévia que as mulheres carecem para este momento e para a sua eventual tomada de decisão e escolhas conscientes, é igualmente necessário formar e capacitar os profissionais para favorecer e estimular este tipo de posições no segundo estágio do TP, para uma prestação de cuidados holísticos de qualidade e principalmente para uma sensação de segurança por parte dos EEESMO.

O trauma perineal é um tipo de lesão que ocorre frequentemente durante o parto, podendo ser definido como qualquer lesão causada no períneo de forma espontânea, ou a partir de uma incisão cirúrgica do períneo (episiotomia) (Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinar, 2017). Existem diversas intervenções que minimizam ou previnem o trauma perineal, nomeadamente a massagem perineal anteparto e intraparto, o posicionamento da mulher durante o período expulsivo, a aplicação de calor húmido no períneo, suporte perineal intraparto (manobra de Rithgen modificada, “*Hands on*”), “*Hands off*” e comunicação e suporte contínuo da grávida (Aasheim et al., 2017; OMS, 2018). A aplicação de calor perineal através das compressas mornas (prevenção primária) foi uma estratégia que utilizei, após o consentimento da parturiente, uma vez que possui imensos benefícios, particularmente a promoção do conforto, o aumento da elasticidade perineal e consequentemente a diminuição do risco de trauma perineal (OMS, 2018; Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017; Funai & Norwitz, 2021). Esta foi uma intervenção que considero ter sido bastante positiva, na promoção de conforto, pelo feedback das parturientes. No momento do coroamento, recorri à Manobra de *Ritgen* modificada (prevenção primária), dando suporte ao períneo com uma mão e com a outra mão evitei a deflexão rápida da cabeça fetal (Machado & Graça, 2017; Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017; Fatia & Tinoco, 2016). Embora os benefícios desta manobra sejam controversos na literatura consultada, uma vez que previnem efetivamente as lacerações de III e IV graus, mas dúvida quanto às de I e II graus, verifiquei que quando devidamente aplicada apresenta resultados bastante positivos no que respeita à minimização das lacerações de grau III ou IV (Funai & Norwitz, 2021).

A promoção da integridade do períneo é facilitada pela manipulação reduzida no segundo estágio, pela verticalidade e esforços expulsivos espontâneos. Cabe ao EEESMO abandonar a prática da episiotomia por rotina e avaliar cada situação e indicações de acordo com as características individuais da mulher, assim como os diversos fatores associados, uma vez que as indicações para a sua realização são o parto instrumental por apresentação pélvica, macrossomia fetal; sofrimento fetal e lesão iminente de laceração perineal grave (por exemplo rigidez perineal, altura do

períneo inferior ou igual a 3 cm) (Fatia & Tinoco, 2016; Henriques, 2017; OMS, 2018). Porém, para a OMS (2018), a necessidade de realizar uma episiotomia em situações de emergência obstétrica, como um parto instrumental por sofrimento fetal, ainda proporciona algumas questões. De referir que realizei a episiotomia a 5 parturientes, por bradicardia fetal, em que a CTG ao longo do TP já se encontrava suspeito, o que corresponde a 12% da totalidade dos partos realizados. Nos restantes partos, 12 apresentaram períneos íntegros, 18 lacerações de grau I, 5 lacerações de grau II e 1 de grau III.

No momento da expulsão do feto, presenciei e identifiquei algumas situações de apresentações fetais compostas, nomeadamente a procidência da mão, que resultaram em trauma perineal com lacerações de grau I e II. Identicamente, experienciei 3 situações de circulares cervicais apertadas, em que a primeira ocorreu numa fase inicial do ensino clínico, tendo nesse momento sido instruída a laquear o cordão umbilical antes da exteriorização do corpo fetal, que foi discordante à evidência científica relativamente à intervenção em situação de circular cervical. De acordo com Mercer, Erickson-Owens, Graves & Haley (2010) a evidência mostra um aumento dos riscos para o recém-nascido (RN) quando o cordão é laqueado antes da saída dos ombros, pelo que é recomendada a Manobra de *Somersault*, deixando assim o cordão intato. Foi uma situação que procurei refletir com os EEESMO, explorando as diversas vantagens desta manobra através da evidência científica. As duas restantes situações de circular cervical apertada ocorreram numa fase mais avançada do ensino clínico e em que, de forma autónoma e espontânea, realizei a Manobra de *Somersault*, considerando ter sido um aspeto positivo, uma vez que a clampagem tardia do cordão umbilical possui imensos benefícios. Realizei a clampagem tardia do cordão umbilical, pelo menos 3 minutos após o nascimento, ou até o cordão deixar de pulsar (OMS, 2018), tendo procurado sempre encorajar o convivente significativo a realizar a clampagem do mesmo, dando oportunidade que se sentisse envolvido no processo de nascimento.

Após a expulsão do feto, para além do corte tardio do cordão umbilical, proporcionava o estabelecimento do contato pele a pele com a mãe, sendo esta uma intervenção com igual prioridade de implementação pelos seus benefícios e por pertencer a uma das dez medidas específicas da iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, criada pela World Health Organization e pela United Nations Children's Fund, a qual certificou a instituição onde realizei o ensino clínico. Esta é uma prática que deve ser realizada pelo menos durante a primeira hora de vida, uma vez que influencia de forma

positiva a interação entre a mãe e o RN, possuindo igualmente vantagens para os dois, nomeadamente a redução do risco de hemorragia, diminuição dos níveis de *stress*, favorece a termorregulação do RN e maior sucesso da amamentação (OMS, 2018). Em três das situações não foi possível realizar o contato pele-a-pele precoce, pela necessidade de promover uma adaptação à vida extrauterina com recurso à bancada de reanimação do RN, com acesso a fonte de calor e oxigénio. Foram situações em que o RN apresentou um índice de *Apgar* de 7 ao 1º minuto de vida (cianose das extremidades, alguma flexão dos membros e alguma reação reflexa) com necessidade de estimular, secar e aquecer. Tal como referi anteriormente, a instituição onde realizei o ensino clínico é certificado como Hospital Amigo dos Bebés, pelo que a promoção do aleitamento materno precoce é um foco muito importante da intervenção dos profissionais de saúde. Para mim, como futura EEESMO, promover o aleitamento materno é igualmente essencial e foco da minha intervenção no acompanhamento à mulher durante o TP. Neste sentido, após identificar o desejo da mesma em amamentar, avaliei os sinais de prontidão do RN para iniciar a mamada, respeitando a política hospitalar e as *guidelines* da OMS e United Nations Children's Fund (2018).

A dequitação, terceiro estágio do TP, decorre desde a expulsão fetal até à expulsão completa da placenta e das membranas amnióticas, existindo dois mecanismos de descolamento, nomeadamente o de *Schultz* e o de *Duncan* (Machado & Graça, 2017; OMS, 2018; Fatia & Tinoco, 2016). Tive a oportunidade de cuidar de 41 mulheres durante o terceiro estágio do TP. É fundamental que o EEESMO respeite o tempo fisiológico da dequitação, com uma atitude expectante, podendo aguardar até 45 minutos a uma hora, caso ocorra demora da expulsão, se as perdas hemáticas não forem excessivas (Machado & Graça, 2017; Fatia & Tinoco, 2016). Assim, durante a dequitação, respeitei o processo fisiológico tal como é recomendado pelas *guidelines* (OMS, 2018), realizando a tração controlada do cordão umbilical após os sinais de descolamento da placenta, nomeadamente contração uterina, saída súbita de sangue à vulva, descida do cordão ou aumento aparente do cordão, à medida que a placenta desce para o introito vaginal e o aumento do volume vaginal observável (Machado & Graça, 2017; Fatia & Tinoco, 2016). Nesta fase experienciei 2 situações de retenção placentar, em que após 1h de expulsão fetal, não ocorreram sinais de descolamento da placenta, tendo sido solicitado o apoio médico. Durante o processo procurei identificar a presença de globo vesical, realizando esvaziamento, procedi à administração de 5 unidades de ocitocina pela veia do cordão umbilical, no entanto

não ocorreu dequitação normal, tendo sido necessário o apoio médico para a dequitação manual. De acordo com Puri et al. (2012) estudos necessitam ser efetuados para determinar a dose de ocitocina a ser definida para um regime ideal de gestão do terceiro estágio do TP.

Uma das situações que possuiu maior destaque e que me permitiu o desenvolvimento de um conjunto de competências e a reflexão e raciocínio crítico com a equipa multidisciplinar, foi a de uma parturiente de 46 anos, IO:2002; IG: 36 semanas, que teve um TP precipitado, sem intercorrências até à expulsão do feto. Durante a dequitação, apresentou períodos de saída de sangue à vulva (sinal de descolamento da placenta), pelo que procedi à tração controlada do cordão umbilical, no entanto com pouco sucesso, uma vez que não ocorria progressão do mesmo. Ao realizar o exame interno, constatei que a região anterior da placenta se mantinha aderente ao útero, inclusive após ter efetuado esvaziamento vesical e administrado 5 unidades de ocitocina intraumbilical (45 minutos após expulsão do feto), pelo que foi contactado médico e solicitado o seu apoio. Após esse contato, a parturiente apresentou sinais de choque hipovolémico (palidez generalizada, hipotermia, cansaço excessivo e hipotensão – *stressores* intrapessoais), solicitei a ajuda da EEESMO orientadora e dei indicação para canalizar segundo acesso venoso, colocar Lactato de Ringer 1000 ml em perfusão rápida, monitorizar os sinais vitais de 5 em 5 minutos, avaliar o estado de consciência e aquecer a parturiente. Ao longo deste procedimento verifiquei que o útero se encontrava contraído, no entanto com a face anterior da placenta ainda aderente ao útero. Logo de seguida o médico chegou e procedeu à dequitação manual, dando indicação para administrar 5 unidades de ocitocina EV diretas, 20 unidades de ocitocina em 500 mililitros de soro fisiológico numa perfusão de 250 ml/h e 400 microgramas de misoprostol retal, após exteriorização da placenta. A cliente apresentou reversão do quadro com melhoria hemodinâmica. A identificação do diagnóstico através dos sinais e sintomas, e a implementação dos cuidados de enfermagem especializados permitiram a redução dos efeitos prejudiciais perante a reação dos *stressores* intrapessoais, com reforço das linhas de resistência.

Nos cuidados no terceiro estágio e após a dequitação, realizei sempre a verificação do globo de segurança de *Pinard*, a avaliação das perdas hemáticas e, finalmente, examinei precisamente a placenta e as membranas, para identificação de eventual fragmentação (Tinoco & Fatia, 2016). Posteriormente realizei a administração profilática de ocitocina, de acordo com protocolo da instituição para prevenção do risco de hemorragia pós-parto (prevenção primária). A fase

subsequente corresponde ao desenvolvimento de competências de avaliação da integridade do canal de parto e aplicação de técnicas de reparação perineal (Regulamento nº 391/2019). Neste procedimento procurei observar e examinar cuidadosamente o canal de parto para identificar possíveis lacerações existentes (prevenção secundária). Na sutura perineal, inicialmente, apresentei algumas dúvidas, inclusive na identificação de alguns tecidos e músculos, no entanto com o apoio e orientação adquiri competências que me permitiram evoluir na execução desta técnica.

Finalmente o quarto estágio, puerpério imediato, corresponde às primeiras duas horas após a saída da placenta, sendo fundamental nos processos hemostáticos (Machado & Graça, 2017; OMS, 2018; Fatia & Tinoco, 2016). Neste período procurei realizar uma avaliação física completa da puérpera e do RN, efetuei a palpação abdominal, assegurando que o útero se encontrava bem contraído, vigiei as perdas vaginais, o períneo, os sinais vitais e valorizei possíveis queixas maternas. Igualmente procurei, quando oportuno, realizar momentos de educação para a saúde, sobre a importância do alojamento conjunto e do aleitamento materno, promovendo uma transição para a parentalidade positiva e saudável, assim como a promoção de vinculação entre a díade/tríade.

Concluindo, considero que desenvolvi de forma positiva a competência de “*Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP*” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13563) adquirindo conhecimentos e competências para cuidar ao longo dos quatro estágios do TP. O desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais são essenciais por ser um momento de grande vulnerabilidade, completo muitas vezes de medos e inseguranças que proporcionam uma vivência menos positiva do parto, sendo que uma relação terapêutica, de parceria e de suporte, com um acompanhamento contínuo pelo EEESMO, contribui para uma experiência de parto positiva, com promoção de tranquilidade, conforto e satisfação neste momento tão singular. Um acolhimento personalizado, de acordo com as necessidades e as escolhas individuais, assim como a criação de uma relação de confiança e compromisso entre o EEESMO e o casal, envolvendo-os no plano de cuidados, potencia a melhoria da qualidade dos cuidados, assim como uma experiência empoderadora.

### 3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O pós-parto revela ser uma fase de grande complexidade pelas diversas alterações a nível físico, psicológico, emocional e social, que ocorrem ao mesmo tempo que sucedem distintas aprendizagens e o ajuste a este novo papel de mãe (Ferreira, 2016). O desenvolvimento de competências neste domínio ocorreu no contexto de internamento de puerpério, bloco de partos e de CSP, cuidando a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal (Regulamento nº391/2019).

O período de internamento no puerpério não permite uma completa preparação e reorganização do comportamento e pensamento da mulher para esta complexidade, pelo que novas rotinas, as aprendizagens no cuidado ao RN, a gestão do autocuidado, concomitantemente com a recuperação física e as alterações psicológicas, características desta fase, podem desenvolver uma perturbação na estabilidade da mulher e, conseqüentemente do RN e família. Perante esta vulnerabilidade, torna-se fundamental o papel do EEESMO na gestão e envolvimento da equipa multidisciplinar para o fornecimento de apoio, ajuda, esclarecimentos, informação, treino e suporte à puérpera/RN/família (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015). Assim, procurei promover a saúde da mulher e do RN, no período pós-natal, privilegiando intervenções ao nível da deteção precoce e prevenção de complicações, promoção de uma sexualidade saudável, informando e orientando sobre contraceção no pós-parto, promoção e apoio do aleitamento materno, com implementação de medidas corretivas ao processo de aleitamento materno e, promoção e apoio à adaptação no pós-parto, empoderando a mulher no desenvolvimento de competências para o seu autocuidado e cuidados ao RN. A fim de otimizar a informação e orientação, elaborei um *E-book* sobre o pós-parto para as puérperas, como complemento aos ensinamentos efetuados. Para além dos cuidados em internamento, procurei identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera e do RN em internamento, consulta e ambiente domiciliário, implementando e avaliando intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante.

No acompanhamento à puérpera/casal, nos diferentes contextos de ensino clínico, privilegiei o saber escutar, comunicar, possibilitar a colocação de questões, com demonstração de honestidade, respeito e disponibilidade, centrando-me nos mesmos como seres holísticos. A adaptação à parentalidade (*stressor* interpessoal) é um processo de transição de grande vulnerabilidade, pela insegurança ou

incapacidade que o desconhecimento de um novo acontecimento incita, tornando-se fundamental a compreensão do modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2015). Quanto à dimensão psicológica e emocional procurei adotar, junto da puérpera, uma postura de confiança, disponibilidade, com incentivo à expressão de sentimentos, desmistificação de dúvidas, comportamentos e atitudes, a fim de despistar situações de risco, com promoção de estratégias de *coping* inerentes ao processo de transição (prevenção primária), possibilitando o fortalecimento das linhas de defesa flexível e normal.

Um dos aspetos que privilegiei foi a promoção de uma sexualidade saudável, informando sobre as possíveis alterações no pós-parto e que possuem uma grande influência na disponibilidade sexual, nomeadamente as alterações hormonais, diminuição da libido, distúrbios emocionais, baixa autoestima, amamentação, recuperação perineal/muscular, dispareunia e as exigências parentais (*stressores* intra e interpessoais). Deste modo, orientei para as possíveis estratégias, tais como a importância da comunicação, partilha de emoções e medos, bem como dúvidas e receios relacionados com a sexualidade (DGS, 2015b), fortalecendo as linhas de defesa através da prevenção primária. Informei sobre a contraceção no período pós-parto, recomendando que mulheres que amamentam exclusivamente, só devem iniciar o método contraceptivo progestativo 6 semanas após o parto (DGS, 2008; SPDC, SPG & SPMR, 2020).

Para o planeamento de cuidados, procurei conhecer a idade gestacional na altura do parto, o dia de puerpério em que a puérpera se encontrava, o tipo de parto, o IO, complicações no parto e/ou pós-parto e estado de saúde do RN, planeando cuidados individualizados. Posteriormente, realizava a avaliação do estado geral da puérpera, observando pele e mucosas, mamas, involução uterina, estado do períneo e dos lóquios. Seguidamente, prestava cuidados ao RN, promovendo a adaptação à vida extrauterina, avaliando o bem-estar geral, reatividade, reflexos de sucção e deglutição, adaptação à mama, eliminações, glicémia capilar (filhos de puérperas com DG). Procedi à administração da vacina anti-hepatite B, avaliação da dosagem de bilirrubina transcutânea através do *bilicheck*, realização do teste de Guthrie e cuidados de higiene e conforto. As avaliações e procedimentos foram sempre realizados junto da mãe e com a mãe, com o seu consentimento, após explicar o procedimento e qual a sua finalidade. Estes momentos eram oportunos para realizar educação para a saúde, alertando para sinais e sintomas de alarme no RN. Considero fundamental o

papel do EEESMO na transmissão de conhecimentos e no desenvolvimento de competências parentais, que promovem uma prevenção primária, minimizando os *stressores*.

### **3.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade em processo de saúde/doença ginecológica no âmbito do planeamento familiar e climatério**

O cuidado à mulher “*inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional, (...)*”, “*inserida na família e comunidade durante o período do climatério, (...)*” e “*inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, (...)*”(Regulamento n.º 391/2019, p.13561-13565), foram objetivos formativos alcançados nos contextos de ensino clínico de Ginecologia do HH e, ainda, no contexto de CSP na USIF, no sentido de desenvolver competências de prevenção primária, secundária e terciária.

No âmbito do planeamento familiar cuidei a mulher nos vários estádios do ciclo de vida, colhendo de forma completa os dados e atualizando o Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar, uma vez que permite a circulação de informação clínica relevante e contribui para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares (DGS, 2006). Procurei informar e orientar sobre a sexualidade da mulher/família ao longo do ciclo de vida, nomeadamente em situações de disfunções sexuais, promovendo apoio emocional e psicológico; informei e orientei acerca de métodos contraceptivos, prevenção e diagnóstico de infeções sexualmente transmissíveis (*stressor* intrapessoal), assim como, planeei e implementei intervenções à mulher com infeções sexualmente transmissíveis e conviventes significativos. Forneci métodos contraceptivos e informei sobre os mesmos, os efeitos secundários e a correta utilização, investigando primeiramente os fatores de risco, critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos (prevenção primária), fatores sociais, de comportamento e essencialmente, a preferência individual (DGS, 2008). Realizei também, em consulta, o rastreio do cancro do colo do útero e da mama, envolvendo constantemente a mulher no processo de tomada de decisão.

Na assistência à mulher durante o período do climatério, apoiei no processo de transição e adaptação à menopausa e promoção da saúde ginecológica. Nas consultas foi possível compreender a importância que as mulheres atribuem à

sintomatologia do climatério e o impacto que tem na sua qualidade de vida, principalmente a nível psicológico e emocional (*stressor* interpessoal), assim, colaborei na assistência individualizada, apoiando a expressão de sentimentos, medos e ansiedades, reforçando as linhas de defesa. Igualmente procurei identificar alterações físicas e sexuais e possíveis disfunções sexuais associadas ao climatério, diagnosticando e prevenindo complicações, referenciando situações para além da minha área de atuação (Regulamento nº391/2019). Promovi a escuta ativa e suporte emocional, ao mesmo tempo que providenciei informação e cuidados relativamente às necessidades identificadas, facilitando a parceria no processo de cuidados. Fortaleci as linhas de defesa flexível e normal, com reajusto no processo de estabilização, ajudando os clientes a possuírem um novo estado de harmonia, segundo Betty Neuman (Tomey & Alligood, 2004).

No contexto de ginecologia, acompanhei consultas médicas de patologia do colo, colposcopias, tratamentos de lesões do colo do útero com eletrocoagulação, criocoagulação e conização, sendo esta última realizada no bloco operatório. Foi uma consulta que me levou à tomada de consciência sobre o papel do EEESMO na educação e prevenção primária. Nas consultas colaborei no diagnóstico e no tratamento das afeções ginecológicas, transmitindo informação, tranquilizando e esclarecendo dúvidas perante procedimentos realizados e ensinando sobre os sinais de alerta (prevenção secundária), para recorrer a cuidados de saúde. Colaborei na sensibilização das mulheres para adoção de comportamentos saudáveis no que diz respeito à prática de sexo seguro, uma vez que o comportamento sexual tem uma importância elevada na transmissão do Vírus do Papiloma Humano, tendo sido reforçada a importância da utilização do preservativo e a redução do número de parceiros/as sexuais (prevenção primária) (Braaten & Laufer, 2008; Burd, 2003).

Também assisti a consultas médicas de uroginecologia em mulheres com prolapso dos órgãos pélvicos. O pessário é um tratamento não cirúrgico utilizado na maioria das situações, tendo promovido orientação e educação sobre o dispositivo, nomeadamente a colocação, vigilância periódica, sinais de alerta/complicações, impacto nas atividades de vida diárias e sexualidade (prevenção terciária), proporcionando um cuidado em parceria e a tomada de decisão esclarecida.

Nesta área de competência colaborei na programação e realização de uma formação teórico/prática em serviço a profissionais de saúde, sobre a colocação do implante subcutâneo, com elaboração de um panfleto para os profissionais de saúde.

Igualmente elaborei panfletos pertinentes para as consultas de patologia do colo e de uroginecologia, nomeadamente sobre procedimentos de tratamento do colo do útero e colocação de pessário.

Considero que adquiri competências especializadas, relacionais, técnicas e educacionais no cuidado à mulher/casal a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, colaborando no fortalecimento das linhas de defesa, com reajusto no processo de estabilização, ajudando a alcançar um novo estado de harmonia com a prevenção de recidivas (prevenção terciária), segundo Betty Neuman (Tomey & Alligood, 2004). Foi crucial identificar e atender às necessidades de saúde/doença das diferentes situações que acompanhei e assim, melhorar a minha prática enquanto futura EEESMO, criando oportunidades de aprendizagem.

#### **4. RESULTADOS DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: SEM MEDOS! CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO OBSTETRA PARA UMA VIVÊNCIA POSITIVA DO PARTO**

O tema deste relatório centra-se no desenvolvimento de competências especializadas que permitam o bem-estar físico e emocional da grávida, através da gestão dos seus medos e ansiedade relativos ao parto, promovendo uma experiência positiva e saudável da gravidez e, conseqüentemente, do nascimento dos seus filhos. Neste sentido, desenvolvi uma prática de cuidados baseada em evidência científica e nas *guidelines* atuais, de forma a proporcionar esse bem-estar e a facilitar uma vivência positiva do parto para a mulher/casal (Çankaya & Şimşek, 2020; Kurji et al., 2017; Hildingsson et al., 2019; Larsson, et al., 2019; Wigert et al., 2020; Onchonga et al., 2020).

Assim, e tendo em conta os resultados da prática baseada em evidência, procurei realizar a translação de conhecimentos sobre a temática em estudo através da formação em serviço (Anexo II) (Apêndice XX), para a sensibilização da equipa onde realizei os ensinamentos clínicos. Também elaborei um documento orientador e realizei uma formação em serviço (Apêndice XXI), sobre a relevância e a organização dos cursos de preparação para o parto e parentalidade, assim como para o reconhecimento das competências do EEESMO nesses cursos. Sendo uma estratégia útil para a minimização dos medos das grávidas, com contributos para uma vivência positiva do parto (Çankaya & Şimşek, 2020; Kurji et al., 2017; Hildingsson et al., 2019; Larsson, et al., 2019; Wigert, et al., 2020; Onchonga et al., 2020), o envolvimento da equipa permitirá, segundo espero, a criação de um grupo multidisciplinar que poderá dar início a uma abordagem inovadora e abrangente na preparação dos casais para o nascimento e parentalidade. Também elaborei um póster (Apêndice XXII), para afixação no serviço dos contextos do ER e participação nas XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica via Webinar, que foi classificado como o melhor póster, com atribuição do 1º lugar (Anexo III).

De modo a avaliar o impacto da intervenção da preparação para o parto, foram realizadas 5 sessões a uma amostra de N=8 grávidas/puérperas, com idades compreendidas entre os 27 e os 36 anos de idade, sendo 7 primíparas e 1 múltípara, com idade gestacional entre as 29 e as 33 semanas na aplicação da primeira fase do

questionário. Os partos decorreram entre as 35 e as 40 semanas de idade gestacional. Relativamente às habilitações literárias, 5 apresentavam habilitações ao nível da licenciatura e 3 o ensino secundário.

Os dados obtidos através da análise estatística, das questões fechadas, e da análise de conteúdo, segundo as orientações de Bardin (2020) das questões abertas, serão apresentados em relação com os resultados alcançados na SR. Na análise dos dados qualitativos criei tabelas de categorias e subcategorias que apresento no *Apêndice XXIII*, pela ordem da implementação das questões e respetivo à análise conteúdo, no momento pré-natal e momento puerpério. A apresentação dos dados é feita pela ordem dos questionários, primeiro o questionário do período pré-natal (QG) e em seguida o questionário do puerpério (QP).

O objetivo do primeiro questionário (QG) foi identificar os medos e ansiedade das grávidas sobre o parto, de modo a direcionar o conteúdo das sessões. A primeira parte do questionário destinou-se a identificar informação sobre a frequência de algum tipo de preparação para o parto e a fonte de informação obtida sobre o TP e parto, sendo que 100% das grávidas referiram não ter frequentado qualquer tipo de curso e que pesquisaram informação através da internet, amigos/familiares ou profissionais de saúde.

Analisando a primeira questão: *“Tem alguma preocupação ou medo relativamente ao trabalho de parto e parto?”*. As 8 participantes responderam que “sim”. Quando analisados os dados qualitativos emergiram a categoria “Preocupações/medos relativamente ao TP e parto” e as subcategorias **“Perda de controlo”**, **“Reação à dor”**, **“Intervenções pelos profissionais de saúde”**, **“complicações no parto”** e **“Desrespeito por parte dos profissionais de saúde”** (Apêndice XXIII). Estes achados vão ao encontro do estudo de Kurji et al. (2017) e Wigert et al. (2020), que indicam o medo da perda de controlo durante o TP, de gritar incontrolavelmente, da dor, de serem desrespeitadas pelos profissionais de saúde, de lesões físicas e graves lacerações e de não conseguirem fazer a força suficiente. Percebendo os medos do parto é possível orientar as sessões na redução dos medos de forma que a mulher se sinta mais preparada.

No que diz respeito ao questionário realizado no período do puerpério (QP), pretendeu-se identificar se as intervenções realizadas no período pré-natal permitiram

atingir a redução dos medos e ansiedade na fase final da gravidez e na vivência do parto.

Na primeira parte do QP pretendeu-se obter a caracterização do tipo de parto, sendo que 7 culminou em parto eutócico e 1 em parto distócico-ventosa. No estudo de Çankaya & Şimşek (2020) é evidenciado que a preparação para o parto contribuiu para o aumento do número de partos vaginais, comparativamente ao grupo de controlo (GC) ( $p < 0,043$ ). O que pode indicar que o empoderamento da mulher contribui para a progressão do TP fisiológico, minimizando intervenções que não são necessárias, o que culmina num parto normal.

