

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

**DAR À LUZ SEM MEDO. O PAPEL DO EEESMO NA GESTÃO/ DESCONSTRUÇÃO
DO MEDO NA SALA DE PARTOS.**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Joana Filipa dos Santos Pinto Nunes

Orientação:

Professora Maria Olímpia Laurentino Cruz Carvalho Fonseca

Dezembro 2022

*“Dar à luz sem medo é aperfeiçoar a
experiência do trabalho de parto,
e não tentar promover o parto perfeito.”*

Susanna Heli, 2021

AGRADECIMENTOS

Toda a gratidão a todos aqueles que foram esperança, fôlego e farol nesta caminhada.

À Professora Olímpia Cruz, ao Professor José Amendoeira, às enfermeiras cooperantes de todos os estágios e aos restantes Professores da Escola Superior de Saúde de Santarém, que lecionaram o curso de mestrado, pela partilha de conhecimentos, profissionalismo, inspiração, disponibilidade e contributo para o meu percurso formativo.

A todos os casais e recém-nascidos a quem tive a oportunidade de prestar cuidados, pela permissão da minha intervenção e por todo o contributo para a minha formação profissional.

À Melissa Tação por me ter empurrado neste salto de fé, por ser bússola, coração, força e luz nesta viagem. Obrigada seria um eufemismo.

À Inês Castanheiro, Joana Teixeira, Rita Perre e restantes colegas de mestrado. Obrigada por serem fé, fôlego e amizade e nesta caminhada

À minha equipa, pelo apoio constante, motivação, compreensão e pelo facilitismo na realização de trocas de turno, que permitiram a concretização deste sonho.

Ao João por acreditar em mim, por me dizer o que preciso de ouvir, por ser colo, ombro e casa. Obrigada. Sempre.

Ao meu filho Francisco por me salvar de uma das maiores tragédias da vida, a de viver só para nós mesmos, por me libertar da escravidão do tempo, por me ancorar ao presente e por ter o poder de fazer tudo valer a pena.

Aos meus pais, sogros e aos meus amigos pelo suporte emocional, presença nos momentos necessários e compreensão dos momentos de ausência. A maior sorte da vida é saber com quem contamos de verdade.

A mim, por nunca ter desistido deste objetivo a que me propus.

Que a vida me continue a dar chão, pessoas que não me largam a mão e caminhos onde exista coração.

Reforço a minha gratidão a todos os que estiveram ao meu lado.

Nunca é por acaso. Nada e ninguém.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACEESMO – Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ACOG - The American College of Obstetricians and Gynecologists

BAR: Bolsa de águas rota

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

DPP- Data Prevista para o Parto

EBSCOhost – Elton Bryson Stephens Company Host

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

Et al. – Entre outros

FCF- Frequência cardíaca fetal

IA - Índice de Apgar

IG - Idade gestacional

JBI - *Joanna Briggs Institute*

LA: Líquido amniótico

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MeSH – Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RCEEE-Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saude Materna e Obstétrica

RN – Recém-nascido

SARS-Cov2 – Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

SR – *Scoping Review*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TP – Trabalho de parto

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

O momento do parto engloba inúmeras emoções. A permanência da existência do medo de dar à luz apesar da existência de vasta informação é ainda uma realidade na sociedade ocidental atual. Foi efetuada uma *Scoping Review* (SR) partindo da questão **“Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na gestão/ desconstrução do medo de dar à luz, na sala de partos?”**, da qual se obteve cinco artigos sujeitos a análise reflexiva.

Destaca-se que o EEESMO assume neste contexto um papel essencial através do estabelecimento de uma relação de confiança e da aplicação de intervenções específicas relativas a respiração, relaxamento, uso da voz e meditação. Estes resultados são relevantes para a prática de Enfermagem. Saliencia-se a necessidade de formação dos EESMOS e consequentemente de formação fornecida às mulheres por forma a empoderá-las, tornando-as capazes de assumir maior controlo sobre o seu corpo no seu trabalho de parto.

Palavras chave: Medo, Trabalho de parto, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

The moment of childbirth encompasses countless emotions. The permanence of the existence of the fear of giving birth despite the existence of vast information is still a reality in today's Western society. A Scoping Review (SR) was carried out based on the question **“What is the role of the Midwife in the management/deconstruction of the fear of giving birth, in the delivery room?”**, from which we obtained five articles subject to reflective analysis.

It is noteworthy that the midwife assumes an essential role in this context through the establishment of a relationship of trust and the application of specific interventions related to breathing, relaxation, voice use and meditation. These results are relevant to the Nursing practice. The need for training the Midwives is highlighted and, consequently, training provided to women in order to empower them, making them capable of taking greater control over their body during their labor.

Keywords: Fear; labor obstetrics; obstetric nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. O PERCURSO DE APRENDIZAGEM...	12
1.1 CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	12
1.2 ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE O ESTÁGIO IV.....	14
2. DAR À LUZ SEM MEDO. O PAPEL DO EEESMO NA GESTÃO/ DESCONSTRUÇÃO DO MEDO NA SALA DE PARTOS	33
3. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM: TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA	39
4. METODOLOGIA	42
4.1 “SCOPING REVIEW”	46
4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
CONCLUSÃO	59
BIBLIOGRAFIA	61
APÊNDICES	65
Apêndice I: Projeto de Estágio IV.....	66
Apêndice II: Scoping Review	98
Apêndice III - Walking Epidural - Apresentação	129
ANEXOS	136
ANEXO I – REGISTO DE ATIVIDADES	137

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos critérios de inclusão	43
Quadro 2 – Identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis, por base de dados	44
Quadro 3: Artigos resultantes da pesquisa.....	46
Quadro 4- Resumo dos artigos incluídos na SR.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: PRISMA 2020 flow diagram	48
--	----

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade que o corpo humano tem a capacidade inata de dar à luz. No entanto, e apesar de no mundo ocidental se pautar cada vez mais pela excelência dos cuidados na área da Saúde Materna e Obstétrica, o medo do parto por parte das mulheres parece igualar-se ou ser maior quando comparado com países menos desenvolvidos. A intuição parece ter-se desvanecido à medida que a ciência avançou e as mulheres estão a perder, como resultado. A gestão do medo é a chave para desbloquear a fisiologia do parto. Retirando o medo do foco, a mulher é empoderada ao ponto de conseguir ter acesso à sua capacidade inata e instintiva de dar à luz. (Heli, 2021)

Atualmente, a maternidade é vista como um período de transição em que a mulher vivencia múltiplas transformações capazes de gerar medo: a intervenção do EEESMO colabora na transição saudável. Em particular, durante o trabalho de parto o EESMO, enquanto promotor da desconstrução/gestão do medo na sala de partos deve reger-se pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica ((RCEEEESMO)) Regulamento nº 391/2019, de Maio, onde se salienta o descritivo da competência 3 em que o EEESMO garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto, concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos, assegurando um ambiente seguro, de forma a garantir a saúde da parturiente e a estabilidade relativa à adaptação à vida do recém-nascido, através de intervenções autónomas e independentes (OE, 2019, p. 13563).

Define-se como **objetivos** do presente trabalho: **Desenvolver uma análise reflexiva sobre as atividades e experiências do Ensino Clínico (EC); compreender a intervenção do EEESMO na desconstrução/gestão do medo na sala de partos, à luz das experiências do Ensino Clínico com recurso a SR; expor o processo de SR realizado com recurso a bases de dados científicas e analisar os resultados obtidos bem como a necessidade de aprofundamento da temática.**

O EC em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em Sala de Partos teve a duração de vinte semanas, com início a 25 de Fevereiro e término a 22 de Julho de 2022, perfazendo um total de 760 horas, sendo 560 horas afetas à prestação de cuidados e 200 horas dedicadas à elaboração do presente relatório.

No decorrer do estágio, contactou-se com mulheres que manifestavam verbalmente medo do parto, aquando do momento de acolhimento. Com a intenção pessoal de potenciar e humanizar a

experiência de parto, selecionou-se a temática que incide no papel do EESMO na desconstrução/gestão do medo, na sala de partos. No âmbito desta temática foi realizada uma SR a partir da questão: **“Qual o papel do EESMO na desconstrução/gestão do medo na sala de partos?”**

Assim é objetivo da SR mapear a evidência científica sobre o papel do EEESMO na desconstrução/gestão do medo na sala de partos e seguiu as orientações de *Joanna Briggs Institute (2020)*. O recurso à SR como metodologia permite a obtenção de evidências mais recentes, o que possibilita efetuar uma análise e discussão dos resultados de forma a fundamentar uma proposta de mudança na prática do EEESMO no seu contexto profissional.

No próximo capítulo consta a análise das atividades desenvolvidas e o respetivo contributo para a aquisição de competências, com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b).

No segundo capítulo desenvolve-se a fundamentação da temática em estudo. A sustentação teórica constitui o terceiro capítulo, tendo-se recorrido à Teoria do Conforto de Katherine Kolbaca. Posteriormente segue-se a descrição da SR, a apresentação e discussão dos resultados.

Finda-se o presente trabalho com a conclusão, onde se apresentam os contributos da SR para a prática clínica, formação, gestão e investigação.

O enfermeiro especialista, com recurso à sua prática de cuidados avançada pretende acrescentar enfermagem à enfermagem, apresentando-se com uma disciplina prática (que se centra no cliente/família com uma perspetiva holística), assente em pilares que devem ser transversais a qualquer enfermagem no mundo: conhecimento, disciplina, formação, investigação, reflexão, prática baseada na evidência, liderança e implementação da mudança.

Na realização deste relatório de estágio, utiliza-se as normas de referências bibliográficas da sétima edição da *American Psychological Association (2020)*.

1. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

1.1 CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O Ensino clínico foi desenvolvido num hospital distrital, público, de agudos, diferenciado, de acesso universal, que em termos jurídicos reveste a forma de entidade pública empresarial com autonomia administrativa, financeira e patrimonial que está integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O Hospital assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 184,6 mil habitantes distribuídos por 9 concelhos.

O hospital tem como missão prestar serviços e cuidados de saúde de elevada qualidade para satisfação dos utentes e das entidades responsáveis financeiramente pelos cuidados prestados, promovendo a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores, tendo sempre presente a justa noção da eficiência da sua ação. É um hospital de referência pela sua capacidade de resposta às necessidades dos utentes, pela qualidade técnica e humana dos seus profissionais, que aqui terão um lugar atrativo para se realizar em e desenvolverem. Os seus valores assentam na orientação do doente; inovação; ética nas relações pessoais, profissionais e institucionais; qualidade; responsabilidade social e ambiental; realização dos colaboradores e criação de calor económico e social.

Ao longo do estágio, a idade das primíparas a quem se prestaram cuidados, variava entre os 18 aos 46 anos, constatando-se que a grande maioria se encontrava entre os 20 e os 35 anos, estando este valor de acordo com os dados estatísticos. (PORDATA, 2021)

Em 2021, ocorreram cerca de 1082 partos neste hospital, número que ilustra a afluência à instituição e sendo que mais de metade foram partos eutócicos. Considerando que a maioria dos partos eutócicos são realizados por um EEESMO, verifica-se que estes são responsáveis por sensivelmente metade dos partos realizados no hospital.

No que diz respeito à estrutura física do hospital onde foi desenvolvido o estágio IV, salienta-se que o Bloco de Partos e Urgência Obstétrica situam-se no Piso 3, a par com o serviço de internamento de obstetrícia, ginecologia e neonatologia. O serviço de Bloco de Partos foi recentemente remodelado, os quartos e as casas de banho passaram a ser privativos, ficando para trás a enfermaria de três camas, sendo possível dar resposta ao anseio de bem-estar, conforto e privacidade que a mulher grávida exige nos dias de hoje. O serviço é bastante luminoso, com muita

luz natural e paredes brancas, fazendo-nos sentir que estamos num outro hospital. Apostou-se ainda noutras vertentes como a bola de Pilates, bola Pilates Amendoim, musicoterapia, aromaterapia e o parto humanizado em fotografia. Porém, algumas destas vertentes encontram-se de momento indisponíveis devido ao contexto pandémico por Sars-Cov-2, em vigor durante a realização deste estágio.

Fisicamente, o Bloco de Partos é composto pela sala de triagem, 3 gabinetes médicos, uma sala de Serviço de Observação com dois lugares em maca e outra com dois lugares em cadeirão, o gabinete da enfermeira chefe, uma copa, uma casa de banho para os profissionais de saúde, uma casa de banho para utentes, uma sala de arrumos, uma sala de sujos, uma sala de reanimação para RN e 4 salas de partos, individuais, preparadas para todas as fases do trabalho de parto. Estas são compostas por uma cama versátil, um cadeirão para o acompanhante, televisão, uma casa de banho privativa com cadeira de duche, uma bancada (sem material devido ao contexto pandémico atual) e uma mesa de reanimação neonatal. O material é transportado sempre que necessário do *open space* que possui dois armários. Nestas salas, um acompanhante selecionado pela mulher pode acompanhá-la durante todas as fases do trabalho de parto e puerpério imediato, acompanhando também a sua transferência. Este acompanhante tem de ser o mesmo durante toda a permanência no Bloco de Partos. Devido à pandemia, o acompanhante pode permanecer 24h, no entanto tem de apresentar Certificado Digital/ Certificado de Recuperação e/ ou Teste Covid negativo, sendo que a grávida é submetida a um teste Covid assim que dá entrada no Hospital. Existe uma sala operatória, onde seriam realizadas cesarianas programadas ou urgentes, o que ainda não acontece. Desta forma as cesarianas continuam a realizar-se no Bloco Central. Esta sala operatória possui uma antecâmara para os profissionais e acompanhantes se equiparem, e de entre os recursos existentes, uma cama central, equipamento de anestesia e ventilação, carro de apoio, sistema de aquecimento de roupa, e mesa de reanimação neonatal. Nesta sala, o acompanhante selecionado pela mulher poderia estar presente nas cesarianas programadas, sendo solicitada a sua saída caso ocorram intercorrências que o justifiquem. Nas cesarianas emergentes, não é permitida a presença do acompanhante. Existe ainda neste serviço, um espaço de recobro, esta sala tem espaço para seis camas. Existem carros de apoio, para medicação e cuidados de higiene e conforto. A permanência nesta sala habitualmente é curta, e antecede a transferência para o serviço de internamento, podendo tornar-se mais prolongada sempre que exista essa necessidade do serviço.

No *open space*, existe uma bancada com uma secretária extensa com 3 computadores, sistema de cardiocografia à distância através de um ecrã comum com excelente visualização, armários onde são organizados os processos físicos das utentes, medicação e material associado a procedimentos de Enfermagem. É aqui que são realizados os registos de enfermagem, as passagens de turno e comunicação telefónica para a transferência das utentes para o serviço de Internamento.

Quanto a recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta apenas por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, Obstetras, e Assistentes Operacionais, podendo haver recurso a outros profissionais, mediante necessidade das mulheres ou recém-nascidos, como por exemplo, de Anestesista ou Pediatria de acordo com o preconizado pela Rede de Referência Hospitalar no que toca aos Hospitais de Apoio Peri Natal, correspondendo assim ao numero de dotação segura nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica (MCEESMO, 2019). O método de trabalho utilizado – enfermeiro responsável.

O programa informático em utilização pela equipa de Enfermagem é a '*S Clínico*', transversal ao Serviço de Internamento de Grávidas e Puérperas, o que facilita a continuidade dos registos de Enfermagem. Para além disto, existe registo em papel, no Boletim de Saúde da Grávida, o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e Boletim de Vacinas, impresso para o registo de material utilizado, consentimento se outra documentação relevante.

1.2 ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE O ESTÁGIO IV

O presente capítulo pretende transmitir uma apreciação crítica e reflexiva das atividades programadas para o estágio IV, tendo por base o projeto individual (Apêndice I). No projeto foram delineados objetivos, atividades correspondentes a cada objetivo, linha temporal e recursos materiais e humanos necessários para a concretização dos mesmos.

Desta forma, irá refletir-se acerca de cada objetivo específico definido no projeto de estágio, retratando de forma global o ocorrido e o aprendido, através de sustentação em evidência científica e enquadramento com a teoria do conforto de Katherine Kolcaba. Esta teoria foi selecionada pela importância de proporcionar um cuidado exímio anterior a situações de mudanças na vida dos clientes, tendo o enfermeiro um papel essencial neste período de transição, diminuindo o risco potencial que a experiência de transição pode influenciar na mulher. Uma vez que o EEESMO deve

basear a sua prática considerando a individualidade da mulher e as suas expectativas, neste período de transição tão importante na vida de cada mulher faz sentido utilizar esta teoria.

Importa reiterar que as atividades programadas para este estágio se basearam no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, e no Regulamento nº391/2019. (3 de maio de 2019) “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica E Ginecológica”, assim como no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Diário da República-Despacho n.º 8872/2019, 4/10).

De acordo com a OE (2001), refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros constitui-se como um reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos. Assim, a análise das intervenções e dos momentos de tomada de decisão resultam em processos de reflexão e posteriormente de mudança, que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Sendo a qualidade dos cuidados um objetivo a alcançar, também durante o percurso de aprendizagem a análise das ações esteve sempre presente, tendo como suporte: o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Seguidamente, será realizada uma avaliação da consecução dos objetivos propostos, e das atividades que se destacaram, ao longo do estágio, seguindo a sequência do projeto de estágio.

Durante o estágio houve contacto com cerca de 60 mulheres. A maioria das parturientes a quem foram prestados cuidados eram nulíparas, no entanto muitas delas já tinham tido experiência de aborto ou gravidez ectópica.

O primeiro objetivo **“conhecer a estrutura física, dinâmica e organizacional do serviço e integrar a equipa multidisciplinar”** foi estabelecido tendo em conta a necessidade de conhecer as instalações físicas, a dinâmica do serviço, os protocolos e projetos existentes, o programa informático SCLINICO, as normas em vigor em contexto de pandemia por Sars-Cov-2 e os motivos mais comuns que levam à admissão da grávida /mulher no serviço. O processo de integração deve promover o conhecimento do conjunto das normas, objetivos e valores definidos pela instituição, com o intuito de contribuir para o seu desenvolvimento, exigindo a prestação de cuidados de qualidade (Carvalho, 2014). Considera-se que as atividades propostas para este objetivo foram realizadas e possibilitadas pela equipa multidisciplinar, em especial pelas enfermeiras cooperantes que contribuíram de forma eximia e inspiradora para a integração no local de estágio e que se tornaram uma fonte de informação

essencial no que toca aos processos de gestão que são da responsabilidade da enfermagem. Não se verificaram dificuldades pelo facto de terem sido atribuídas duas enfermeiras cooperantes, ainda que em períodos distintos, pelo contrário, pode considerar-se que esta dinâmica promoveu um acréscimo de contributos. Foi notória a excelente capacidade de transmissão de conhecimentos sólidos e atualizados e a disponibilização contínua para que pudesse ter o maior leque de experiências possíveis dadas as possibilidades, favorecendo assim a aprendizagem.

Ao longo do estágio, foi possível compreender quais as funções de cada elemento na equipa, sendo concedida progressivamente mais autonomia para a gestão e prestação de cuidados. Com a inclusão progressiva no processo de tomada de decisão, conclui-se que foi possível adquirir as competências propostas, para uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, trabalho em equipa e tomada de decisão conjunta, e desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade (OE, 2019b).

Desta forma, foram adquiridas e desenvolvidas as competências definidas para este objetivo, relativas à responsabilidade profissional e garantia da segurança do utente, ambiente terapêutico seguro, melhoria contínua da qualidade da prática, otimização de recursos humanos e materiais (OE, 2019b) e promoção da saúde no período pré-natal, durante o trabalho de parto e parto (OE, 2019a).

Face ao objetivo **“desenvolver competências cognitivas, técnicas, relacionais e científicas na área da formação em Saúde Materna e Obstétrica e educação para a saúde”** salienta-se que durante o presente estágio houve uma formação pessoal contínua, bem como a formação a outros. Foi desenvolvida uma apresentação sobre o tema proposto para a realização da SR: “Dar à luz sem medo. O papel do EESMO na desconstrução/ gestão do medo na sala de partos” e apresentado o trabalho desenvolvido à equipa, alicerçando processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, facilitando os processos de aprendizagem sendo desta forma agente ativo no campo da investigação. (OE, 2019).

Em conversa com as enfermeiras cooperantes sobre os protocolos e folhetos existentes no serviço sobre o tema “medo de dar à luz”, surgiu a necessidade de elaboração de uma apresentação ao serviço sobre a “walking epidural”, que poderá vir a tornar-se um folheto disponível para fornecer às grávidas nas consultas de terceiro trimestre, promovendo o aumento da literacia em saúde das mulheres e consequentemente diminuindo o eventual medo da analgesia epidural, que se encontra em anexo a este relatório. (Apêndice III) A cooperação das enfermeiras cooperantes foi sem dúvida

uma mais-valia para a elaboração do presente relatório e SR, bem como na atualização de conhecimentos e práticas utilizadas.

No dia 5 de Maio de 2022 houve a oportunidade de assistir à atividade formativa – *Webinar* – MAC - Dia Internacional da parteira – da preconceção ao pós-parto, tendo esta sido uma mais valia para a minha formação profissional.

A educação para a saúde foi promovida através da prestação de cuidados de enfermagem individuais e holísticos a cada mulher ao longo do EC, tendo por base a Teoria de Katherine Kolbaca.

Relativamente ao objetivo **“desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da Grávida e pessoa significativa durante o período pré-natal, em contexto de urgência obstétrica”** foi possível realizar a admissão da grávida no serviço de triagem. Nesta fase e tendo em conta o contexto pandémico ainda em vigor, a pessoa significativa não entrava na sala de triagem. Considera-se que a aquisição prévia do curso de triagem de Manchester, no contexto profissional, se tornou um elemento facilitador no que toca à transmissão de segurança, neste momento bem como à criação de um clima de confiança. Optou-se por desenvolver as competências inerentes a este objetivo nos dias em que por contingência hospitalar não podiam ser admitidas grávidas em trabalho de parto. Houve a oportunidade de conhecer os diagnósticos clínicos mais comuns na grávida internada no Bloco de Partos (hipertensão na gravidez, diabetes gestacional, gravidez não evolutiva, ameaça de parto pré-termo, estreptococos B-hemolítico do grupo B positivo, colestase gravídica) e aplicar posteriormente os protocolos de atuação de serviço vigentes, consoante os mesmos.

Procedeu-se à observação e consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e realização da entrevista de enfermagem à grávida por forma a colher dados e identificar necessidades (identificação pessoal, antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos, alergias). Foi possível também realizar o cálculo da Idade Gestacional (IG) e Data Prevista para o Parto (DPP);

Foi realizado o estabelecimento de uma prioridade clínica - queixa/sinal/sintoma apresentado pela mulher, conforme o sistema em vigor - Triagem de Manchester. Na triagem, a avaliação da mulher é realizada no seu todo: sinais vitais, avaliação hemodinâmica, edemas e coloração da pele e mucosas, histórico vacinal, fatores psicológicos e sociais, estado emocional face à gravidez e motivação.

Também houve a oportunidade de realizar a avaliação fetal: auscultação fetal por doppler, realização e interpretação de cardiotocografia (CTG), medição da altura do fundo uterino e identificação da estática fetal por meio das manobras de Leopold. As manobras de Leopold são importantes na medida em que permitem identificar o número de fetos, distinguir as partes fetais,

identificar a apresentação, a posição e atitude fetal, grau de descida da apresentação e o foco da auscultação máximo para a determinação da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) (Sequeira et al. 2020)

Uma das situações mais marcantes nesta fase foi a vivência do apoio à mulher e pessoa significativa, durante o período de luto na situação de perda gestacional. Nesta situação, estabeleceu-se uma relação sustentada na escuta ativa, dando oportunidade à mulher de contar a história e os sentimentos envolventes à perda, compreendendo empaticamente o seu sofrimento e transmitindo interesse e preocupação através de mensagens sensíveis, do fornecimento de informação adequada ao grau de compreensão da mulher/pessoa significativa e encaminhamento para outras fontes de apoio se necessário (apoio psicológico, social).

Também no contexto de urgência se verificou a recorrência recorrente de mulheres grávidas, sem abrigo, às horas das refeições principais, com queixas de náuseas ou vômitos maioritariamente, tendo este sido um assunto debatido nas passagens de turno pela constatação de que viriam a recorrer ao hospital por fome, tendo sido reencaminhadas estas situações para apoio social.

No que toca o ao objetivo **“Desenvolver competências que permitam acolher a mulher grávida e pessoa significativa no Bloco de Partos”** não se identificam obstáculos, ou dificuldades concretas. O serviço de urgência é integrado na unidade de bloco de partos, o que permite que seja a mesma equipa em ambos, facilitando uma continuidade de cuidados aquando da admissão de uma mulher. Foi possível aplicar os conhecimentos aprendidos durante o período teórico e realizar as atividades propostas, por forma a atingir este objetivo. Começou por ter-se conhecimento da legislação e protocolo do Hospital sobre as condições relativas ao internamento da mulher e à presença da pessoa significativa no Bloco de Partos, tendo em conta o contexto pandémico em vigor por Sars-CoV-2.

No decorrer do estágio, realizou-se o acolhimento da mulher grávida/pessoa significativa no BP, promovendo a sua privacidade, garantindo um ambiente tranquilo, confortável e seguro, fornecendo informações de forma personalizada sobre os procedimentos iniciais (preparação da roupa, do quarto, preparação da mulher de forma a instalar-se confortavelmente). A tomada de decisão do EEESMO é influenciada em grande parte pela entrevista inicial e colheita de dados, realizada nesta fase, sendo essencial uma exímia colheita de dados sobre a sua situação atual, experiências anteriores, história familiar, por forma a despistar e melhor adequar os cuidados prestados às suas necessidades ao longo do trabalho de parto promovendo uma prestação de cuidados de qualidade. As mulheres têm habitualmente muitas dúvidas e preocupações que não

exprimem sendo fundamental um diálogo inicial acerca das suas preocupações e preferências. Muitas vezes os casais trazem planos de parto, mesmo que não escritos, mas mantêm dúvidas, às quais os profissionais têm que ser sensíveis. Segundo Barradas et al. (2015) “(...) a Mulher que não apresenta plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas serão adequadamente suportadas”. p.39

Foi nesta fase que se teve maior percepção **dos medos que as mulheres sentem** relativamente ao parto. Assim, adequou-se o espaço físico, postura e tipo de discurso tendo em conta o nível sociocultural da mulher grávida/pessoa significativa, tendo sido disponibilizada informação sobre o trabalho de parto e parto, consoante o estágio em que a mulher se encontrava recursos hospitalares, visitas e respetivos horários e restrições devido à pandemia bem como esclarecimento de dúvidas mais específicas.

“A comunicação e a linguagem utilizadas são peças fundamentais na assistência da parteira” (Barradas et al. 2015, p.40). Assim, o primeiro contacto entre o EESMO e a mulher grávida é fundamental, para promover uma experiência positiva e desenvolver uma relação de confiança. É por isso fundamental que a comunicação e a postura do EESMO sejam facilitadoras dessa primeira abordagem, possibilitando abertura para questões e preocupações, esclarecendo sobre as fases do TP e procedimentos realizados (Lowdermilk & Perry, 2008).

No decorrer da avaliação inicial da grávida foi ainda analisado o seu BSG (Boletim Saúde da Grávida) e exames complementares de diagnóstico de modo a obter o máximo de informação possível acerca da gravidez e assim adequar da melhor forma os cuidados prestados. De acordo com Lowdermilk P. (2008) (Lowdermilk, 2008) é fundamental que o EESMO para além da avaliação física, tenha toda a informação pré-natal da mulher, de modo a analisar todos os dados, em particular no momento da admissão, de forma a avaliar o TP, e detetar situações pontuais que possam colocar em risco bem-estar materno-fetal.

Foi ainda realizada a integração da pessoa significativa, mediante a sua vontade e capacidade.

Atualmente, as grávidas/parturientes são admitidas sozinhas, pelo facto de ser aconselhado ao acompanhante apenas entrar na sala de partos, na fase de TP ativo. O acolhimento é um aspeto essencial na humanização do parto e implica a receção da mulher, assumi-la como alvo dos cuidados, ouvir as queixas e permitir que ela exprima preocupações e angústias (Toral et al., 2019). A presença do acompanhante contribui para uma menor utilização da analgesia farmacológica, diminuição do

parto vaginal instrumentalizado e para o aumento do sentimento de satisfação da mulher com a sua experiência do parto, atuando como fator tranquilizante e de segurança (Barradas et al, 2015).

Deste modo, conclui-se que as atividades propostas para este objetivo foram realizadas, e as competências inerentes ao mesmo foram atingidas.

Durante o estágio IV, foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados a 62 mulheres parturientes nos diferentes estádios do TP à luz a teoria do conforto de Katherine Kolcaba que suporta a temática em estudo neste trabalho. Foram identificadas as necessidades de conforto apresentadas pelas utentes nos 3 diferentes estados de conforto e respetivos contextos definidos pela teórica, e definidas as medidas a adotar para a satisfação das suas necessidades individuais de forma holística.

Nas primeiras semanas, optou-se por adotar uma atitude de observação participativa e progressivamente, ao longo do estágio foi-se desenvolvendo uma postura ativa na prestação dos cuidados.

Relativamente ao objetivo **“Adquirir competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da mulher e pessoa significativa durante o primeiro estágio do trabalho de parto”**, foi possível prestar cuidados a 62 parturientes tendo este sido o estágio de trabalho de parto (TP) que proporcionou um maior contacto com as parturientes/ pessoa significativa. O elevado número de contactos com estas mulheres permitiu diversidade e riqueza de experiências, tendo sido possível prestar cuidados específicos a utentes com hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, gravidez pré-termo, diabetes gestacional, perturbações mentais e casos sociais críticos, como rejeição da criança. O ganho de autonomia foi sendo progressivo assim como os conhecimentos e a capacidade para lidar com situações específicas como as acima descritas.

Os sinais clínicos de início de TP caracterizam-se pelo aparecimento de contrações uterinas dolorosas de frequência e intensidade regulares, acompanhadas de apagamento e dilatação cervical. O primeiro estágio começa assim com o aparecimento de contrações uterinas regulares terminando com a dilatação completa (10cm). (Varela et al. 2020)

A ansiedade e inquietação estão na maior parte dos casos inerentes ao primeiro estágio de TP. Nesta fase, o EESMO, deve transmitir calma, segurança e informação concreta sobre o que está a decorrer (OE, 2015). Desta forma, o enfermeiro assume a responsabilidade pelo acompanhamento contínuo da mulher em TP, o que promove a criação de um vínculo forte e confiável (Miranda et al., 2020).

Promoveu-se a presença do acompanhante/ pessoa significativa sempre que possível e desejado pela mulher, exceto em situações em que a mesma estava positiva para Sars-Cov-2.

Segundo Monteiro, M.; Santos, M.; Prata, A. e Sequeira, A. (2020) o apoio por parte da pessoa significativa, aumenta a satisfação global da experiência de TP. É importante que esteja munido de ferramentas para oferecer medidas de conforto físico e emocional, pelo que deve ser escolhido previamente pela parturiente.

Neste estágio procedeu-se à realização da cardiocotografia (CTG) através da monitorização externa ou interna sendo esta fundamental para avaliar o bem-estar do feto, onde se avalia a oxigenação do feto, sendo importante para o EESMO deter conhecimentos sobre a realização deste tipo de recurso, capacidade de análise e reconhecimento dos vários padrões de frequência cardíaca fetal (FCF), realizando uma intervenção adequada a cada situação (Lowdermilk & Perry, 2008). De acordo com a OMS (2018), o CTG não deve ser realizada de forma contínua em mulheres com gravidez de baixo risco, aumentando o risco de cesariana e de intervenções médicas. Deve-se realizar auscultação da FCF de forma intermitente utilizando o Doppler ou o estetoscópio de Pinard. Na fase ativa do 1ºestádio do TP deve ser feito o registo do CTG a cada 15-30min e no 2ºestádio do trabalho de parto a cada 5 min.

Durante as 20 semanas de estágio, observaram-se diferentes padrões da FCF através do CTG. O ganho de autonomia foi progressivo assim como os conhecimentos e capacidade para agir em caso de CTG não tranquilizador.