Quando questionadas “*Considera que as sessões de preparação para o trabalho de parto e parto contribuíram para a redução da sua ansiedade e medos sobre o parto? Justifique*”, as 8 participantes responderam “sim”. Na análise dos dados da questão aberta, emergiram a categoria “Contributos das sessões (de preparação para o TP e Parto) para a redução da ansiedade e medos no parto” e as subcategorias “**Compreensão de todo o processo**”, “**Autocontrolo**”, “**Gestão da dor**”, “**Gestão da ansiedade e dos medos**” e “**Autoconfiança**” (Apêndice XXIII).

No que concerne à **compreensão de todo o processo**, as expressões utilizadas pelas participantes: “*a informação que obtive nas sessões ajudou-me imenso a compreender o trabalho de parto*” (QP1) e “*... fiquei com uma ideia mais certa do que poderia acontecer.*” (QP2), vão de encontro ao explanado no estudo de Onchonga et al. (2020), que refere que a preparação para o parto reduz interpretações erradas e mitos sobre o parto, permitindo uma melhor compreensão sobre todo o processo do parto. Quanto ao **autocontrolo** e **gestão da ansiedade e dos medos**, as unidades de registo: “*...como manter o controlo ao longo do trabalho de parto...*” (QP1), “*...estava mais preparada para controlar o que estava a sentir...*” (QP7), “*...consegui gerir a minha ansiedade e dúvidas que surgiram...*” (QP2) e “*Permitiram reduzir a minha ansiedade e o medo...*” (QP6), refletem a evidência científica obtida na SR, em que a preparação para o parto, aconselhamento e acompanhamento contínuo demonstram uma eficácia na redução dos medos e ansiedade do parto, promovendo o autocontrolo das grávidas (Çankaya & Şimşek, 2020; Larsson et al., 2019). O estudo de Onchonga et al., (2020) refere que a preparação para o parto reduz significativamente o medo do parto ( $p < 0,001$ ) e a ansiedade ( $p < 0,001$ ) comparativamente ao GC, igualmente no estudo de Karabulut et al. (2016) a

preparação para o parto é eficaz na redução dos medos do parto ( $p < 0,005$ ), comparado com o GC.

Na subcategoria **autoconfiança**, as expressões utilizadas pelas participantes: “...senti-me mais segura...” (QP3) e “...me sentisse mais convicta e otimista...” (QP8), também mostram que a preparação para o parto e o aconselhamento contínuo contribuem para a promoção de autoconfiança no parto (Çankaya & Şimşek, 2020; Larsson et al., 2020; Swift et al., 2021). No que concerne à **gestão da dor**, as unidades de registo: “...a respiração ajudou-me quando as dores ficaram mais fortes...” (QP8) e “... como reagir perante a dor das contrações...” (QP1), vão ao encontro do elucidado no estudo de Onchonga et al, (2020), em que as mulheres que tiveram preparação para o parto aprenderam a desenvolver perseverança e autocontrolo da dor no parto.

Para além dos resultados identificados com as intervenções da preparação para o parto, aconselhamento e acompanhamento contínuo, os estudos de Munkhondya et al. (2020) e Firouzan et al. (2020) também mostram redução significativa dos medos do parto ( $p < 0,001$ ) e aumento da autoeficácia no parto ( $p < 0,001$ ) quando utilizada a preparação para o parto com integração do companheiro e um modelo de aconselhamento por telefone por parteiras. Estas intervenções proporcionam o reforço das linhas de defesa das grávidas, através da desmistificação de dúvidas, receios e crenças, sendo evidentes os seus resultados no âmbito da gestão do autocontrolo, da dor e dos medos e ansiedade do parto.

Seguidamente questionou-se: “*Considera que as sessões contribuíram, de alguma forma, para a sua experiência de trabalho de parto e parto? Explique de que forma ou porque não*”. As 8 participantes responderam “sim”. Na análise dos dados emergiram a categoria “Contributos das sessões para a experiência de TP e Parto” e as subcategorias “**Gestão da ansiedade e dos medos**”, “**Autocontrolo**”, “**Bem-estar**” e “**Autoconfiança**” (Apêndice XXIII). As expressões representativas destas subcategorias são: **gestão da ansiedade e dos medos**: “...contribuiu para me manter calma, serena e sem medos...” (QP1) e “...superar alguns medos...” (QP2); **autocontrolo**: “...consegui controlar a dor...” (QP2) e “...com controlo da dor através das estratégias, ao longo do parto.” (QP7); **bem-estar**: “...os exercícios ajudaram-me a ficar confortável e relaxada... (QP4) e “...a relaxar durante o processo...foi um momento sereno...” (QP8); **autoconfiança**: “...mais segura e forte no parto...” (QP3) e “...fui mais confiante, acreditei em mim própria, nas minhas capacidades...” (QP7).

Uma vez mais, de acordo com os estudos de Onchonga et al. (2021), Larson et al. (2019) e Larson et al. (2020), é possível identificar que a preparação para o parto, o aconselhamento e acompanhamento contínuo possuem resultados positivos na redução dos medos e ansiedade sobre o parto, na promoção de autocontrole, autoconfiança, bem-estar e tranquilidade, com impacto igualmente positivo na experiência de parto.

Por último, na questão: “*Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a Má, 2 a Razoável, 3 a Boa, 4 a Muito Boa e 5 a Excelente, como classifica a sua experiência de parto? Justifique*”, foi utilizada uma escala do tipo Likert, que se encontra organizada por um conjunto de itens, em relação a cada uma das quais se pede ao sujeito que está a ser avaliado, para manifestar o grau de concordância (Likert, 1932). A utilização da escala possui a vantagem de identificar a direção da atitude do sujeito em relação a cada afirmação, sendo ela positiva ou negativa (Antoniali et al., 2016). Das N=8 participantes, 1 classificou a experiência como Razoável, 1 como Boa e 6 como Muito Boa, sendo o valor médio de respostas igual a M=3,63 e a moda de respostas é 4, o que revela que a maioria classificou a experiência como Muito Boa. O desvio padrão foi de 0,74 o que indica que a maioria das respostas foram uniformes, significando que as participantes consideraram a experiência de parto positiva. Estes resultados vão ao encontro dos achados nos estudos de Larsson et al. (2019); Hildingsson et al (2019); Larsson et al. (2020); Onchonga et al. (2020); Hildingsson et al. (2021) que referem que as intervenções de preparação para o parto, aconselhamento e acompanhamento contínuo pela mesma parteira permitem que a grávida obtenha uma experiência positiva do parto.

Da classificação que as participantes atribuíram à sua experiência de parto, emergiram a categoria “Experiência de parto” e as subcategorias “**Empowerment**”, “**Autoconfiança**”, “**Satisfação**”, “**Acompanhamento contínuo**”, “**Decisão livre e esclarecida**” e “**Intervenções pelos profissionais de saúde**” (Apêndice XXIII). No que respeita a subcategoria **autoconfiança**, as expressões: “*senti-me confiante, ...*” (QP2) e “*... deu-me segurança...*” (QP7) indicam que a preparação para o parto e o aconselhamento possuem efeitos positivos na experiência de parto, sendo promotores de autoconfiança (Onchonga et al., 2021; Larson et al., 2020). Na subcategoria **satisfação**, as expressões: “*...tive uma bellissima experiência...*” (QP4) e “*... fiquei satisfeita com tudo o que aconteceu (...)*” (QP8), refletem que um acompanhamento contínuo no parto promove uma maior satisfação com o parto (Hildingsson et al., 2021).

Relativamente à subcategoria **acompanhamento contínuo**, as unidades de registo: “*senti-me (...) apoiada e tive o suporte que precisava, contigo ao meu lado a ajudar-me a controlar ao longo do tempo...*” (QP2) e “*(...), por me teres acompanhado durante todo o processo...*” (QP8), mostram os benefícios identificados nos estudos Hildgsson et al. (2021) e Hildgsson et al (2019), em que o acompanhamento contínuo, pela mesma parteira, durante o TP e parto, está associado a uma melhor experiência de parto. De acordo com o estudo de Hildingsson et al (2019), ter acesso a uma parteira conhecida resultou cinco vezes mais na probabilidade de as grávidas com medo do parto terem uma experiência de parto positiva em comparação com aquelas que não tiveram uma parteira conhecida (83,3% em comparação com 52,2%). De salientar que, das N=8 participantes que frequentaram as sessões teve a possibilidade de acompanhar o TP de 5 e assistir no parto de 2. As participantes que acompanhei no TP e parto classificaram a sua experiência de parto como Muito Boa, evidenciando nas unidades de registo a relevância desse acompanhamento contínuo.

No que concerne a subcategoria **decisão livre e esclarecida** e de acordo com as unidades de registo: “*...explicaram-me tudo à medida que ia evoluindo (...)*” (QP1) “*...fui sempre informada (...)*” (QP7), é possível reconhecer, que de acordo com o estudo de Hildingsson et al. (2019), o acompanhamento contínuo promove um maior esclarecimento da mulher de todo o processo de parto e um maior envolvimento na tomada de decisão. Na subcategoria **Empowerment**, algumas das expressões utilizadas foram: “*... foi uma experiência intensa, desafiante e empoderadora*” (QP1) e “*... tudo o que aprendi ajudou-me a ultrapassar muitos momentos e a aceitar o caminho...*” (QP5). Nenhum dos artigos da SR identifica este resultado, mas uma vez que foi referido pelas mulheres, este é um possível benefício na promoção de uma experiência positiva de parto.

Na subcategoria **intervenções pelos profissionais de saúde**, a unidade de registo: “*(...) até uma enfermeira que me começou a acompanhar e não me deixava mudar de posição na cama (...), descontrolei-me um pouco, (...) vários toques e a episiotomia com 2 cortes, que era algo que receava e que não queria...tornou-se de certa forma traumatizante*” (QP3), diz respeito à participante que classificou a questão: “*Como classifica a sua experiência de parto?*”, como Razoável e a qual não tive a oportunidade de acompanhar no TP. Nesta situação alguns fatores na prestação de cuidados possivelmente promoveram uma experiência de parto menos positiva, como não terem sido respeitadas as suas preferências como a mobilidade, o mínimo de

toques vaginais recomendados e a episiotomia (*stressores* interpessoais). Contudo, de acordo com as restantes subcategorias, é possível verificar que quando a mulher obtém *empowerment*, autoconfiança, acompanhamento contínuo pela mesma parteira com apoio físico e emocional, parceria no plano de cuidados e tomada de decisão, experimenta o seu momento do parto como positivo, tal como é evidenciado nos resultados da *SR* (Larsson et al., 2019; Larsson, et al., 2020; Hildingsson, et al., 2021, Onchonga et al., 2021).

Em suma, considero que adquiri conhecimentos e desenvolvi competências na redução da ansiedade e dos medos da grávida sobre o parto, contribuindo de igual modo para uma vivência de parto positiva. A preparação para o parto constitui uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez, uma vez que permite a partilha e o esclarecimento de medos e dúvidas (*stressores*) decorrentes desta fase, num ambiente de grupo e de suporte mútuo (DGS, 2015a). É possível compreender o papel decisivo que o EEESMO assume na prevenção primária, na medida em que a sua atuação promove a capacitação da mulher/casal para uma experiência de parto e para uma transição para a parentalidade positivos.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluído este percurso de aprendizagem, importa refletir sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas enquanto futura EEESMO e, ainda, das competências de grau de Mestre. Todo este percurso teve por base o modelo teórico de Betty Neuman, selecionado para a planificação dos cuidados e desenvolvimento da temática em estudo, como a prática reflexiva, raciocínio clínico e tomada de decisão, apoiados na prática baseada na evidência científica, o que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. As diversas experiências que tive oportunidade de vivenciar ao longo da UC ER, possibilitaram o cumprimento dos distintos objetivos delineados para esta UC e o cumprimento dos objetivos por mim traçados.

Ao longo do ER consegui desenvolver uma prática de cuidados orientados à díade e tríade, que permitiram a aquisição e consolidação de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade em processo de saúde/doença ginecológica, durante o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal e climatério.

As intervenções do EEESMO na gestão dos medos da grávida sobre o parto, para a promoção de uma vivência positiva do parto, foi a temática que me desafiei a desenvolver e que possibilitou um aprofundamento de conhecimentos científicos, abrangendo também a vertente de investigação, com desenvolvimento de competências para a implementação destas intervenções no acompanhamento e assistência à mulher/convivente significativo. Ao longo do planeamento e implementação senti algumas dificuldades, principalmente numa fase inicial, por ter tido a necessidade de projetar uma logística que me permitisse atingir os objetivos e resultados consistentes, tendo em conta que o local onde realizei os diferentes contextos de estágio não contemplava cursos de preparação para o parto e parentalidade, nem se encontravam a praticar as habituais sessões temáticas de preparação para o parto, devido à pandemia de Covid-19. Outra limitação prendeu-se com o rácio de grávidas e o critério de residência que conduziu a uma amostra reduzida para este estudo. O facto de não ter tido a possibilidade de aplicar um pré-teste do instrumento de colheita de dados limitou-me ainda mais a amostra, pela carência de alterações no instrumento no início da sua aplicação. Considero igualmente uma limitação o fato de não ter tido a possibilidade de acompanhar todas

as grávidas do estudo no trabalho de parto e parto, o que pode de alguma forma não mostrar claramente esses resultados, no entanto é perceptível que as que tiveram esse acompanhamento ficaram satisfeitas. Apesar dos desafios, considero que consegui alcançar estratégias positivas e superar as barreiras encontradas, com a oportunidade de mobilizar um conjunto de recursos físicos para a implementação da temática em estudo.

Os resultados que surgiram relevaram que a preparação para o parto, o aconselhamento e o acompanhamento contínuo, são intervenções com imensos benefícios na minimização dos medos do parto, na promoção de autocontrole, autoeficácia, autoconfiança, tranquilidade e satisfação no parto, pelo que é elementar sensibilizar os profissionais de saúde para a sua aplicação na prática clínica.

Quanto aos contributos deste trabalho para a prática da enfermagem obstétrica, pretendo continuar a aprofundar cada vez mais os conhecimentos científicos, mantendo-me atualizada e a divulgá-los junto das equipas do serviço de obstetrícia e das unidades de saúde da ilha, para uma parceria na criação de um grupo multidisciplinar que dê início a uma abordagem inovadora e abrangente no acompanhamento e preparação dos casais para o nascimento e parentalidade, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados especializados durante a gravidez e o parto.

Em forma de conclusão, o parto é um momento muito marcante na vida da mulher/casal e o EEESMO têm um papel preponderante na forma como a mulher vivencia este momento, ajudando a minimizar os medos e a ansiedade desenvolvidos. Considero que alcancei os objetivos da UC ER e os objetivos por mim delineados, nomeadamente na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências como futura EEESMO, na prestação de cuidados especializados à mulher ao longo do seu ciclo de vida e no desenvolvimento de competências de grau de Mestre, através da prática reflexiva e da prática baseada na evidência, quanto à gestão da ansiedade e dos medos da grávida relativamente ao parto, contribuindo, da melhor forma possível, para uma vivência positiva do parto.

Termino, assim, esta etapa com o sentimento de que o conhecimento e a experiência que trago são sem dúvida maiores do que aqueles que deixei e a certeza de que o caminho da minha aprendizagem ainda agora começou.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A., Reinar, L., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6, 1-118
- Amaral, A., Martins, C. (2016). Manutenção das Necessidades da Parturiente In Néné, M., Sequeira, R. Marques & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.56-57). Lisboa: Lidel
- Andrade, R. D.; Santos, J. S.; Maia, M. A. C.; Mello, D. F. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 19 (1)
- Antonialli, F., Antonialli, L. M., & Antonialli, R. (2016). Usos e abusos da escala likert: estudo bibliométrico nos anais do enanpad de 2010 a 2015. *Congresso de Administração, Sociedade e Inovação*, 4494–4516
- Albuquerque, A. (2019). Technical Report
- Aromataris, E., Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2014). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19 (1/2), 267.
- Bardin, L. (2020). *Análise de conteúdo*. (7ª edição). Lisboa: Edições 70.
- Barradas, A., Torgal, A.L., Gaudêncio, A.P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Varela V. (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Braaten, K., P., Laufer, M., R. (2008) Human Papillomavirus (HPV), HPV-Related Disease, and the HPV Vaccine. *Rev Obstet Gynecol*. 1(1):2–10.
- Buhimschi, C. S., Buhimschi, I. A., Malinow, A. M., Kopelman, J. N., & Weiner, C. P. (2002). Pushing in labor: Performance and not endurance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(6), 1339–1344

- Burd, E. (2003) Human papillomavirus and cervical cancer. *Clin Microbiol Rev.*; 16 (1), 1–17
- Çankaya, S., & Şimşek, B. (2020). Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clinical Nursing Research*
- Castillo, A. R. G.; Recondo, R.; Asbahr, F. R & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Bras Psiquiatr*, 22 (II), 20-23
- Cardoso, V., Mineiro, A., Carracha, S., Varela, V., Monteiro, M., Santos, M., Carneiro, E., Sequeira, A., Santos, M. (2020). Posicionamentos e mobilidade da grávida. In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 92-100). Lisboa: Lidel
- Cardoso, V., Mineiro, A., Carracha, S., Varela, V., Monteiro, M., Santos, M., Carneiro, E., Sequeira, A., Santos, M. (2020). Posicionamento da parturiente no período expulsivo. In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 123-130). Lisboa: Lidel
- Cheng, Y. W., Hopkins, L. M., & Caughey, A. B. (2004). How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(3), 933–938
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário Da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24*, 2242–2257. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2003). Dor como o 5º sinal vital. *Acta Paul. Enferm*, 17(1), 7–8.
- DGS (2006). Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar. Disponível em: <https://www.pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/normas-de-orientacao-clinica/circular-normativa-02dsmia-de-16-de-janeiro-de-2006-pdf.aspx>
- DGS (2008). *Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS
- DGS (2015a). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: DGS

- DGS (2015c). *Orientação: Trabalho de parto estacionário*. N.º 001/2015, Lisboa: DGS
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31 (1), 239–246
- Ferreira, S. (2016). Métodos não farmacológicos de alívio da dor In Néné, M., Sequeira, & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.416-424). Lisboa: Lidel
- Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. do N. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: Uma revisão integrativa da literatura. *Enfermeria Global*, 16 (3), 552–563
- Firouzan, L., Kharaghani, R., Zenoozian, S., Moloodi, R., & Jafari, E. (2020). The effect of midwifery led counseling based on Gamble’s approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20 (1), 1–8
- Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto In Néné, M., Sequeira, R. Marques & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.353-355). Lisboa: Lidel
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do Processo de investigação* (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência
- Franco, J. (2016). Fisiologia da gravidez In Néné, M., Sequeira, R. Marques & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.56-57). Lisboa: Lidel
- Funai, E., & Norwitz, E. (2021). *Management of normal labor and delivery*. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?search=prevenção%20de%20trauma%20perineal&source=search\\_result&selectedTitle=9~150&usage\\_type=default&display\\_rank=9#H28](https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?search=prevenção%20de%20trauma%20perineal&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9#H28)
- Gomes, I. D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. *Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas* 82017
- Graça, L. M. (2017a). Parto Pré-termo In Graça, L., M. (Coords.). *Medicina Materno Fetal* (pp.333 – 348). Lisboa: Lidel

- Graça, L. M. (2017b). Gravidez prolongada e indução do trabalho de parto In Graça, L., M. (Coords.). *Medicina Materno Fetal* (pp.382 – 388). Lisboa: Lidel
- Graça, L. M. (2017c). Síndrome HELLP e situações clínicas correlacionadas In Graça, L., M. (Coords.). *Medicina Materno Fetal* (pp.444 – 451). Lisboa: Lidel
- Graça, L. M., Carvalho, R., M. (2017). Avaliação do estado biofísico In Graça, L., M. (Coords.). *Medicina Materno Fetal* (pp.167 – 178). Lisboa: Lidel
- Guerra, A. (2016). A Dor em Obstétrica In Néné, M., Sequeira, R. Marques & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.408-412). Lisboa: Lidel
- Henriques, A. (2017). Episiotomia e lacerações perineais In Graça, L., M. (Coords.). *Medicina Materno Fetal* (pp.580 – 584). Lisboa: Lidel
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2019). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 21, 33–38
- Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2021). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and Birth*, 34(3), e255–e261
- International Confederation of Midwives (ICM) (2019) *Essential competencies for midwifery practice – 2018 update*. Disponível em: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies\\_english\\_final\\_jan-2019-update\\_final-web\\_v1.0.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf)
- Jelovsek, J., E., Maher, C., Barber, M., D. (2007) Pelvic organ prolapse. *Lancet*. 369,1027–38
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 131, 25-29
- Klabbers, G. A., Javbh, H., Mavdh, M., & Vingerhoets, A. J. (2016). Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 25(1), 107–127
- Kurji, Z.; Khowaja, A.; Shaheen, Z.; Mithani, Y. & Choudhry, N. (2017). Exploring the

- fears of Pakistani Primi gravidas about Childbirth. *Journal of Asian Midwives (JAM)*, Vol. 4, Iss. 2 [2017]. 4, 15–25
- Lei n.º 156/2015 (2015). Código Deontológico inserido no Estatuto da OE aprovado a 16 de setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I série
- Larsson, B.; Hildingsson, I.; Ternström, E.; Rubertsson, C., & Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth*, 32 (1), e88–e94
- Larsson, B.; Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2020). A modified caseload midwifery model for women with fear of birth, women's and midwives' experiences: A qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 24 (October 2019), 100504
- Lowdermilk, D. (2006a). Trabalho de Parto e Nascimento In Lowdermilk, D. & Perry, S. (Coords.). *Enfermagem na maternidade* (p. 333-354). 7ª ed. Loures: Lusociência
- Lowdermilk, D. (2006b). Trabalho de Parto e Parto de Risco In Lowdermilk, D. & Perry, S. (Coords.). *Enfermagem na maternidade* (p. 808-860). 7ª ed. Loures: Lusociência
- Machado, M., H., Graça, L., M. (2017). Trabalho de Parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral In Graça, L., M. (Coords.). *Medicina Materno Fetal* (pp.220 – 228). Lisboa: Lidel
- Magro, C., Guerreiro, E., Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo In Néné, M., Sequeira, R. Marques & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.211-215). Lisboa: Lidel
- Marques, T. (2016). Aceitação e Vivência da Gravidez no Casal In Néné, M., Sequeira, R. Marques & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.70-72). Lisboa: Lidel
- Martin, C. J. H. (2009). Effects of valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing. *British Journal of Midwifery*, 17(5), 279–285. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.5.42214>
- Mercer, Judith S., Erickson-Owens, D. A., & Graves, Barbara, Haley, M. M. (2010). Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. *Rev*

*Tempus Actas Saúde Col*, 173–189.

- Mesa do Colégio de Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica [MCEEIP], (2015). Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia orientador de boa prática, Série 1, número 8. OE. Acedido a 29/03/2021 e disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadedpositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf)
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., Sousa, C. (2016). A posição da Mulher no Trabalho de Parto In Néné, M., Sequeira, R. Marques & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.335-347). Lisboa: Lidel
- Molina-Fernández, I.; Rubio-Rico, L.; Roca-Biosca, A.; Jimenez-Herrera, M.; Flor-Lopez, M.; Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección. *13*, 17–24.
- Monteiro, F., Leite, C. (2016). Estados Hipertensivos da Gravidez In Néné, M., Sequeira, R. Marques & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.182-199). Lisboa: Lidel
- Munkhondya, B. M. J., Munkhondya, T. E., Chirwa, E., & Wang, H. (2020). Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20* (1), 1–12.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. London: Nacional Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Nice, December, 33–54.
- Onchonga, D., Várnagy, Á., Keraka, M., & Wainaina, P. (2020). Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirth. A qualitative interview study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, *25* (April), 100512
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- OE (2015b). Regulamento n.º 351/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário Da República*, 2ª série-Nº 119, 16661–16665.
- OE (2015c). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiros*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- OE (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE (2019) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia n.º391/2019, *Diário da República*, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. 13560–13565.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. *Organização Mundial Da Saúde*, 10
- OMS (2018) - *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=328E24628B57D67E76CF06D27CEEB575?sequence=1>
- Pacheco, H, Néné, M. (2020). Esforços Expulsivos In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 131-136). Lisboa: Lidel
- Pacheco, A.; Figueiredo, B.; Costa, R.; Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez, *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 7, 7-41
- Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017). Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, 21 (4), 1–6
- Puri, M., Taneja, P., Gami, N., & Rehan, H. S. (2012). Effects of different doses of intraumbilical oxytocin on the third stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118 (3), 210–212
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, Série II

de nº 26/2019, p. 4744 - 4750

- Rimaitis, K., Grauslyte, L., Zavackiene, A., Baliuliene, V., Nadisauskiene, R., & Macas, A. (2019). Diagnosis of HELLP syndrome: A 10-year survey in a perinatology centre. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 1–9
- Rocha, S., Ferreira, I., Varela, V., Maia, A. & Pousa, O. (2020). Consulta de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica Pré-Natal de Baixo Risco In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 5-52). Lisboa: Lidel
- Santos, M. & Henriques, C. (2016). Assitência no 2º trimestre da Gravidez In Néné, M., Sequeira, R. Marques & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.123-129). Lisboa: Lidel
- Sequeira, A, Henriques, C., Seabra, A., Pousa, O., Sousa, C., Sobral, M. Avaliação da apresentação fetal e tamanho do bebé: Manobras de Leopold In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (Coords.) (2020), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 36-39). Lisboa: Lidel
- Soares, I., Marchão, H., (2016). Assitência no 3º trimestre da Gravidez In Néné, M., Sequeira, & M. Néné, R. Marques, M. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.130-138). Lisboa: Lidel.
- Swift, E. M., Zoega, H., Stoll, K., Avery, M., & Gottfreðsdóttir, H. (2021). Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women and Birth*, 34(4), 381–388
- SPDC, SPG & SPMR. (2020) Consenso sobre contraceção. Acedido a 10/04/2020 e disponível em: [https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS\\_FINAL.pdf](https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS_FINAL.pdf)
- Stoll, K., Fairbrother, N., & Thordarson, D. S. (2018). *Childbirth Fear : Relation to Birth and Care Provider Preferences*.
- Tinoco, L., Fatia, A. (2016). Trabalho de Parto In Néné, M., Sequeira, & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.308-320). Lisboa: Lidel

The American College of Obstetricians and Gynecologist [ACOG] (2009). Induction of labor. *ACOG Practice Bulletin*, 107, p. 1-12.

The American College of Obstetricians and Gynecologist [ACOG] (2016) – *Committee opinion: Immersion in water during labor and delivery*. EUA: ACOG. Acedido a 10/02/2018. Disponível em: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co679.pdf?dmc=1&ts=20170531T0011351094>

The American College of Obstetricians and Gynecologist [ACOG] The Royal College of Midwives [RCM] (2012) – *Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: immersion in water for labour and birth*. Inglaterra: RCM. Acedido a 10/02/2018. Disponível em: [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immersion%20in%20Water%20%20for%20Labour%20and%20Birth\\_0.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immersion%20in%20Water%20%20for%20Labour%20and%20Birth_0.pdf)

RCM (2018). Midwifery care in labour: guidance for all women in all settings. *The Royal College of Midwives*, 1, p.1-28

Tostes, N. A., & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto. *Temas Em Psicologia*, 24(2), 681–693

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. Loures: Lusociência, 335- 375

Torgal, A. (2016). Assitência no 1º trimestre da Gravidez In Néné, M., Sequeira, & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.117-122). Lisboa: Lidel

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Sparud-lundin, C., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women ' s experiences of fear of childbirth : a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1)

**ANEXOS**

**ANEXO I - Registo das atividades desenvolvidas no ER**

## ANEXO I - Registo das atividades desenvolvidas no ER



Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

## 13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion	<u>54</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman	
• Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100)	<u>148</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor.	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	<u>41</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	<u>—</u>
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births	<u>—</u>
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	<u>7</u>
• Episiotomia/Episiotomy	<u>5</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorraphy	<u>28</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk	
• Gravidez/Pregnancy (40)	<u>82</u>
• Trabalho de parto/Labor	<u>20</u>
• Puerpério/Puerperium	<u>20</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	<u>115</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100)	<u>108</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ Supervision and care to the new-born in need of special care	<u>25</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology	<u>61</u>

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

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 1
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 14

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 3
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 1
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 5
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 2
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 2
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 2

Lisboa, 11 / 11 / 2021

Estudante/*Student*

Patricia Faust

Docente/*Teacher*

Luís Sotelo Mayor

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

Dr.ª Anabela Corina dos Santos

14. Contexto Clínicos: datas e locais (quadro síntese)/Clinical Practices: places and dates (summary table)

Contexto Clínico/ Clinical Practice	Datas/ Dates	Nº de semanas/ Nº of weeks	Nº total de horas/Nº of Hours	Local de realização /Clinical Practices Location	Docente/ Teacher
Ginecologia	12.04.2021 a 30.04.2021	3	77 <sup>h</sup>		
Puerpério	15.03.2021 a 11.04.2021	3	76 <sup>h</sup>		
Cuidados de Saúde Primários	25.01.2021 a 11.03.2021	6	172,5 <sup>h</sup>		
Medicina Materno-Fetal	3.12.2020 a 24.01.2021	6	156 <sup>h</sup>		
Neonatologia	8.11.2021 a 10.11.2021	1	21 <sup>h</sup>		
Bloco de Partos	10.05.2021 a 10.11.2021	22	653 <sup>h</sup>		

Lisboa, 11 / 11 / 2021

O Regente do Estágio com Relatório/The Internship Manager with Report

M. Anabela Ferreira da Silva

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

M. Anabela Ferreira da Silva

**ANEXO II – Declaração da apresentação do projeto individual em âmbito de  
formação em serviço**

## ANEXO I – Declaração da apresentação do projeto individual em âmbito de formação em serviço

### DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que **Patrícia Alexandra Silva Pimentel** participou, como formadora, na Sessão intitulada: "Sem Medos! Contributos Enfermeiro Obstetra para uma Vivência Positiva do Parto", que decorreu no dia 07 janeiro 2021 pelo serviço Internamento Mulher, no âmbito da Formação em Serviço, com a duração de 1h.

Horta, 15 de janeiro de 2021

A coordenadora do Núcleo de Formação

DECLARAÇÃO N.º D/2/2021



ENTIDADE  
FORMADORA  
CERTIFICADA  
EFC

**ANEXO III – Certificado da participação “XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”**

ANEXO III – Certificado da participação “XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”



XIV JORNADAS INTERNACIONAIS de ENFERMAGEM  
de SAÚDE MATERNA e OBSTÉTRICA - WEBINAR

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Patrícia Alexandra Silva Pimentel

Portador(a) doc. de identificação

participou

com o Poster: "Sem medos! Contributos do enfermeiro obstetra para uma vivência positiva do parto: uma scoping review", classificado como Melhor Poster (1º lugar), nas

“XIV Jornadas de Obstetrícia - Por uma vida melhor...”, realizadas nos dias 19 e 20 de Novembro de 2021, através da plataforma Zoom via Webinar.

A Comissão Organizadora

Famalicão, 20 de Novembro de 2021



E.S.S. Vale do Ave  
Famalicão

## APÊNDICES

## **Apêndice I – Termos de pesquisa**

## Apêndice I – Termos de Pesquisa

	Linguagem natural	Linguagem Indexada	
		<i>MeSH</i>	<i>CINAHL</i>
<b>P</b> – Gávidas	Pregnant	MH “Pregnant Women”	MH “Expectant Mothers”
<b>C</b> – Medo do parto  - Enfermeiro Obstetra	Fear	MH “Fear”	MH “Fear”
	Anxiety	MH “Anxiety”	MH “Anxiety”
	Midwi*	MH “Nurse Midwife”	MH “Nurse Midwife”
	Childbirth	MH “Parturition”	MH “Childbirth”
	Labor	MH “Labor, Obstetric”	MH “Labor”

**Apêndice II – *Print* da pesquisa na base de dados *MEDLINE with Full Text***

Apêndice II – *Print* da pesquisa na base de dados *MEDLINE with Full Text*

Wednesday, September 01, 2021 4:20:59 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S25	S3 AND S21	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	141
S24	S3 AND S21	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	142
S23	S3 AND S21	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	204
S22	S3 AND S21	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	278
S21	S10 AND S13 AND S20	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	739
S20	S16 OR S19	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	160,688

01/09/2021

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

		assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S19	S17 OR S18	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	135,638
S18	(MH "Labor, Obstetric")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,952
S17	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	135,638
S16	S14 OR S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	32,373
S15	(MH "Parturition")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10,891
S14	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,179
S13	S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	70,646

01/09/2021

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S12	(MH "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	7,333
S11	midwi*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	70,646
S10	S6 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	338,823
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	267,830
S8	(MH "Anxiety")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	90,436
S7	anxiety	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	267,830
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	94,189

01/09/2021

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S5	(MH "Fear")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	34,238
S4	fear	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	94,189
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	220,301
S2	(MH "Pregnant Women")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10,302
S1	pregnant	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	220,301

**Apêndice III – *Print* da pesquisa na base de dados *CINAHL Plus® with Full Text***

### Apêndice III – *Print* da pesquisa na base de dados **CINAHL Plus® with Full Text**



Wednesday, September 01, 2021 4:04:15 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S25	S3 AND S21	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - spanish Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	84
S24	S3 AND S21	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	86
S23	S3 AND S21	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	142
S22	S3 AND S21	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	183
S21	S10 AND S13 AND S20	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	615

S20	S16 OR S19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	89,305
S19	S17 OR S18	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	59,210
S18	(MH "Labor")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	8,223
S17	labor	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	59,210
S16	S14 OR S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	37,836
S15	(MH "Childbirth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,229
S14	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	37,836

1/09/2021

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

S13	S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	66,344
S12	(MH "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,471
S11	midwi*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	66,344
S10	S6 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	142,022
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	109,038
S8	(MH "Anxiety")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	48,829
S7	anxiety	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	109,038
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	41,032

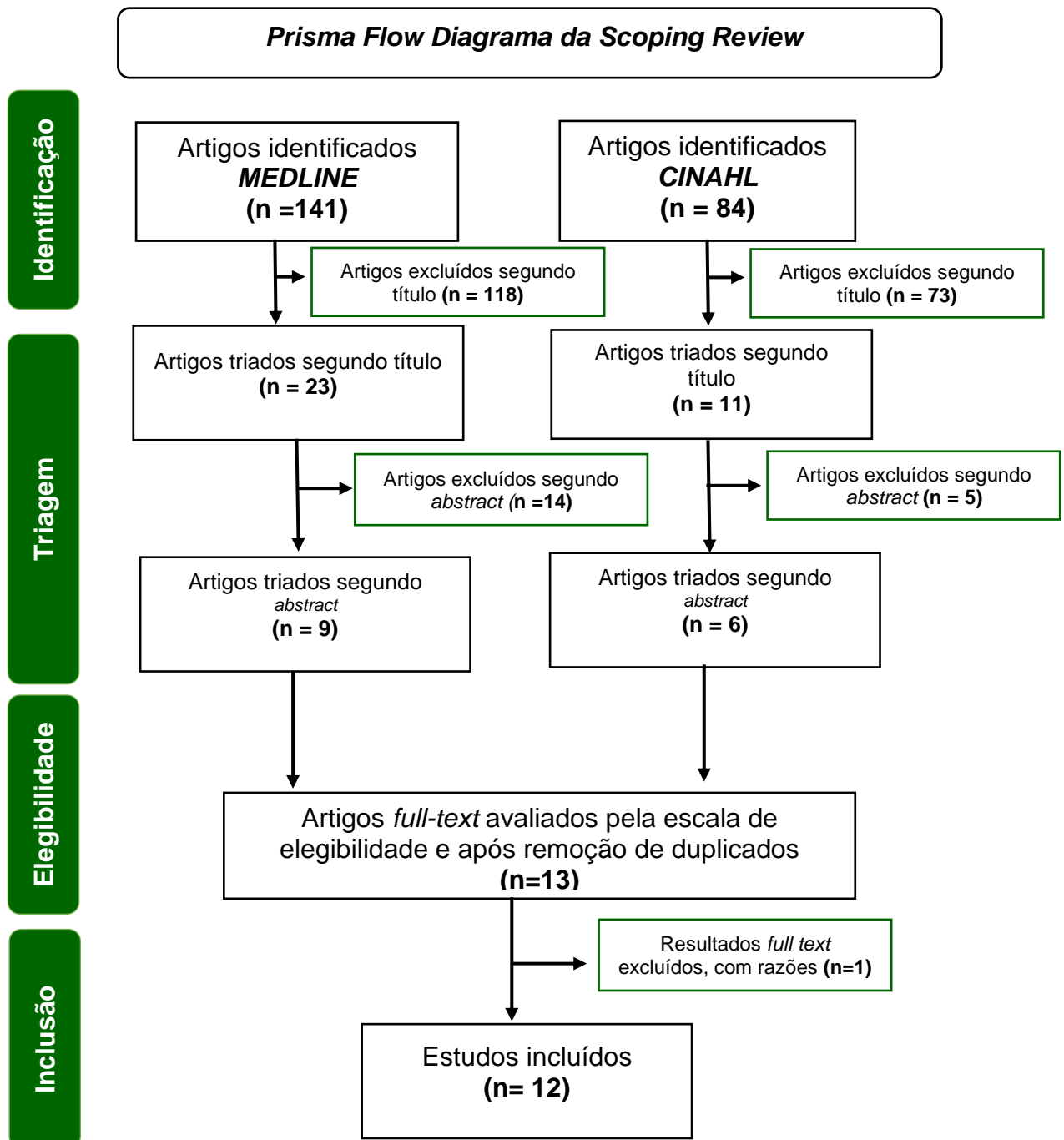
01/09/2021

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

		assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S5	(MH "Fear")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	14,776
S4	fear	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	41,032
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	60,385
S2	(MH "Expectant Mothers")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	9,771
S1	pregnant	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	56,556

## **Apêndice IV – Fluxograma**

## Apêndice IV – Fluxograma



**Apêndice V – Instrumento *JBI QARI* – *Data Extraction Instrument***

## Apêndice V – Instrumento *JBI QARI – Data Extraction Instrument*

### JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer: Patricia Pimentel \_Date: 31/10/2020

Author: Onchonga, Várnagy, Keraka & Wainaina Year: 2020 Record Number

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal: Include <input checked="" type="checkbox"/> Exclude <input type="checkbox"/> Seek further info <input type="checkbox"/>				
Comments (Including reason for exclusion)				

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

### JBI QARI Data Extraction Instrument

Artigo: Onchonga, D., Várnagy, Á., Keraka, M., & Wainaina, P. (2020). Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirth. A qualitative interview study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 25(April), 100512.

<b>Methodology</b>	Estudo qualitativo por entrevista com desenho descritivo
<b>Method</b>	As participantes do estudo foram recrutadas com a orientação de um estudo maior. Para a avaliação inicial dos medos do parto foi utilizado o questionário de expectativa / experiência de parto Wijma (W-DEQ) versão A, uma ferramenta validada e utilizada para medir o medo do parto. As que tiveram uma pontuação $\geq 66$ (n = 113) foram integradas nos grupos de intervenção e solicitadas a apresentar a sua vontade de participar no estudo.  As entrevistas foram realizadas entre 15 de dezembro de 2019 e 17 janeiro de 2020. Os autores conduziram as entrevistas com a ajuda de uma entrevista guia. As questões abertas utilizadas no estudo tinham como objetivo obter pensamentos, percepções e experiências do entrevistado desde a preparação pré-parto. Além disso, foram questionados sobre suas expectativas futuras de parto. A duração das entrevistas individuais foi entre 18 e 35 minutos com média de 25 minutos.
<b>Phenomena of interest</b>	Explorar a experiência das mulheres com a preparação pré-parto integrado liderado por parteiras e o seu impacto no medo do parto.
<b>Setting</b>	_____
<b>Geographical</b>	Hungria
<b>Cultural</b>	_____
<b>Participants</b>	16 primíparas e 17 múltiparas
<b>Data Analysis</b>	Os dados colhidos foram analisados pelo primeiro e quarto autor, utilizando a análise temática. As análises consistiram em várias etapas: primeiramente o texto foi lido e discutido com a intenção de se familiarizarem com os dados colhidos, seguidamente foram atribuídos códigos preliminares ao texto para descrever o conteúdo. A última etapa foi procurar padrões ou temas nos códigos em diferentes entrevistas, sendo que os temas identificados foram posteriormente revisados, definidos e nomeados.

<p><b>Author's Conclusions</b></p>	<p>A preparação integrada possui diferentes formas, incluindo conversas telefônicas, diálogo estruturado, terapia de grupo psicoeducativa e aconselhamento liderado por parteiras. Embora os medos do parto sejam diversos, esta preparação visa incutir prontidão e otimismo, entre as grávidas, reduzindo assim o medo do parto.</p> <p>A preparação pré-parto liderada por parteiras promoveu disposição construtiva e aumentou a confiança no processo de parto.</p> <p>As participantes identificaram a contribuição da preparação pré-parto na redução dos medos do parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As multíparas reconheceram que a preparação ajudou a lidar com a vergonha, culpa e medos, as primíparas mencionaram que a preparação as fazia sentir seguras, reduzindo assim a incerteza;</li> <li>-As parteiras utilizaram vídeos, dramatizações e recursos visuais que permitiram uma melhor compreensão sobre todo o processo do parto. A visita à maternidade e salas de parto permitiram uma sensação de confiança e segurança revelado pelas primíparas;</li> <li>- A interação entre a parteira e as grávidas reduziram os equívocos, mitos e preocupações sobre o parto. A autoestima, entusiasmo e expectativa por uma experiência positiva de parto foram aprimoradas;</li> </ul> <p>As participantes adquiriram competências práticas para lidar com a sua gravidez, as suas expectativas, medos gerais e ansiedades, estimulando uma sensação de tranquilidade reduzindo o medo do parto.</p> <p>Este estudo mostra que a preparação pré-parto liderada por parteiras aumenta o autocontrolo e a autoeficácia das mulheres.</p> <p>As mulheres entrevistadas aprenderam a desenvolver prontidão e autoconfiança, aumentando a sua resistência à vulnerabilidade associada ao processo de parto, a perseverança da dor do parto e a implementar técnicas de relaxamento, permitindo deste modo uma experiência de parto positiva.</p>
<p><b>Reviewer's Conclusions</b></p>	<p>A preparação integrada promove prontidão e confiança no processo de parto. Pelo que é uma estratégia na gestão dos medos relativamente ao parto.</p>

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer: Patrícia Pimentel Date: 31/10/2021

Author: Swift, Zoega, Stoll, Avery &amp; Gottfreðsdóttir Year: 2021 Record Number

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info 

Comments (Including reason for exclusion)

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

## JBI QARI Data Extraction Instrument

Artigo: Swift, E. M., Zoega, H., Stoll, K., Avery, M., & Gottfreðsdóttir, H. (2021). Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women and Birth*, 34(4), 381–388.

<b>Methodology</b>	Ensaio quase-experimental controlado
<b>Method</b>	As parteiras nos locais de implementação do estudo receberam um workshop sobre os cuidados pré-natais em grupo, o protocolo do estudo e material educacional. A colheita de dados envolveu duas pesquisas, nomeadamente pré-intervenção (às 12-16 semanas) para avaliar o caráter sociodemográfico e o medo do parto no início da gravidez e pós-intervenção (às 36-40 semanas) de forma a avaliar, no final da gravidez, o medo e expectativas em relação ao parto e paternidade
<b>Phenomena of interest</b>	Avaliar o modelo de cuidados pré-natais aperfeiçoado em termos de satisfação das mulheres com os cuidados, autonomia na tomada de decisão e a sua eficácia na redução do medo do parto.
<b>Setting</b>	_____
<b>Geographical</b>	Austrália
<b>Cultural</b>	_____
<b>Participants</b>	32 Nulíparas com idade superior a 18 anos
<b>Data Analysis</b>	As características demográficas e categóricas dos participantes foram analisadas através de frequências absolutas e percentuais para categorias variáveis, média e desvio padrão.  Para avaliar as diferenças entre a intervenção e a comparação em termos da linha base, foi utilizado o qui-quadrado e Student Test. A satisfação das mulheres foi comparada com o cuidados e autonomia na tomada de decisão através do modelo de cuidados versus os cuidados usuais. A eficácia do modelo de cuidados na redução do medo do parto foi avaliada através de uma análise unilateral. Os dados foram colhidos através do Research electronic data capture.
<b>Author's Conclusions</b>	O modelo de cuidados pré-natais aperfeiçoado é uma abordagem combinada de cuidados pré-natais individuais e em grupo (seis consultas pré-natais individuais e quatro em grupo com sessões ao longo da gravidez), de forma a melhorar as oportunidades de educação e diálogo entre as grávidas/casais e as parteiras. As sessões de grupo são oferecidas a cada duas semanas (a partir das 25-36 semanas), por duas parteiras, sendo pelo menos uma a que presta cuidados pré-natais durante a gravidez, promovendo assim uma continuidade dos cuidados e aumento

	<p>da oportunidade de os casais discutirem sobre a gravidez, parto e paternidade com sua parteira e um pequeno grupo de pares.</p> <p>Neste modelo de cuidados é fornecido um aumento do tempo de contato entre a grávida e a parteira (dez horas em comparação com quatro horas nos cuidados habituais) é ainda mais aperfeiçoado por meio de conversas facilitadas. Embora cada sessão de grupo varie dependendo das necessidades do grupo, o protocolo deste modelo de cuidados delineou uma estrutura recomendada e tópicos de discussão para cada sessão, incluindo a fisiologia e anatomia do TP e parto, lidar com a dor do parto, amamentação, depressão pós-parto, cuidados com o RN e parentalidade.</p> <p>No geral, as mulheres identificaram que o atendimento que receberam com este tipo de cuidados foi positivo e satisfatório, sendo que a maioria se sentiu à vontade nas sessões de grupo.</p> <p>O modelo de cuidados pré-natais aperfeiçoado foi eficaz na redução do medo do parto. Este foi especialmente evidente entre as mulheres que não compareceram a nenhuma sessão educacional fora do atendimento pré-natal.</p> <p>O apoio prático evidente do companheiro durante o final da gravidez pode ter ajudado as mulheres primigestas a superar seus medos do parto e a desenvolver a confiança no parto de acordo com seus valores e expectativas socioculturais.</p> <p>O resultado do estudo sugere o papel positivo que os companheiros de parto podem desempenhar na redução do medo do parto, aumentando a autoeficácia do parto em primigestas.</p>
<b>Reviewer's Conclusions</b>	<p>O modelo de cuidados aperfeiçoado oferece um maior tempo de contato entre as grávidas /casal e as suas parteiras, com sessões de discussão, bem como uma continuidade dos cuidados, desenvolvendo assim benefícios no que respeita à gestão do medo e ansiedade relativamente ao parto.</p>

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer: Patrícia Pimentel , Date: 31/10/2021

Author: Munkhondya, Munkhondya, Chirwa &amp; Wang Year: 2020 Record Number

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info 

Comments (Including reason for exclusion)

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

## JBI QARI Data Extraction Instrument

Artigo: Munkhondya, B. M. J., Munkhondya, T. E., Chirwa, E., & Wang, H. (2020). Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–12.

<b>Methodology</b>	Estudo quase-experimental
<b>Method</b>	As primigestas e seus companheiros do grupo de intervenção receberam duas sessões de preparação para o parto, enquanto o grupo de controle recebeu cuidados de rotina. Um questionário que incorporou o questionário de atitude no parto (CAQ), o inventário de autoeficácia no parto (CBSEI), o questionário de apoio do companheiro de parto (BCSQ) e uma lista de verificação de revisão de resultados de gravidez selecionados foi usado para colher os dados. Os dados do pré e pós-teste foram analisados por meio de regressão linear simples. Os dados da linha de base foram colhidos durante o estudo de pré-teste; os dados pós-teste foram colhidos 2 semanas após o pré-teste, e a avaliação de acompanhamento foi realizada entre 24 e 48 horas após o parto.
<b>Phenomena of interest</b>	Avaliar a eficácia da integração do companheiro na preparação para o parto durante o final da gravidez para reduzir o medo do parto e melhorar a autoeficácia do parto, o apoio do companheiro de parto e outros resultados selecionados da gravidez em mulheres primigestas.
<b>Setting</b>	_____
<b>Geographical</b>	Hungria
<b>Cultural</b>	_____
<b>Participants</b>	Primigestas
<b>Data Analysis</b>	Na análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico para ciências sociais versão 25. Para as variáveis contínuas foi utilizado um teste independente de forma a comparar os dados de linha de base e medidas pós-teste entre os grupos de estudo. Para determinar se a intervenção da preparação para o parto com a integração do companheiro foi eficaz na diminuição do medo do parto enquanto aumenta a eficácia, foi utilizado a regressão linear simples.
<b>Author's Conclusions</b>	A intervenção da preparação para o parto com a integração do companheiro engloba três etapas de forma a minimizar os medos do parto e a desenvolver autoeficácia. A primeira etapa é a aquisição de conhecimentos sobre o parto, a segunda etapa consolidação de papéis esperados relevantes aprovados pelo seu ambiente psicossocial e

	<p>cultural, e a terceira etapa possibilita o desenvolvimento de autoeficácia no parto que minimiza o medo do parto, e que pode, por sua vez, influenciar os resultados positivos da gravidez na mulher primigesta.</p> <p>Cada díade foi incentivada a interagir para se preparar para o parto e, se precisassem de mais apoio na preparação para o parto, poderiam pedir ajuda a qualquer profissional de saúde. Além disso, o acordo foi feito com as instituições do hospital para permitir que acompanhantes de parto no grupo de intervenção acompanhassem a mulher primigesta durante a fase latente do TP.</p> <p>Os resultados do estudo mostraram uma redução significativa do medo do parto, aumento da autoeficácia no parto e aumento do apoio social do companheiro de parto no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo.</p> <p>O grupo de intervenção revela mais redução do nível do medo (<math>p &lt; 0,001</math>), melhorando significativamente a autoeficácia das mulheres no parto (<math>p &lt; 0,001</math>), comparativamente com o grupo que apenas recebeu cuidados de rotina.</p> <p>As informações detalhadas e passo a passo antes do parto ajudaram as mulheres primigestas a se familiarizarem com o processo de parto. Igualmente o envolvimento do companheiro ajudou na aceitação e consolidação das informações sobre o parto, assim como nas percepções positivas sobre o fenómeno da gravidez.</p>
<b>Reviewer's Conclusions</b>	<p>As intervenções da preparação para o parto com a integração do companheiro mostram a importância que a pessoa significativa possui na gestão do medo sobre o parto e consequentemente na autoeficácia e satisfação no parto.</p>

## CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer: Patrícia Pimentel \_Date: 31/10/2020

Author: Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson &amp; Karlström Year: 2019

	Yes	No	Unclear	Not applicable
11. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input checked="" type="checkbox"/>	Exclude <input type="checkbox"/>	Seek further info <input type="checkbox"/>	
Comments (Including reason for exclusion)				

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

## JBI QARI Data Extraction Instrument

Artigo: Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth, 32*(1), e88–e94

<b>Methodology</b>	Estudo de entrevista qualitativa com um desenho descritivo
<b>Method</b>	Um estudo qualitativo por entrevista por meio de análise temática. Vinte e sete mulheres avaliadas quanto ao medo do parto que receberam aconselhamento durante a gravidez em três hospitais diferentes na Suécia foram entrevistadas por telefone um a dois anos após o parto
<b>Phenomena of interest</b>	Compreender o efeito do aconselhamento por parte da parteira na gravidez e na promoção positiva do nascimento
<b>Setting</b>	_____
<b>Geographical</b>	Suécia
<b>Cultural</b>	_____
<b>Participants</b>	Primíparas e multiparas
<b>Data Analysis</b>	A análise de Braun e Clark foi utilizada para analisar os dados da entrevista. Os códigos obtidos foram gerados manualmente através do conjunto de dados e agrupados em padrões significativos.
<b>Author's Conclusions</b>	As mulheres mencionaram a importância da parteira em saber lidar com os seus medos, experienciando sensação de calma e segurança. Uma parteira que realize escuta ativa e reconheça os problemas das mulheres, como indivíduo holístico, permite que o aconselhamento seja considerado positivo pelas próprias. O diálogo mútuo entre a parteira e a grávida, permitiu o desenvolvimento de suporte e estratégias de coping para a promoção de uma gravidez e parto positivos. As ferramentas transmitidas como técnicas de respiração e relaxamento, métodos para visualizar cenários positivos, gerir pensamentos de preocupação e ansiedade contribuíram positivamente para a redução do medo do parto e mencionaram que se sentiram mais preparadas para o momento. Algumas mulheres comentaram que, por meio das técnicas de respiração aprenderam a ouvir o próprio corpo, sentiram-se

	<p>conscientes e presentes e conseguiram enfrentar o parto de forma aceitável.</p> <p>Nas sessões de aconselhamento foi promovida uma visita ao local de parto o que permitiu com que se familiarizassem com o local, neutralizando as crenças negativas.</p> <p>Relativamente ao impacto do aconselhamento nas suas experiências de parto, as mulheres mencionaram a sua própria capacidade de autocontrolo no parto, de se sentirem conscientes, presentes e em conseguirem lidar e aceitar o processo de parto.</p> <p>O facto de a equipa ter sido informada sobre os medos e as necessidades das mulheres, promoveu uma sensação de conforto e consequentemente a experiência de um parto positivo.</p> <p>A maioria das mulheres expressou que o aconselhamento contribuiu para redução dos medos sobre o parto.</p> <p>A preparação e, em alguns casos, o processamento através do aconselhamento deram às mulheres uma atitude melhor em relação ao parto e várias pensaram que essa preparação era uma parte importante de sua experiência de um parto positiva.</p>
<p><b>Reviewer's Conclusions</b></p>	<p>O aconselhamento por parte da parteira na preparação para o parto contribui para uma gestão eficaz dos medos e ansiedades sobre o parto e consequentemente para uma experiência de parto positiva.</p>

**JBIC CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS**

Reviewer: Patrícia Pimentel Date: 31/10/2021

Author: Firouzan, Kharaghani, Zenoozian, Mollodi & Jafari Year: 2020 Record Number:

	Yes	No	Unclear	NA
21. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Was allocation to treatment groups concealed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Were treatment groups similar at the baseline?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

**JBIC QARI Data Extraction Instrument**

Artigo: Firouzan, L., Kharaghani, R., Zenoozian, S., Moloodi, R., & Jafari, E. (2020). The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 1–8.