O toque vaginal que segundo Lowdermilk & Perry (2008), é um procedimento importante na medida em que é através da sua realização que o EESMO verifica se a mulher se encontra verdadeiramente em TP, permitindo determinar a integridade das membranas, também foi alvo de prática. Através dele é possível avaliar a dilatação e apagamento do colo uterino, variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas, características do líquido amniótico e adequação pélvica para o parto eutócico. Inicialmente, existiam muitas dúvidas relativamente à avaliação da dilatação e apagamento do colo uterino, mas ao longo do estágio foi-se tornando mais perceptível esta avaliação, sendo a avaliação da variedade o aspeto considerado mais desafiante deste objetivo.

O toque vaginal é um procedimento considerado desconfortável para a mulher, tendo sido efetuado apenas quando necessário. A OMS (2018), defende que a realização do exame vaginal em intervalos de quatro horas é recomendada na fase ativa do 1ºestádio do TP em grávidas de baixo risco como forma de prevenir o risco infeccioso tanto na mãe como no bebé.

De acordo com os autores Chapman & Charles (2013), o EEESMO não deve efetuar o exame vaginal por rotina, promovendo a privacidade da mulher bem como o seu consentimento prévio recorrendo a comunicação efetiva e parando o procedimento se a mulher o solicitar.

De modo a garantir a segurança e a continuidade dos cuidados prestados, recorreu-se ao partograma para registar a evolução do TP. Este documento é essencial pelo que a sua interpretação e análise possibilita a realização de um diagnóstico mais escrupuloso, contribuindo assim para uma intervenção mais apropriada da equipa multidisciplinar, tendo como foco a prestação de cuidados de saúde de qualidade (Chapman & Charles, 2013; Graça, 2017)

Cabe ao EEESMO promover o bem-estar físico e emocional da parturiente, bem como o seu conforto. Lidar com o medo da parturiente foi um desafio com que me deparei nesta fase.

Cabe ainda ao EEESMO deter um conhecimento profundo sobre a fisiologia da dor no TP. Sabendo que, a qualquer momento a mulher vai experienciar dor em qualquer nível, o EEESMO deve conseguir mobilizar os recursos fisiológicos da mulher a fim de esta conseguir lidar com a dor. A dor deve ser considerada como positiva e com algum propósito sendo que o EEESMO deve conseguir geri-la com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas por forma a proporcionar adequadas medidas de conforto e métodos de alívio da dor (OE, 2015).

No que concerne às terapias farmacológicas para alívio da dor deu-se ênfase à analgesia endovenosa e **loco-regional**. Desde o início do estágio colaborou-se com o anestesista na colocação de cateter de analgesia epidural e sequencial, preparando o material, preparando a parturiente física e psicologicamente, (após preenchimento do consentimento informado), realizando a repicagem analgésica, segundo as normas de procedimento do local de estágio vigiando e despistando complicações imediatas.

Muitas das vezes, após a realização da analgesia epidural é esperada uma diminuição da sensibilidade por parte da mulher sendo que esta tem uma menor consciência da vontade de urinar. A distensão da bexiga pode contribuir para a inibição da descida da apresentação e das contrações uterinas, dificultando assim a evolução do TP (Lowdermilk & Perry, 2008). Desta forma, o procedimento de esvaziamento vesical, foi realizado, sempre que necessário e após consentimento informado, num ambiente calmo e permitindo o esclarecimento de qualquer dúvida.

A administração de ocitocina foi realizada em situações de ITP (indução trabalho de parto) por razões médicas e para estimulação do TP, e segundo prescrição médica baseada na avaliação do bem-estar materno-fetal prévio.

Relativamente às medidas não farmacológicas para o alívio da dor da mulher em TP, foram postas em prática técnicas de relaxamento são recomendadas OMS (2018), nomeadamente o relaxamento muscular progressivo, a respiração e música consoante a preferência da mesma. Reitera-se a importância destas técnicas sustentada na evidência científica que comprova que as mesmas podem reduzir o desconforto e o stress, aliviar a dor e melhorar a experiência do TP.

Foi possível ainda realizar a amniotomia em casos de TP prolongado que consiste na rotura artificial das membranas ovulares através de um instrumento esterilizado (amniótomo), inserido no cérvix por meio de toque vaginal. Este procedimento está contraindicado quando a apresentação não se encontra insinuada, no Trabalho de Parto Pré-Termo, em mulheres com VIH positivo, placenta prévia ou vasa prévia. Segundo Varela et al. (2020) é boa prática clínica não executar amniotomia caso a parturiente tiver *Streptococcus β* hemolítico do grupo B positivo e não tiverem sido administradas, no mínimo duas tomas de antibioterapia de largo espetro, de acordo com o protocolo institucional. Após a realização da amniotomia teve-se em consideração a possibilidade do aumento do risco de infeção, pelo que se monitorizou a temperatura da parturiente, avaliou-se regularmente a FCF e registou-se as características do líquido amniótico em SCLINICO e no processo clínico.

Foi principalmente aquando o desenvolvimento das atividades propostas neste objetivo que foi possível conhecer, de forma informal, quais os tipos de medos associados ao TP e parto, junto das mulheres. Na generalidade as mulheres encontravam-se disponíveis para o diálogo, nesta fase e com desejo de se exprimirem e colocarem dúvidas sobre vários aspetos. Quando questionadas informalmente sobre que medos e anseios tinham as mulheres mencionaram ter medo da epidural, medo da episiotomia, medo de morrer, medo que surjam complicações com o RN e medo da dor.

Quando questionadas porquê, as respostas variavam entre não saber explicar porquê, partilhas de outras mulheres e sentirem que estavam perante o desconhecido. Quando questionadas se gostariam que este tema fosse abordado pelo EEESMO na preparação para o nascimento de forma individual, todas afirmaram que utilizariam este recurso caso tivessem essa oportunidade.

Considera-se que todas as atividades inerentes a este objetivo foram realizadas, com um crescente ganho de autonomia ao longo das semanas de estágio, concluindo-se que a diversidade de experiências permitiu a aquisição das competências intrínsecas a este estágio. nomeadamente competências de promoção de saúde, diagnóstico precoce, prevenção de complicações durante o TP (OE, 2019a) e de um ambiente terapêutico e seguro, de respeito pelas normas legais, princípios éticos

e deontológicos, direitos humanos e responsabilidades profissionais e de gestão de recursos (OE, 2019b).

Como futura EESMO, as atividades planeadas para o objetivo **“Adquirir competências que permitam cuidar da mulher e pessoa significativa no 2º estágio do trabalho de parto”**, foram as que suscitaram maior ansiedade, receio, mas principalmente entusiasmo e motivação, por ter a oportunidade de assumir o tão desejado papel impactante numa transição inesquecível para a mulher e família. Considera-se que assumir a missão de enfermeira especialista na organização dos cuidados a prestar é um papel exigente e difícil. Dá-se, nesta fase, especial relevo ao apoio exímio das enfermeiras cooperantes que através das suas partilhas de experiências e conhecimento, auxiliaram em muito a gerir os sentimentos de insegurança, receio e ansiedade de principiante.

Com o decorrer do tempo e aprendizagem, denotou-se uma melhoria significativa na capacidade de gerir a intensidade deste momento, a planear com mais destreza e executar com maior confiança, tendo a consciência de que futuramente ainda se pode e deve melhorar a autonomia na gestão de prioridades, principalmente em situações de urgência.

Foram realizados 40 partos eutócicos, assistidos 12 partos distócicos por ventosa, e assistidas 2 cesarianas.

Nos primeiros dias de estágio foi desenvolvida a capacidade de reconhecimento, preparação e funcionalidade de todo do material necessário para o parto. No decorrer da prestação de cuidados prestados à parturiente no segundo estágio do TP houve a necessidade de saber reconhecer precocemente os desvios ao padrão normal de evolução do parto, alterações do bem-estar fetal, dinâmica uterina inadequada, dificuldade na descida da apresentação, período expulsivo prolongado, sinais e sintomas de infeção, lacerações do períneo ou distócia de ombros.

Neste estágio procurou-se sempre fornecer o melhor apoio emocional possível e assim ir ao encontro das expectativas das parturientes, desconstruindo medos e anseios através da comunicação verbal e não verbal. Sempre que houve desvios ao padrão normal, foram explicadas as razões que motivaram a tomada de decisões, como, por exemplo a laqueação precoce do cordão na presença de circulares cervicais apertadas ou a realização de episiotomia em situações de sofrimento fetal. As explicações fundamentadas foram aceites pela mulher/pessoa significativa, tendo estas, muitas vezes já sido abordadas durante o período de acolhimento ou no primeiro estágio do TP, desenvolvendo assim a prática baseada na evidência (OE, 2019b) e a tomada de decisão e ação (ACEESMO, 2018).

O EEESMO deve deter conhecimentos para aplicar técnicas apropriadas ao parto de apresentação cefálica, de baixo risco, podendo ainda atuar no parto de apresentação pélvica e em situação de emergência. (OE, 2019a) Durante o estágio não houve oportunidade de presenciar partos de apresentação pélvica, tendo todos eles sido de apresentação cefálica. Nesta fase, procedeu-se à avaliação contínua do CTG, realizou-se o exame vaginal para validar a dilatação completa de acordo com as queixas das parturientes, confirmando a variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas e as características do líquido amniótico (LA), aquando bolsa de águas rota (BAR).

Foi incentivada a adoção de posições verticalizadas ou lateralizadas que favorecessem a descida da apresentação, consoante o desejo da parturiente. No decorrer do período expulsivo foi mantida a comunicação com a mesma, tendo como objetivo a condução do trabalho de parto, num ambiente calmo, de segurança e confiança, dando-lhe total liberdade para expressar os seus sentimentos. É de notar o papel preponderante da enfermeira cooperante na partilha do seu saber que serviu de inspiração para a construção da identidade profissional da estudante.

No decorrer dos esforços expulsivos, após consentimento informado procedeu-se à limpeza e desinfeção da vulva e períneo com iodopovidona, e quando verificado o coroamento efetuou-se a manobra de proteção do períneo-Ritgen modificada, o que permite a extensão da cabeça do feto durante o nascimento bem como a proteção da musculatura perineal (Lowdermilk & Perry, 2008). De acordo com os mesmos autores a realização desta manobra diminui o risco de lacerações de maior grau, o que se verificou na prática, tendo a maioria dos partos culminado em períneos íntegros ou lacerações de grau I e II.

Durante o estágio foram realizadas 12 episiotomias, mediante o consentimento informado e após avaliação detalhada da situação. Sendo a realização da episiotomia um tema controverso, e constituir um dos medos mais comuns das parturientes, este foi abordado e discutido no momento do acolhimento, no sentido de proporcionar uma maior literacia à parturiente e pessoa significativa no que toca a este tema, fundamentando a tomada de decisão, no bem-estar materno e neonatal. De acordo com Lowdermilk e Perry (2009) a sua realização não deve ser feita por rotina, pois não traz benefícios à mulher e à sua recuperação, constituindo numa prática prejudicial ou ineficaz. Os seus benefícios têm vindo a ser questionados. Segundo Graça (2017), encontra-se ultrapassado o argumento de que a episiotomia previne lacerações perineais, sendo que a episiotomia mediana aumenta sim o risco de lacerações e apenas parece constituir um fator de proteção das lacerações do reto em nulíparas.

Ainda de acordo com Lowdermilk e Perry (2009) existem atualmente diversas técnicas para abrandar o nascimento e ajudar o períneo a distender estando comprovado que a utilização de medidas alternativas para o cuidado do períneo, como a aplicação de compressas mornas, suporte manual e massagem (pré-natal e intraparto), reduz a incidência de episiotomias/lacerações (Lowdermilk & Perry, 2009).

Segundo a OMS 2018 a recomendação atual não é de proibir a episiotomia, mas de restringir o seu uso pois, em alguns casos, ela pode ser necessária, não devendo ultrapassar os 10% de incidência, o que se verificou, durante o EC, não tendo sido realizada a episiotomia de forma rotineira, mas e só em casos muito específicos aquando do comprometimento do bem-estar materno-fetal.

Aquando da exteriorização da cabeça do RN, parabenizou-se a mãe ao mesmo tempo que se fornecia apoio emocional e se procedia à limpeza do nariz e boca, pesquisa de circulares cervicais e após a saída completa do RN repetia-se a limpeza da boca e nariz através de uma compressa, por forma a eliminar a presença de muco, sangue ou mecónio. Foi ainda possível promover sempre que desejado pela mãe, e garantido o bem-estar materno e neonatal, o nascimento do RN apoiado pela mesma, na medida em que com a correta orientação verbal e garantidas as condições de segurança necessárias, a mãe poderia segurar o RN aquando da extração da cabeça e ombros e assim levá-lo com as suas mãos para o seu peito. Foi bastante gratificante assistir a estes momentos de empoderamento das mães, promovendo assim desde cedo a vinculação mãe-recém-nascido, a estimulação sensorial e o estabelecimento precoce do contacto pele a pele entre a díade, que segundo Carvalho & Zangão (2014), contribui para o aumento de temperatura do RN. O parto normal é um momento marcante na vida de muitas mulheres, repleto da expressão de emoções: umas positivas outras negativas, como o medo. É necessário que a assistência às parturientes seja fundamentada em evidências científicas, de modo a favorecer o protagonismo da mulher e a evitar este sentimento. (Apolonio, et al., 2021)

Em todos os partos lineares foi questionada a vontade de cortar o cordão umbilical por parte da mãe ou pessoa significativa que na maioria das vezes foi o pai, tendo-se observado uma participação recorrente por parte dos pais. Sempre que houve desvios ao padrão normal, foram explicadas as razões que motivaram a tomada de decisões, como, por exemplo a laqueação precoce do cordão na presença de circulares cervicais apertadas.

Assim, procedeu-se sempre que possível à clampagem tardia do cordão umbilical (entre os 30 segundos e os 3 minutos), que segundo as recomendações da The American College of Obstetricians

and Gynecologists (ACOG) (2017), promove o aumento dos níveis de hemoglobina no nascimento e melhora as reservas de ferro nos primeiros meses de vida, podendo impactar positivamente no desenvolvimento infantil.

A realização da clampagem do cordão efetua-se considerando dois centímetros acima do umbigo do RN, testando previamente a sua segurança e posteriormente o seu calamento. Era ainda verificada a presença dos três vasos umbilicais (2 artérias e 1 veia), como também a presença de hemorragia com a finalidade de despistar complicações neonatais.

Relativamente ao RN, foram prestados cuidados imediatos de suporte na adaptação à vida extra-uterina, quer nos partos realizados, quer nos distócicos assistidos como expressão, aquecimento, estimulação, aspiração e administração de oxigénio por pressão positiva, não tendo havido a oportunidade de colaborar na reanimação de RN.

Um dos indicadores utilizados para a avaliação do risco de morbimortalidade do RN, é o Índice de Apgar (IA) desenvolvido por Virginia Apgar em 1952, que permite a avaliação da necessidade de reanimação do RN ao 1º, 5º e 10º minuto baseada em cinco sinais (frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor) que identificam o estado fisiológico do recém-nascido (Lowdermilk & Perry, 2008). Durante o estágio o IA dos recém-nascidos variou entre 7 e 10. Procedeu-se ainda à observação física cefalo-caudal inicial do RN e respetiva pesagem.

Uma das situações mais marcantes deste estágio que se insere nas atividades previamente planeadas para a consecução deste objetivo foi a possibilidade da identificação de uma distócia de ombros, tendo sido solicitado auxílio da enfermeira cooperante aquando da dificuldade sentida na extração fetal do RN. Desta forma, identificou-se prontamente a manobra necessária a realizar nesta situação – manobra de McRoberts que consiste na hiperflexão das coxas sobre o abdómen e procedeu-se à pressão supra-púbica, tendo a situação sido revertida e não tendo comprometido o BEMF. Este foi um momento intenso que gerou ansiedade e nervosismo, pela responsabilidade de duas vidas dependerem da nossa atuação. A tomada de decisão em tempo útil beneficiou em muito as consequências desta situação. Juntamente com a enfermeira cooperante foi possível resolver a situação, não tendo a mesma ultrapassado as competências do EESMO e por isso não se recorreu ao auxílio da equipa multidisciplinar.

Não houve oportunidade de assistir a partos distócico com recurso a fórceps pelo facto de todos os partos distócicos terem sido realizados com a utilização de ventosas.