<b>Methodology</b>	Estudo randomizado
<b>Method</b>	Numa fase inicial as grávidas preencheram o questionário de expectativa / experiência de parto de Wijma e as que tiveram uma pontuação $\geq 66$ foram divididas aleatoriamente em dois grupos, de intervenção e de controlo. O grupo de intervenção recebeu duas sessões de aconselhamento face a face, com base no protocolo BELIEF, na 24ª e 34ª semanas de gravidez. Entre essas duas sessões, também recebeu oito sessões de aconselhamento por telefone uma vez por semana. O grupo controlo recebeu apenas os cuidados de rotina do pré-natal. As medidas de resultado foram medo do parto, autoeficácia no parto e preferência no parto.
<b>Phenomena of interest</b>	Avaliar a eficácia de uma intervenção psicoeducacional por parteiras (emoções do parto - procurando melhorar o medo expectante (BELIEF)) na redução do medo do parto e da autoeficácia entre as mulheres primigestas com medo do parto
<b>Setting</b>	_____
<b>Geographical</b>	Irão
<b>Cultural</b>	_____
<b>Participants</b>	Primíparas entre os 18 e os 35 anos de idade
<b>Data Analysis</b>	Os dados são analisados através do pacote estatístico para ciências sociais versão do software. O teste de Shapiro-Wilk indicou que as variáveis têm uma distribuição normal (valor de P de 0,12 a 0,34). A análise covariância unilateral entre grupos foi utilizada para determinar as diferenças entre os dois grupos em o medo do parto, autoeficácia no parto e preferência do parto.
<b>Author's Conclusions</b>	BELIEF é uma abordagem psicoeducacional de aconselhamento por telefone oferecida por parteiras, que ajuda as mulheres a desenvolverem um suporte individualizado para o presente e o futuro próximo, afirmando que os eventos negativos podem ser enfrentados com habilidades simples de resolução de problemas.  No protocolo BELIEF, a parteira ajuda a mulher a explorar as origens de seu medo do parto e a neutralizar os impactos de eventos

	<p>negativos de experiências anteriores de parto. Além disso, a parteira informa a grávida sobre suas opções de parto e ajuda a desenvolver estratégias para uma experiência positiva de parto.</p> <p>Os resultados do estudo mostram que uma breve intervenção psicoeducacional de aconselhamento por telefone (protocolo BELIEF) facilitado por parteiras durante a 24ª a 34ª semanas de gravidez é significativamente eficaz na redução dos medos do parto e melhora a autoconfiança durante o parto.</p> <p>Após a aplicação do protocolo BELIEF o grupo de intervenção apresentou níveis de medo significativamente mais baixos (<math>p=0,0001</math>) e melhoria da autoeficácia (<math>p=0,0001</math>) no parto das mulheres.</p>
<b>Reviewer's Conclusions</b>	Uma educação psicoeducacional (BELLIEF) permite um aconselhamento e acompanhamento, sendo uma intervenção possível de usar pelo EEESMO e eficaz na redução dos medos da mulher.

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer: Patrícia Pimentel, Date: 31/10/2021

Author: Karabulut, Potur, Merih, Mutlu &amp; Demirci Year: 2016 Record Number

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal: Include <input checked="" type="checkbox"/> Exclude <input type="checkbox"/> Seek further info <input type="checkbox"/>				
Comments (Including reason for exclusion)				

## JBI QARI Data Extraction Instrument

Artigo: Karabulut, O., Coşkuner Potur, D., Doğan Merih, Y., Cebeci Mutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63(1), 60–67.

<b>Methodology</b>	Estudo quase-experimental e prospectivo
<b>Method</b>	Foi utilizado um modelo pré e pós-escolar. O grupo de educação foi, assim, composto por grávidas entre as 24 e as 28 semanas de gravidez, que se inscreveram voluntariamente no programa. Embora uma amostra aleatória fosse desejável. O programa de educação consistia em cinco sessões semanais consecutivas, com a participação dos companheiros.  A colheita de dados foi realizada através de um formulário de identificação da gravidez: o Questionário de Autoavaliação Pré-natal e uma versão do Questionário de Expectativa / Experiência de Parto de Wijma.
<b>Phenomena of interest</b>	Determinar o efeito da educação pré-natal sobre o medo do parto, aceitação da gravidez e identificação com o papel de maternidade
<b>Setting</b>	_____
<b>Geographical</b>	Turquia
<b>Cultural</b>	_____
<b>Participants</b>	Primíparas com idades superiores a 18 anos com idade gestacional entre 24 e as 28 semanas.
<b>Data Analysis</b>	Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico para ciências sociais 15.0. A pontuação alfa de 0,05 foi aceite para significância estatística. O t-teste e o qui-quadrado foram utilizados para determinar as diferenças entre os grupos. O teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para testar se os dados foram distribuídos normalmente.
<b>Author's Conclusions</b>	As mulheres grávidas que recebem educação pré-natal têm melhores níveis de aceitação da gravidez e redução dos medos do parto em comparação com as mulheres grávidas que não recebem educação pré-natal.  A educação pré-natal é considerada eficaz na redução dos medos do parto ( $p < 0,005$ ), comparado com o grupo de controlo.  De acordo com os resultados, um programa de educação pré-natal profissional e sistemático fornecido por parteiras reduz o medo do parto.
<b>Reviewer's Conclusions</b>	A educação pré-natal é uma intervenção utilizada pelo EESMO, que reduz o medo do parto.

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Reviewer: Patrícia Pimentel Date: 31/10/2021Author: Hildingsson, Karlström, & Larsson Year: 2021

	Record Number			
	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info 

Comments (Including reason for exclusion)

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

## JBI QARI Data Extraction Instrument

Artigo: Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2021). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and Birth*, 34(3), e255–e261.

<b>Methodology</b>	Estudo cohort experimental
<b>Method</b>	As mulheres participantes detiveram continuidade de cuidados obstétricos durante a gravidez e o parto, em períodos selecionados. Os dados foram colhidos a meio da gravidez e dois meses após o nascimento. O Questionário de Experiência de Parto foi usado para determinar as experiências de parto das mulheres.  Quatro parteiras prestaram atendimento pré-natal a partir de março de 2017 e estiveram de prevenção para partos todos os dias entre 7h e 23h, durante o período de 1 de agosto de 2017 a 30 de junho de 2019.
<b>Phenomena of interest</b>	Investigar as experiências de parto de mulheres em relação a dados de histórico, resultado do parto e continuidade com uma parteira conhecida, em uma área rural da Suécia.
<b>Setting</b>	Clínica pré-natal numa área rural da Suécia, dois hospitais de referência com taxas anuais de 750 e 1700 nascimentos
<b>Geographical</b>	Suécia
<b>Cultural</b>	.....
<b>Participants</b>	Grávidas
<b>Data Analysis</b>	As pontuações foram somadas para cada domínio e para o total da pontuação. As pontuações elevadas indicam maior satisfação com o Nascimento. As diferenças nas pontuações medias e desvios-padrão foram calculadas utilizando o t-test de Student ou a análise de variância.  A confiabilidade foi verificada usando valores alfa Cronbach's para cada domínio, com intervalo de 0,81-0,91. O SPSS versão 25 foi utilizado na análise dos dados.
<b>Author's Conclusions</b>	As mulheres que tiveram uma parteira conhecida eram mais propensas a ter uma experiência de parto positiva em geral, predominantemente no domínio suporte profissional.

	<p>As mulheres que não precisaram de nenhum aumento de ocitocina e aquelas que não usaram epidural foram mais propensas a relatar maior satisfação com o parto.</p> <p>Os resultados mostraram que a presença de uma parteira conhecida durante o trabalho de parto e parto foi um fator importante, associando a uma melhor experiência de parto.</p> <p>Os resultados deste estudo mostraram que, apesar da percentagem baixa de mulheres que realmente tiveram a oportunidade de receber cuidados intraparto de uma parteira conhecida, aquelas que receberam a continuidade tinham maior probabilidade de ter uma experiência de parto positiva. Isso foi mais evidente em relação ao apoio profissional, que pode ser entendido como afirmando que a relação mulher-parteira é realmente importante.</p>
<b>Reviewer's Conclusions</b>	<p>O acompanhamento no parto pela mesma parteira possui efeitos positivos na experiência de parto da mulher e na gestão dos medos sobre o parto.</p>

## CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer: Patrícia Pimentel \_Date: 31/10/2020

Author: Larsson, Rubertsson &amp; Hildingsson Year: 2020

	Yes	No	Unclear	Not applicable
34. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input checked="" type="checkbox"/>	Exclude <input type="checkbox"/>	Seek further info <input type="checkbox"/>	
Comments (Including reason for exclusion)				

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

## JBI QARI Data Extraction Instrument

Artigo: Larsson, B., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2020). A modified caseload midwifery model for women with fear of birth, women's and midwives' experiences: A qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 24(October 2019), 100504.

<b>Methodology</b>	Estudo qualitativo por entrevista por meio de análise temática
<b>Method</b>	Quatro parteiras com experiência em prestação de atendimento intraparto e interessadas em trabalhar com continuidade de atendimento.  As entrevistas com as mulheres foram realizadas por uma auxiliar de pesquisa via telefone e gravadas em meio digital. Durante as entrevistas, o assistente seguiu um guia de entrevista contendo perguntas abertas.  As entrevistas com as quatro parteiras foram conduzidas pessoalmente por uma das pesquisadoras. O guia de entrevista para parteiras incluiu perguntas sobre as experiências com o modelo de atenção em relação, por exemplo, à sua satisfação com a atenção prestada e a forma prescrita para fornecer tais cuidados, bem como a forma como eles experimentaram e geriram os medos do parto das mulheres.
<b>Phenomena of interest</b>	Examinar como as mulheres com medo do nascimento e as suas parteiras foram atendidas por um modelo de obstetria de carga de trabalho modificado
<b>Setting</b>	_____
<b>Geographical</b>	Suécia
<b>Cultural</b>	-----
<b>Participants</b>	Grávidas e Parteiras
<b>Data Analysis</b>	A análise de dados da entrevista seguiu o método de Braun e Clark de análise temática. Padrões foram encontrados nos dados, gerando códigos que foram organizados em temas iniciais. Todos os códigos e temas foram comparados e reorganizados.
<b>Author's Conclusions</b>	Durante cada consulta pré-natal, a parteira organizou tempo adicional para a visita padrão de 20 minutos, para fornecer aconselhamento para o medo do nascimento. O tempo extra foi adaptado às necessidades das mulheres e o aconselhamento individualizado incluiu falar sobre os sentimentos das mulheres, causas do medo, informações sobre o processo de parto e estratégias de enfrentamento.

	<p>As parteiras concentraram-se nos medos do nascimento das mulheres em todas as consultas pré-natais. Ouviram os pensamentos das mulheres, sobre o nascimento, discutindo as causas dos medos de forma a produzir confiança e a crença em si mesmas antes do nascimento.</p> <p>O curso de psicoprofilaxia organizado para os casais, por parteiras na clínica pré-natal, proporcionou educação sobre o processo de parto e preparação psicológica como, por exemplo, exercícios respiratórios e relaxantes para enfrentar o parto e as dores do parto.</p> <p>Referência por parte das mulheres sobre a importância da disponibilidade da parteira e a possibilidade de entrar em contato a qualquer momento no surgimento de dúvidas, permitiu o desenvolvimento da sensação de segurança, suporte e serenidade.</p> <p>As mulheres relataram que o aconselhamento com as parteiras forneceu respostas às suas dúvidas, o que contribuiu para a autoconfiança.</p> <p>As descobertas sugerem que a adoção de um modelo de continuidade da assistência obstétrica pode ser uma opção para apoiar as mulheres com medo do parto e permitir que obtenham experiências positivas no parto.</p>
<b>Reviewer's Conclusions</b>	Um modelo de continuidade de cuidados permite um acompanhamento contínuo desde a gravidez até ao parto, promovendo sensação de confiança, suporte e tranquilidade no parto.

## CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Reviewer: Patrícia Pimentel \_\_\_\_\_ Date: 31/10/2021Author: Çankaya & Şimşek Year: 2020 Record Number:

	Yes	No	Unclear	NA
44. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Were treatment groups similar at the baseline?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info 

Comments (Including reason for exclusion)

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

## JBI QARI Data Extraction Instrument

Artigo: Çankaya, S., & Şimşek, B. (2020). Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clinical Nursing Research*

<b>Methodology</b>	Ensaio clínico cego, prospetivo, controlado randomizado
<b>Method</b>	Fase 1 (pré-educação): Aplicado formulário de Informação Demográfica e de Resultados do Trabalho de Parto; Inventário de Autoeficácia no Parto; Questionário de Expectativa / Experiência de Entrega Wijma Versão A e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse.  Fase 2 (4 semanas depois): Aplicado o Inventário de Auto-eficácia no Parto, o Questionário de Expectativa / Experiência de Parto de Wijma, Versão A e a Escala de Ansiedade e stress de Depressão.  Fase 3 (6-8 semanas pós-parto): Aplicado o questionário de expectativa/experiência de parto Wijma versão B, Escala de ansiedade e stress, de depressão e formulário de informação de resultados de parto, aplicados por telefone.
<b>Phenomena of interest</b>	Investigar os efeitos da educação pré-natal sobre o medo do parto, depressão, ansiedade, estresse, autoeficácia no parto e modo de parto em gestantes primíparas
<b>Setting</b>	_____
<b>Geographical</b>	Turquia
<b>Cultural</b>	_____
<b>Participants</b>	120 Grávidas primíparas (60 grupo educação pré-natal e 60 grupo de controlo)
<b>Data Analysis</b>	Questionário de Expetativa/Experiência do parto Wijma (W-DEQ-A) para avaliar o medo do Nascimento. Escala de likert de 6 itens.
<b>Author's Conclusions</b>	Após 4 semanas de educação pré-natal: -Sintomas de depressão (p=0,008), ansiedade (p=0,002), stress (p=0,006) e o medo do parto (p<0,001) das mulheres grávidas que receberam a educação pré-natal foi estatisticamente menor do que a do grupo de controlo, indicando que a sua depressão, ansiedade, os sintomas de stress e

	<p>o medo do parto eram menores do que os das mulheres do grupo de controlo.</p> <p>Período pós-natal: Sintomas depressão (<math>p &lt; 0,001</math>), ansiedade (<math>p &lt; 0,001</math>), stress (<math>p &lt; 0,001</math>) e o medo do parto (<math>p &lt; 0,001</math>) foram significativamente mais baixos nas mulheres que receberam educação pré-natal relativamente ao grupo de controlo;</p> <p>O estudo revela que as mulheres que fizeram preparação para o parto tiveram mais partos vaginais em comparação com o grupo de controlo (<math>p &lt; 0,043</math>).</p> <p>Verificou-se que um programa de educação pré-natal de 4 semanas facultado a mulheres grávidas aumentou o controlo, a autoeficácia no parto e reduziu o medo do parto, depressão, ansiedade e stress durante a gravidez e pós-parto.</p> <p>As primíparas com educação pré-natal apresentaram baixo medo do parto tanto no período pré-natal quanto no pós-natal em comparação ao com o grupo controlo, sendo considerada uma estratégia para a redução do medo.</p>
<b>Reviewer's Conclusions</b>	Uma educação pré-natal reduz o medo sobre o parto, aumentando sensação de controlo, autoeficácia no parto.

CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer: Patrícia Pimentel \_Date: 31/10/2020

Author: Kurji, Khowaja, Shaheen, Mithani & Choudhry Year: 20217

	Yes	No	Unclear	Not applicable
57. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal: Include <input checked="" type="checkbox"/> Exclude <input type="checkbox"/> Seek further info <input type="checkbox"/>				
Comments (Including reason for exclusion)				

JBI QARI Data Extraction Instrument

Artigo: Kurji, Z.; Khowaja, A.; Shaheen, Z.; Mithani, Y. & Choudhry, N. (2017). Exploring the fears of Pakistani Primi gravidas about Childbirth. *Journal of Asian Midwives (JAM)*, Vol. 4, Iss. 2 [2017]. 4, 15–25.

<b>Methodology</b>	Desenho exploratório descritivo qualitativo
<b>Method</b>	Entrevistas semiestruturadas. Um guia de estudo no idioma local (Urdu) foi usado pelo entrevistador para garantir a cobertura de tópicos importantes. As respostas foram traduzidas para o inglês pela pesquisadora para fins de análise dos dados
<b>Phenomena of interest</b>	Investigar os medos sobre o parto
<b>Setting</b>	Hospital Universitário em Karachi
<b>Geographical</b>	Paquistão
<b>Cultural</b>	-----
<b>Participants</b>	Primigestas
<b>Data Analysis</b>	Os dados foram analisados pelo investigador principal. As gravações e as notas foram transcritas, traduzidas e revistas pela equipa de pesquisa para precisão após cada entrevista.  Os dados foram organizados em pastas com códigos atribuídos. Os temas foram formulados, categorizados e formados em subcategorias.
<b>Author's Conclusions</b>	As participantes que não tiveram preparação para o nascimento referiram medos relacionados com o início do trabalho de parto, nomeadamente dúvidas sobre os sinais e sintomas, por não estarem informadas.  Tanto as participantes que tiveram o curso de preparação para o nascimento como as que não tiveram referiram medo da morte durante o parto e de não ter o apoio do acompanhante e do profissional de saúde durante o parto;  Medo dos cuidados, atitudes dos profissionais de saúde;  Medo de o bebé ter deformidades físicas e congénitas;

	<p>Medo de ir para cesariana se o trabalho de parto não progredir; Medo da dor;</p> <p>As participantes que não frequentaram as aulas, mas receberam apoio da equipa de saúde, mostraram-se menos ansiosas e expressaram satisfação com o processo de trabalho de parto.</p> <p>Evidência a importância do apoio do profissional de saúde durante todo o processo de gravidez e parto. Os profissionais que realizam os cursos de preparação para o nascimento e os que acompanham no pré-natal são os profissionais de primeira linha que podem ajudar as grávidas e fornecer informação que reduza o medo, assim como identificar estratégias para ajudar as mulheres a ultrapassar estes receios e inseguranças.</p> <p>A oferta ampliada de aulas de preparação para o nascimento como parte da obtenção de melhores cuidados para as mulheres e suas famílias.</p>
<b>Reviewer's Conclusions</b>	<p>O acompanhamento e o apoio prestado no pré-natal pelos profissionais de saúde minimizam os medos e ansiedades desenvolvidos sobre o parto.</p>

**JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES**

 Reviewer: Patrícia Pimentel Date: 01/11/2021

 Author: Wigert, Nilsson, Dencker, Begley, Sparud-lundin, Mollberg & Patel Year: 2020  
 Record Number

	Yes	No	Unclear	Not applicable
67. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input checked="" type="checkbox"/>	Exclude <input type="checkbox"/>	Seek further info <input type="checkbox"/>	

Comments (Including reason for exclusion)

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

**JBI QARI Data Extraction Instrument**

 Artigo: Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Sparud-lundin, C., Mollberg, M., Patel, H. (2020). Women ' s experiences of fear of childbirth : a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1)

<b>Methodology</b>	Pesquisa sistemática da literatura e uma meta-síntese que inclui 14 artigos qualitativos.
<b>Method</b>	A metassíntese foi baseada no método interpretativo de metatnografia descrito por Noblit e Hare (Noblit & Hare, 1988). A metassíntese tenta integrar os resultados de uma série de estudos qualitativos inter-relacionados. A técnica tem uma intenção interpretativa, em vez de agregadora com ênfase na interpretação cuidadosa da pesquisa incluída na revisão.
<b>Phenomena of interest</b>	Sintetizar a literatura qualitativa para aprofundar a compreensão das experiências das mulheres relativamente ao medo do parto
<b>Setting</b>	_____
<b>Geographical</b>	Suécia
<b>Cultural</b>	_____
<b>Participants</b>	Grávidas
<b>Data Analysis</b>	Os dados foram analisados pelo investigador principal. As gravações e as notas foram transcritas, traduzidas e revistas pela equipa de pesquisa para precisão após cada entrevista.  Os dados foram organizados em pastas com códigos atribuídos. Os temas foram formulados, categorizados e formados em subcategorias.
<b>Author's Conclusions</b>	As mulheres mencionam medo da sensação de perda de controlo, medo da dor do parto e lesões do parto para si e para o bebé.  A maioria das mulheres múltiparas não sentiu nenhum medo durante a primeira gravidez, mas depois de terem vivenciado um parto terrível, ficaram receosas com outra experiência de parto traumático. Detiveram a sensação de estar a perder o controlo do seu corpo e quando comunicavam os seus sentimentos com a parteira, mas foram deixadas sozinhas, experienciando sentimentos de impotência. O medo do parto desenvolveu-se devido à visualização de filmes com mulheres que morriam durante o parto. Também observaram fotos ou leram livros sobre partos terríveis e, sem experiência própria de parto, foram influenciadas por vivências de outras mulheres.  Algumas das mulheres sentiam medo desde a adolescência, enquanto outras sentiam medo quando planeavam engravidar, ou ficavam grávidas.

	<p>Independentemente do momento do medo do parto, as mulheres estavam constantemente pensando sobre o futuro parto.</p> <p>Nulíparas descrevem medo do desconhecido, sem saber o que pode acontecer, uma vez que não têm experiência anterior de parto.</p> <p>Algumas mulheres tinham medo de perder o controlo de si mesmas durante o trabalho de parto e parto e gritar incontrolavelmente. Também temiam que os seus desejos não fossem realizados e a sua dignidade não fosse respeitada pelos profissionais</p> <p>Algumas das mulheres nulíparas temiam a dor durante o parto, devido à experiência de outras mulheres que tiveram dor intensa durante o parto. Esta preocupação em conseguir lidar com a dor, promovia os pedidos de cesariana.</p> <p>Medo por associarem um parto vaginal a lesões físicas e graves lacerações.</p> <p>Estratégias para controlar o medo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Confrontar as memórias para compreender o que aconteceu e recuperar a confiança;</li> <li>-O apoio, orientação da parteira e a promoção do envolvimento das mulheres no processo de nascimento através da transmissão de informações sobre o parto e alívio da dor no pré-natal permitiu o alívio do medo do parto;</li> <li>-Fundamental uma preparação ativa no enfrentamento e controlo do medo do parto;</li> <li>-Técnicas de relaxamento e respiração para alívio do medo do parto, trabalhando em parceria com o próprio corpo.</li> </ul> <p>O medo também diminui quando sentem que são ouvidas, respeitadas pelas parteiras e através de um bom suporte aumentando a autoestima.</p>
<p><b>Reviewer's Conclusions</b></p>	<p>Transmissão de informação sobre o parto com apoio e orientação por parte das parteiras é fundamental para minimização dos medos desenvolvidos.</p>

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer: Patrícia Pimentel, Date: 31/10/2021

Author: Hildingsson, Rubertsson, Karlström &amp; Haines Year: 2019 Record Number

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input checked="" type="checkbox"/>	Exclude <input type="checkbox"/>	Seek further info <input type="checkbox"/>	
Comments (Including reason for exclusion)				

2020 © Joanna Briggs Institute. All Rights Reserved

## JBI QARI Data Extraction Instrument

Artigo: Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2019). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 21(June), 33–38

<b>Methodology</b>	Estudo Experimental
<b>Method</b>	Os dados das mulheres foram enviados à equipa de pesquisa que, posteriormente, enviou o primeiro questionário para cada participante. Receberam o segundo questionário um mês antes da data do parto e o terceiro dois meses após o nascimento. Para este relatório, utilizaram dados dos dois meses de acompanhamento com dados básicos do histórico do primeiro questionário.
<b>Phenomena of interest</b>	Descrever e comparar o resultado do parto e a experiência de cuidados durante o parto entre mulheres com medo do parto que receberam cuidados durante o parto de uma parteira conhecida versus aquelas que não o fizeram.
<b>Setting</b>	_____
<b>Geographical</b>	Suécia
<b>Cultural</b>	_____
<b>Participants</b>	70 Grávidas
<b>Data</b>	Foi utilizada estatística descritiva para apresentar os dados.
<b>Analysis</b>	O tamanho do efeito foi calculado utilizando o d de Cohen para variáveis contínuas e o coeficiente Phi para variáveis categóricas.
<b>Author's Conclusions</b>	Mulheres que tinham uma parteira conhecida sentiam mais controlo, mais envolvimento na tomada de decisão e sentiam-se informadas.  Um seguimento contínuo, pela mesma parteira, pode ser um meio para construir relacionamentos significativos onde as parteiras podem ouvir e agir sobre os desejos das mulheres e oferecer um atendimento altamente individualizado.  Este estudo indica que ter acesso a uma parteira conhecida pode ter um impacto nas experiências de nascimento das mulheres.

	Ter acesso a uma parteira conhecida resultou cinco vezes mais probabilidade de uma mulher com medo do parto ter uma experiência de parto positiva em comparação com aquelas que não tiveram uma parteira conhecida (83,3% em comparação com 52,2%)
<b>Reviewer's Conclusions</b>	Uma mulher que seja acompanhada pela mesma parteira no parto desenvolve autocontrolo, possui poder de tomada de decisão, com impacto na experiência de parto.

*JBIM Manual for Evidence Synthesis. JBIM, 2020.*

**Apêndice VI – Síntese dos resultados da SR**

**Apêndice VI – Síntese dos resultados da SR:** Intervenções do enfermeiro obstetra na gestão dos medos e ansiedade da grávida

AUTORES ANO PUBLICAÇÃO PAÍS	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DE ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO	INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Onchonga, Várnagy, Keraka Wainaina (2020) Hungria	Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirth.	Explorar a experiência das mulheres com a preparação pré- parto integrado liderado por parteiras e o seu impacto no medo do parto	Estudo qualitativo por entrevista com desenho descritivo	16 primíparas e 17 múltiparas	As análises consistiram em várias etapas: primeiramente o texto foi lido e discutido com a intenção de se familiarizarem com os dados colhidos, seguidamente foram atribuídos códigos preliminares ao texto para descrever o conteúdo. A última etapa foi procurar padrões ou temas nos códigos em diferentes entrevistas, sendo que os temas identificados foram posteriormente revisados, definidos e nomeados	A preparação integrada inclui: conversas telefónicas, diálogo estruturado, terapia de grupo psicoeducativa e aconselhamento liderado por parteiras. A preparação pré-parto liderada por parteiras promoveu disposição construtiva e aumentou a confiança no processo de parto. A autoestima, entusiasmo e expectativa por uma experiência positiva de parto foram aprimoradas. Melhorou a assertividade em relação ao parto e desenvolveu confiança no processo de parto. Este estudo mostra que a preparação pré-parto liderada por parteiras aumenta o autocontrolo, a confiança e a autoeficácia das mulheres. Permitiu- lhes adquirir conhecimentos que aliviaram os medos associados à gravidez e ao parto.
Swift, Zoega, Stoll, Avery, & Gottfreðsdóttir (2021) Austrália	Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear	Avaliar o modelo de cuidados pré- natais aperfeiçoado em termos de satisfação das mulheres com os cuidados, autonomia na tomada de decisão e a sua eficácia na redução do medo do parto	Ensaio quase- experimental controlado	32 nulíparas com idade superior a 18 anos	Para avaliar as diferenças entre a intervenção e a comparação em termos da linha base, foi utilizado o qui- quadrado e Student Test. A satisfação das mulheres foi comparada com o cuidados e autonomia na tomada de decisão através do modelo de cuidados versus os cuidados usuais. A eficácia do modelo de cuidados na redução do medo do parto foi avaliada através de uma	O modelo de cuidados pré-natais aperfeiçoado é uma abordagem combinada de cuidados pré-natais individuais e em grupo (seis consultas pré-natais individuais e quatro em grupo com sessões ao longo da gravidez). O modelo de cuidados pré-natais aperfeiçoado foi eficaz na redução do medo do parto. O apoio prático evidente do companheiro ajudou a mulher primigesta a superar seus medos do parto e a desenvolver a confiança no parto de acordo com seus valores e expectativas socioculturais. O resultado do estudo sugere o papel positivo que os companheiros de parto podem desempenhar na

AUTORES ANO PUBLICAÇÃO PAÍS	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DE ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO	INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Munkhondya, Munkhondya, Chirwa & Wang (2020) Hungria	Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi	Avaliar a eficácia da integração do companheiro na preparação para o parto durante o final da gravidez para reduzir o medo do parto e melhorar a autoeficácia do parto, o apoio do companheiro de parto e outros resultados selecionados da gravidez em mulheres primigestas	Estudo quase-experimental	Primigestas	Na análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico para ciências sociais versão 25. Para as variáveis contínuas foi utilizado um teste independente de forma a comparar os dados de linha de base e medidas pós-teste entre os grupos de estudo. Para determinar se a intervenção da preparação para o parto com a integração do companheiro foi eficaz na diminuição do medo do parto enquanto aumenta a eficácia, foi utilizado a regressão linear simples.	redução do medo do parto, aumentando a autoeficácia do parto em primigestas.  Os resultados do estudo mostraram uma redução significativa do medo do parto, aumento da autoeficácia no parto e aumento do apoio social do companheiro de parto no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo. O envolvimento do companheiro na aceitação e consolidação das informações sobre o parto e a ter percepções positivas sobre o fenómeno da gravidez.
Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström (2019) Suécia	Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study	Compreender o efeito do aconselhamento por parte da parteira na gravidez e na promoção positiva do nascimento	Estudo de entrevista qualitativa com um desenho descritivo	Primíparas e múltiparas	A análise de Braun e Clark foi utilizada para analisar os dados da entrevista. Os códigos obtidos foram gerados manualmente através do conjunto de dados e agrupados em padrões significativos	O diálogo mútuo entre a parteira e a grávida, permitiu o desenvolvimento de suporte e estratégias de coping para a promoção de uma gravidez e parto positivos. As ferramentas transmitidas como técnicas de respiração e relaxamento, métodos para visualizar cenários positivos, gerir pensamentos de preocupação e ansiedade contribuíram positivamente para a redução do medo do parto e mencionaram que se sentiram mais preparadas para o momento. A informação que receberam das parteiras de aconselhamento foi crucial para a sensação de segurança e redução da incerteza.