No decorrer do estágio houve ainda a possibilidade de assistir a um parto de um feto morto. Foi possível confrontar a teoria com a prática observando como decorrem os procedimentos neste tipo de situações sensíveis. Esta terá sido outra das situações mais marcantes deste estágio. Cumprindo a instrução de trabalho do Hospital onde o estágio foi desenvolvido, e tendo o feto mais de 500 gramas, foram prestados cuidados sumários de higiene ao feto, foi pesado, e colocada a pulseira identificativa. Tendo a mãe e pessoa significativa já sido questionados previamente se desejavam ver o feto, questionou-se novamente após o parto e procedeu-se ao desejado pelos pais, compreendendo-se a importância no processo de luto parental e familiar. Estabeleceu-se uma relação sustentada na escuta ativa, dando oportunidade ao casal de contar a história e os sentimentos envolventes à perda, compreendendo empaticamente o seu sofrimento e transmitindo interesse, sensibilidade e preocupação através de uma comunicação cuidada.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) para auxiliar o luto, é necessário dar tempo e mostrar-se presente, conhecer o significado da perda para a pessoa, demonstrar compreensão pelos seus sentimentos e manifestações, orientar antecipadamente para os procedimentos que se seguem de forma a fornecer algum controlo sobre a situação, promover o maior conforto físico possível face às necessidades da mulher, e assim encorajar a reorganização pessoal e familiar.

Considera-se que foram realizadas as atividades propostas bem como desenvolvidas as competências relativas à a promoção da saúde da mulher durante o TP, no diagnóstico de complicações decorrentes deste estadio, na prestação de cuidados em situações de patologia (OE, 2019a) a otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e de autoconhecimento e assertividade (OE, 2019b).

Em relação ao objetivo **“Adquirir competências que permitam cuidar da mulher e pessoa significativa no 3º estágio do trabalho de parto**, designado por dequitação - expulsão da placenta (Graça,2017), não se observaram dificuldades quanto aos sinais de dequitação (contração uterina, mudança da forma do útero de discóide para ovóide, descida do cordão, jacto de sangue à vulva). Nesta fase, apelou-se à colaboração da mulher através de pequenos esforços expulsivos e procedeu-se à compressão do fundo útero e tração mínima do cordão umbilical, ocorrendo a dequitação de forma linear em todos os partos realizados, segundo o mecanismo de Schultze.

No âmbito deste objetivo surgiram ainda momentos de aprendizagem, que permitiram a aplicação de conhecimentos previamente adquiridos, relativos a desvios à normalidade como a

retenção da placenta, suspeita de fragmentação de membranas e atonia uterina, que, em articulação com a equipa médica, foram solucionados.

Também não se observaram dificuldades na confirmação da formação do globo de segurança de Pinard tendo sido vigiadas e controladas as perdas hemáticas vaginais. Foi administrada ocitocina para promover a contração uterina, com o intuito de prevenir hemorragias pós-parto.

De acordo com Barbosa (2013), considera-se que a atitude intervencionista mostrou reduzir a ocorrência de hemorragia pós-parto (HPP) em 66% enquanto comparada com a atitude expectante, daí ser utilizado após a dequitação a medicação uterotómica, nomeadamente a ocitocina.

Ainda no terceiro estágio do TP, procedeu-se à reconstrução do períneo, aquando da ocorrência de lacerações ou episiotomias. Neste objetivo identificou-se a maior dificuldade do estágio, relativa à reconstrução perineal e onde se considera ter existido maior evolução técnica e prática ao longo das semanas de estágio. Pela necessidade de aprender com a prática, iniciou-se por suturar replicando o observado na demonstração da enfermeira cooperante, sendo que o auxílio da mesma poderia ser solicitado sempre que necessário. A realização de 12 episiorrafias e a sutura de 18 lacerações de grau I ou grau II permitiu à estudante a aquisição e desenvolvimento de competências práticas, que considera essenciais como futura EESMO. Segundo a OMS (2018) e a Resolução da Assembleia da República no 181/2021 a decisão de realização de episiotomia é controversa e a realização rotineira é considerada violência obstétrica e indicada como uma prática não recomendada, pela sua associação a taxas elevadas de hemorragias pós-parto, disfunções sexuais, dispareunia e incontinência urinária. Assim, considera-se que as competências foram adquiridas, existindo necessidade de treino, assumindo-se a necessidade de continuação da prática de reconstrução perineal para melhor aperfeiçoamento de futuro.

Relativamente ao objetivo **“Adquirir competências que permitam cuidar da mulher e pessoa significativa no 4º estágio do trabalho de parto”**, considera-se que foram realizadas todas as atividades propostas que permitiram o desenvolvimento das competências relativas à promoção da saúde materna e fetal, diagnóstico precoce, prevenção e correção de complicações durante o período pós-natal (OE, 2019). Procedeu-se a uma maior vigilância de complicações e sinais de alerta, recorrendo a uma observação céfalo-caudal: avaliação dos parâmetros vitais e avaliação da dor, observação da pele e mucosas, mamas e mamilos, palpação do fundo do útero, observação do períneo e periniorrafia bem como dos lóquios.

Esta fase também representa uma circunstância especial na transição para a parentalidade, pelo início do processo de vinculação com este primeiro contacto, sendo o apoio do enfermeiro fundamental.

Foram proporcionados ensinamentos à puérpera/ pessoa significativa inerentes aos cuidados ao períneo, mamas e mamilos, amamentação e cuidados ao recém-nascido.

Segundo Lowdermilk & Perry, 2008, a primeira hora de vida, constitui-se como o período ideal para iniciar a amamentação, sendo que o RN se encontra alerta e pronto para amamentar, tendo sido promovida a amamentação precoce nesta fase.

Relativamente ao RN, e em situações lineares em que o parto decorreu sem intercorrências foram prestados cuidados ao recém-nascido nas primeiras horas de vida, após contacto pele-a-pele com a mãe, tendo sido efetuado o exame físico ao RN, avaliando: a pele, cabeça, face, tórax, abdómen, reflexos neonatais, genitais externos, membros.

Optou-se sempre que possível por administrar a Vitamina K, conforme a recomendação da OMS (2018), com o RN em contacto pele-a-pele com a mãe, tendo sido promovido um ambiente calmo e tranquilo de modo a promover o conforto e bem-estar do RN/mãe/casal, promovendo assim a vinculação.

No que diz respeito ao objetivo “Desenvolver competências técnicas e práticas no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais garantindo a qualidade dos cuidados” foi possível cumprir as atividades previstas, em articulação com os restantes membros da equipa multidisciplinar, com vista à organização dos cuidados de enfermagem, à manutenção de um ambiente seguro e à gestão do risco (OE, 2019) nomeadamente no que toca ao planeamento e priorização de atividades, de forma a gerir o tempo e recursos; à colaboração na organização do serviço consoante as necessidades do mesmo discutido previamente com as enfermeiras cooperantes e à rentabilização de recursos materiais no decorrer da prestação de cuidados.

Denota-se ainda uma enorme dedicação e empenho na gestão de recursos humanos relativamente ao contexto pandémico vigente, uma vez que se tenta ao máximo garantir a qualidade dos cuidados, com novas exigências como por exemplo a necessidade constante de reajustar horários.

Considera-se a pertinência da existência de uma boa articulação do serviço com outras instituições de saúde/ profissionais nomeadamente com o Centro de saúde e fisioterapia pélvica no pós-parto. Tem-se ainda conhecimento que os EEESMO tem disponível uma linha telefónica e um email institucional para o esclarecimento de dúvidas de enfermagem, o que permite às grávidas, uma

hipotética diminuição do medo pelo facto de existir esta rede de apoio. Também no ‘website’ do Hospital existe um separador específico, para a área da maternidade, onde existe a possibilidade de consulta de informações sobre os serviços disponíveis e recomendações. Apesar de não existir nenhum exemplo de utilização da desconstrução do medo como ferramenta para a enfermagem, considera-se que estas medidas simbolizam uma disponibilidade necessária para a interação entre utentes e profissionais.

Face ao objetivo **“Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação”** definido pelas competências que o enfermeiro especialista deve adquirir e que estão previstas no RCCEE (140/20219). Considera-se que a busca constante pela melhor e mais evidência científica, bem como a prática reflexiva são fundamentais na Enfermagem, promovendo uma maior autonomia.

No decorrer do EC foi realizada pesquisa bibliográfica no sentido de sustentar a prestação de cuidados da estudante, tanto a nível individual como com as enfermeiras cooperantes. Suportar a prática clínica com evidência científica, associa-se ao domínio da responsabilidade profissional, legal e ética, e ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE). Este aspeto considerou-se importante para o desenvolvimento deste EC, face às Unidades Curriculares Investigação e Enfermagem Avançada, que devem servir como base teórica para o mesmo. Como referido anteriormente, foram realizados vários momentos de partilha de conhecimentos, e procurou-se desenvolver investigação frequentemente durante o estágio, para garantir a prestação dos cuidados mais adequados. O desenvolvimento das atividades propostas foi bastante benéfico, tanto a nível pessoal, como profissional. A estrutura do estágio em muito ajudou para que este objetivo fosse alcançado com o delineamento prévio de momentos chave como a apresentação do projeto de estágio, a avaliação e auto-avaliação intermédia e principalmente a elaboração do presente relatório de estágio, contribuindo para a avaliação da qualidade da prática clínica e da tomada de decisão. A reflexão-sobre-a-ação permitiu um aperfeiçoamento diário dos cuidados prestados junto das mulheres, recém-nascidos e pessoas significativas.

A realização das atividades propostas contribuiu assim, para atingir os objetivos do EC, bem como adquirir competências e corpo de conhecimento que se espera de um EEESMO.

Por fim o último objetivo **“Adquirir competências na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”**, contemplou o desenvolvimento de um processo de investigação a partir da metodologia científica, a partilha dos resultados que contribuem para a área de enfermagem

e a melhoria contínua dos cuidados nesta área a partir das atividades que surgiram da identificação e usufruto das oportunidades para aumentar o corpo de conhecimentos na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica, atingindo-se desta forma as competências definidas (OE, 2019b). Estas atividades terão reflexo nos capítulos seguintes do presente relatório.

Todas as atividades desenvolvidas durante os estágios realizados no âmbito do presente mestrado, encontra-se no Anexo I do presente relatório.

2. DAR À LUZ SEM MEDO. O PAPEL DO EEESMO NA GESTÃO/ DESCONSTRUÇÃO DO MEDO NA SALA DE PARTOS.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007), considera-se que a **Enfermagem** é uma disciplina do conhecimento, autónoma, que possui um campo de intervenção próprio e tem como objeto “a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida bem como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida.” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 6). A Enfermagem procura a satisfação das necessidades humanas fundamentais dos indivíduos/famílias/grupos, promovendo a sua independência na realização das atividades de vida e procurando a sua adaptação funcional a múltiplos fatores (Nascimento & Trentini, 2004) A **área da saúde da mulher** insere-se num conjunto de atividades designadas internacionalmente por Saúde Sexual e Reprodutiva, sendo dividida em Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio do Cancro do Colo do Útero e Mama, sendo uma das prioridades do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, da Direção Geral de Saúde (DGS) (Henriques, 2020). Estudar a saúde da mulher torna-se essencial para o enriquecimento dos sistemas de saúde, para a importância das mulheres, mas também da sua família, comunidade e sociedade (OMS, 2011). O EEESMO, apresenta um conjunto de competências clínicas especializadas e a certificação técnico-científica que validam a sua prestação enquanto enfermeiro diferenciado (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2010, p. 6).

O EEESMO

“assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvido processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13561)”.

Para tal, e porque os cuidados de saúde assumem nos dias de hoje um rigor técnico e científico cada vez maior, a diferenciação e a especialização dos enfermeiros são cada vez mais procuradas e essenciais à prática de enfermagem. Desta forma, é necessário a existência de regulamentos e pareceres aprovados onde cada profissional, neste caso os enfermeiros, se possam reger e guiar nas

práticas de cuidados na medida em que após a certificação adquiram competências autónomas para exercer a profissão.

Destaca-se no presente trabalho as intervenções do EEESMO num dos pontos específicos do RCEES em que o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente incluindo conviventes significativos. (OE, 2019)

O **trabalho de parto** (TP) compreende um conjunto de fenómenos fisiológicos dando origem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior, podendo este ser espontâneo ou induzido (Néné, Marques & Batista, 2016).

O TP compreende quatro estádios, sendo que o primeiro estádio se inicia com contrações uterinas regulares culminando com a dilatação completa do colo; o segundo estádio tem início com a dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto; o terceiro estádio designado por dequitação ou expulsão da placenta e o quarto estádio, designado por puerpério imediato que geralmente compreende duas horas após a expulsão da placenta, sendo considerado o período de recuperação imediata, em que todo o organismo da mulher se restabelece. (Graça, 2017).

A gestação, o parto e o puerpério são períodos únicos na vida de uma mulher, pautados por dúvidas e expectativas. Apesar de o parto ser um processo biológico, para muitas mulheres ele está associado a dor, sofrimento e a uma panóplia de medos.

O termo **medo** provém do latim-metu- «idem» e significa “sentimento de inquietação que surge com a ideia de um perigo real ou aparente”, “terror; susto”, “receio; temor”, “apreensão” de acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa (2022, s/ p.).

Importa **distinguir medo de ansiedade**. Na realidade, apesar de o medo e de a ansiedade produzirem uma resposta simpática semelhante, a resposta parassimpática difere, estando esta evidenciada na ansiedade e reduzida no medo. O medo difere da ansiedade na medida em que no medo é possível identificar a fonte, enquanto na ansiedade não (Carpenito-Moyet, 2012; NANDA, 2013). Segundo Bay e Algase (1999) o medo e a ansiedade - podem ser respostas adaptativas, no entanto a ansiedade pode resultar em sintomas físicos ou doença, enquanto o medo não tem efeitos a longo prazo senão os que resultam do ‘congelamento, fuga ou luta’, ou da formação de memória de longo prazo.

O medo do parto é uma emoção específica e angustiante que impacta a vida quotidiana de mulheres e homens. (Bergström, et al., 2013) O medo do parto é, até certo ponto, um fenómeno

normal, porque o parto é, na realidade, uma experiência potencialmente dolorosa e imprevisível (Demšar, et al., 2018).

Há uma grande necessidade de abordar de forma multidisciplinar o medo do parto devido à sua complexidade e às implicações obstétricas, anestesiológicas, psicológicas e psiquiátricas inerentes (Billert, 2007). O impacto do medo em termos de intensidade é controverso, mas é certo que existe. Os EEESMO estão numa posição privilegiada não apenas para avaliar o medo atempada e oportunamente, mas também no lugar certo, munindo-se de conhecimentos teóricos e práticos para intervir, acompanhando a grávida em todo seu percurso gravítico, parto e pós-parto.

Cunha (2017), refere que fatores psicológicos podem desencadear altos níveis de ansiedade, impedindo que o TP decorra dentro do padrão normal.

Segundo Heli (2021), o medo pode perturbar o acesso do corpo ao conhecimento inato de dar à luz, uma vez que este ativa reações de *stress* que são essencialmente ativadas para o manter fora de perigo. Este mecanismo é antigo e tem sido crucial para a sobrevivência da nossa espécie aquando de situações ameaçadoras, sendo o trabalho de parto interrompido, nestas situações. Segundo a mesma autora, este processo ocorre de forma inconsciente, sendo mais difícil interrompe-lo, porém, não impossível. Heli (2021) reitera que é fundamental entender o medo, a sua causa, a forma como afeta a mulher e como o desconstruir, através da alteração do foco e de auto-conhecimento, capacitando cada mulher de forma individual e única a permitir que o corpo cumpra o seu dever de forma inata e assim contribuir para vivências de experiência de parto positivas.

Para poder superar o medo é importante compreender e entender o propósito da dor no decorrer do parto, bem como conhecer a fisiopatologia do trabalho de parto de forma a poder distinguir entre as reações causadas pelo processo natural do parto e as reações causadas pelo sentimento de medo. (Heli, 2021). A mesma autora afirma ainda que apesar da melhoria contínua dos cuidados médicos, da segurança e até da literacia em saúde por parte das mulheres, estas sentem mais medo do que nunca. Com o desenvolvimento de novas tecnologias e a promessa de uma existência sem dor, perdeu-se algo fundamental.

Para Heli (2021), muitas mulheres sentem que falta algo- outro tipo de conhecimento, um conhecimento que ajude as mulheres a confiar na capacidade do próprio corpo de dar à luz.