AUTORES ANO PUBLICAÇÃO PAÍS	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DE ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO	INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
						A maioria das mulheres expressou que o aconselhamento e a experiência do seu parto contribuíram para a redução dos medos do parto. A preparação e, em alguns casos, o processamento através do aconselhamento deram às mulheres uma atitude melhor em relação ao parto e várias pensaram que essa preparação era uma parte importante de sua experiência de um parto positivo.
Firouzan, Kharaghani, Zenoozian, Moloodi & Jafari (2020) Irão	The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women	Avaliar a eficácia de uma intervenção psicoeducacional por parteiras (emoções do parto - procurando melhorar o medo expectante (BELIEF)) na redução do medo do parto e da autoeficácia entre as mulheres primigestas com medo do parto	Estudo randomizado	Primíparas entre os 18 e os 35 anos de idade	Os dados são analisados através do pacote estatístico para ciências sociais versão do software. O teste de Shapiro-Wilk indicou que as variáveis têm uma distribuição normal (valor de P de 0,12 a 0,34). A análise covariância unilateral entre grupos foi utilizada para determinar as diferenças entre os dois grupos em o medo do parto, autoeficácia no parto e preferência do parto	BELIEF é uma abordagem psicoeducacional de aconselhamento por telefone oferecida por parteiras, que ajuda as mulheres a desenvolverem um suporte individualizado para o presente e o futuro próximo, afirmando que os eventos negativos podem ser enfrentados com habilidades simples de resolução de problemas. O protocolo BELIEF melhora as atitudes das mulheres sobre sua capacidade de lidar com as dificuldades fisiológicas e emocionais normais do trabalho de parto e, assim, reduz o medo do parto. Além disso, essa intervenção ajuda as mulheres a compreenderem e aceitar a natureza imprevisível e dolorosa do parto. O estudo mostra que uma intervenção de aconselhamento psicoeducacional por parteiras pode ser eficaz na redução do medo do parto.
Karabulut, Potur, Merih, Mutlu Demirci (2016) Turquia	Does antenatal education reduce fear of childbirth?	Determinar o efeito da educação pré-natal sobre o medo do parto, aceitação da gravidez e identificação com o papel de maternidade	Estudo quase-experimental e prospectivo	Primíparas com idades superiores a 18 anos com idade gestacional entre 24 e as 28 semanas.	Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico para ciências sociais 15.0. A pontuação alfa de 0,05 foi aceita para significância estatística. O t-teste e o qui-quadrado foram utilizados para determinar as diferenças entre os grupos.	As mulheres grávidas que receberam educação pré-natal tiveram melhores níveis de aceitação da gravidez em comparação com as mulheres grávidas que não receberam educação pré-natal. De acordo com os resultados, um programa de educação pré-natal profissional e sistemático fornecido por parteiras pode reduzir o medo do parto.

AUTORES ANO PUBLICAÇÃO PAÍS	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DE ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO	INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Hildingsson, Karlström, & Larsson (2021) Suécia	Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project.	Investigar as experiências de parto de mulheres em relação a dados de histórico, resultado do parto e continuidade com uma parteira conhecida, em uma área rural da Suécia.	Estudo cohort experimental	Grávidas	As pontuações foram somadas para cada domínio e para o total da pontuação. As pontuações elevadas indicam maior satisfação com o Nascimento. As diferenças nas pontuações medias e desvios-padrão foram calculadas utilizando o t-test de Student ou a análise de variância. A confiabilidade foi verificada usando valores alfa Cronbach's para cada domínio, com intervalo de 0,81-0,91. O SPSS versão 25 foi utilizado na análise dos dados.	Medo do parto e uma preferência de parto diferente do vaginal foram associados a uma experiência de parto menos positiva. As mulheres que tiveram uma parteira conhecida eram mais propensas a ter uma experiência de parto positiva em geral, predominantemente no domínio suporte profissional. Os resultados mostraram que a presença de uma parteira conhecida durante o trabalho de parto e parto foi um fator importante, associando a uma melhor experiência de parto. Os resultados deste estudo mostraram que, apesar da percentagem baixa de mulheres que realmente tiveram a oportunidade de receber cuidados intraparto de uma parteira conhecida, aquelas que receberam a continuidade tinham maior probabilidade de ter uma experiência de parto positiva. Isso foi mais evidente em relação ao apoio profissional, que pode ser entendido como afirmando que a relação mulher- parteira é realmente importante.
Larsson, Rubertsson & Hildingsson (2020) Suécia	A modified caseload midwifery model for women with fear of birth, women's and midwives' experiences: A qualitative study	Examinar como as mulheres com medo do nascimento e as suas parteiras foram atendidas por um modelo de obstetria de carga de trabalho modificado	Estudo qualitativo por entrevista por meio de análise temática	Grávidas e Parteiras	A análise de dados da entrevista seguiu o método de Braun e Clark de análise temática. Padrões foram encontrados nos dados, gerando códigos que foram organizados em temas iniciais. Todos os códigos e temas foram comparados e reorganizados.	Modelos de continuidade de cuidados obstétricos são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para promover uma experiência positiva de parto. Como essas experiências são fatores importantes na redução, se não na prevenção do medo do nascimento, a continuidade do modelo de atendimento pode beneficiar as mulheres que sentem medo do parto. O tempo extra foi adaptado às necessidades das mulheres e o aconselhamento individualizado incluiu falar sobre os sentimentos das mulheres, causas do medo, informações sobre o processo de parto e estratégias de enfrentamento.

AUTORES ANO PUBLICAÇÃO PAÍS	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DE ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO	INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
						<p>Durante a consulta marcada com a parteira pré-natal, geralmente na 10ª semana de gravidez, todas as mulheres foram examinadas quanto ao medo do nascimento por meio do preenchimento da Escala de Medo do Nascimento (FOBS).</p> <p>As mulheres relataram que o aconselhamento com as parteiras forneceu respostas às suas dúvidas, o que contribuiu para a sensação de segurança.</p> <p>As descobertas sugerem que a adoção de um modelo de continuidade da assistência obstétrica pode ser uma opção para apoiar as mulheres com medo do parto e permitir que obtenham experiências positivas no parto.</p>
Çankaya & Şimşek (2020) Turquia	Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study	Investigar os efeitos da educação pré-natal sobre o medo do parto, depressão, ansiedade, estresse, autoeficácia no parto e modo de parto em gestantes primíparas	Ensaio clínico cego, prospetivo, controlado randomizado	120 Grávidas primíparas (60 grupo educação pré-natal e 60 grupo de controlo)	Questionário de Expetativa/Experiência do parto Wijma (W-DEQ-A) para avaliar o medo do Nascimento. Escala de likert de 6 itens.	<p>Após 4 semanas de educação pré-natal: Sintomas de depressão, ansiedade, stress e o medo do parto foram significativamente menores do que os do grupo de controlo. Verificou-se um aumento do autocontrolo, autoeficácia no parto e redução do medo do parto, depressão, ansiedade e stress durante a gravidez e pós-parto.</p> <p>As primíparas com educação pré-natal apresentaram baixo medo do parto tanto no período pré-natal quanto no pós-natal em comparação ao com o grupo controlo, sendo considerada uma estratégia para a redução do medo.</p>
Kurji, Khowaja, Shaheen, Mithani & Choudhry (2017) Paquistão	Exploring the fears of Pakistani Primi gravidas about Childbirth.	Investigar os medos sobre o parto	Desenho exploratório descritivo qualitativo	Primigestas	Os dados foram analisados pelo investigador principal. As gravações e as notas foram transcritas, traduzidas e revistas pela equipa de	Tanto as participantes que tiveram o curso de preparação para o nascimento como as que não tiveram referiram medo da morte durante o parto e de não ter o apoio do acompanhante e do profissional de saúde durante o parto.

AUTORES ANO PUBLICAÇÃO PAÍS	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DE ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO	INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
					pesquisa para precisão após cada entrevista. Os dados foram organizados em pastas com códigos atribuídos. Os temas foram formulados, categorizados e formados em subcategorias.	Medo dos cuidados, atitudes dos profissionais de saúde; Medo de o bebé ter deformidades físicas e congénitas; Medo de ir para cesariana se o trabalho de parto não progredir; Medo da dor; As participantes que não frequentaram as aulas, mas receberam apoio da equipa de saúde, mostraram-se menos ansiosas e expressaram satisfação com o processo de trabalho de parto.
Wigert, Nilsson, Dencker, Begley, Sparud-lundin, Mollberg & Patel (2020) Suécia	Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies.	Sintetizar a literatura qualitativa para aprofundar a compreensão das experiências das mulheres relativamente ao medo do parto	Pesquisa sistemática da literatura e uma meta-síntese que inclui 14 artigos qualitativos	Grávidas	Os dados foram analisados pelo investigador principal. As gravações e as notas foram transcritas, traduzidas e revistas pela equipa de pesquisa para precisão após cada entrevista. Os dados foram organizados em pastas com códigos atribuídos. Os temas foram formulados, categorizados e formados em subcategorias	Nulíparas descrevem medo do desconhecido, sem saber o que pode acontecer, uma vez que não têm experiência anterior de parto. Algumas mulheres tinham medo de perder o controlo de si mesmas durante o trabalho de parto e parto e gritar incontrolavelmente. Também temiam que os seus desejos não fossem realizados e a sua dignidade não fosse respeitada pelos profissionais Algumas das mulheres nulíparas temiam a dor durante o parto, devido à experiência de outras mulheres que tiveram dor intensa durante o parto. Esta preocupação em conseguir lidar com a dor, promovia os pedidos de cesariana. Medo por associarem um parto vaginal a lesões físicas e graves lacerações. O apoio, orientação da parteira e a promoção do envolvimento das mulheres no processo de nascimento através da transmissão de informações sobre o parto e alívio da dor no pré-natal permitiu o alívio do medo do parto; Fundamental uma preparação ativa no enfrentamento e controlo do medo do parto;

AUTORES ANO PUBLICAÇÃO PAÍS	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DE ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO	INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Hildingsson, Rubertsson, Karlström & Haines (2019) Suécia	A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care	Descrever e comparar o resultado do parto e a experiência de cuidados durante o parto entre mulheres com medo do parto que receberam cuidados durante o parto de uma parteira conhecida versus aquelas que não o fizeram.	Estudo Experimental	70 grávidas	Foi utilizada estatística descritiva para apresentar os dados. O tamanho do efeito foi calculado utilizando o d de Cohen para variáveis contínuas e o coeficiente Phi para variáveis categóricas	Técnicas de relaxamento e respiração para alívio do medo do parto, trabalhando em parceria com o próprio corpo. O medo também diminui quando sentem que são ouvidas, respeitadas pelas parteiras e através de um bom suporte aumentando a autoestima.  Mulheres que tinham uma parteira conhecida sentiam mais controlo, mais envolvimento na tomada de decisão e sentiam-se informadas. Um seguimento contínuo, pela mesma parteira, pode ser um meio para construir relacionamentos significativos onde as parteiras podem ouvir e agir sobre os desejos das mulheres e oferecer um atendimento altamente individualizado. Este estudo indica que ter acesso a uma parteira conhecida pode ter um impacto nas experiências de nascimento das mulheres.

## **Apêndice VII – Caracterização do contexto dos Ensinos Clínicos ER**

## Apêndice VII – Caracterização do contexto dos Ensinos Clínicos ER

A instituição tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, diferenciados e de qualidade em todo o ciclo de vida da pessoa e de acordo com as suas necessidades, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais em obediência aos princípios da qualidade, de eficiência e efetividade.

Para garantir um serviço eficiente e de qualidade, dispõe de uma equipa pluridisciplinar que é constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Dietistas, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Administrativos, Assistentes Operacionais, Auxiliares de Alimentação e Técnicos de Manutenção. A colaboração dos diferentes elementos da equipa passa pelo respeito, pela competência, autonomia, responsabilidade e valorização do papel desempenhado por cada um no seio da equipa.

A visão da instituição contém uma perspetiva íntegra da prestação de cuidados, assentando no seu incessante desenvolvimento e melhoramento técnico-científico nas valências em que é contemplado, na qualidade da assistência prestada aos clientes e na excelência da gestão clínica, suportados em sistemas de gestão de qualidade certificados, numa lógica de transparência e de responsabilização, de modo a tornar-se uma referência regional e nacional para centros desta extensão.

A instituição e os seus colaboradores, no progresso da sua atividade, têm a responsabilidade de executar determinados valores, nomeadamente uma política e intervenção baseadas na igualdade e equidade, suporte de relações na boa-fé, na clareza dos processos e procedimentos e na honestidade das decisões; cumprimento de incumbências e atividades, com interesse e eficiência, que lhes são confiadas e comprometimento na execução dos padrões de qualidade e de segurança, tendo em vista os melhores *outcomes*; garantir e solidificar um relacionamento correto e genuíno entre os seus colaboradores, de forma a ampliar o espírito de equipa e um forte sentido de coerência e promoção de companheirismo entre todo e finalmente desenvolver a perfeição técnica, através da ascensão de boas práticas profissionais e do seu imutável progresso

com recurso racional às recentes tecnologias, de acordo com os recursos disponíveis.

A respetiva instituição integra o sistema hospitalar da região, relacionando-se com as outras unidades de saúde e com os serviços homólogos dos hospitais afetos ao Serviço Nacional de Saúde, nos termos dos protocolos celebrados entre a Direção Geral dos Hospitais e a Direção Regional de Saúde que permitem assegurar o deslocamento de especialistas em valências carenciadas assim como o envio de doentes por forma a serem assistidos em hospitais especializados, assim como a transferências de doentes para apoio diferenciado, como é o caso de Neonatologia, pelo que em situação de prematuridade e de acordo com as situações em específico é efetuada a transferência para a hospitais diferenciados.

Também se articula com os centros de saúde das respetivas áreas geográficas.

Para efeitos de área de influência, envolve cerca de 35.000 habitantes, distribuídos pelas diversas ilhas. É igualmente um fator relevante a população oscilante, manifestando picos de afluência de maio a setembro, que depende da prestação de cuidados de saúde desta instituição.

Quanto ao serviço de Obstetrícia, onde realizei a maioria dos estágios incluídos na Unidade Curricular Estágio com Relatório, compreende o internamento de grávidas com patologias associadas à gravidez, sala de partos e puerpério.

O serviço divide-se em dois corredores, fisicamente interligados, compreendendo a área de internamento e o bloco de partos.

A área de internamento abrange medicina materno-fetal e puerpério, dispendo de doze camas, distribuídas por sete enfermarias, em que duas são de ocupação individual e com divisões sanitárias em cada. Também engloba um compartimento para a prestação de cuidados de higiene e conforto ao RN, sala de epidural, sala de observação, refeitório, sala de enfermagem, armazém, e uma sala de sujos e de limpos.

A área de bloco de partos contém duas salas de partos, sala de reanimação RN e cantinho de amamentação, no final do mesmo.

A instituição onde se insere o serviço de Obstetrícia é certificado como “Hospital Amigo dos Bebés” pela United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF), cumprindo com as 10 medidas nomeadas por este órgão para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

A média de partos por ano é cerca de 290. A população de grávidas é acompanhada no único hospital e unidade saúde ilha existente.

**Apêndice VIII – 1ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

## Apêndice VIII – 1ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER

PLANO DE SESSÃO			
<b>TÍTULO DA SESSÃO:</b> Técnicas respiratórias e relaxamento			
<b>DESTINATÁRIOS:</b> Grávidas no 3º trimestre			
<b>FORMADORA:</b> Mestranda do 11º MESMO da ESEL Patrícia Pimentel			
<p><b>OBJETIVO GERAL:</b> Transmitir conhecimentos às grávidas sobre as técnicas respiratórias e de relaxamento como uma estratégia para a minimização dos medos e ansiedades sobre o parto.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre os benefícios das técnicas respiratórias e de relaxamento durante a gravidez e o trabalho de parto;</li> <li>- Informar sobre a utilização das técnicas respiratórias e de relaxamento enquanto estratégia não farmacológica para alívio da dor no trabalho de parto e parto;</li> <li>- Identificar as técnicas respiratórias como estratégia facilitadora da progressão do trabalho de parto e parto;</li> <li>- Promover segurança, tranquilidade e autocontrolo da grávida para uma experiência positiva do parto.</li> </ul>			
<b>DATA:</b> 05/02/2021 28/05/2021	<b>DURAÇÃO:</b> 120 minutos	<b>LOCAL:</b> Estúdio de Pilates	<b>HORÁRIO:</b> 17h30 às 19h30 14h00 às 16h00

MÓDULOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	TEMPO
Apresentação	-Objetivos; -Acolhimento com exercício de relaxamento.	Expositivo/ Participativo  Videoprojector Computador Coluna de áudio Tapetes de yoga Almofadas Bolas de nascimento Papel Canetas Aromoterapia	15 min
Técnicas respiratórias e relaxamento na gravidez e no TP	-Utilização das técnicas respiratórias e relaxamento; -Vantagens das técnicas respiratórias e relaxamento; -Técnica respiratória promotora de autocontrolo, tranquilidade e facilitadora do desenvolvimento do trabalho de parto; -Prática através da utilização das técnicas respiratórias e de relaxamento.		? min
Conclusão	-Automassagem; -Esclarecimento de dúvidas; -Momento de partilha.		? min
Discussão	-Avaliação dos conhecimentos apreendidos.		5 min

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
Unidade Curricular: Estágio com Realínio

# TÉCNICAS RESPIRATÓRIAS E RELAXAMENTO

Docente:  
Patrícia Alexandra Silva Pimentel

Docente Orientador:  
Marta Lúcia Soto-Mayor de Carvalho Pinto

Março, Inverno de 2021

1

# BEM VINDAS

(CASULO DA CALMA)



Imagem: <https://istock.com/pixabay/Imagem-de-herbicidas-animais-88713377>

2

# TÉCNICAS RESPIRATÓRIAS E RELAXAMENTO

"Jamais encontrei templo tão abençoado como o meu próprio corpo" SAHARA



Imagem: <https://www.istock.com/pixabay/Imagem-de-gravidez>

3

# TÉCNICAS RESPIRATÓRIAS E RELAXAMENTO

"Jamais encontrei templo tão abençoado como o meu próprio corpo" SAHARA



Imagem: <https://www.istock.com/pixabay/Imagem-de-gravidez>

4

## BENEFÍCIOS

- Tornam o trabalho de parto e o parto num momento sereno e menos angustiante;
- Promovem a sensação de bem-estar, positivismo, tranquilidade e confiança nas suas capacidades para o trabalho de parto e parto;
- Técnica não farmacológica de alívio da dor;
- Melhora circulação do útero e consequentemente melhor oxigenação para o bebé;

5

## BENEFÍCIOS

- Melhora a eficiência dos pulmões e permite que o oxigénio chegue completamente ao cérebro;
- Diminui a tensão relaxando toda a musculatura do corpo;
- Diminui a ansiedade e os medos;
- Melhora o progresso do trabalho de parto.

6

## COMO RESPIRAR?

**RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA:**  
Mais saudável, mais simples e mais efetiva no controlo do stress e ansiedade;

**RESPIRAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO:**  
Dilatação  
Período Expulsivo



Respiração

Imagem: <https://www.istock.com/pixabay/Imagem-de-respiracao>

7

## VOCALIZAÇÃO

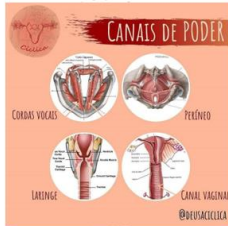
O grito do parto não é um grito de sofrimento

Exteriorização de energia corporal, uma forma de aliviar a tensão do momento e ganhar forças;

Relaxar os maxilares conseguimos relaxar os músculos da pélvis;

Os músculos do maxilar relaxam precisamente quando abrimos a boca e vocalizamos sons graves;

Forçar o silêncio é cerrar a boca, contrair os músculos do maxilar e consequentemente contrair o perineo, dificultando a descida do bebé.



CANAIS DE PODER

CORDES VOCAIS

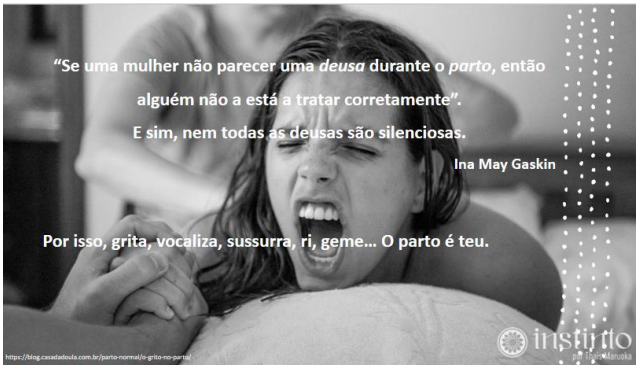
PERÍNEO

LARINGE

CANAL VAGINAL

@BEMSAÚDE

8



9



10



**SUGESTÕES PARA REDUZIR OS EFEITOS PREJUDICIAIS DA ANSIEDADE E DO MEDO EM SI E NO SEU BEBÊ**

- Quando te sentires mais ansiosa, inspira e expira de forma prolongada e lenta, sente que estás a introduzir oxigénio no corpo e imagina que ele infunde-se no teu bebé.
- Reservar todos os dias algum tempo para descontrair tranquilamente, ouvir áudios motivadores, de esperança e empoderadores.
- Faz caminhadas em contacto com a Natureza
- Banho em água quente e relaxante, podes incluir aromaterapia
- Ouvir música que te faça sentir feliz e tranquila
- Procurar aconchego junto do teu companheiro ou de um(a) amigo(a)/familiar próximo
- Faz algum tipo de exercício diariamente
- Faz automassagem ou pede ao teu companheiro que faça uma massagem
- Faz momentos de relaxamento

**Apêndice IX – 2ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

**Apêndice IX – 2ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

<b>PLANO DE SESSÃO</b>			
<b>TÍTULO DA SESSÃO:</b> “Encontrar o silêncio” - Libertar a ansiedade e o medo			
<b>DESTINATÁRIOS:</b> Grávidas no 3º trimestre			
<b>FORMADORA:</b> Mestranda do 11º MESMO da ESEL Patrícia Pimentel			
<b>OBJETIVO:</b> Desmistificar preocupações e medos relativamente ao trabalho de parto e parto.			
<b>DATA:</b> 12/02/2021 5/06/2021	<b>DURAÇÃO:</b> 120 minutos	<b>LOCAL:</b> Estúdio de Pilates	<b>HORÁRIO:</b> 17h30 às 19h30 10h00 às 12h00

<b>MÓDULOS</b>	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TEMPO</b>
Apresentação	-Objetivos; -Acolhimento com relaxamento.	Expositivo/ Participativo  Videoprojector Áudio Computador Tapetes de yoga Almofadas Bolas de nascimento Papel Caneta Imagens Aromoterapia	15 min
Libertar a ansiedade e o medo	-Lista de controlo para um parto consciente; - Partilha de medos e ansiedades sobre o parto; -Exercício “O que ocupa a tua mente”; -Exercício com técnicas respiratórias e relaxamento.		? min
Conclusão	-Automassagem; -Esclarecimento de dúvidas Momento de partilha		? min
Discussão	Avaliação dos conhecimentos apreendidos		5 min

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
Unidade Curricular Estágio com Relatório

**ENCONTRAR O SILÊNCIO**  
"Libertar a ansiedade e o medo"

Docente:  
Fátima Rosalinda Silva Pimentel  
Docente Orientador:  
Nelson Luís de Sousa Moura de Carvalho Pinto

Marta, fevereiro de 2022

1

**BEM VINDAS**  
(CASULO DA CALMA)

Imagem: <https://istock.com/pix/Photos/Casulo-Colorido-Imagem-vetorial-5915337>

2

**LISTA DE CONTROLO PARA UM PARTO CONSCIENTE**

- Disponho de toda a informação que necessito relativamente ao trabalho de parto e parto?
- Estou consciente dos meus medos e preocupações e sou capaz de os comunicar ao profissional de saúde, à família e a mim própria?
- Confio profundamente nas pessoas que me irão apoiar durante o parto?
- Reconheço e aceito que haverá alturas durante o parto em que não terei o controlo da situação?
- Sei que não há problema em gritar durante o parto?
- Sei que posso trabalhar com o meu corpo durante as contrações?
- Sei que a parteira irá colaborar comigo no trabalho de parto e parto?

3

"Tudo aquilo em que a sua mente acreditar, acontecerá"

© 2019 WELBIO & SCS, S.L. BILBAO

4

**LIBERTAR A ANSIEDADE E O MEDO DO PARTO**

```

    graph LR
      A[Mudança interior] --> B[Transição e transformação profundas]
      B --> C[Experiência que nos fortalece]
      A --> D[Acontecimento normal e natural]
      D --> E[Oportunidade de descobrir a força e a sabedoria inerentes aos nossos corpos]
      E --> F[Soltar medos inconscientes]
    
```

5

**EXERCÍCIO**  
"O que ocupa a tua mente"

Imagem: <https://istock.com/Photos/Exercício-Para-uma-Mulher-NASCIDA-Imagem-5883007>

6

**EXERCÍCIO**

<http://casulo.400.com/br/imagens-a-palavra-que-e-o-casulo-Me-com-o-ato-do-parto-estágio/>

Eu estou calma, confiante e tranquila;

Eu aprendo a cada dia;

Eu consigo controlar os meus medos e as minhas ansiedades;

Cada dia que passa é uma nova aprendizagem;

Eu sou forte o suficiente para passar pelos obstáculos que surgem;

Eu estou pronta para o meu parto suave e gentil;

O meu corpo sabe o que fazer;

O meu corpo é forte;

Eu relaxo no parto;

"Ao longo da minha vida há coisas que me dizem que nunca esqueço, e como se o meu subconsciente as guardasse para que quando chegasse a altura certa as pudesse utilizar.

E estava há bocado a lembrar-me de uma coisa que a minha avó me disse quando eu estava grávida e quase a ter o meu terceiro filho. Eu sempre tive medo dos partos. Tive os meus três filhos sem epidural e de todos sentia medo quando se aproximava o momento. Tinha medo das dores ou de que alguma coisa não corresse bem. E quem já teve filhos, sabe bem que parir não é pera doce.

Então, quando eu estava quase a ter o terceiro filho, fui visitar a minha avó e ela disse-me: filha, não adianta teres medo ou lutares contra as contrações, aceita-as. Uma a uma. É o teu corpo a preparar-se. E no dia em que ele nasceu eu lembrei-me das palavras dela e aceitei, não lutei contra nenhuma, respirei e sorri. E hoje guardo memórias fantásticas do nascimento do meu filho. Foi um parto calmo, em que apreciei cada momento, até mesmo as dores das contrações. E hoje aplico isso mesmo a outros obstáculos, aceito-os. Choro se me apetece, mas aceito-os, fazem parte da minha vida e permite-me crescer e aprender."

Ana Silvestre

9



10



11

**Apêndice X – 3ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

**Apêndice X – 3º Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

<b>PLANO DE SESSÃO</b>			
<b>TÍTULO DA SESSÃO:</b> Fisiologia do trabalho de parto e parto			
<b>DESTINATÁRIOS:</b> Grávidas no 3º trimestre			
<b>FORMADORA:</b> Mestranda do 11º MESMO da ESEL Patrícia Pimentel			
<b>OBJETIVO:</b> Transmitir conhecimentos às grávidas sobre a fisiologia do trabalho de parto e parto. <b>Objetivos específicos:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a anatomia da grávida;</li> <li>- Identificar os sinais que antecedem o trabalho de parto;</li> <li>- Compreender as fases do trabalho de parto;</li> <li>- Reconhecer o momento ideal para ir para o hospital;</li> <li>- Promover segurança, confiança, conforto e autocontrolo nas grávidas enquanto se preparam para o trabalho de parto e parto</li> </ul>			
<b>DATA:</b> 20/02/2021 12/06/2021	<b>DURAÇÃO:</b> 120 minutos	<b>LOCAL:</b> Estúdio de Pilates	<b>HORÁRIO:</b> 17h30 às 19h30 10h00 às 12h00

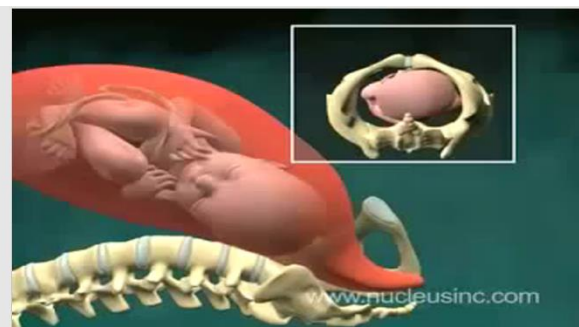
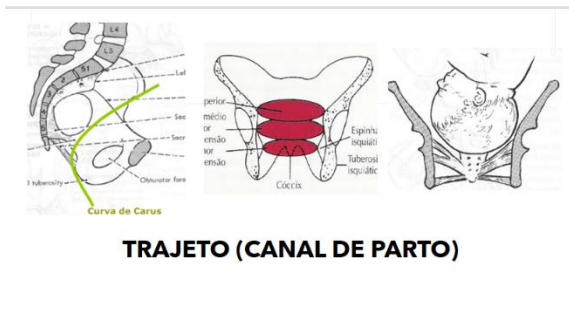
<b>MÓDULOS</b>	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TEMPO</b>
Apresentação	-Objetivos; -Acolhimento com relaxamento.	Expositivo/ Participativo  Videoprojector Áudio Computador Tapetes de yoga Almofadas Bolas de nascimento Papel Canetas Aromoterapia	15 min
Trabalho de parto e parto	-Anatomia da grávida; -Sinais que antecedem o trabalho de parto; -Períodos e fases do trabalho de parto; -Analgesia epidural: Vantagens e desvantagens -Momento ideal para ir para hospital; -Tipos de Parto; -Visualização de vídeos.		? min
Conclusão	-Esclarecimento de dúvidas; -Momento de partilha		? min
Discussão	-Avaliação dos conhecimentos apreendidos		5 min



2

**FATORES QUE INFLUENCIAM O TP**

- o Bebê e a placenta;
- o Canal de parto;
- o Contrações uterinas e esforços expulsivos maternos;
- o Posição da mulher;
- o Resposta psicológica + acompanhante



5

6

**ROLHÃO MUCOSO**

**SINAIS QUE ANTECEDEM O TRABALHO DE PARTO**

- Insinuação "Descida"
- Aumento do exsudado vaginal esbranquiçado
- Rolhão mucoso
- Mais energia/repouso
- Ruptura da bolsa de águas
- Contrações Braxton-Hicks

**CONTRAÇÕES BRAXTON HICKS**

- o Irregulares
- o Indolores/tipo cólica menstrual
- o Ligeira alteração do colo do útero

### TRABALHO DE PARTO

**Falso**

- o Contrações em diferentes zonas
- o Umaz vezes fortes, outras fracas
- o Irregulares
- o Param em repouso ou após o duche
- o Não dilatam o colo do útero

**Verdadeiro**

- o Mais localizadas abaixo da barriga com irradiação
- o Gradualmente sempre mais fortes
- o Regulares, com intervalos curtos
- o Não param com repouso ou duche, apenas aliviam
- o Levam à dilatação do colo do útero



<https://www.instagram.com/katleglass/>



### Monitorização fetal intraparto

<https://www.novobornado.com/artefotografica-o-que-e-como-funciona-e-para-que-servir/>

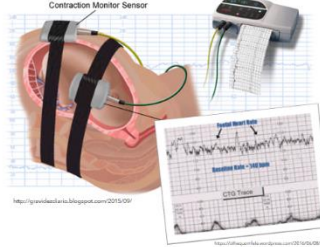
10

### CTG

- o Frequência cardíaca do bebé
- o Variabilidade do traçado
- o Contrações uterinas


**External Fetal Heart Rate Monitoring**

Contraction Monitor Sensor



<https://www.bebelife.blogspot.com/2015/09/>

epuradas, pulso e pressão que descaiam, relaxe e se mantenha focalizada;



19

### FASES DO TRABALHO DE PARTO E PARTO



<https://www.instagram.com/katleglass/>

- APAGAMENTO E DILATAÇÃO
- PERÍODO EXPULSIVO
- DEQUITADURA
- PÓS-PARTO IMEDIATO

-Lombalgias no puerpério:

20

### APAGAMENTO E DILATAÇÃO

Fase Latente

Fase Ativa



<https://blog.novobornado.com/2016/03/01/10-sinais-que-estao-ocorrendo-no-trabalho-de-parto/>

13

### Fase Latente

- o Demora horas a dias
- o 20h primípara
- o 14h multipara
- o Até 4 cm dilatação
- o Algum ritmo e incómodo



<https://www.aceferreras.com/2017/06/20/10-sinais-que-estao-ocorrendo-no-trabalho-de-parto-e-2-como-saber-o-haber/>


14

### Fase Ativa

- o Intervalos curtos
- o 5 aos 10 cm dilatação
- o Contrações mais fortes e mais longas
- o Momento introspeção, seguir instinto
- o 12h primíparas
- o 10h multipara



### AS FERRAMENTAS...





**POSIÇÕES VERTICAIS**  
(andar de pé, sentada, de cócoras ou quatro apoios)

- Promovem o conforto;
- Favorecem a descida do feto (ação da força da gravidade);
- Encurtam o TP (contrações uterinas mais eficazes);
- Reduzem a incidência de compressão do cordão;
- Favorecem a circulação sanguínea entre o útero e a placenta;
- Estimulam o **Reflexo de Ferguson**

17

## Respirar...

**Respiração Ascendente**

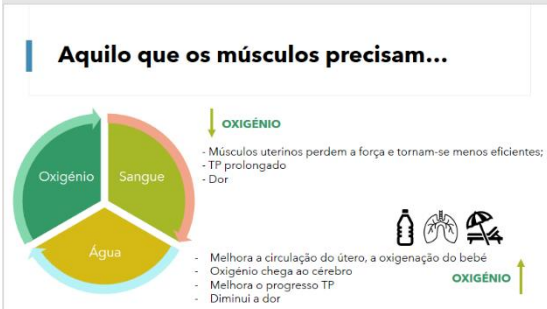
- Reduz a frequência cardíaca
- Ajuda a relaxar

**Inspira em 1,2,3,4**  
**Expira em 2,3,4,5,6,7,8**



18

## Aquilo que os músculos precisam...



**OXIGÊNIO**

- Músculos uterinos perdem a força e tornam-se menos eficientes;
- TP prolongado
- Dor

**OXIGÊNIO**

- Melhora a circulação do útero, a oxigenação do bebé
- Oxigénio chega ao cérebro
- Melhora o progresso TP
- Diminui a dor



**HORMONAS**

**Reflexo de Fuga ou Luta**

Embora num ambiente entendido racionalmente como seguro para o parto, pode haver sinais que levem a uma sensação de "perigo", levando a mulher a produzir hormonas (**adrenalina**), que lhe permitam a "FUGA ou LUTA" - Bloqueando a produção das hormonas necessárias para o parto, como a **ocitocina**...

## Montanha russa hormonal



**Medo** → **Tensão** → **Dor**

VAMOS INTERROMPER O CICLO...COMO?

21



**COCKTAIL DE HORMONAS DO AMOR**

<https://www.dic.net.au/cocktail-hormonal-modifica-que-se-leva-a-ugar-tou/10049534>

22

## COCKTAIL DE HORMONAS DO AMOR

- Privacidade**
- Intimidade**
- Confiança**
- Conforto**
- Acompanhamento**



**OCITOCINA**

- Responsável pelas contrações uterinas;
- Importante para a vinculação com o bebé;
- Proporciona uma euforia natural;
- Ajuda à expulsão da placenta;
- Responsável pelo reflexo de ejeção do leite.

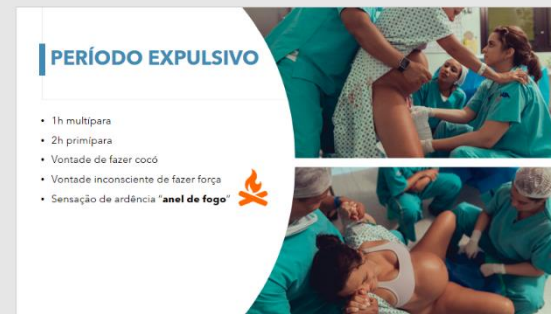
**ENDORFINAS**

- Estimuladas pelo sentido do tato e por massagens suaves;
- Analgésico natural;
- Promovem bem-estar!

**LIGADAS À OCITOCINA**

## PERÍODO EXPULSIVO

- 1h multipara
- 2h primipara
- Vontade de fazer cocó
- Vontade inconsciente de fazer força
- Sensação de ardência "anel de fogo"



**POSIÇÃO SEMI INCLINADA E LATERAL**

25

**POSIÇÕES VERTICALIZADAS**

26

**Respirar...**

**Respiração Descendente**

- Não há contagem envolvida;
- Inspirar rápida e profundamente pelo nariz, enchendo os pulmões;
- Expirar pela boca, canalizar essa expiração pelo corpo.

27

**DEQUITADURA**

- Contrações menos dolorosas
- Em média dura 5 a 30 min

28

**PÓS-PARTO IMEDIATO**

29

**ANALGESIA EPIDURAL**

30

**ANALGESIA EPIDURAL**

- o Administrada a nível da lombar entre a L3-L4 e L4-L5
- o Alivia a dor na parte inferior do corpo
- o Atua em 20 minutos e pode ser "reforçada"
- o Administrada na fase ativa do trabalho de parto, quando a grávida apresenta contrações dolorosas
- o Pode sentir calor, sensação de peso nas pernas e de formigamento

31

**ANALGESIA EPIDURAL**

**VANTAGENS:**

- o Permite que consiga descansar caso o seu parto seja prolongado
- o Alivia o desconforto do parto
- o Na cesariana, a epidural permite que fique acordada, e no recobro, ajuda no alívio da dor
- o Quando as técnicas naturais já não forem suficientes para ajudar a aliviar as dores do parto, ou incapazes de combater a exaustão, a epidural poderá permitir que descanse, relaxe e se mantenha focalizada;

32

## ANALGESIA EPIDURAL

### DESVANTAGENS:

- o Não deve ser administrada na fase latente
- o Pode diminuir a TA e consequentemente provocar tonturas e náuseas
- o 1% pode experimentar dor de cabeça intensa (fuga do líquido espinal)
- o Requer monitorização da mãe do bebé, pelo menos na primeira meia hora
- o Terá de ficar detida (**Poderá diminuir a progressão TP**);
- o Poderá dificultar no período expulsivo (**Maior risco de instrumentos**)
- o Lombalgias no puerpério;



33

## Tipos de parto



34

## TIPOS DE PARTO

### NORMAL

### INDUZIDO

### INSTRUMENTAL

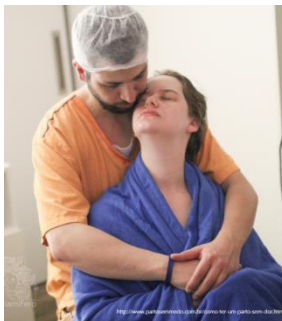
#### FÓRCEPTS

#### VENTOSA

#### CESARIANA

## Normal

- o Início de trabalho de parto espontâneo;
- o Parto por via vaginal;
- o Pode ou não ter intervenções;
- o Traz inúmeros benefícios para a mãe e o bebé.
- o Respeito pela fisiologia, natureza e o tempo da mãe e do bebé.



### BENEFÍCIOS

- o Recuperação materna mais rápida;
- o Menos dor no pós-parto;
- o Na passagem pelo canal vaginal o bebé adquire várias bactérias maternas que fortalecem o sistema imunitário;
- o Menor risco de doenças respiratório no bebé;
- o Menor tempo de internamento (48h/2dias);
- o Favorece o vínculo, o contato pele a pele da mãe com o bebé e a amamentação;
- o Menor ocorrência de depressão pós-parto.

37



### DESVANTAGENS

- o Existe um risco de traumatismos durante a passagem pelo canal vaginal.

38

## LACERAÇÕES

"rasgo" natural, pelo estiramento dos tecidos

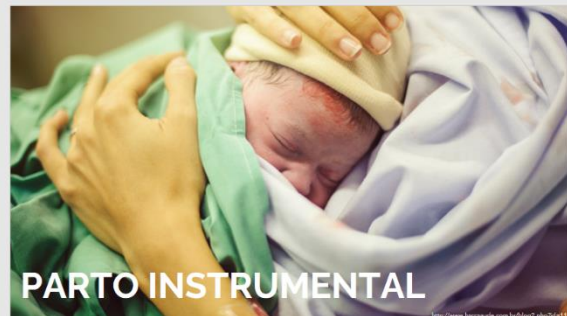
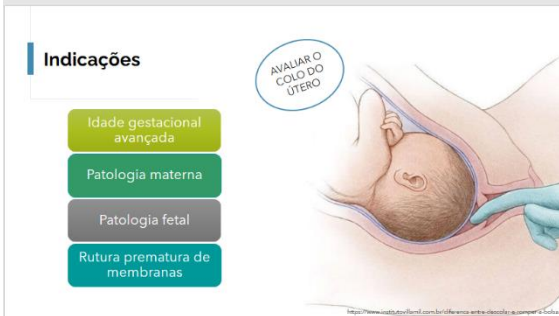




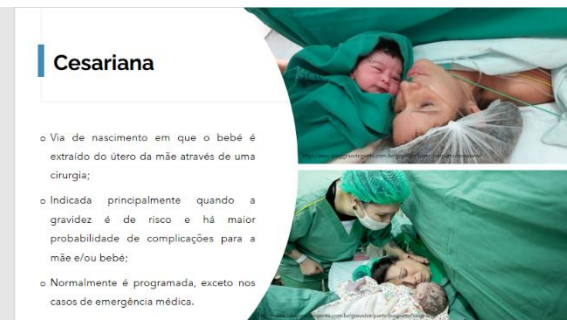
41



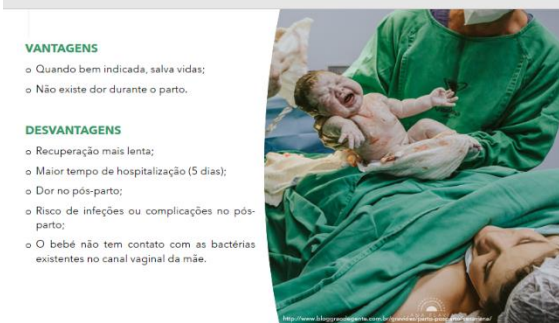
42



45



46





**ANESTESIA**

49



**Em qualquer tipo de parto:**

- o Importante o contacto pele a pele o mais precoce possível
- o Clampagem do cordão não inferior a 1 minuto ou após parar de pulsar



<https://www.gestaoefidel.com.br/comunicacao/obstetricia/obstetria/>

50



**NAScer É SEMPRE UM FENÔMENO NORMAL, A VIA OU O TIPO DE PARTO PODEM MUDAR.....E ESTÁ TUDO BEM!**



**EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA**

**Apêndice XI – 4ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

## Apêndice XI – 4ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER

<b>PLANO DE SESSÃO</b>			
<b>TÍTULO DA SESSÃO:</b> Massagem perineal			
<b>DESTINATÁRIOS:</b> Grávidas no 3º trimestre			
<b>FORMADORA:</b> Mestranda do 11º MESMO da ESEL Patrícia Pimentel			
<b>OBJETIVO GERAL:</b> Transmitir conhecimentos às grávidas sobre a massagem perineal. <b>Objetivos específicos:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a anatomia genital feminina;</li> <li>- Informar sobre os benefícios da massagem perineal;</li> <li>- Informar sobre a utilização da técnica de massagem perineal;</li> <li>- Promover segurança, tranquilidade e autocontrolo da grávida para uma experiência de parto positiva.</li> </ul>			
<b>DATA:</b> 24/02/2021 15/06/2021	<b>DURAÇÃO:</b> 45 minutos	<b>LOCAL:</b> Estúdio de Pilates	<b>HORÁRIO:</b> 17h30 às 18h15 10h00 às 12h00

<b>MÓDULOS</b>	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TEMPO</b>
Apresentação	-Objetivos; -Acolhimento com exercício de relaxamento.	Expositivo/ Participativo	10 min
Técnicas naturais de alívio da dor	- Anatomia da região genital feminina; -Massagem perineal e vantagens; -Treino com as grávidas da técnica de massagem perineal.	Videoprojector Computador Coluna de áudio Tapetes de yoga Almofadas Bolas de nascimento	? min
Conclusão	-Automassagem; -Esclarecimento de dúvidas; -Momento de partilha.	Papel Canetas Aromoterapia	? min
Discussão	-Avaliação dos conhecimentos apreendidos.	Modelo de vulva para treino	2 min



**VAMOS PRATICAR...**

1º um polegar e com o passar do tempo podem colocar os dois polegares no interior vagina, os restantes dedos vão apoiar por fora

Pressão no sentido descendente

Cuidado não fazer muita pressão até provocar dor

Ideal 5/10 min por dia

9

**O QUE POSSO SENTIR...**

- Sensação pressão
- Alongamento
- No princípio ligeira ardência

**NÃO DOR!!**



10

**AUTOCONHECIMENTO**

*Jamais encontrei templo tão abençoado como o meu próprio corpo " SAHARA*



**Apêndice XII – 5ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER**

## Apêndice XII – 5ª Sessão de formação às grávidas realizada no âmbito do projeto do ER

<b>PLANO DE SESSÃO</b>			
<b>TÍTULO DA SESSÃO:</b> Técnicas naturais de alívio da dor			
<b>DESTINATÁRIOS:</b> Grávidas no 3º trimestre			
<b>FORMADORA:</b> Mestranda do 11º MESMO da ESEL Patrícia Pimentel			
<b>OBJETIVO GERAL:</b> Transmitir conhecimentos às grávidas sobre as técnicas naturais de alívio da dor. <b>Objetivos específicos:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre os benefícios das técnicas naturais de alívio da dor;</li> <li>- Informar sobre a utilização das técnicas naturais de alívio da dor;</li> <li>- Promover segurança, tranquilidade e autocontrolo da grávida para uma experiência de parto positiva.</li> </ul>			
<b>DATA:</b> 27/02/2021 16/06/2021	<b>DURAÇÃO:</b> 120 minutos	<b>LOCAL:</b> Estúdio de Pilates	<b>HORÁRIO:</b> 17:30 às 19h30 10h00 às 12h00

<b>MÓDULOS</b>	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TEMPO</b>
Apresentação	-Objetivos; -Acolhimento com exercício de relaxamento.	Expositivo/ Participativo  Videoprojector Computador Coluna de áudio Tapetes de yoga Almofadas Bolas de nascimento Papel Canetas Aromoterapia	15 min
Técnicas naturais de alívio da dor	-“A dor ou o medo da dor?” - Estratégias para lidar com a dor no trabalho de parto e parto; -Vantagens das técnicas naturais de alívio da dor; -Treino com as grávidas através da utilização de algumas técnicas de alívio da dor (bola pilates, mobilidade pélvica, exercícios pélvicos).		? min
Conclusão	-Automassagem; -Esclarecimento de dúvidas; -Momento de partilha.		? min
Discussão	-Avaliação dos conhecimentos apreendidos.		5 min



1

## A DOR OU O MEDO DA DOR?

- A dor da contração é inevitável, mas o sofrimento é opcional;
- É um caminho a percorrer;
- Mentalize-se que cada contração é uma a menos para o momento do tão esperado encontro;
- Confiar na capacidade do seu corpo;
- Lidar com a dor exige expansão em entrega;

Não é que a dor não exista ou que seja fácil transformá-la em prazer. É importante recolher e compreender o máximo de informação sobre o nosso corpo, para a partir daí reconhecer os sinais, os limites, as necessidades, o que está a fluir bem e o que está a ser difícil ou desagradável.



2

"Ao longo da minha vida há coisas que me dizem que nunca esqueço, é como se o meu subconsciente as guardasse para que quando chegasse a altura certa as pudesse utilizar.

E estava há bocado a lembrar-me de uma coisa que a minha avó me disse quando eu estava grávida e quase a ter o meu terceiro filho. Eu sempre tive medo dos partos. Tive os meus três filhos sem epidural e de todos sentia medo quando se aproximava o momento. Tinha medo das dores ou de que alguma coisa não corresse bem. E quem já teve filhos, sabe bem que partir não é pera doce.

Então, quando eu estava quase a ter o terceiro filho, fui visitar a minha avó e ela disse-me: filha, não adianta teres medo ou lutares contra as contrações, aceita-as. Uma a uma. É o teu corpo a preparar-se. E no dia em que ele nasceu eu lembrei-me das palavras dela e aceitei, não lutei contra nenhuma, respirava e sorria. E hoje guardo memórias fantásticas do nascimento do meu filho. Foi um parto calmo, em que apreciei cada momento, até mesmo as dores das contrações. E hoje aplico isso mesmo a outros obstáculos, aceito-os. Choro se me apetecer, mas aceito-os, fazem parte da minha vida e permite-me crescer e aprender."

Ana Silvestre



5

## RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO

- Liberta tensão existente em todos os pontos do corpo;
- Ajuda a manter concentração, calma e energia;



6

## ÁGUA E CALOR

- Promove o relaxamento;
- Reduz a ansiedade estimulando a produção de endorfinas (hormonas que produzem bem-estar);
- Melhora a perfusão uterina e encurta o período de dilatação;
- Aumenta a sensação de controlo da dor e a satisfação;
- A aplicação de calor local diminui a rigidez muscular, reduz o espasmo muscular e aumenta a flexibilidade dos tecidos.



## MASSAGEM

- Promove um relaxamento dos músculos tensos com sensação de conforto;
- Melhora a circulação sanguínea, libertando analgésicos naturais do corpo;
- Acalma e reduz o stress;
- Pode ser sob forma de carinho, vigorosas ou pressão com as mãos.



## ACUNPUNTURA/ACUPRESSÃO



10

### LIBERDADE DE MOVIMENTOS

- Posição vertical na primeira fase do TP diminui a dor;
- Menor necessidade de analgesia epidural;
- Menos alterações do padrão da FCF;
- Permitem que o bebé tenha o máximo espaço possível na pelve;
- Durante as contrações uterinas aumenta o conforto e melhora o progresso do TP.



## Mobilidade pélvica



13

## BOLA PILATES

- Promove o posicionamento ideal e a redução da dor durante as contrações uterinas;
- Alivia o stress e a tensão (a superfície macia a bola pode proporcionar suporte para o perineo e/ou para a região lombar);
- Encurta a 1ª fase de TP;
- Menor necessidade de analgesia epidural;
- Menor probabilidade de partos distócos ou cesarianas;
- Maior conforto, por adoção de posições mais confortáveis no decorrer do TP;
- Facilita o encaixe e descida do bebé;



14

## EXERCÍCIOS PÉLVICOS



[https://www.instagram.com/la\\_biblioteca\\_que\\_e\\_gestante/](https://www.instagram.com/la_biblioteca_que_e_gestante/)



<https://www.viva.com.br/health/554527-posicao-da-gravida-que-podem-ajudar-a-cuidar-dos-fetos-e-bem-estar-como-faca>



**Apêndice XIII – E-book “Como lidar com a dor no trabalho de parto”**

## Apêndice XIII – E-book “Como lidar com a dor no trabalho de parto”



<https://meupart.com/blog/gravidez-saudavel/gentlebirth-metodo-ajuda-lidar-dor-do-parto/>

### GUIA PARA UM PARTO TRANQUILO E PODEROSO

Cada parto é um acontecimento muito pessoal, refletindo as percepções, convicções, experiências e escolhas da mulher.

Para que uma gravidez e um parto sejam bem-sucedidos é essencial uma preparação e orientação física e psicológica que responda às necessidades de cada mulher/casal.

Dar à luz um bebê é provavelmente a experiência física e emocional mais poderosa que pode haver na vida de uma mulher. Após os nove meses de desenvolvimento, o bebê está pronto a abandonar o casulo de amor que é o seu útero, para dar entrada no mundo, através do seu corpo.

Um parto consciente reconhece a honra de trazer ao mundo esse ser.

A chegada do tão esperado dia poderá trazer alguns receios quanto a obstáculos que poderá ter de superar. No entanto é importante que saiba uma coisa, mesmo que as sensações do trabalho de parto sejam intensas, isso não significa que precisa ser um momento de sofrimento. Muito pelo contrário.

Cada mulher sente e controla a dor de forma diferente, pelo que cada uma vai vivenciar o parto de forma única.

Existem diversos métodos naturais para lidar com as contrações e algumas podem ser melhores para si do que outras.

Uma adequada preparação começa pela prática diária de algumas estratégias que a façam desenvolver segurança, confiança e autocontrolo para que se sinta preparada para o dia em que o seu bebê estiver pronto para entrar na sua vida.

Com carinho,  
Patrícia Pimentel



## 1. LIBERDADE DE MOVIMENTO

Quando as contrações começarem evite ficar na mesma posição mais de 1 hora seguida, tente mudar de posição a cada 15-30 minutos, pois tem o benefício de ajudar a esquecer momentaneamente a dor.

Evite ficar deitada de costas com a barriga para cima. Esta posição para além de ser pouco confortável, pode diminuir o fluxo de sangue para o bebé e obriga a fazer uma maior força abdominal do que faria sentada ou em pé, aumentando a dor.

Em vez disso, procure uma posição mais confortável que permita um alívio da dor. Pode caminhar entre as contrações, dançar, balançar suavemente para os lados, se sentir vontade, uma vez que estimula e acelera o processo, ajudando o bebé a descer ao longo da bacia.

Algumas posições facilitam o processo. Sentar na bola de pilates, na cadeira, inclinada na cama, em pé, agachada ou pendurada em alguém ajuda a acelerar todo o processo.