Tem-se assistido ao aumento de intervenções por parte dos profissionais de saúde, na área de saúde materna e obstétrica, no sentido de controlar o processo de nascimento, como iniciar, acelerar,

terminar, regular e monitorizar o processo fisiológico do TP com o objetivo de contribuir para a melhoria de resultados para a mulher e bebé (OMS, 2018).

O desenvolvimento científico e tecnológico contribuiu para a melhoria dos resultados perinatais e qualidade e segurança para as grávidas, mas levou a intervenções excessivas e medicalização do parto tendo-se demitido a mulher do seu papel ativo, criando insatisfação, insegurança, medos, ansiedade e desconfiança (Andrade et al., 2017; Lopes, 2016; Monteiro et al., 2020; OE, 2012; OMS, 2018; Pinheiro, 2016).

O medo leva cada vez mais mulheres a solicitarem cesarianas, há mais mulheres com transtorno de stress pós-traumático e que precisam de aconselhamento pós-traumático após o parto e o nascimento do bebé. (Heli, 2021)

Heli (2021) reitera que o corpo prioriza o impulso do medo sobre o nascimento, prevalecendo a sobrevivência ao processo de trabalho de parto. Perante o medo, os níveis de cortisol aumentam, as pupilas dilatam, o sistema reprodutivo desacelera, os músculos recebem um maior aporte de sangue e o sistema respiratório acelera para maximizar o fluxo de oxigénio. Assim, o corpo recebe informações sobre uma ameaça potencial e bloqueia, concentrando-se no perigo que está a enfrentar, concentrando-se na sensação de dor e retardando o processo de parto.

Para Heli (2021) ajudar a mulher a sair deste bloqueio, permite que a experiência de parto mude de caminho e que a mulher possa experienciar outros sentimentos e sensações.

Segundo Monteiro et al. (2020), a palavra-chave para aliviar o ciclo de medo-tensão-dor no trabalho de parto é "relaxamento", podendo ser utilizadas diversas técnicas. Fatores de stress, como a dor, o medo, a tensão na grávida/casal, levam a sinais de exaustão, fadiga e desespero, tornando-se essencial diminuir a ansiedade e o stress da grávida, com o objetivo de se atingir bons resultados na evolução do trabalho de parto. Sendo a adrenalina o maior inibidor da ocitocina, torna-se crucial criar outros focos de atenção da grávida que não a dor, como, por exemplo, a respiração.

Respirar de forma ritmada, profunda e lenta facilita a gestão da dor, pelo que muitas mulheres consideram este tipo de respiração eficaz, em trabalho de parto. A respiração profunda permite a libertação de tensões, essencial durante as contrações mais intensas durante o trabalho de parto. O facto de a parturiente se concentrar na respiração, auxilia-a a encontrar o seu centro interior e a manter a calma, aumentando, assim, o limiar de sensibilidade à dor por deslocalização no desconforto da contração uterina.

Segundo Ferreira (2016) outra das técnicas que diminuem o ciclo medo-tensão-dor, é o recurso à musicoterapia. Esta terapia tem influência na rede cerebral que determina a experiência emocional através do sistema límbico, promovendo a libertação de endorfinas a partir da glândula pituitária e diminuindo, assim, a concentração de corticotrofina, influenciando os níveis de pressão arterial e o ritmo respiratório. A música através do seu ritmo e melodia, é capaz de gerar emoções que podem induzir um estado de maior ou menor concentração, ternura e romance reduzindo níveis de ansiedade.

De acordo com Heli (2021) uma experiência de parto positiva ou negativa não é determinada pelo tipo de alívio da dor usado, pelo local do parto ou por quaisquer complicações ou circunstâncias externas que possam surgir. Em vez disso, é a capacidade de lidar com quaisquer emoções e medos que possam surgir durante o trabalho de parto que desempenha uma parte vital de sua experiência. Nascer sem Medo é aperfeiçoar a experiência do trabalho de parto, e não tentar facilitar o parto perfeito.

Desta forma, a gestão/ desconstrução e minimização do medo do parto é de extrema importância, sendo um dever do EESMO.

Ainda segundo Heli (2021) a razão pela qual muitas mulheres recorrem à analgesia é porque têm medo. Muitas delas que recorrem a métodos farmacológicos para o alívio da dor ainda consideram o trabalho de parto uma experiência negativa, dolorosa e assustadora, concluindo-se que o alívio da dor não elimina necessariamente os sentimentos de ansiedade e medo. Para lidar com seus sentimentos durante o trabalho de parto, as mulheres precisam de aprender a geri-los, precisam de ferramentas e de suporte.

Heli (2021) sugere a utilização de quatro ferramentas eficazes na diminuição do medo durante o trabalho de parto, sendo estas a respiração, o relaxamento, a voz e a meditação, aumentando a autoconfiança da mulher e a sua capacidade de lidar com as contrações e a dor, para que a experiência de dar à luz seja a mais positiva possível, não assegurando que seja perfeita, mas sim humanizada e respeitada.

A respiração deve ser calma e no ritmo de sua escolha quando a contração vier. À medida que esta diminui, a parturiente deve expirar com um ou dois suspiros suaves e audíveis, promovendo o relaxamento que reduzirá a tensão e evitará que esta trabalhe contra as contrações, o que prejudicaria o processo de parto. Durante a contração, a mulher deve ser incentivada a relaxar o rosto, a mandíbula, os ombros e as nádegas. À medida que o processo de parto se aproxima pode vocalizar.

Uma voz profunda diminuirá o stress e o medo envolvendo os músculos abdominais, o que o ajudará durante a fase de push. Se a mulher sentir que os pensamentos negativos emergem e tem dificuldade em continuar, deve usar a palavra 'sim'. Repetir a palavra suavemente, calmamente e com voz grave durante toda a contração, ajudando-a a mobilizar recursos internos de otimismo, confiança e fé. Se a parturiente desejar, pode ainda beneficiar de uma massagem com um toque lento, firme, ritmado e com um movimento descendente, que lhe dará uma sensação de segurança e proximidade. (Heli, 2021)

As técnicas de relaxamento são recomendadas pela OMS (2018), nomeadamente o relaxamento muscular progressivo, a respiração, música, meditação, entre outras técnicas, direcionadas para parturientes saudáveis que procuram o alívio da dor durante o TP. A maioria das mulheres desejam algum tipo de alívio da dor durante o TP e o que as evidências indicam é que existem técnicas de relaxamento que podem reduzir o desconforto e o stress, aliviar a dor e melhorar a experiência do TP.

Enquanto EESMO, enquanto promotor de suporte emocional nesta fase, e segundo a mesma autora, tem um papel fundamental a desempenhar na prevenção e redução da preocupação e do medo durante o processo de parto. Foi comprovado que o suporte contínuo durante o trabalho de parto diminui a probabilidade de cesariana, encurta o processo de parto e, o mais importante, facilita uma experiência de parto mais positiva, devendo este estar alerta sobre as reações físicas criadas pelo medo e pelo *stress*.

3. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM: TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA

O conforto é um elemento do cuidar. A enfermagem tem um papel central no conforto das utentes podendo este ser considerado como um estado último de saúde e, portanto uma meta ou objetivo do cuidar (Morse, 2000). É imperativo o seu planeamento e a execução das intervenções de enfermagem que o promovam, sendo a sua presença um indicador de qualidade dos cuidados de Enfermagem.

A sensação de conforto é individual, de género e multidimensional, e é relativa ao tempo, ao espaço e magnitude (Schuiling e Sampsele, 1999). O conforto opõe-se diretamente à sensação de medo, sendo que a promoção de conforto terá uma influência direta na diminuição / desconstrução da sensação de medo.

Foram várias as teóricas de enfermagem que abordaram o conceito de conforto, sob diferentes perspetivas, mas foi Katherine Kolbaca que mais o aprofundou e operacionalizou, sendo esta teoria considerada uma teoria de médio alcance para a prática de saúde, educação e investigação (Amirali, 2018).

Segundo Kolcaba (1994), “o conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência”, tendo posteriormente descrevendo este conceito como, “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress, em cuidados de saúde nos contextos físico, “«psicoespiritual»”, sociocultural e ambiental” (Kolcaba, 1994, p.1178).

Fatores como a dor, e o medo do desconhecido influenciam a presença de desconfortos no TP. Com mecanismos de *coping* reduzidos, sendo dominada por sentimentos de perda de controlo que geram desequilíbrio e desconforto, a mulher que experiencia o sentimento de medo em trabalho de parto fica a perder. Assim, esta teoria pode e deve ser aplicada a pacientes que experienciam situações de *stress*, medo ou ansiedade em cuidados de saúde.

Esta teoria é constituída por duas dimensões: 3 estados de conforto e os 4 contextos em que o conforto é experienciado (físico, psicoespiritual, social e ambiental), nos quais o EEESMO deve intervir.

Relativamente aos estados de conforto: O alívio tem que ver com a satisfação de uma necessidade por meio do controlo de fatores globais que produzem desconforto, promovendo um

estado de calma ou contentamento, de imediato. Este estado é o único que pressupõe um desconforto prévio, que mediante os cuidados prestados poderá ser aliviado. A tranquilidade é definida como estado de calma ou satisfação, relacionando-se com a satisfação de necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem no conforto da pessoa, sendo considerado um estado mais duradouro e contínuo de bem-estar. A transcendência é considerada o nível mais elevado de conforto, a partir da satisfação de necessidades de educação e motivação, para capacitar a pessoa a desenvolver os seus potenciais e adotar hábitos de vida saudáveis, por forma a realizar as suas atividades da forma mais independente possível (Kolcaba, 2003). Esta difere dos outros estados de conforto, porque requer a participação ativa dos pacientes, dependendo do seu desempenho e potencial para superar a sua dor ou incapacidade (Kolcaba, 1994).

Neste modelo teórico, os três estados de conforto acima referidos desenvolvem-se em quatro contextos, sendo o físico, aquele que diz respeito a sensações corporais, sendo a dimensão física capaz de contemplar fatores que influenciam o bem-estar, tal como o relaxamento e o alívio da dor; o sociocultural referente às relações interpessoais, familiares e sociais; o psicoespiritual que assenta no conforto psicológico e espiritual. O conforto psicológico envolve sentimentos de segurança, paz da mente, liberdade de ansiedade, auto-estima, auto-conceito, sexualidade e sentido de vida. Já o conforto espiritual surge de uma relação com algo superior, intimamente relacionado às nossas crenças. Neste contexto, sentimentos de esperança e expectativa são dominantes. Por fim, o conforto ambiental que envolve aspetos como a luminosidade, o ruído, equipamento (mobiliário), cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 1994).

A teoria de Kolcaba pode, desta forma, guiar a prática de enfermagem na aplicação de medidas de conforto, durante o trabalho de parto, uma vez que os objetivos desta teoria são holísticos, sendo por isso particularmente bem adaptados ao cuidado de cada mulher que experiencia o trabalho de parto (Koehn, 2000).

Desta forma, cabe aos enfermeiros identificar as necessidades de conforto apresentadas pelos utentes, e definir as medidas de conforto a adotar para a satisfação das necessidades. A melhoria do conforto por parte dos utentes está intimamente relacionada com comportamentos de procura de saúde, maior adesão a tratamentos e alterações de comportamentos que visam a promoção da sua saúde (Kolcaba, 1994).

As perceções negativas em relação ao parto, como o medo e a dor, podem e devem ser geridos, e minimizados através de uma assistência humanizada que vai para além das medidas

farmacológicas. Desta forma, ao longo do EC a estudante esforçou-se por reduzir os níveis de ansiedade e medo, antes e durante o TP, através de intervenções autônoma de enfermagem como a escuta ativa, o desvio do foco da atenção através da voz, técnicas de respiração e meditação, atuando nos 3 estados de conforto acima referenciados, bem como nos 4 contextos a estes associados, promovendo assim o conforto e o relaxamento, favorecendo o êxito durante o trabalho de parto e parto.

4. METODOLOGIA

4.1 “SCOPING REVIEW”

Enquanto disciplina e profissão, a evolução da Enfermagem tem possibilitado uma maior produção de conhecimento. Este, por sua vez, é perspectivado como instrumento fulcral para colmatar as necessidades existentes na prática clínica, tendo por base a prática baseada na evidência

No sentido de sistematizar as intervenções do EEESMO junto da grávida e parturiente, considerando a influência do medo, recorreu-se à estratégia de *SR*, procurando evidência científica de qualidade e atual que reproduza contributos para o tema em estudo e para a prática de cuidados de enfermagem.

O objetivo de uma *SR* é fornecer uma visão geral das evidências ou responder a perguntas sobre a natureza e diversidade das mesmas (Peters et al., 2020). Assume-se atualmente como um instrumento crucial para a enfermagem enquanto ciência, a par da experiência profissional, com vista a sustentar uma prática baseada na evidência (Amendoeira, 2018).

A presente *Scoping Review* foi desenvolvida através da aplicação do JBI, onde consta a questão de revisão, o objetivo e métodos utilizados como a definição de critérios de inclusão e exclusão, estratégia de pesquisa, seleção dos estudos relevantes, apresentação e resumo dos resultados.

Considerando a primeira etapa do protocolo, formulou-se a questão de revisão: **Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na desconstrução/ gestão do medo na sala de partos?**

Posteriormente, foram definidos os critérios de inclusão, como consta no quadro 1. As definições dos critérios de inclusão consideram a dimensão da questão de revisão, população (P), conceito (C) e contexto (C) (Peters et al., 2020).

Tal como preconizado pelo JBI foram definidos os participantes considerando o objetivo da pesquisa. Os conceitos constituem uma orientação na realização da *SR* e na amplitude da investigação, podendo, por isso, incluir intervenções e fenómenos de interesse. O contexto pode incluir fatores culturais, sociais e físicos. No tipo de estudo poderão ser incluídos estudos de paradigma qualitativo, quantitativo ou ambos (Peters et al., 2020).

Quadro 1 - Descrição dos critérios de inclusão

População	Parturientes e grávidas
Conceitos	Medo Trabalho de parto EESMO
Contexto	Hospitalar/Bloco de Partos
Tipos de estudos	Qualitativos, Quantitativos ou mistos

Inicialmente, procedeu-se à pesquisa de termos MeSH (Medical Subject Headings) Browser 2022 com o objetivo de os validar como descritores, sendo estes: **fear; Labor, obstetric e Obstetric Nursing**. Nesta fase, pretendeu-se incluir o termo *tokophobia* (medo do parto) na expressão de pesquisa com o objetivo de obter melhores resultados, e com maior contributo para a questão de investigação. Contudo, foi identificado como obstáculo o facto de o termo *tokophobia* não ser considerado um descritor MeSH, pelo que se optou apenas pela inclusão do termo “fear” sendo este considerado um descritor MeSH. Foram assim incluídos 3 descritores, todos eles MeSH, que interligados com o booleano AND, conjugaram, no final, a seguinte expressão de pesquisa: **“Fear AND labor, obstetric AND Obstetric Nursing”**

Procedeu-se à pesquisa de artigos, publicados nas bases de dados da plataforma EBSCOhost: CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete e Medclatina, com os limitadores definidos: “ texto completo”; “resumo disponível”; “prática baseada na evidência”; “humano”; “data de publicação 25.06.2017 a 25.06.2022” “idioma inglês, português e espanhol” e “texto completo em PDF”. Na *PubMed* definiu-se como limitadores: “humano”; “data de publicação 25.06.2017 a 25.06.2022”; “idioma inglês, português e espanhol” e “texto completo em PDF”.

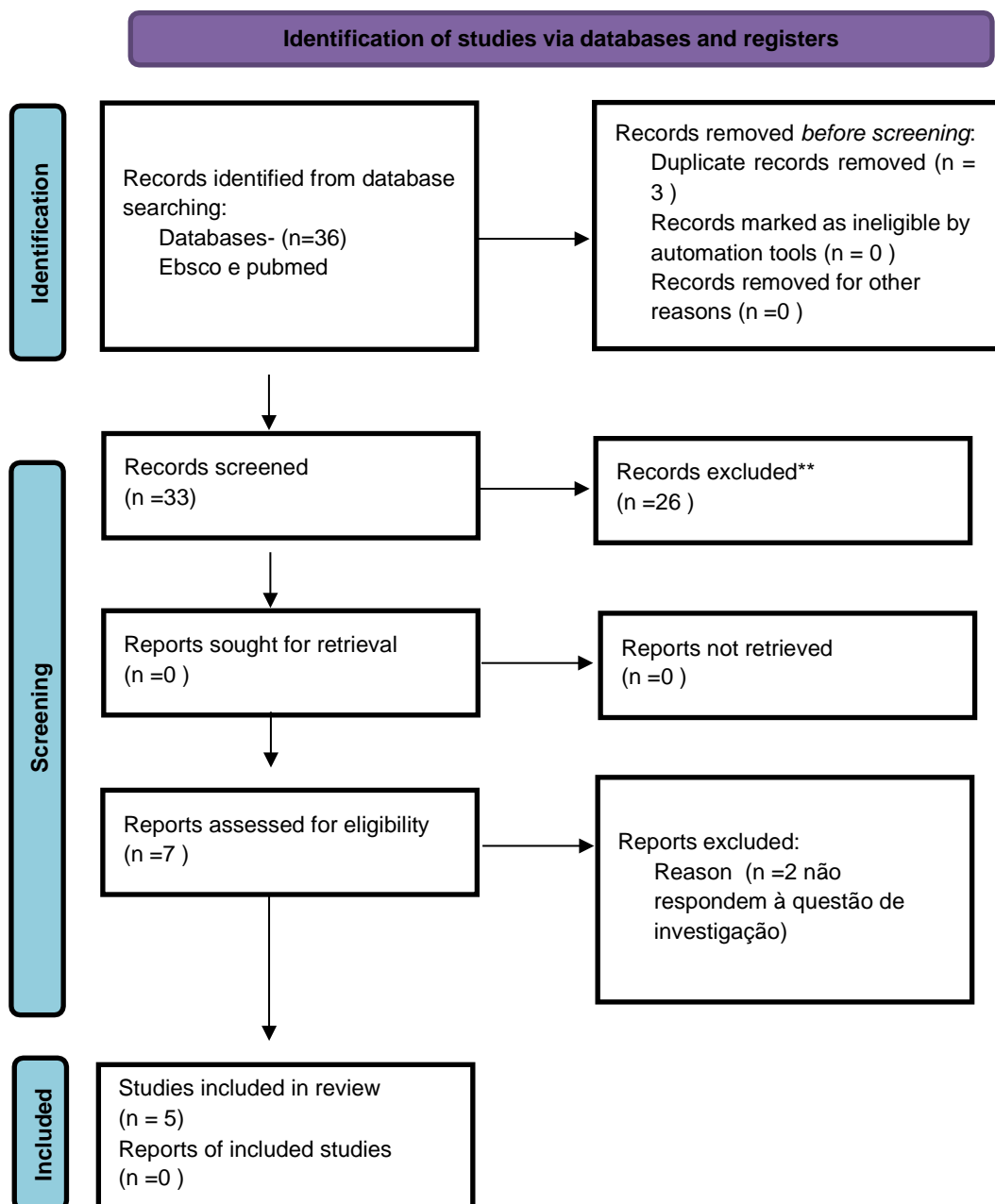
Esta etapa, foi concluída a 25 de Junho de 2022. Com a expressão de pesquisa definida e os limitadores específicos identificados, obteve-se o número de artigos identificados no quadro 2, onde se verifica o cruzamento entre os descritores.

Quadro 2 – Identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis, por base de dados

Descritores	EBSCOHost					Pubmed
	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Library, Information Science & Technology Abstracts	Medic Latina	CINAHL Complete	
1.Fear	74340	11646	72	1011	18264	18910
2.Labor, obstetric	493	55	4	47	53	3147
3.Obstetric, Nursing	106	16	0	24	250	1190
1 e 2	102	14	0	5	23	73
1 e 3	30		0	0	0	59
2 e 3	8	2	0	2	21	374
1 e 2 e 3	4	2	0	1	7	22

De forma a garantir a qualidade metodológica, utilizou-se o Prisma 2020 Flow Diagram. Procedeu-se deste modo à extração dos dados a partir do instrumento proposto pelo JBI. A primeira etapa do PRISMA® designada *identification*– decorreu dos resultados das bases de dados científicas somados entre si (36) tendo sido retirados os duplicados (3). Na segunda etapa do PRISMA®, o *screening*, procedeu-se à leitura do título e resumo de cada um dos artigos da etapa anterior. Considerando os critérios de inclusão, a leitura referida permitiu rejeitar artigos ou documentos que não respondessem à população de interesse nem ao contexto da investigação, sem necessidade de fundamentar (26). No caso de apenas um dos conceitos estar presente no artigo e a população de interesse e contexto da investigação também se encontrarem presentes, o artigo passaria igualmente à etapa seguinte, tendo sido então selecionados 7 artigos, que foram lidos integralmente, sendo que dois foram excluídos por não oferecerem contributos à questão de investigação. Na terceira etapa “*Included*”, analisaram-se 5 artigos tendo sido realizada uma numeração para facilitar a interpretação, na medida em que ao ser realizada se torna mais fácil identificar de que artigo se trata, nomeadamente quando se consulta o PRISMA®.

Figura 1: PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Pretende-se evidenciar os principais resultados de cada artigo incluído nesta *SR*, com contributos para a problemática em questão. Apresentam-se no quadro 3 os artigos resultantes da pesquisa.

Quadro 3: Artigos resultantes da pesquisa

Nº do estudo	Autor	Título do artigo
1	Hildingsson et al (2018)	Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option
2	Firouzan et al (2020)	The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women
3	Hildingsson et al (2019)	A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care
4	Amiri et al (2019)	The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial
5	Cankaya S. & Can R. (2021)	The effect of continuous supportive care on birth pain, birth fear, midwifery care perception, oxytocin use, and delivery time during the intrapartum period: An experimental study.

De seguida será apresentado o quadro 4 no qual será realizada a caracterização dos documentos analisados incluídos na presente *SR*.

4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quadro 4- Resumo dos artigos incluídos na SR

Nº Artigo Autores Ano de publicação País de Origem	Objetivos	Metodologias/ Métodos/ Amostra Nível de evidência	Principais Conclusões e Contributos
<p>1. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option</p> <p>2018 Suécia</p> <p>Ingegerd Hildingsson, Christine Rubertsson, Annika</p>	<p>Testar a viabilidade de proporcionar um modelo de cuidados de obstetrícia modificado a mulheres com medo do parto, com EEESMOs a trabalhar a <i>full time</i> e em regime de prevenção (<i>on-call</i>) numa clínica pré-natal.</p> <p>O estudo foi realizado numa clínica pré-natal na Suécia e numa sala de partos de um hospital universitário.</p>	<p>Estudo de viabilidade.</p> <p>Foram utilizados questionários a 10 mulheres a meio da gravidez, no final da mesma e dois meses após o nascimento.</p>	<p>O modelo de cuidados em estudo parece ser uma opção viável para mulheres com níveis elevados de medo do parto.</p> <p>Houve redução do medo do parto, na maioria das mulheres.</p> <p>Oito em dez mulheres receberam todos os cuidados pré-natais e intraparto da mesma EEESMO. A maioria teve parto eutócico com recurso a medidas não farmacológico para o alívio da dor. As mulheres mostraram-se satisfeitas com o modelo de atendimento e com os cuidados prestados. Parece ter havido, através da aplicação deste modelo, uma redução dos níveis de <i>burnout</i> para as EEESMOs, o que se tornou uma vantagem, além de ser dado às EEESMOs oportunidade de trabalhar em áreas diferentes da saúde materna e obstétrica, ao mesmo tempo, o que é não é comum na Suécia. Sendo o estudo pequeno, o resultado não pode ser generalizado.</p> <p>Principais contributos para a questão de revisão: Diminuição dos níveis de medo através da implementação de um modelo de cuidados com a mesma EEESMO desde a gravidez ao parto.</p>

Karlström, Helen Haines			
<p>2.The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women</p> <p>Laya Firouzan, Roghieh Kharaghani, Roghieh Kharaghani, Saeedeh Zenoozian, Reza Moloodi, Elham Jafari</p>	<p>Investigar a eficácia de uma intervenção psicoeducativa por EEESMOs (emoções do parto - procurando a diminuição do medo do parto e a melhoria na autoeficácia entre mulheres grávidas pela primeira vez com medo de dar à luz.</p>	<p>80 grávidas foram selecionadas para participar no estudo. Critérios - pontuação ≥ 66 no questionário de expectativa de parto vs experiência real de <i>Wijma</i>, primigestas entre 18 a 35 anos, com capacidade para ler e escrever persa e grávidas de único feto)</p> <p>Foram divididas aleatoriamente em em dois grupos: intervenção (n = 40) e grupo de controle (n = 40). O grupo intervenção recebeu duas sessões de</p>	<p>O protocolo <i>BELIEF</i> (<i>birth emotions - looking to improve expectant fear</i>) pode ser uma abordagem eficaz para reduzir o medo do parto e aumentar a autoeficácia do parto entre primigestas que têm medo de dar à luz. O estudo mostra que uma intervenção de aconselhamento psicoeducacional por parte dos EEESMOS pode ser eficaz na redução do medo do parto. Desta forma, é importante incluir breves programas psicoeducacionais na formação dos EEESMOS. Também é recomendada a triagem das grávidas com medo do parto para identificar aquelas que sofrem de medo do parto, uma vez que se verificou que as mesmas preferem cesariana devido ao medo. São necessárias mais pesquisas para explorar a eficácia do <i>BELIEF</i> na redução da taxa de cesariana entre as mulheres iranianas.</p> <p>Principais contributos para a questão de revisão: Uma intervenção de aconselhamento psicoeducacional por parte dos EEESMOS pode reduzir o medo do parto, sendo desta forma essencial incluir a formação específica dos EEESMOs neste contexto.</p>

<p>2020 Irão</p>		<p>aconselhamento presencial com base no protocolo <i>BELIEF</i> na 24^a e 34^a semanas de gravidez. Entre essas duas sessões, o grupo recebeu oito sessões de aconselhamento via telefone, uma vez por semana. O grupo de controlo recebeu apenas os cuidados de rotina pré-natal. Os resultados foram o medo do parto, autoeficácia no parto e preferência pelo parto.</p>	
<p>3.A known midwife can make a difference for women with fear of</p>	<p>Comparar o resultado do parto e a experiência de cuidados intraparto entre mulheres com medo do parto que</p>	<p>Estudo experimental sobre o resultado do parto em mulheres com medo de parto.</p>	<p>O presente estudo indica que o facto de a mulher conhecer o EEESMO previamente no acompanhamento pré-parto pode ter um impacto na experiência de parto. O cuidado fragmentado, ou seja, o facto de a mulher ser cuidada por pessoas diferentes em vários estágios da sua gravidez, parto e puerpério é conhecido por reduzir a</p>

<p>childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care</p> <p>Hildingsson et al. Suécia</p> <p>2019</p>	<p>receberam cuidados intraparto de um EEESMO já conhecido, versus aquelas que não receberam.</p>	<p>Foram recrutadas mulheres com medo do parto a meio da gravidez (20-27 semanas de gestação). Quando possível as participantes puderam ter a mesma EESMO que fez o acompanhamento pré-parto, durante o parto. O estudo ocorreu em três hospitais suecos. Estudo comparativo.</p>	<p>satisfação com o cuidado, independentemente do medo. O estudo foi limitado por seu pequeno tamanho de amostra sendo necessárias mais pesquisas para randomizar o medo. A continuidade dos cuidados pela mesma EEESMO pode ser um meio para construir relacionamentos significativos onde as EEESMO podem ouvir e atuar e prestar cuidados mais individualizados.</p> <p>Principais contributos para a questão de revisão: A prestação de cuidados pelo mesmo EEESMO, desde a gravidez ao puerpério pode diminuir o fator medo bem como reduzir a satisfação dos cuidados por parte da mulher.</p>
<p>4.The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial</p>	<p>Determinar o efeito das técnicas de distração na dor e stress do trabalho de parto (desfechos primários), medo do parto, duração das etapas do parto, índice de Apgar no primeiro minuto e consumo de ocitocina (desfechos secundários).</p>	<p>Ensaio clínico randomizado controlado com 68 gestantes. Os participantes foram inseridos em dois grupos (grupos de intervenção e controle) por</p>	<p>As técnicas de distração podem reduzir a dor e o stress do trabalho de parto. O medo do parto com 36 semanas de gestação, a duração da fase ativa o segundo estadio do trabalho de parto e a duração total do parto no grupo de técnicas de distração foram menores do que no grupo controle; no entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa. O medo no presente estudo foi medido antes do início da dor do parto e na 36ª semana de gestação. São necessários mais estudos para chegar a uma conclusão decisiva.</p>

<p>Amiri et al Paria Amiri¹, Mojgan Mirghafourvand^{2,3*}, Khalil Esmailpour⁴, Mahin Kamalifard⁵ and Reyhaneh Ivanbagha</p> <p>Irão 2019</p>		<p>randomização bloqueada. Os participantes do grupo de intervenção receberam técnicas de distração em quatro sessões. Os questionários de medo do parto (W-DEQ versão A) e PSS foram preenchidos uma vez antes da intervenção e novamente na 36ª semana para o W-DEQ e na fase ativa para o PSS por meio de entrevistas. A dor foi avaliada pela EVA durante a fase ativa por hora. A duração dos estágios do parto foi registada no partograma. Os dados foram</p>	<p>Principais contributos para a questão de revisão: As técnicas de distração reduzem a dor e o stress do trabalho de parto, no entanto são necessários mais estudos uma vez que a diferença relativamente ao medo entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa.</p>
--	--	--	--

		<p>analisados por teste t independente e ANCOVA.</p>	
<p>5.The effect of continuous supportive care on birth pain, birth fear, midwifery care perception, oxytocin use, and delivery time during the intrapartum period: An experimental study.</p> <p>Cankaya s & Can R Nigeria</p> <p>2021</p>	<p>Investigar os efeitos dos cuidados de suporte durante o trabalho de parto sobre a dor do parto, medo do parto, percepção dos cuidados obstétricos, uso de ocitocina e duração do parto.</p>	<p>Estudo comparativo</p> <p>93 gestantes, 46 no grupo de intervenção de suporte contínuo e 47 no grupo de controlo de cuidados intraparto comuns.</p>	<p>As participantes do grupo de intervenção que receberam cuidados de suporte intraparto contínuos tiveram menos medo do parto e menor dor no parto nos estágios ativo e de transição do trabalho de parto, a sua percepção de cuidados obstétricos aumentou e a duração do trabalho de parto foi menor.</p> <p>No entanto, não houve diferença significativa no uso de ocitocina entre os dois grupos em intervalo de confiança de 95% (-0,265-0,091).</p> <p>As mulheres grávidas que receberam cuidados de suporte intraparto contínuos tiveram menos medo do parto e reduziram a dor do parto nos estágios ativo e de transição do trabalho de parto.</p> <p>Os cuidados de suporte contínuos prestados, a percepção dos cuidados obstétricos das gestantes aumentou e a duração do trabalho de parto diminuiu.</p> <p>Principais contributos para a questão de revisão: O apoio de cuidados obstétricos deve ser fornecido às mulheres durante todo o processo de trabalho de parto e parto</p>

Através da análise dos artigos verifica-se que as ideias dos autores se alinham entre si, na maioria dos tópicos, indo ao encontro da fundamentação teórica mobilizada nos capítulos anteriores. Constata-se que as intervenções do EEESMO tem um impacto direto na diminuição do medo do parto sentido pelas parturientes.

Estima-se que a prevalência mundial de medo do parto seja cerca de 14%. Atualmente, não há recomendações unânimes sobre como identificar ou categorizar os níveis de medo e são poucos os hospitais que utilizam instrumentos de triagem relativamente ao medo, sendo os mais comuns o questionário de expectativa de parto de *Wijma* (W-DEQ) composto por 33 itens e a escala de medo do parto – *Fear of Birth Scale* (FOBS), composto por dois itens. (Hildingsson et al. 2018) Existe uma grande necessidade de abordar de forma multidisciplinar o medo do parto devido à sua complexidade e às implicações obstétricas, anestesiológicas, psicológicas e psiquiátricas inerentes (Billert, 2007)

Após análise dos artigos e pretendendo responder à questão de investigação irá proceder-se à sumarização dos principais contributos dos estudos para a temática em questão através de quatro considerações principais: Os benefícios do conhecimento prévio do EEESMO por parte da mulher com medo de dar à luz; o benefício do aconselhamento psicoeducacional por parte do EEESMO e a necessidade de formação específica nesta área, a utilização de técnicas de distração e os cuidados de suporte contínuos.