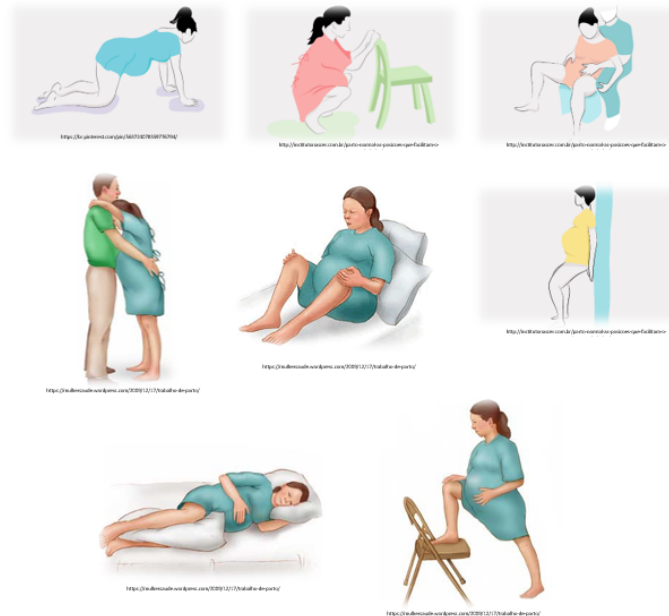
Pode descansar deitada de lado, pois ajuda a reduzir a pressão sobre o períneo. A posição de quatro apoios ("de gatas") ou inclinada para a frente ajuda o bebé a girar no interior da bacia e a posicionar-se melhor.

Existem muitos acessórios que podem ajudar a encontrar uma posição confortável, seja a bola de pilates, uma cadeira ou simplesmente almofadas.

Não hesite em experimentar várias coisas até que encontre o que funciona melhor consigo e o que a faz sentir mais confortável e com alguma melhoria da dor.

### CADA MULHER É ÚNICA!

Exemplos:



Sinta o seu corpo a pedir para mexer, agachar, balançar....

## 2. RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO

Como já sabemos o parto é um evento que provoca nas mulheres o aumento dos níveis de ansiedade e medo. Estes por sua vez podem causar tensão muscular que agravam a percepção da dor.

É por essa razão que as técnicas respiratórias são muito importantes. A respiração profunda e lenta poderá ajudar a libertar tensão existente em todos os pontos do corpo. Durante o trabalho de parto, a respiração será a sua maior aliada, ajudando a manter-se centrada, calma e cheia de energia. Ajuda a trazer o foco para o seu corpo, para o seu interior com conseqüente a distrair da dor.

Ao inspirar de forma profunda, estará a alimentar e a oxigenar o seu corpo e o do seu bebé, ao expirar, liberta dióxido de carbono e stress.

Evite respirar rapidamente, a hiperventilação diminui o aporte de oxigénio ao bebé, ao seu corpo e cérebro, desenvolvendo um descontrolo, com aumento da ansiedade e do medo, provocando uma sensação de mal-estar com possível surgimento de náuseas e tonturas.

Crie uma atmosfera relaxante! Pode diminuir as luzes, colocar uma música suave, ouvir meditação guiada e empoderadora. Conecte-se com o seu corpo e com o seu bebé. Esqueça as preocupações. Desligue o telemóvel e concentre-se em si própria.

Pode aplicar óleos essenciais naturais, óleo vegetal nos pulsos ou sobranceiras, para ajudar a relaxar e também fazer uma automassagem.

Estas dicas ajudam-lhe a ficar menos tensa durante as contrações e com mais energia para o trabalho de parto e parto.

**Lembre-se que o seu bem-estar é uma prioridade!**



<https://bebe.abril.com.br/parto-e-pou-parto/club-7-relaxamento-e-almogememto-na-gravidez/>

## 3. MASSAGEM E CALOR

A massagem proporciona um relaxamento dos músculos tensos, conforto e uma sensação de apoio, o que ajuda a reduzir o stress e torna a dor mais **suportável**. Tem uma grande eficácia no primeiro estágio do parto (fase de dilatação). É uma ótima forma de lidar naturalmente com a dor e melhora a circulação sanguínea o que pode ajudar a bloquear sensações dolorosas.

As massagens podem ser leves, como um carinho, ou vigorosas. Pode pedir ao seu companheiro para as realizar, pedindo por exemplo para apertar de fora para dentro nos quadris como se estivesse a comprimir os ossos para dentro.

Utilizar calor também ajuda a aliviar a dor durante o trabalho de parto. O calor é normalmente aplicado nas costas, mais concretamente na região lombar, abdómen, virilha e/ou perineo. Possíveis fontes de calor incluem uma meia cheia com arroz aquecida, compressa quente (toalhas embebidas em água morna e torcidas), bolsa de água quente, mantas elétricas ou cobertor quente. Mas tudo deve ser feito com cuidado para evitar queimaduras. Além de ser usado para alívio da dor, o calor ajuda a diminuir a rigidez muscular e aumentar a flexibilidade dos tecidos.

Um banho quente de chuveiro por um período longo também reduz a dor do trabalho de parto e promove uma maior satisfação.



<https://meuamigo.com/blog/5-maneiras-de-usar-diferentes-metodos-afinalizacao-para-aliviar-dor-parto/>



<https://blog.sanadados.com.br/parto-normal/relaxar-e-almogememto-na-gravidez-para-aliviar-dor-no-parto/>

## 4. ACUPUNTURA/ACUPRESSÃO

A acupuntura pode aumentar a satisfação das mulheres no trabalho de parto com alívio da dor, estando associada a uma menor necessidade de analgesia epidural e de utilização de hormonas artificiais para indução do trabalho de parto. Favorece a progressão do trabalho de parto e promove uma maior sensação de relaxamento.

A acupressão é a pressão com os dedos, em determinados pontos do corpo, semelhante à acupuntura. Além do alívio da dor pode também diminuir o tempo do trabalho de parto.

A estimulação de pontos específicos no corpo, ativa o efeito anestésico, o que reduz a dor nas contrações, acelerando todo o processo e promove o relaxamento do colo do útero.

A acupressão ajuda na libertação da hormona ocitocina, resultando em contrações mais eficazes.



<https://www.vitalis.com.br/blog/acupuntura/>



<https://acupuntura.com.br/2018/05/01/acupressao-acupuntura-para-gestantes/>

Contraí o útero e ajuda o bebé a encaixar na cavidade pélvica



<https://um-parto.com.br/horarios-ideais-para-terapia-acupuntura-para-aliviar-a-dor-no-parto/>

Distende o útero e fortalece as contrações



<https://um-parto.com.br/horarios-ideais-para-terapia-acupuntura-para-aliviar-a-dor-no-parto/>

Induz o parto, reduz a dor e ajuda o bebé a encaixar

## 5. APOIO

É importante que se sinta apoiada durante o trabalho de parto. O apoio da pessoa significativa desempenha um papel vital para reforçar a sua autoconfiança na utilização destas técnicas de controlo da dor.

Quando a grávida é acompanhada por alguém próximo a experiência e satisfação com o parto são muito positivas.

Além de melhorar o estado psicológico, as pessoas poderão ajudar, respondendo às suas necessidades, confortando-a e facilitando a comunicação com a equipa médica e de enfermagem, porque nesse momento não tem de preocupar-se com detalhes técnicos, em responder a perguntas, etc. Deve estar relaxada e focada no seu corpo.

Estar cercada de suporte ajudará a sentir-se mais relaxada, reduzindo a duração do processo de nascimento e o número de intervenções obstétricas.

O apoio do pai fortalece o vínculo que ambos compartilham como casal e nutre o vínculo pai-filho.



<http://andemando.com/blog/porque-uma-gravida-nao-pode-falar/>



<https://www.fertilia.com.br/9-manifestacoes-que-a-mãe-grávida-deve-observar/>



## CONCLUSÃO

---

Esperamos que este guia tenha fornecido algumas dicas e que as possa utilizar para tornar a sua experiência de parto muito mais positiva.

Tenha em mente que estas dicas são apenas sugestões e não regras que devem ser perfeitamente seguidas.

Os desafios de ter um bebé são imensos, gerando por vezes stress e desmotivação. Muitas mulheres ficam preocupadas com a roupa do bebé, o quarto e os próprios receios do parto, esquecendo uma parte fundamental que é toda a preparação mental e física.

Todas temos dúvidas em relação aos diferentes caminhos e escolhas que podemos tomar nesta caminhada que é a maternidade e o segredo é cercarmo-nos de pessoas certas e de informação precisa e de qualidade.

Uma preparação adequada permite viver com intensidade, segurança e tranquilidade o momento mais lindo e especial da sua vida, que é a chegada de um filho.

**Permita-se VIVER esse momento** e prepare-se da melhor forma.

**Apêndice XIV – Panfleto “Trabalho de parto e parto”**

## Apêndice XIV – Panfleto “Trabalho de parto e parto”



### DEQUITADURA:

Depois de o seu bebé nascer a placenta também irá nascer!

Neste período as contrações deixam de ser tão dolorosas, mas ainda causam algum desconforto. Pode levar cerca de 5 a 30 min até à saída da placenta. Depois da placenta sair o útero faz uma contração fixa para fechar todos os vasos que se formaram ao longo da gravidez para nutrir o bebé.

### PÓS-PARTO IMEDIATO:

O período de 2h após o nascimento do seu bebé e a saída da placenta em que o útero contrai intensamente para reduzir o tamanho. Terá o seu bebé nos seus braços em contato pele a pele e a amamentar, se assim o desejar.

### BENEFÍCIOS do contato pele a pele:

Regula a respiração e a frequência cardíaca do bebé;

Mantém o bebé quente e calmo (alivia a dor);

Encurta o tempo para resolver as dificuldades com a amamentação;

Aumenta o vínculo materno e paterno;

Diminui o stress e a probabilidade de depressão pós-parto para a mãe;

Diminui o risco de infeções para o bebé.



<https://instt.uoi4life.com/contacto-pele-a-pele-conhecer-e-abracar-o-sou-filho/>



### SINAIS DE ALARME

Deve dirigir-se ao hospital na presença dos seguintes sinais e sintomas:

- Saída de sangue vivo pela vagina;
- Perda de líquido pela vagina;
- Corrimento vaginal com prurido/ardor;
- Febre;
- Dor/ardor quando urina;
- Vómitos persistentes;
- Dores de cabeça muito fortes ou contínuas;
- Alterações visuais (visão turva)
- Diminuição dos movimentos do bebé;
- Edema (inchaço) generalizado que não melhora com o repouso.

No âmbito da UC Estágio com Relatório

Elaborado por: Patrícia Pimentel

Docente Orientadora: Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Anabela

Ferreira dos Santos



## TRABALHO DE PARTO E PARTO



<http://www.revistadue.com/doula-conheca-e-entenda-o-trabalho-e-importancia-da-profissional/>

#### SINAIS QUE ANTECEDEM O TRABALHO DE PARTO

- **Insinuação "Descida do bebê"**

Ocorre melhoria da respiração e aumento da frequência urinária.

- **Expulsão do rolhão mucoso**

Corrimento gelatinoso rosado escuro ou raiado de sangue vivo. A sua expulsão pode iniciar-se dias a semanas antes do trabalho de parto. **Não significa que está em trabalho de parto.**

- **Rutura da bolsa de águas**

O saco cheio de líquido que rodeia o bebê e o protege durante a gravidez, rompe-se. Pode sair em grande quantidade ou pouco a pouco, geralmente de cor clara, no entanto também pode apresentar coloração rosada ou verde escuro. **É uma situação para ir até ao hospital.**

- **Contrações Braxton-Hicks (útero a treinar para o parto)**

Contrações irregulares, que podem ser indolores, de intensidade leve ou moderada e que tornam a barriga dura.

→ **Sugestão:** Se desconfortáveis pode tomar um banho relaxante e descansar, pois se forem contrações de treino o desconforto diminui ou desaparece. **Se estiver realmente em trabalho de parto ativo o desconforto mantém-se, aumentando progressivamente e o intervalo entre elas diminui.**

#### TRABALHO DE PARTO E PARTO

##### DILATAÇÃO:

Pode durar aproximadamente 20h se for a primeira gravidez, ou 14h se já tiver tido outros filhos.

A **fase latente** começa com o início das contrações regulares e que duram cerca de 30 a 40 segundos. Esta fase é um processo que pode demorar horas ou dias, até o colo dilatar cerca de 4 cm.

→ Neste período pode começar por aplicar as diversas técnicas naturais de alívio da dor que aprendeu: relaxamento, técnicas respiratórias, massagem, acupuntura, mobilização da bacia com a bola de pilates, etc.

- Aproveite a pessoa significativa para lhe dar o máximo apoio, para lhe ajudar a acalmar e mostrar que o processo está só a começar, **mas está tudo bem!**

A **fase ativa** começa a partir dos 4 cm de dilatação até à dilatação completa, 10 cm. A intensidade da contração é muito mais forte e com uma maior duração até cerca de 1 minuto.

- **O essencial é o ritmo!** Se pelo menos durante 1 a 2 h as contrações ocorrem num pequeno intervalo de tempo entre 2 a 10 minutos. **Será o momento ideal para ir para o hospital!**



<https://brasil.babycenter.com/125027136/post/CP%7%CF%85e1-para-o-parto-ilustra/CP%7%CF%85e1>

Na **fase de transição**, período que decorre na fase final da dilatação, é possível que se sinta a perder o controlo. É importante mais do que nunca tentar relaxar, pois a tensão e a luta contra a contração poderá atrasar a progressão do trabalho de parto, perdendo toda a energia para o momento que se segue.

Com a dilatação completa começa a sentir uma pressão no canal vaginal e a necessidade de fazer força. **Se sentir esse impulso avise a enfermeira.**

##### PERÍODO EXPULSIVO:

Esta etapa começa com a dilatação completa e termina com a saída do seu bebê. Se for um primeiro filho pode durar cerca de 2 h, se já teve outros filhos pode durar cerca de 1h. Este momento é muito exigente e cansativo para a mulher, mas também **um momento de entusiasmo e incentivo pelo seu esforço.**

Começam os puxos! aquela vontade inconsciente de fazer força. À medida que o canal vaginal dilata é normal sentir uma sensação de ardor, significa que o canal vaginal e o períneo estão a distender para a cabeça do bebê sair.

**Apêndice XV – Parecer positivo da comissão de ética**

**Apêndice XV – Parecer positivo da comissão de ética do**

	<b>NOTA INTERNA</b>	<b>CÓD. SERVIÇO: CETICA</b>
	<b>Distribuída a: Enfª Patrícia Alexandra Silva Pimentel</b>	<b>Nº DOC.: 11</b> <b>DATA: 15.03.2021</b> <b>PÁGS: 1/1</b>

**ASSUNTO:** Envio de Parecer referente ao Projeto de Investigação

Em Resposta ao pedido de parecer que enviou a esta Comissão, para a realização de um estudo de investigação, com o tema: "Sem medos! Contributo do Enfermeiro Obstetra para uma vivência positiva do parto", esta Comissão após ter tomado conhecimento, informa que dá parecer favorável à realização do mesmo.

O Presidente da Comissão de Ética



**Apêndice XVI –Instrumento de colheita de dados**

## **Apêndice XVI – Instrumento colheita de dados**

### **QUESTIONÁRIO (Período Pré-natal)**

O questionário que se segue encontra-se integrado numa investigação para a tese de mestrado de Patrícia Pimentel, Enfermeira e estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Luísa Sotto-Mayor e tem como objetivo identificar os medos referentes ao parto vivenciados pelas grávidas no período de vigilância pré-natal.

Por favor, tente responder a todas as questões. A maioria é respondida assinalando a melhor alternativa, outras requerem uma breve resposta escrita. Lembro de que as suas respostas serão confidenciais e que não existem respostas certas ou erradas. A sua participação é voluntária, sendo assegurado o anonimato dos seus dados pessoais e das suas respostas.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração no estudo.

## DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade:

Habilitações literárias:

Profissão:

Número de semanas de gravidez:

Número de gravidezes (incluindo a atual):

Número de partos anteriores:

## RELATIVO À TEMÁTICA EM ESTUDO

**Marque com um X a opção que melhor corresponde ao seu caso.**

Frequenta aulas de preparação para parto?

Sim  Não

**Se sim**, já abordaram o trabalho de parto e parto?

Sim  Não

Tem procurado informação acerca do trabalho de parto e parto?

Sim  Não

**Se sim**, como obtém essa informação? (Através dos profissionais de saúde/familiares/amigos/internet/livros)

---

Tem alguma preocupação ou medo relativamente ao trabalho de parto e parto?

Sim  Não

**Se sim**, quais?

---

---

## **QUESTIONÁRIO**

### **(Período Puerpério)**

O questionário que se segue encontra-se integrado numa investigação para a tese de mestrado de Patrícia Pimentel, Enfermeira e estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Luísa Sotto-Mayor e tem como objetivo identificar as vivências do parto que as mulheres obtiveram, tendo em conta as experiências individuais com a participação nas sessões de preparação para o trabalho de parto e parto.

Por favor, tente responder a todas as questões. A maioria é respondida assinalando a melhor alternativa e com uma breve resposta escrita. Lembro de que as suas respostas serão confidenciais e que não existem respostas certas ou erradas. A sua participação é voluntária, sendo assegurado o anonimato dos seus dados pessoais e das suas respostas.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração no estudo.

### DADOS DEMOGRÁFICOS

Número de semanas de gravidez no dia do parto: \_\_\_\_\_

**Marque com um X a opção que melhor corresponde ao seu caso.**

De que tipo foi o seu parto?

Normal  Ventosa  Fórceps  Cesariana

### RELATIVO À TEMÁTICA EM ESTUDO

**Marque com um X a opção que melhor corresponde ao seu caso.**

Considera que as sessões de preparação para o trabalho de parto e parto contruíram para a redução da sua ansiedade e medos sobre o parto?

Sim  Não

Justifique:

---

---

---

Considera que as sessões contribuíram, de alguma forma, para a sua experiência de trabalho de parto e parto?

Sim  Não

Explique de que forma ou porque não.

---

---

---

---

Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a Má, 2 a Razoável, 3 a Boa, 4 a Muito Boa e 5 a Excelente, como classifica a sua experiência de parto?

1- Má  2- Razoável  3- Boa  4- Muito Boa  5- Excelente

Justifique.

---

---

---

---

---

---

**Apêndice XVII – Instrumento de avaliação das sessões de preparação  
para o trabalho de parto e parto**

## Apêndice XVII – Instrumento de avaliação das sessões de preparação para o trabalho de parto e parto



### AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Data \_\_/\_\_/2021

<p><b>1. Considera que as sessões de preparação para o trabalho de parto e parto foram pertinentes?</b></p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Comentários:</p>
<p><b>2. Relativamente à metodologia utilizada nas sessões, selecione com um X a resposta que melhor corresponde à sua apreciação.</b></p> <p><b>2.1. Conteúdo das sessões</b></p> <p>Muito adequado <input type="checkbox"/></p> <p>Adequado <input type="checkbox"/></p> <p>Não adequado <input type="checkbox"/></p> <p><b>2.2. Componente teórica apresentada</b></p> <p>Muito adequado <input type="checkbox"/></p> <p>Adequado <input type="checkbox"/></p> <p>Não adequado <input type="checkbox"/></p> <p><b>2.3. Componente prática</b></p> <p>Muito adequado <input type="checkbox"/></p> <p>Adequado <input type="checkbox"/></p> <p>Não adequado <input type="checkbox"/></p> <p><b>2.4. Duração das sessões (adequação do tempo)</b></p> <p>Muito adequado <input type="checkbox"/></p> <p>Adequado <input type="checkbox"/></p> <p>Não adequado <input type="checkbox"/></p>



<p><b>3. Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a Má, 2 a Razoável, 3 a Boa, 4 a Muito Boa e 5 a Excelente, classifique as sessões como uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva do parto.</b></p> <p>1-Má <input type="checkbox"/> 2- Razoável <input type="checkbox"/> 3- Boa <input type="checkbox"/> 4- Muito boa <input type="checkbox"/> 5- Excelente <input type="checkbox"/></p>
<p><b>4. Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a Mau, 2 a Razoável, 3 a Bom, 4 a Muito Bom e 5 a Excelente, classifique o desempenho da formadora (Enf<sup>a</sup> Patrícia Pimentel), nas sessões de preparação para o trabalho de parto e parto.</b></p> <p>1-Má <input type="checkbox"/> 2- Razoável <input type="checkbox"/> 3- Boa <input type="checkbox"/> 4- Muito boa <input type="checkbox"/> 5- Excelente <input type="checkbox"/></p>
<p><b>5. Recomendaria as sessões de preparação para o trabalho de parto e parto a uma amiga/conhecida?</b></p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>

SUGESTÕES:

---

---

---

**Apêndice XVIII – Pedido de parecer à comissão de ética**



Exmo. Sr.

Presidente da Comissão de Ética

**Assunto:** Pedido de parecer à Comissão de Ética para estudo de investigação

Patrícia Alexandra Silva Pimentel, enfermeira a exercer funções no serviço Obstetrícia, e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar a V. Exa o consentimento para realizar um estudo de investigação, junto das grávidas em acompanhamento no no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório,

Este estudo de investigação tem como objetivos identificar os medos que as grávidas vivenciam no decurso da gravidez e identificar os contributos de enfermagem especializados que, face à identificação dos mesmos, fundamentem a promoção de uma vivência positiva da gravidez e do parto.

Metodologia: Questionário a grávidas e puérperas em contexto vigilância pré-natal e internamento puerpério ao longo do Estágio mencionado, com posterior análise de conteúdo. As participantes serão previamente informadas do processo de recolha de dados, solicitando o seu consentimento informado por escrito, e garantindo a total confidencialidade dos dados recolhidos.

**Projeto de investigação:** “Sem medos! Contributos do Enfermeiro Obstetra para uma vivência positiva do parto”

**Investigadora:** Patrícia Alexandra Silva Pimentel

**Orientação:** Professora Luísa Sotto-Mayor de Carvalho Pinto

O estudo assegura o anonimato e a privacidade das participantes, respeitando a proteção e garantindo a utilização dos dados exclusivamente no âmbito da investigação.

Data: 4/12/2020

Com os melhores cumprimentos,

---

O mestrando

**Apêndice XIX – Consentimento informado para o instrumento de colheita  
de dados**

## Apêndice XIX – Consentimento informado para o instrumento de colheita de dados



### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

#### “SEM MEDOS! CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA PARA UMA VIVÊNCIA POSITIVA DO PARTO”

Este documento tem como objetivo fornecer aos participantes informações completas sobre o estudo a desenvolver para que possam ficar esclarecidos, no sentido de poderem tomar uma decisão consciente relativa à sua participação.

Eu, **Patrícia Alexandra Silva Pimentel**, Enfermeira e estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver um estudo sobre “**Sem medos! Contributos do Enfermeiro Obstetra para uma vivência positiva do parto.**”, sob orientação da Professora Maria Luísa Sotto-Mayor, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Este estudo tem como objetivo identificar os medos referentes ao parto vivenciados pelas grávidas no período de vigilância pré-natal e identificar, no período de puerpério, as vivências do parto que as mulheres obtiveram, tendo em conta as experiências individuais com a participação nas sessões de preparação para o trabalho de parto e parto.

Para tal, necessito da sua colaboração para responder a um questionário que compreende duas fases, nomeadamente uma primeira fase na consulta de vigilância pré-natal e uma segunda fase no período de puerpério. A confidencialidade da informação fornecida será garantida e destina-se exclusivamente ao presente estudo no âmbito de trabalho académico.

Ficaram claros, para mim, os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Aceito participar voluntariamente neste estudo, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de me justificar e sem qualquer prejuízo para mim.

Data: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_

Agradeço desde já a sua participação,

Endereço eletrónico para qualquer informação adicional: [patriciapimentel@campus.esel.pt](mailto:patriciapimentel@campus.esel.pt)

**Apêndice XX – Sessão de Formação em Serviço sobre o projeto realizada  
em contexto de ER**

## Apêndice XX – Sessão de Formação em Serviço sobre o projeto realizada em contexto de ER

<b>PLANO DE SESSÃO</b>	
<b>TÍTULO DA SESSÃO:</b> Sem medos! Contributos do enfermeiro obstetra para uma vivência positiva do parto	
<b>DESTINATÁRIOS:</b> Profissionais de Saúde do serviço de Obstetrícia do Hospital	
<b>FORMADORA:</b> Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia Patrícia Pimentel, sob orientação da EEESMO e da Professora Maria Luísa Sotto-Mayor	
<b>DATA:</b> 07/01/2021	<b>DURAÇÃO:</b> 20 min

<b>MÓDULOS</b>	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TEMPO</b>
Apresentação	Justificação da temática	Expositivo/ Participativo	2 minutos
Enquadramento teórico e conceptual	Resultados da Evidência Científica Modelo teórico		5 min
Metodologia do Projeto	Objetivo do projeto Questão de investigação Resultados da <i>scoping review</i> Resultados esperados e atividades	Computador Datashow	15 min
Conclusão	Momento de partilha/Discussão Referencias bibliográficas		5 min

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**SEM MEDOS!  
CONTRIBUTOS DO  
ENFERMEIRO OBSTETRA  
PARA UMA VIVÊNCIA  
POSITIVA DO PARTO**

DOCENTE:  
PATRÍCIA ALEXANDRE SILVA FERRETEL

DOCENTE ORIENTADORA:  
MARTA LUISA SOTTO MAYER DE CARVALHO PEREIRA

Horta, janeiro de 2021

1

**SUMÁRIO**

- JUSTIFICAÇÃO DO TEMA
- ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL
- METODOLOGIA
- SCOPING REVIEW
- RESULTADOS ESPERADOS E ATIVIDADES
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2

**JUSTIFICAÇÃO DO TEMA**

Motivação pessoal

Perifoneia

Experiência profissional

3

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL**

**MEDO**  
Deriva de crenças feitas sobre a realidade e, normalmente, são consequência de informações incorretas, incompletas ou inadequadas.

**ANSIEDADE**  
Reação emocional de resposta natural e instintiva ao medo, sendo esta ativada quando se idealiza ou se entende alguma situação ameaçadora.

**GRAVIDEZ**  
Transformações que habitualmente provocam um impacto a nível físico e emocional.

**PARTO**  
Curto período em tempo, mas longo em vivências e expectativas, em que o modo como a grávida antecipa o parto, pode comprometer o seu bem-estar e a própria experiência, pelo surgimento de medos e preocupações.

(Baptista, Carvalha & Lory, 2014)

(Marques de Sá et al., 2016)

(Pacheco, Figueiredo, Costa & Paiva, 2002)

4

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL**

**MEDO DO PARTO**  
Quando a mulher é questionada sobre a experiência do parto, o medo é a resposta mais dominante e a antecipação da dor e do medo associados ao parto são reconhecidos como algumas das causas, que justificam o estado de maior ansiedade que vulgarmente é descrito na grávida.  
(Couto & Aires, 2016)

**EXPERIÊNCIA POSITIVA DO PARTO**  
Normalidade física e sociocultural, com uma transferência eficaz para o trabalho de parto, parto e uma maternidade positiva, incluindo o desenvolvimento de autoestima, competências e autonomia materna.  
(OMS, 2016)

**PAPEL DO EESMO**  
Uma assistência adequada e personalizada pelos profissionais de saúde, permite a criação e a reconquista de confiança pelas mulheres, tranquilizando-as, promovendo sentimentos de esperança e o desenvolvimento de estratégias para uma experiência positiva.  
(Wigert et al., 2020)

5

**OBJETIVOS**

Desenvolver conhecimentos e competências técnico-científicas, especializadas que me permitam intervir eficazmente na gestão dos medos da grávida, para a promoção de uma vivência positiva do parto.

6

**Scoping Review**

**Questão:**  
"Quais as intervenções do enfermeiro obstetra na gestão dos medos da grávida, para a promoção de uma vivência positiva do parto?"