Considera-se que **o conhecimento prévio do EEESMO** por parte da mulher pode ter impacto na redução do medo de dar à luz. Os principais contributos do estudo de Helingsson et al. (2019), refletem os benefícios de ter um EEESMO conhecido durante o trabalho de parto e o nascimento.

Segundo Hildingsson et al. (2019) os cuidados intraparto são inerentes ao EESMO. Pelo contrário, o cuidado fragmentado (em que a mulher é cuidada por diferentes profissionais em vários estágios da sua gravidez, parto e puerpério) reduz a satisfação com o cuidado das mulheres, independentemente do medo. A continuidade dos cuidados pode assim ser um recurso para construir relacionamentos significativos onde os EEESMOs podem ouvir e agir tendo em conta os desejos das mulheres/casal proporcionando cuidados altamente individualizados.

Amiri et al. (2019) reitera que o contacto da mulher com agentes geradores de *stress* durante a gravidez pode causar resultados adversos, como parto de baixo peso, trabalho de parto prematuro e aborto espontâneo. Os *stressores* aumentam os níveis de catecolaminas e cortisol e podem suprimir o sistema imunológico. O *stress* mental, a ansiedade, o medo da dor do parto, o espaço desconhecido

da sala de parto e a falta de confiança na equipa podem contribuir para o aumento da duração do trabalho de parto e a proliferação da dor através da produção de catecolaminas, cortisol e epinefrina.

De acordo com Firouzan et al. (2020) e Heli (2021), o medo do parto pode influenciar a solicitação por parte da mulher em ter cesariana. Também Hildingsson et al. (2019), refere que mulheres com medo de dar à luz acabam por dar à luz por cesariana numa maior percentagem, em comparação com mulheres sem medo. Desta forma, deve apostar-se na individualidade dos cuidados e para isso deveriam haver modelos específicos para que assim o EEESMO conseguisse por em prática a individualidade dos cuidados nomeadamente seguir a mulher desde a gravidez ao parto, em casos de mulheres com medo do parto.

Uma solução para conseguir uma redução nas cesarianas aumentando os níveis de satisfação com o nascimento é introduzir o **conceito de modelos de cuidado de continuidade** (Hildingsson et al. (2019), em que a mulher/ casal grávido recebe desde cedo os cuidados específicos e humanizados relativos ao medo do parto. Hildingsson et al. (2019) corrobora referindo que os relatos das mulheres sobre o conteúdo dos cuidados recebidos intraparto mostrou que pouco mais da metade da assistência recebida foi percebida como deficiente, porém as mulheres que recebiam cuidados de um EEESMO experimentou melhor atendimento em relação à informação, participação na tomada de decisão e percepção de controlo.

Segundo Cankaya & Can (2021) mulheres em experiência de trabalho de parto sentem medo e ansiedade porque não sabem e entendem totalmente o que estão passando. **Os cuidados de apoio intraparto** incluem apoio físico, apoio emocional, educação, informação e apoio de defesa. Ao nível do suporte físico deve haver controlo do ambiente, posicionamento, toque, aplicação de calor e frio, higiene, micção, nutrição. Relativamente ao apoio emocional deve promover-se a distração, comunicação verbal ou não verbal, transformando pensamentos negativos em positivos. No que concerne ao apoio Informativo e Educacional devem promover-se exercícios respiratórios, relaxamento e massagem, transmitindo respeito, garantindo segurança, aceitando as expectativas de nascimento das mães, resolvendo conflitos, se os houver, promovendo desta forma a advocacia. Todas estas intervenções podem melhorar o processo de parto diminuindo o medo do parto e aumentando a autoconfiança da mulher.

Neste estudo as participantes do grupo de intervenção que receberam cuidados de suporte intraparto contínuos tiveram menos medo do parto e menor dor no parto nos estágios ativo e de

transição do trabalho de parto, a sua percepção de cuidados obstétricos aumentou e a duração do trabalho de parto foi menor. As mulheres grávidas que receberam cuidados de suporte intraparto contínuos tiveram menos medo do parto e reduziram a dor e a duração do parto.

Constata-se ainda, após análise dos artigos o benefício do aconselhamento psicoeducacional por parte do EEESMO bem como a necessidade de formação relativamente a esta temática.

Segundo Firouzan et al. (2018), demonstrou-se que uma intervenção de **aconselhamento psicoeducacional** por parte dos ESMOS pode ser eficaz na redução do medo do parto. Desta forma, deve apostar-se na **formação específica** relativamente a esta temática sendo importante incluir programas psicoeducacionais na formação dos EEESMOS.

No estudo de Firouzan, et al. (2018), destaca-se que uma breve intervenção psicoeducacional de aconselhamento por telefone (protocolo *BELIEF*) fornecida por EESMOS durante a 24ª a 34ª semanas de gravidez é significativamente eficaz na redução do medo do parto das mulheres e na melhoria da autoconfiança no parto. O protocolo BELIEF teve um impacto positivo relativamente às 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, esta intervenção ajuda as mulheres a compreender e aceitar a natureza imprevisível e dolorosa do parto. (Firouzan et al. 2018)

Os estudos demonstram que após a intervenção *BELIEF* mais mulheres preferem o parto eutócico. As mulheres do grupo do controlo apresentaram maior nível de medo do parto e menos autoeficácia no parto no pós-teste em comparação com o pré-teste, pelo que se conclui que, sem uma intervenção psicoeducativa, o medo do parto se intensificaria até mesmo nas semanas que antecedem a gravidez. (Firouzan et al. 2018)

Para Amiri et al. (2019) a **técnica de distração** é uma abordagem cognitivo-comportamental usada para controlar as emoções. Esta técnica pode distrair a mente de uma pessoa do stress, medo, raiva e desconforto. O benefício da utilização deste método é que a nossa mente tem a característica de não poder pensar em duas coisas ao mesmo tempo. Quando deixamos as nossas mentes no auge de nossa excitação, a mente é distraída da excitação pelos sentidos. Além disso, a técnica de distração diminui o efeito no sistema nervoso central e nos transmissores nervosos livres de dor. Algumas técnicas desse método incluem contar números, lembrar de poesia, relembrar uma memória agradável, relembrar uma piada, não pensar, usar cartas vulgares, usar realidade virtual e assistir televisão. (Amiri, et al. 2019)

No artigo de Amiri et al. (2019) o medo do parto com 36 semanas de gestação, a duração da fase ativa o segundo estadio do trabalho de parto e a duração total do parto no grupo de técnicas de distração foram menores do que no grupo controle; no entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa

Pelo contrário, Heli (2021), diz-nos que o medo dissipa-se enfrentando-o, recorrendo a informação prévia e segura numa fase da gravidez e “olhando para dentro, sentindo e aceitando os sinais físicos do corpo numa fase de trabalho de parto, com o suporte adequado por forma a poder implementar as melhores intervenções, uma vez que a distração afasta a parturiente das sensações e são estas que guiam a mulher no TP. Heli (2021) Sugere a utilização de quatro ferramentas eficazes na diminuição do medo durante o trabalho de parto, sendo estas a respiração, o relaxamento, a voz e a meditação, aumentando a autoconfiança da mulher e a sua capacidade de lidar com as contrações e a dor, para que a experiência de dar à luz seja a mais positiva possível, não assegurando que seja perfeita, mas sim humanizada e respeitada.

Considera-se ainda fundamental para a redução do medo do TP **a prestação de cuidados de suporte contínuo**. Para Hildingsson et al. (2019) alguns componentes dos cuidados prestados estão associados a uma experiência de parto positiva, como por exemplo a mulher sentir que está empoderada, que está no controlo, que recebe informações e apoio suficientes, sendo envolvida na tomada de decisões. Para os autores, as mulheres com medo do parto relatam de forma frequente deficiências nessas áreas, especialmente com relação à percepção de controlo durante o trabalho de parto. Além disso, mulheres com medo relataram significativamente mais deficiências nos cuidados prestados intra-parto em comparação com as mulheres sem medo, especialmente no que diz respeito ao apoio de parteiras (31%) e percepção de controle (40%).

Mulheres com medo do parto beneficiam de um cuidado contínuo (Hildingsson et al., 2018) O facto de a mulher ser cuidada por EESMOS diferentes em vários estágios da sua gravidez, parto e puerpério é conhecido por reduzir a satisfação com o cuidado, independentemente do medo. Já o facto de a EESMO ser conhecida pela parturiente desde a gravidez, pode ter um impacto na experiência de parto e na diminuição do medo de dar à luz. (Hildingsson et al. 2019)

Conclui-se ainda que não basta que o EESMO, atue apenas no período do trabalho de parto. As suas intervenções podem sim, diminuir o medo sentido pelas parturientes, no entanto a sua

intervenção deve estender-se ao acompanhamento na gravidez, de forma personalizada a cada mulher, obtendo assim melhores resultados.

A Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba é a teoria que sustenta os cuidados do EEESMO à parturiente na medida em que ao aplicar intervenções específicas que diminuam o medo de dar à luz, o EEESMO promove o conforto e diminui a ansiedade na mulher em trabalho de parto, promovendo, desta forma, uma relação de confiança entre ambos resultando assim numa experiência mais positiva e que vai ao encontro das expectativas da mulher. O EEESMO deve prestar cuidados atendendo aos três estados de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência - e aos quatro contextos em que o mesmo pode ser experienciado - físico, ambiental, psicológico, espiritual e social (Kolcaba, 2003).

De acordo com Heli (2021) uma experiência de parto positiva ou negativa não é determinada pelo tipo de alívio da dor usado, pelo local do parto ou por quaisquer complicações ou circunstâncias externas que possam surgir. Em vez disso, é a capacidade de lidar com quaisquer emoções e medos que possam surgir durante o trabalho de parto que desempenha uma parte vital de sua experiência. Nascer sem Medo é aperfeiçoar a experiência do trabalho de parto, e não tentar facilitar o parto perfeito.

Conclui-se que o papel do EEESMO na gestão/desconstrução do medo em sala de partos é fundamental, levando assim a um maior conforto e bem-estar da parturiente, tornando cada parto uma experiência única e individualizada. No entanto, são necessários mais estudos, mais abrangentes. Destaca-se ainda o papel do EEESMO não só na sala de partos mas durante a gravidez e até na pre-concepção. A triagem das grávidas com medo de dar à luz é recomendada para identificar aquelas que sofrem de medo do parto e preferem a cesariana por esse motivo.

Finda-se este capítulo, concluindo o processo de investigação atingiu o objetivo esperado e contribuiu para aprofundar a compreensão da temática em estudo. Considera-se que os resultados obtidos serão postos em prática, na ótica da individualização de cuidados à grávida e parturiente aquando o exercício profissional especializado.

Considera-se que a elaboração da presente *SR* foi notória na demonstração da importância desta metodologia enquanto recurso que permite desenvolver a prática baseada na evidência, assim como a investigação e gestão dos cuidados a prestar a grávidas e parturientes com medo do parto.

Face aos cinco artigos incluídos para análise para a compreensão da questão de revisão conclui-se que é notória a importância da intervenção do EEESMO durante a gravidez e no trabalho de parto,

relativamente à gestão/ desconstrução do medo de dar à luz, uma vez que este é um problema atual e recorrente na sociedade atual.

Esta é uma temática privilegiada para a intervenção do EEESMO, junto da mulher, porém denota-se a necessidade de uma maior investigação neste domínio, pelo facto de esta ser ainda limitada face à análise dos 5 artigos. O recurso a técnicas específicas para a promoção do apoio emocional à grávida/parturiente permite ao EESMO desenvolver intervenções autónomas que lhe conferem uma maior visibilidade do seu papel enquanto elemento da equipa multidisciplinar. Enquanto autora desta scoping review sinto-me responsável por sugerir a necessidade de integração de formação específica ao nível psico-neuro-fisiológico, por forma a derrubar barreiras de cuidados rotineiros e pespetivar novas estratégias para a gestão/ desconstrução do medo de dar à luz. No que diz respeito à gestão, considera-se crucial a gestão de recursos humanos e físicos para uma continuidade de cuidados adequada desde a gravidez ao pós-parto, prestados pelo mesmo EEESMO e como sugerido num dos artigos seleccionados por forma a dissipar as consequências negativas da temática abordada nas mulheres com medo de dar à luz e assim usufruir dos benefícios globais mas principalmente da satisfação das parturientes na vivência do parto. Dada a importância verificada com este domínio de investigação deixo em aberto a possibilidade da prossecução deste estudo num futuro artigo científico.

CONCLUSÃO

O EEESMO tem como função conceber, planejar, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. (OE, 2019), prestando cuidados de excelência durante o exercício profissional, procurando o nível mais elevado de satisfação dos utentes (ACEESMO,2018).

Desde os primórdios da humanidade que o corpo humano tem a capacidade inata de dar à luz. No entanto, e apesar de serem inegáveis os ganhos em saúde com o avanço da tecnologia da ciência, e dos cuidados de saúde, o medo do parto sentido pelas mulheres parece aumentar na sociedade ocidental. É urgente a sensibilização e capacitação dos profissionais de obstetrícia para as atuais necessidades das mulheres, o que impõe a atualização contínua dos profissionais de saúde e implica transformação na filosofia de cuidados em sala de partos.

Ultimando este relatório, conclui-se que foram alcançados os objetivos propostos inicialmente e que foi possível compreender o papel do EESMO na gestão/ desconstrução do medo, na sala de partos.

O desenvolvimento do processo de investigação a partir da metodologia científica, a partilha dos resultados que contribuem para a área de enfermagem e a melhoria contínua dos cuidados a partir das atividades que surgiram da identificação e usufruto das oportunidades serviram para aumentar o corpo de conhecimentos na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica, atingindo-se assim as competências esperadas (OE, 2019b).

Sugere-se a necessidade de integração de formação específica ao nível psico-neuro-fisiológico, por forma a derrubar barreiras de cuidados rotineiros e perspetivar novas estratégias de gestão/ desconstrução do medo de dar à luz.

Destaca-se que a mobilização da teoria durante a prática clínica estimulou a pesquisa e a procura de evidência científica atualizada promovendo a prática baseada na evidência. (OE, 2015).

Considera-se que todas as atividades inerentes às vinte semanas de estágio foram realizadas com sucesso e com um crescente ganho de autonomia concluindo-se que a diversidade de experiências permitiu a aquisição das competências esperadas.

Por forma a atingir os objetivos propostos, recorreu-se a sustentação teórica para cumprir as atividades delineadas, tendo como pilar a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, sendo os cuidados

de enfermagem prestados de forma individualizada e especializada assegurando o bem-estar e conforto da mulher/RN/família.

Conclui-se que com a elaboração deste relatório foi possível refletir e analisar criticamente o percurso de aprendizagem, e adquirir as competências esperadas de um EESMO, com a certeza de que a busca pelo conhecimento será uma constante neste caminho a percorrer.

Findada esta etapa do curso, pretende-se não só obter o grau de Mestre através da discussão publica do presente trabalho, mas também aprofundar o conhecimento relativo às intervenções do EEESMO na gestão/ desconstrução do medo na sala de partos deixando-se em aberto a possibilidade da prossecução deste estudo num futuro artigo científico.

Considera-se ainda crucial a gestão de recursos humanos e físicos para uma continuidade de cuidados adequada desde a vigilância pré-natal, ao pós parto, prestados pelo mesmo EESMO por forma a dissipar as consequências negativas da temática abordada nas mulheres com medo de dar à luz e assim obter maiores ganhos em saúde mas principalmente assistir à satisfação das parturientes na vivência do seu parto, único e humanizado, capacitando-as para a tomada de decisão consciente e participação voluntária e informada no controlo do seu trabalho de parto. Sugere-se ainda a implementação futura de uma triagem do medo do parto através de questionários, aquando do momento de acolhimento da grávida em sala de partos e/ ou em consulta de vigilância pré-natal.