P – Grávidas  
C – Medo, parto, intervenções do enfermeiro obstetra  
C – Contexto onde exista interação entre enfermeiro obstetra e grávidas

**Palavras chave:** Grávida, Medo, Ansiedade, Parto, Enfermeiro Obstetra

7

**Scoping Review**

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- **Tipo de participantes:** Grávidas, adultas (maiores de 18 anos) e sem antecedentes psiquiátricos.
- **Conceito:** Abrange estudos que incluam as intervenções do enfermeiro obstetra na gestão do medo da grávida referentes ao parto.
- **Tipo de estudos:** Língua inglesa e espanhola, publicados nos últimos 5 anos e com texto integral disponível.

8

**Scoping Review**

**RESULTADOS PARA A PRÁTICA:**

- As primigestas e as multiparas desenvolvem e vivenciam medos referentes ao nascimento.  
(Wigert, et al., 2020)
- Recurso de não conseguirem fazer a força suficiente, medo de morrer durante o parto, de ficar sozinha no trabalho de parto e parto, medo de chegar tarde ao hospital, medo de lesões vaginais e disfunção sexual posterior.  
(Araújo et al., 2017 e Kujal et al., 2017)

**Histórias de experiências traumáticas; desconhecimento**

9

**Scoping Review**

**RESULTADOS PARA A PRÁTICA:**

- Assistência pré-natal com qualidade e individualizada, apoiando a mulher no confronto dos seus medos e ansiedades no processo de gravidez e do parto;
- Serviço de aconselhamento adequado com continuidade de cuidados para melhores práticas;
- Acompanhamento contínuo, pela mesma parreira.

**Autoconhecimento e autoconfiança com diminuição dos medos**

**Maior controle, envolvimento na tomada de decisão com maior satisfação ao longo do processo**  
(Hildingsson, Rubertsson, Karlström & Haines 2019)

10

### Scoping Review

A

AUTOCONFIANÇA,  
CONTROLE E  
AUTOEFICÁCIA NO  
PARTO

**RESULTADOS PARA A PRÁTICA:**

- ▶ O aconselhamento por parte da parteira, no período pré-natal, minimiza os medos do parto e consequentemente melhorar os resultados do parto. (Keast (2016))
- ▶ Os cursos de preparação para o nascimento são uma estratégia na diminuição da ansiedade e medo do parto (Çankaya & Şimşek, 2020)

11

★

### Scoping Review

**RESULTADOS PARA A PRÁTICA:**

- ▶ Técnicas de relaxamento, respiração e métodos para visualizar cenários positivos contribuem positivamente para a redução do medo do parto.

(Wijet et al., 2020; Larsson et al., 2019)

C

Considerações, presentes, gerindo pensamentos das preocupações e ansiedades

12

★

### Resultados esperados e atividades

	RESULTADOS ESPERADOS	ATIVIDADES
<p><b>Competência</b></p> <p>Habilidades da mulher inserida na família e comunidades durante o período pré-natal [...] inserida na técnica proposta, a desenvolver na UC estágio com relatório (2020/2019)</p>	<p>Desenvolver competências técnicas para intervir adequadamente na gestão dos medos da grávida, no sentido de contribuir para uma vivência positiva do parto</p>	<p>Entrevista semiestruturada a um parto, na área da psicologia que acompanha grávidas que frequentam o curso de preparação para o parto e parentalidade;</p> <p>Realização de registros de interação e entrevista semiestruturada com grávidas;</p> <p>Mobilização de conhecimentos de forma a intervir na gestão do medo da grávida, para uma melhor orientação de cuidados;</p> <p>Sessões de grupo, com as grávidas, para facilitar a expressão e identificação dos seus medos; sessões de relaxamento e técnicas respiratórias; sessões de preparação para o parto;</p> <p>Avaliação junto puérperas sobre o experiência do parto.</p>
<p>Sensibilizar os profissionais de saúde para a temática sobre a gestão dos medos da grávida</p>		<p>Apresentação específica à equipa de enfermagem, sobre os conteúdos do enfermeiro obstetra na gestão do medo da grávida para a promoção de uma vivência positiva do parto.</p>

13

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

http://saobernardo.com/blog/coisas-que-gravida-nao-pode-fazer/

14

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aval, A. M., Ferreira, S., Mendes, M. A., Travençolo, T., Assunção, T. C., Pereira, L. B. & Capello, S. (2020). A enfermagem e puérperas primíparas: desafiando o processo de transição do papel materno.  *nursing and puérperas primíparas : desafiando o processo de transição do papel materno no leito enfermeiro e puérperas primíparas : desafiando o processo de transição do papel materno*. *Viv Brasi Psiquiatr*, 22(1), 20-23

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO). *Manual Parte Normal*. Documento de Consenso. Associação Lusitânica

Baptista, A., Carvalho, M., & Lima, F. (2014). O medo, a ansiedade e as suas consequências. *Psicologia*, 28(1/2), 247. <https://doi.org/10.17771/psicoinc/2812407>

Castro, A. A. S., Ricardo, R., Adalvi, F. R., Mante, G. G. (2005). Transição da ansiedade. *Viv Brasi Psiquiatr*, 22(1), 20-23

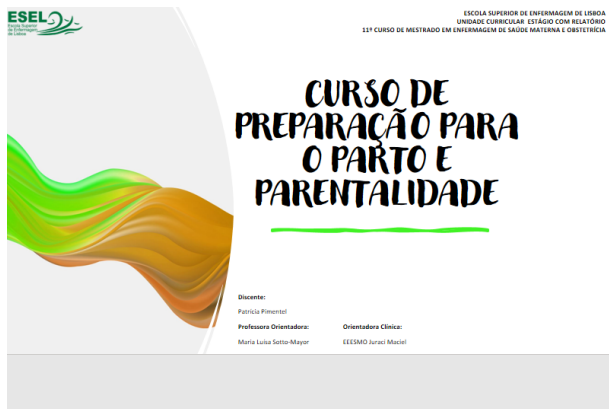
Fornell, J., Rothé, J., Chirba, D. K., Smith, J., & Garbino, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(3), 289-294

Kakkar, G. A., Judd, H., Maugh, M., & Vinogradov, A. J. (2016). Source fear of childbirth: its features, assessment, prognosis, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Reports*, 99(1), 307-337.

Lopes, R. de C. S., Damásio, T. A., Lima, C. M., & Pinheiro, C. A. (2009). O medo e o alívio: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247-254. <https://doi.org/10.11606/S1677-7972009000000013>

**Apêndice XXI – Sessão de Formação em Serviço sobre a relevância e organização dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade**

## Apêndice XXI – Sessão de Formação em Serviço sobre a relevância e organização dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade



### SUMÁRIO

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

IMPORTÂNCIA E ORGANIZAÇÃO DOS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

CONTRIBUTOS DO EESMO NOS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

CONCLUSÃO

2

### OBJETIVOS

- Sensibilizar os profissionais de saúde do serviço de Obstetrícia do Hospital da Horta para a relevância e a organização dos CPPP;
- Reconhecer as competências do EESMO nos CPPP, como uma estratégia para a minimização dos medos das grávidas, com contributos para uma vivência positiva do parto.

### ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As grávidas que desenvolvem medos sobre o parto apresentam um risco aumentado de distócia, parto prolongado e associação a cesariana de emergência.

Larsen, Johannsen & Haldgaard (2008)

Quando a grávida adquire informações apropriadas sobre o processo de parto desenvolve autoconfiança e os sentimentos vivenciados durante o parto são mais positivos.

Lopes et al. (2009)

Uma adequada preparação pré-natal, permite uma efetiva aquisição e validação de conhecimentos sobre as diversas transformações que ocorrem tanto na gravidez, como no parto e puerpério.

Parreira (in Hénié, 2016)

Os CPPP contribuem para a promoção de uma experiência de parto positiva, pelo desenvolvimento de conhecimento, confiança, tranquilidade, satisfação e capacidade de gestão dos seus medos e ansiedades.

Parreira (in Hénié, 2016)

### IMPORTÂNCIA E ORGANIZAÇÃO DOS CPPP

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE (MCEESMO/OE), na recomendação nº 2/2021, elaborou recomendações para os CPPP, uma vez que os EESMO possuem competências para elaborar e implementar estes cursos, tendo em conta as necessidades da população alvo.

Os CPPP possuem a finalidade de promover o conhecimento, o bem-estar, a confiança e a segurança das mulheres, dos homens e dos casais no que concerne à gravidez, parto, puerpério, mediante um processo informativo, esclarecedor e participado, que, no caso dos CPPP, contemple o apoio na elaboração opcional de um Plano de Nascimento personalizado (DGS, 2020).

### IMPORTÂNCIA E ORGANIZAÇÃO DOS CPPP

A responsabilidade da organização deve ser atribuída ao EESMO, dada a extensão da sua intervenção nos domínios da gravidez, parto e puerpério, inclusive por se tratar de competências que lhes são atribuídas legalmente e por integrar a prática regular do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2020).

De acordo com o parecer n.º 4/2016 da OE os CPPP devem ser organizados de forma a incluir um elemento teórico e um elemento prático.

5

6



### CONTEÚDOS DAS SESSÕES DOS CPPP (DGS, 2020)

SESSÕES FUNDAMENTAIS	CONTEÚDOS
Promoção da Cidadania, Igualdade de Género e a Literacia em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceitos;</li> <li>- Papel social/ Estereótipos;</li> <li>- Informação sobre a Estratégia nacional para a igualdade e a não discriminação 2018-2030;</li> <li>- Realidade Nacional sobre a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar;</li> <li>- Legislação da Parentalidade.</li> </ul>
Direitos Humanos e Direitos Sociais – Plano de Nascimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legislação;</li> <li>- Direitos da mulher na gravidez e no parto;</li> <li>- Formas de apresentação do Plano de Nascimento;</li> <li>- Escritas informadas. Elaboração do Plano de Nascimento.</li> </ul>
Aspectos gerais da Gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autocuidado e Vigilância da Gravidez – Boletim de Saúde da Grávida; consultas, exames complementares de diagnóstico, suplementação, vacinação;</li> <li>- Alimentação, Hábitos sono/repouso versus atividade física;</li> <li>- Programa Nacional de Saúde Oral na Gravidez – Cheque Dentista;</li> <li>- Transformações físicas e desconfortos na gravidez;</li> <li>- Aspectos psicológicos da gravidez/puerpério e sinais de alerta.</li> </ul>

CONTEÚDOS DAS SESSÕES DOS CPPP (DGS, 2020)	
SESSÕES FUNDAMENTAIS	CONTEÚDOS
Sexualidade e gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compreender eventuais alterações do comportamento/resposta sexual durante a gravidez;</li> <li>Mitos e crenças;</li> <li>Perspetiva masculina da mulher grávida;</li> <li>Recursos assistenciais no aconselhamento sexual.</li> </ul>
Anatomia e Fisiologia do Trabalho de Parto e Parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dinâmica pélvica - bacia óssea, canal de parto e pavimento pélvico;</li> <li>Cuidados ao Períneo; Massagem perineal;</li> <li>Motivos para recorrer à urgência obstétrica. Sinais de alarme na gravidez;</li> <li>Dinâmica Uterina: Sinais ventosílicos versus fâcos de início de trabalho de parto e etapas de trabalho de parto;</li> <li>Tipos de Parto: Parto espontâneo versus Parto Induzido; Parto Natural versus Parto Intervencionado, Cesariana;</li> <li>Abordagem ao papel das hormonas no trabalho de parto;</li> <li>Abordagem da "dor" no trabalho de parto; estratégias não farmacológicas versus farmacológicas;</li> <li>Estratégias promotoras da evolução natural do trabalho de parto;</li> <li>Apoio contínuo no trabalho de parto: Papel do Pai/pessoa significativa.</li> <li>Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Exercícios de bacias, alongamentos, flexibilidade, de resistência de relaxamento;</li> <li>Exercícios de prevenção de desconfortos;</li> <li>Exercícios na bola de Pilates;</li> <li>Promoção do parto em movimento e dos posicionamentos de bem-estar e conforto.</li> </ul> </li> </ul>
Exercícios na gravidez (Componente prática)	

CONTEÚDOS DAS SESSÕES DOS CPPP (DGS, 2020)	
SESSÕES FUNDAMENTAIS	CONTEÚDOS
Puerpério * (Componente prática)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alterações fisiológicas e desconfortos no pós-parto;</li> <li>Aspectos psicológicos do puerpério e sinais de alerta;</li> <li>Deteção de sinais precoces em saúde mental no puerpério: Blues Pós-Parto/Depressão Pós-parto, fomes risco/prevenção - aplicação da Escala de Edinburgh;</li> <li>Autocuidado no pós-parto;</li> <li>Adaptação de mulher/casal ao pós-parto (ajustamento familiar; sexualidade; adaptação ao novo elemento da família, dinâmicas sociais/agregação de apoio à parentalidade; consultas de vigilância de saúde - consulta de revisão do puerpério);</li> <li>Paternidade cuidadora;</li> <li>Recuperação física pós-parto; exercício físico; avaliação/recuperação da diástase reto-abdominal; reabilitação do períneo (Massagem, Exercícios de Kegel, banhos de asento, massagem ósteopática);</li> <li>Regresso ao trabalho/adaptação/aleitamento materno e eventual integração da criança em estabelecimento educativo;</li> <li>Recursos e sua utilização na comunidade.</li> </ul>
Aleitamento Materno	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decisão de amamentar;</li> <li>Fisiologia da lactação;</li> <li>ventagem;</li> <li>Recomendações da OMS/UNICEF;</li> <li>Duração e intervalo das mamadas;</li> <li>Estação e conservação do leite materno;</li> <li>Prevenção e tratamento de dificuldades na amamentação;</li> <li>Alimentação da mãe lactante;</li> <li>Promoção, apoio e proteção do aleitamento materno (serviços, redes de apoio e legislação);</li> <li>Alertar para importância do código internacional de marketing dos substitutos do leite materno.</li> </ul>

10

CONTEÚDOS DAS SESSÕES DOS CPPP (DGS, 2020)	
SESSÕES FUNDAMENTAIS	CONTEÚDOS
Cuidados ao recém-nascido e Puericultura	<ul style="list-style-type: none"> <li>Céluas estaminais;</li> <li>Características e cuidados imediatos ao recém-nascido;</li> <li>Cuidados de higiene, conforto e segurança (banho, troca da fralda, cuidados ao coto umbilical, choro versus estratégias de consolo, sons seguros, prevenção de acidentes, evitação do consumo tabágico, transporte do bebé, alimentação);</li> <li>Promoção e vigilância de Saúde Infantil – Programa Nacional de Saúde Infantil, Programa Nacional de Vacinação (PNV) e Rastreio de Doenças Genéticas e Metabólicas;</li> <li>Desenvolvimento sensoriomotor e emocional do bebé;</li> <li>Documentos necessários;</li> <li>Móveis para a maternidade (pai/pessoa significativa, mãe e bebé);</li> <li>Horário das visitas, presença do pai durante o internamento – Apoio contínuo;</li> <li>Transporte do bebé em segurança – Sistemas de Retenção de Crianças.</li> </ul>
Preparação da ida e da alta da maternidade – transição para a Parentalidade	



## IMPORTÂNCIA E ORGANIZAÇÃO DOS CPPP

Recomenda-se a realização de uma entrevista/consulta prévia individual ou de casal, pelo EEESMO;

Os CPPP devem contemplar, sempre que possível, mais do que um horário de funcionamento, procurando assegurar a realização de um curso no final da tarde ou no período pós-laboral;

É aconselhável que ocorram uma a duas vezes por semana;

É indicado um intervalo temporal preferencial entre as 24 e as 28 semanas de gestação.

(DGS, 2020)

## CONTRIBUTOS DO EEESMO NOS CPPP

O EEESMO tem um papel preponderante na resposta às necessidades da grávida/casal, como seres holísticos, oferecendo o apoio, orientação e estabelecendo uma relação de ajuda.

A preparação para o parto e para a parentalidade constitui uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez, uma vez que permite a partilha, a expressão, e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes desta fase, num ambiente de grupo e de suporte

Competência H2: "cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal". Unidade de Competência H 2.1 "promove a saúde da mulher durante o período pré-natal (L1)" e o critério de avaliação H2.1.8: "concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, de preparação completa para o parto e parentalidade responsável"

(Regulamento de Competências do EEESMO, 2019)

13


CONCLUSÃO

14



**Apêndice XXII – Poster elaborado para “*XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*”, via Webinar**

## Apêndice XXII – Poster elaborado para “XIV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”, via Webinar



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Lisboa, julho de 2021

# SEM MEDOS! CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA PARA UMA VIVÊNCIA POSITIVA DO PARTO: UMA SCOPING REVIEW

Pimental, P.<sup>1</sup>; Sotto-Mayor, M.<sup>2</sup>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

(1) Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; E-mail: patriciapimental@campus.esel.pt  
(2) PhD, Professora Adjunta da ESEL

### INTRODUÇÃO:

Uma assistência adequada e personalizada pelos profissionais de saúde, permite a criação de confiança e tranquilidade pelas mulheres, promovendo sentimentos de esperança e o desenvolvimento de estratégias para uma experiência positiva, independentemente do(ou)s partos vivenciados anteriormente. Deste modo a deteção atempada da ansiedade e dos medos referentes ao parto, permite a identificação dos cuidados específicos direcionados à gestão dos mesmos, melhorando assim a experiência do parto.

**PALAVRAS-CHAVE:**  
Grávida; Medo; Ansiedade; Parto; Enfermeiro Obstetra

**OBJETIVO:**  
Identificar as competências especializadas que permitam intervir na gestão dos medos da grávida, para a promoção de uma vivência positiva do parto.

**METODOLOGIA:**  
Elaborada uma scoping review de acordo com o método de Joanna Briggs Institute, em Agosto de 2021, com o objetivo de dar resposta à questão de investigação: Quais as intervenções do enfermeiro obstetra na gestão dos medos da grávida, para a promoção de uma vivência positiva do parto?

[P] População	[C] Conceito	[C] Contexto
Grávidas	Intervenções do enfermeiro obstetra, medo, parto	Qualquer contexto onde exista interação entre EEESMO e grávidas

A revisão incluiu artigos publicados consoante os critérios de inclusão previamente definidos: (População) grávidas, adultas (maiores de 18 anos) e sem antecedentes psiquiátricos; (Conceito) intervenções do enfermeiro obstetra na gestão dos medos das grávidas; (Tipos de estudos) idioma inglês, português ou espanhol, publicados a partir do ano de 2015, com texto integral disponível. A pesquisa bibliográfica da evidência científica realizou-se nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete, através da plataforma EBSCOhost Integrated Search, utilizando-se palavras naturais (Pregnant AND Midwi\* AND (Fear OR Anxiety) AND (Labor OR Childbirth)) e termos indexados ((Pregant Women OR Expectant Mothers) AND Nurse Midwife AND (Fear OR Anxiety) AND (Parturition OR Labor Obstetric OR Childbirth)).

Primo Flow Diagrama Scoping Review

### RESULTADOS:

Foram incluídos nove artigos relevantes que cumpriram os critérios de inclusão.

**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA GESTÃO DOS MEDOS DA GRÁVIDA PARA UMA VIVÊNCIA POSITIVA DO PARTO**

**INTERVENÇÕES DO EEESMO:**

Aconselhamento e acompanhamento contínuo na gravidez e no parto, pela mesma parceira

Preparação para o parto através de sessões pré-natais e cursos de preparação para o parto e parentalidade

Ensino e treino de técnicas respiratórias e de relaxamento

**BENEFÍCIOS PARA A GRÁVIDA:**

Diminuição da ansiedade e dos medos sobre o parto

Sensação de suporte, segurança e tranquilidade

Redução do stress e risco de depressão na gravidez e no pós-parto

Maior satisfação ao longo do trabalho de parto e parto

Autoestima, Autoeficácia e autocontrolo no parto

**CONCLUSÕES:**  
Os contributos do EEESMO na gestão dos medos da grávida, através dos diversos cuidados e práticas indicados, apresentam resultados positivos na minimização dos medos, sendo assim promotores de autoconhecimento, autoconfiança, e autoeficácia da grávida para o momento do parto. Deste modo o EEESMO tem um papel preponderante na integração e aplicação destes contributos na prática de cuidados diários.

**Referências Bibliográficas:**  
Çankaya, S., & Şimşek, B. (2020). Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clinical Nursing Research*, 27(1), 33-38.  
Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2019). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth—birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 21(June), 33-38.  
Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2011). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and Birth*, 34(3), e255-e261.  
Kari, C., Khawaja, A., Shaheen, Z., Mittani, Y., & Choudhry, N. (2017). *Journal of Asian Midwives (JAM)*, Vol. 4, No. 2 (2017), 41-55.  
Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, F., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(1), e88-e94.  
Wijart, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, M., Munkhondya, M. M., Munkhondya, T. E., Chirwa, E., & Wang, H. (2020). Efficacy of computer-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primiparous women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-12.  
Onchonga, O., Várnagy, A., Keraka, M., & Wainaina, P. (2020). Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirth: A qualitative interview study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 23(June), 1026-1031.  
Salle, E. M., Zouay, K., Stull, K., Avery, M., & Gottfredsdóttir, H. (2021). Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group education care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women and Birth*, 34(1), 101-108.

**Apêndice XXIII – Análise de conteúdo do questionário pré-natal e puerpério - categorias e subcategorias**

## Apêndice XXIII – Análise de conteúdo do questionário pré-natal e puerpério - categorias e subcategorias

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registro	Unidades de Frequência
<b>PREOCUPAÇÕES/MEDOS RELATIVAMENTE AO TP E PARTO</b>	Perda de controlo	<p>“Não saber controlar ...” QG1</p> <p>“...de descontrolar durante o parto...” QG2</p> <p>“...não saber fazer bem a força...” QG4</p> <p>“...desmaiar durante o TP...” QG6</p> <p>“...não conseguir manter a calma...” QG8</p>	6
	Reação à dor	<p>“Medo da dor ...” QG2</p> <p>“Das contrações, não consigo tolerar bem as dores”. QG4</p> <p>“Da dor intensa, no parto anterior tive dores muito fortes...” QG8</p>	7
	Intervenções pelos profissionais de saúde	<p>“...ter de fazer cesariana” QG1</p> <p>“... da episiotomia...” QG2</p> <p>“...fazerem toques vaginais a mais” QG6</p> <p>“...dos fórceps e ventosas” QG7</p>	4
	Complicações no parto	<p>“Haver complicações no parto...”. QG3</p> <p>“...que surjam complicações durante o TP”. QG5</p>	3
	Desrespeito por parte dos profissionais de saúde	<p>“... que os enfermeiros não respeitarem as minhas escolhas” QG2</p> <p>“...que os enfermeiros não me respeitem”. QG4</p> <p>“...não respeitarem o tempo e as minhas preferências, ser mal interpretada...” QG6</p>	3

Quadro 1 - Preocupações ou medos sentidos pelas grávidas relativamente ao TP e Parto

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Unidades de Frequência
<b>CONTRIBUTOS DAS SESSÕES (DE PREPARAÇÃO PARA O TP E PARTO) PARA A REDUÇÃO DA ANSIEDADE E MEDOS NO PARTO</b>	Compreensão de todo o processo	<p><i>“a informação que obtive nas sessões ajudou-me imenso a compreender o trabalho de parto”</i> QP1</p> <p><i>“...ajudou-me a perceber como tudo pode ocorrer nesta fase...”</i> QP3</p> <p><i>“... fiquei com uma ideia mais certa do que poderia acontecer.”</i> QP2</p> <p><i>“Sabendo a realidade e as técnicas para amenizar, foi sem dúvida suficiente”</i> QP4</p> <p><i>“...essa informação fez me perceber que algumas ideias não eram reais.”</i> QP7</p>	6
	Autocontrolo	<p><i>“...como manter o controlo ao longo do trabalho de parto...”</i> QP1</p> <p><i>“...estava mais preparada para controlar o que estava a sentir...”</i> QP7</p> <p><i>“... consegui controlar perante o esperado e o inesperado...”</i> QP 8</p>	4
	Gestão da dor	<p><i>“... como reagir perante a dor das contrações...”</i> QP1</p> <p><i>“...a respiração ajudou-me quando as dores ficaram mais fortes...”</i> QP 8</p>	3
	Gestão da ansiedade e dos medos	<p><i>“...consegui gerir a minha ansiedade e dúvidas que surgiram...”</i> QP2</p> <p><i>“Fui muito mais tranquila para o parto...”</i> QP5</p> <p><i>“Permitiram reduzir a minha ansiedade e o medo...”</i> QP6</p> <p><i>“...combater a ansiedade...”</i> QP8</p>	5
	Autoconfiança	<p><i>“...senti-me mais segura...”</i> QP3</p> <p><i>“...ajudou-me a sentir-me mais confiante, tranquila e preparada para este momento”</i> QP4</p> <p><i>“...ajudou-me imenso a sentir confiante e positiva naquele momento...”</i> QP7</p> <p><i>“...me sentisse mais convicta e otimista...”</i> QP8</p>	4

Quadro 2 – Contributos das sessões pré-natais na redução da ansiedade e medos, percecionados pelas puérperas

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Unidades de Frequência
<b>CONTRIBUTOS DAS SESSÕES PARA A EXPERIÊNCIA DE TP E PARTO</b>	Gestão da ansiedade e dos medos	<i>“...contribuiu para me manter calma, serena e sem medos...”</i> QP1 <i>“...superar alguns medos...”</i> QP2 <i>“...consegui manter-me calma e confiante...”</i> QP5 <i>“...ter menos receio do que esperava...”</i> QP7 <i>“...sentir-me mais tranquila.”</i> QP8	8
	Autocontrolo	<i>“...consegui controlar a dor...”</i> QP2 <i>“...controlo das dores das contrações...”</i> QP3 <i>“...com controlo da dor através das estratégias, ao longo do parto.”</i> QP7	5
	Bem-estar	<i>“...os exercícios ajudaram-me a ficar confortável e relaxada...”</i> QP4 <i>“...a relaxar durante o processo...foi um momento sereno...”</i> QP8	3
	Autoconfiança	<i>“...mais segura e forte no parto...”</i> QP3 <i>“...fui mais confiante, acreditei em mim própria, nas minhas capacidades...”</i> QP7 <i>“...fiquei orgulhosa de mim ...”</i> QP8	3

Quadro 3 – Contributos das sessões pré-natais para a experiência de TP e parto, percecionados pelas puérperas.

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Unidades de Frequência
<b>EXPERIÊNCIA DE PARTO</b>	<i>Empowerment</i>	<p>“... foi uma experiência intensa, desafiante e empoderadora” QP1</p> <p>“... tudo o que aprendi ajudou-me a ultrapassar muitos momentos e a aceitar o caminho...” QP5</p> <p>“...foi muito bom ter consciência do meu corpo...” QP 6</p>	3
	Autoconfiança	<p>“... senti-me confiante, ...” QP2</p> <p>“... deu-me segurança...” QP7</p>	2
	Satisfação	<p>“Fiquei contente ...” QP2</p> <p>“...tive uma bellissima experiência...” QP4</p> <p>“... fiquei satisfeita com tudo o que aconteceu (...)” QP8</p>	3
	Acompanhamento contínuo	<p>“senti-me (...) apoiada e tive o suporte que precisava, contigo ao meu lado a ajudar-me a controlar ao longo do tempo...” QP2</p> <p>“..., os profissionais foram impecáveis (...)” QP4</p> <p>“(…), por me teres acompanhado durante todo o processo...” QP8</p>	3
	Decisão livre e esclarecida	<p>“...explicaram-me tudo à medida que ia evoluindo (...)” QP1</p> <p>“...fui sempre informada (...)” QP7</p>	2
	Intervenções pelos profissionais de saúde	<p>“... não me deixava mudar de posição na cama (...), descontrolei-me um pouco, (...) vários toques e a episiotomia com 2 cortes, que era algo que receava e que não queria...tornou-se de certa forma traumatizante” QP3</p>	1

Quadro 4 – Justificação da classificação/avaliação da experiência de parto pelas puérperas.