BIBLIOGRAFIA

- Amirali, K. (2018). *O uso de Aromas para a Promoção do conforto das Mulheres no Primeiro estágio do Trabalho de Parto-Relatório de Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. . Lisboa.
- Amiri, P. et al. (2019). The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial. *MC Pregnancy and Childbirth*, 1-9.
- Barbosa, A., & Campos, D. (2013). *Misoprostol na prevenção da hemorragia pós-parto*. . Acta Obstet Ginecol Port 2013;7(4):298-305.
- Barradas, A. T. (2015). *Livro de Bolso- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. . Ordem dos Enfermeiros.
- Bay, E., & Algase, D. (1999). *Fear and Anxiety: A simultaneous concept analysis*. . Nursing Diagnosis, 10 (3) pp. 103-111 .
- Billert, H. (2007). Tokophobia-a multidisciplinary problem.
- Cankaya, S.; Can, R. (2021). The effect of continuous supportive care on birth pain, birth fear, midwifery care perception, oxytocin use, and delivery time during the intrapartum period: An experimental study. . *Nigerian journal of clinical practice*, pp. 1624-32.
- Carpenito-Moyet, L. (2012). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 13ª Edição. . Porto Alegre: Artmed.
- Carvalho, M. (2014). *Reflexo de um Caminho Percorrido: Processo de Aprendizagem no Contexto da Prática. A Satisfação da Mulher com o Trabalho de Parto e Parto: Relação com as suas Expectativas e Experiências. Revisão Integrativa da Literatura*.
- Carvalho, O., & Zangão, B. (2014). *Contributo do contacto pele a pele na temperatura do recém nascido*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. p. 63-67.
- Chapman, V., & Charles, C. (2013). *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. 3ª Ed. Iowa: Wiley-Blackwell.
- Cunha, T. (2017). *Gravidez e Maternidade*. Obtido em 6 de junho de 2022, de <http://www.oficinadepsicologia.com>.
- Demsar et al. (2018). Tokophobia (Fear of childbirth): prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*.

Diário da República n.º 191/2019, Série II de 2019-10-04. (s.d.). *Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/125068622/details/normal?l=1>

Firouzan et al. (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* .

Graça, M. (2017). *Medicina Materno-Fetal. 5ª Edição*. Lisboa: Lidel.

Heli, S. (2021). *Give birth without fear*. Clink Street.

Henriques, A. (2020). *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. Saúde da Mulher*. Lisboa.

Hildingsson et al. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive Healthcare* .

Hildingsson et al. (2019). *A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care*. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 33-38.

Koehn, M. (2000). *Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application of Kolcaba's Theory of Holistic Comfort* . *Holist Nurs Pract*, pp. 66-77. .

Kolcaba, K. (1994). *A theory of holistic comfort for nursing*. . *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1178-1184 .

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. . New York : Springer.

Lowdermilk, P. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade (7ª edição)*. Loures: Lusodidacta.

Lowdermilk, P., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade (7ª edição)*. . Loures: Lusodidacta.

Miranda, S. S. (2020). *Contribuição da assistência de enfermagem na humanização do parto: Uma revisão integrativa*. . *Revista eletrónica Estácio Recife* 6(1), 1-13.

Monteiro, J., Santos, M., Prata, P., & Sequeira, A. (2020). *Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto*. In *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* p. 84. Lidel.

Monteiro, M., Santos, M., Prata, A., & Sequeira, A. (2020). *Utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto*. In *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.

Nascimento, R., & Trentini, M. (2004). *O cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de Peterson e Zderad*. . Revista Latino-Americana de Enfermagem, pp. 250-257. .

Néné, M., Marques, R., & Batista, A. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

OMS. (2018). *WHO: Recommendations intrapartum care for positive childbirth experience*. World Health Organization. Obtido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. . Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem Portuguesa - implicações na adequação ao processo de Bolonha no actual quadro regulamentar*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/2007_EnfermagemPortuguesa_Processo_Bolonha.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. .

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em saúde Materna e Obstétrica. Parecer no 43/2019 – Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento no 140/2019 " Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento no 391/2019 " Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.*

Organização Mundial da Saúde. (2011). *Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.* Geneva: Organização Mundial de Saúde. . Obtido de https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience.*

Peters et al. (2020). *Scoping Reviews.* In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis.* Obtido de <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

PORDATA. (2021). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho.* . Obtido de <https://www.portada.pt/Portugal/Idade+média+mda+mãe+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>

Schuiling, D., & Sampsel, M. (1999). *Comfort in Labor and Midwifery Art.* . Journal of Nursing Scholarship, pp. 77-81. .

Toral, A. V. (2019). *Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa.* . Estácio Saúde, 8(1), 45-53. .

Varela, V. C. (2020). *Diagnóstico de Início de Trabalho de Parto in Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no Trabalho de Parto.* p. 75-77. LIDEL.

APÊNDICES

Apêndice I: Projeto de Estágio IV

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
ESTÁGIO IV–ESTÁGIO DE ENFERMAGEM EM BLOCO DE PARTOS

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO IV

Joana Filipa dos Santos Pinto Nunes

Março de 2022

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
ESTÁGIO IV–ESTÁGIO DE ENFERMAGEM EM BLOCO DE PARTOS

PROJETO DE ESTÁGIO IV
ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS

Joana Filipa dos Santos Pinto Nunes, nº 200400010

Professora Orientadora:

Olimpia Cruz Fonseca

Março de 2022

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

DPP- Data Prevista para o Parto

EESMO – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

IG – Idade Gestacional

OE- Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.	6
2. PLANO DE ATIVIDADES.....	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS... ..	28

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio IV – Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos, inserido no plano de estudos do 7º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi proposto a elaboração de um projeto de estágio que pretende transmitir a minha proposta de atividades a desenvolver ao longo do mesmo, com o aval da Professora Responsável e Enfermeiras cooperantes.

O presente estágio decorre no Bloco de Partos e Urgência Obstétrica do Hospital X sob orientação das Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, com a duração de vinte semanas, com início a 25 de Fevereiro e término a 22 de Julho de 2022, perfazendo um total de 760 horas, sendo 560 horas afetas à prestação de cuidados, o que correspondendo a 70 turnos de 8 horas. 200 horas serão dedicadas à elaboração do relatório final de estágio, que incluem 40 horas de seminário e 20 horas de orientação tutorial.

Pretende-se como objetivos de aprendizagem deste estágio: “Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido (RN) de risco em situação de saúde e doença”, Integrar a equipa multidisciplinar, que presta cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença; e Elaborar o Relatório Final de Estágio, sendo expectável a mobilização das competências comuns e específicas regulamentadas pela ordem dos enfermeiros e concomitantemente a demonstração da fundamentação e reflexão da prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência, avaliando, divulgando e discutindo os resultados da ação/ intervenção; desenvolvendo o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional, e ética no campo da intervenção; baseando a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento com assertividade e valores éticos e ainda gerindo os cuidados, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos seus cuidados.

Como estratégia metodológica para o Estágio IV, foi elaborado o presente Projeto Individual de Estágio, com o objetivo principal: Enumerar as atividades a desenvolver durante o Estágio IV, de modo a atingir os objetivos definidos e as competências. Como objetivos específicos, com este projeto pretende-se: Caracterizar o contexto de Estágio IV; definir os objetivos específicos para o Estágio IV, e por fim planejar e calendarizar as atividades,

nomeadamente na quinta, décima-segunda e vigésima semana de estágio, bem como definir os recursos necessários por forma a atingir os objetivos específicos definidos.

O projeto de estágio que retrata as atividades planeadas assenta no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019), publicado em Diário da República em Fevereiro de 2019 e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (391/2019) publicado em Maio de 2019 em conformidade com as competências acima referidas assim como no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Diário da República- Despacho n.o 8872/2019, 4/10).

Assim, os objetivos do projeto de estágio foram definidos após a leitura dos documentos supracitados, considerando primordial a prestação de cuidados especializados fundamentada em documentos orientadores dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica.

Como objetivos específicos para o estágio IV – ESMO na Sala de Partos, defini:

1. Conhecer a estrutura física, dinâmica e organizacional do serviço de Bloco de Partos.
2. Desenvolver competências cognitivas, técnicas, relacionais e científicas na área da formação em Saúde Materna e Obstétrica e educação para a saúde.
3. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da Grávida e pessoa significativa durante o período pré-natal, em contexto de urgência obstétrica
4. Desenvolver competências que permitam acolher a mulher grávida e pessoa significativa no Bloco de Partos
5. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da mulher e pessoa significativa durante:
 - a) O 1º estadio do Trabalho de Parto;
 - b) O 2º estágio do Trabalho de Parto;
 - c) O 3º estágio do Trabalho de Parto;
 - d) O 4º estágio do Trabalho de Parto
6. Desenvolver competências técnicas e práticas no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais garantindo a qualidade dos cuidados
7. Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação

8. Desenvolver competências na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ao longo do desenvolvimento do Estágio IV, será desenvolvido o Relatório de Estágio, com base no presente projeto que irá retratar as atividades desenvolvidas no contexto, ilustrando o processo de aprendizagem desenvolvido, numa perspectiva auto formativa, de pesquisa sistemática e reflexão para a ação. Com recurso à Revisão Sistemática da Literatura e à mobilização de competências, comuns e específicas adquiridas, pretende-se uma reflexão crítica, demonstrativa de desenvolvimento construtivo, tendo em conta as ações desenvolvidas em contexto de estágio.

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Estágio IV foi desenvolvido num hospital distrital, público, de agudos, diferenciado, de acesso universal, que em termos jurídicos reveste a forma de entidade pública empresarial com autonomia administrativa, financeira e patrimonial que está integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O Hospital assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 184,6 mil habitantes distribuídos por 9 concelhos.

O hospital tem como missão prestar serviços e cuidados de saúde de elevada qualidade para satisfação dos utentes e das entidades responsáveis financeiramente pelos cuidados prestados, promovendo a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores, tendo sempre presente a justa noção da eficiência da sua ação. É um hospital de referência pela sua capacidade de resposta às necessidades dos utentes, pela qualidade técnica e humana dos seus profissionais, que aqui terão um lugar atrativo para se realizar em e desenvolverem. Os seus valores assentam na orientação do doente; inovação; ética nas relações pessoais, profissionais e institucionais; qualidade; responsabilidade social e ambiental; realização dos colaboradores e criação de calor económico e social.

Ao longo do estágio, a idade das mulheres a quem se prestaram cuidados, variava entre os 18 aos 46 anos, constatando-se que a grande maioria se encontrava entre os 20 e os 35 anos.

Em 2021, ocorreram cerca de 1082 partos neste hospital, número que ilustra a afluência à instituição e sendo que mais de metade foram partos eutócicos. Considerando que a maioria dos partos eutócicos são realizados por um EESMO, verifica-se que estes são responsáveis por sensivelmente metade dos partos realizados no hospital.

No que diz respeito à estrutura física do hospital onde foi desenvolvido o estágio IV, salienta-se que o Bloco de Partos e Urgência Obstétrica situam-se no Piso 3, a par com o serviço de internamento de obstetrícia, ginecologia e neonatologia. O serviço de Bloco de Partos foi recentemente remodelado, os quartos e as casas de banho passaram a ser privativos, ficando para trás a enfermaria de três camas, sendo possível dar resposta ao anseio de bem-estar, conforto e privacidade que a mulher grávida exige nos dias de hoje. O serviço é bastante luminoso, com muita luz natural e paredes brancas, fazendo-nos sentir que estamos num outro hospital. Apostou-se ainda noutras vertentes como a bola de Pilates, bola Pilates Amendoim, musicoterapia, aromaterapia e o parto humanizado em fotografia. Porém, algumas destas

vertentes encontram-se de momento indisponíveis devido ao contexto pandémico por Sars-Cov-2, em vigor durante a realização deste estágio.

Fisicamente, o Bloco de Partos é composto pela sala de triagem, 3 gabinetes médicos, uma sala de Serviço de Observação com dois lugares em maca e outra com dois lugares em cadeirão, o gabinete da enfermeira chefe, uma copa, uma casa de banho para os profissionais de saúde, uma casa de banho para utentes, uma sala de arrumos, uma sala de sujios, uma sala de reanimação para RN e 4 salas de partos, individuais, preparadas para todas as fases do trabalho de parto. Estas são compostas por uma cama versátil, um cadeirão para o acompanhante, televisão, uma casa de banho privativa com cadeira de duche, uma bancada (sem material devido ao contexto pandémico atual) e uma mesa de reanimação neonatal. O material é transportado sempre que necessário do open space que possui dois armários. Nestas salas, um acompanhante selecionado pela mulher pode acompanhá-la durante todas as fases do trabalho de parto e puerpério imediato, acompanhando também a sua transferência. Este acompanhante tem de ser o mesmo durante toda a permanência no Bloco de Partos. Devido à pandemia, o acompanhante pode permanecer 24h, no entanto tem de apresentar Certificado Digital/ Certificado de Recuperação e/ ou Teste Covid negativo, sendo que a grávida é submetida a um teste Covid assim que dá entrada no Hospital. Existe uma sala operatória, onde seriam realizadas cesarianas programadas ou urgentes, que infelizmente, não é utilizada por falta de profissionais especializados em Enfermagem médico cirúrgica disponíveis, o que é uma lacuna tendo em conta as ótimas condições disponíveis. Desta forma as cesarianas continuam a realizar-se no Bloco Central. Esta sala operatória possui uma antecâmara para os profissionais e acompanhantes se equiparem, e de entre os recursos existentes, uma cama central, equipamento de anestesia e ventilação, carro de apoio, sistema de aquecimento de roupa, e mesa de reanimação neonatal. Nesta sala, o acompanhante selecionado pela mulher poderia estar presente nas cesarianas programadas, sendo solicitada a sua saída caso ocorram intercorrências que o justifiquem. Nas cesarianas emergentes, não é permitida a presença do acompanhante. Existe ainda neste serviço, um espaço de recobro, esta sala tem espaço para seis camas. Existem carros de apoio, para medicação e cuidados de higiene e conforto. A permanência nesta sala habitualmente é curta, e antecede a transferência para o serviço de internamento, podendo tornar-se mais prolongada sempre que exista essa necessidade do serviço.

No open space, existe uma bancada com uma secretária extensa com 3 computadores, sistema de cardiocografia à distância através de um ecrã comum com excelente visualização, armários onde são organizados os processos físicos das utentes, medicação e material associado a procedimentos de Enfermagem. É aqui que são realizados os registos de enfermagem, as passagens de turno e comunicação telefónica para a transferência das utentes para o serviço de Internamento.

Quanto a recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, Obstetras, e Assistentes Operacionais, podendo haver apoio de outros profissionais, mediante necessidade das mulheres ou recém-nascidos, como por exemplo, de Anestesiista, Pediatra, caso seja necessário.

O programa informático em utilização pela equipa de Enfermagem é a '*S Clínico*', transversal ao Serviço de Internamento de Grávidas e Puérperas, o que facilita a continuidade dos registos de Enfermagem. Para além disto, existe registo em papel, no Boletim de Saúde da Grávida, o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e Boletim de Vacinas, impresso para o registo de material utilizado, consentimento se outra documentação relevante.

Durante o desenvolvimento do estágio, é necessário definir uma situação/problema da área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica cujo estudo seja relevante, de acordo com a necessidade do contexto do estágio e as minhas motivações pessoais. Considerando estes aspetos, optei pelo seguinte tema: "Dar à luz sem medo. Papel do EESMO na desconstrução do medo na Sala de Partos." (Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica)".

No capítulo 2, será apresentado o Plano de atividades do Projeto Individual para o Estágio IV onde irei descrever as atividades que pretendo desenvolver ao longo do estágio, procurando abranger as várias intervenções e cuidados que podem ser realizados durante o estágio, planeando a máxima rentabilização máxima das experiências neste novo contexto de prestação de cuidados à mulher grávida/parturiente/puérpera, ao seu recém-nascido e pessoa significativa, dando resposta às necessidades e problemas do grupo-alvo, dentro da área de atuação da Enfermagem. Como referi anteriormente, foram delineadas metas temporais para que se atinjam os objetivos definidos, de modo a explicar quais se esperam atingir até à quinta semana, até à décima-segunda e até à vigésima semana do Estágio IV, permitindo assim apresentar mais claramente a minha evolução durante o estágio

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS DO EESMO	RECURSOS
1ª À 5ª SEMANA	<p>1) Conhecer a estrutura física, dinâmica e organizacional do serviço de Bloco de Partos e integrar a equipa multidisciplinar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação às enfermeiras cooperantes e restantes membros da equipa multidisciplinar que integram o serviço de Bloco de Partos; • Visita guiada às instalações, incluindo identificação do circuito da mulher/díade na unidade – triagem, gabinetes médicos, recobro, salas de parto; • Integração na equipa multidisciplinar e compreensão da dinâmica do serviço; • Conhecimento dos protocolos e projetos existentes e outros documentos orientadores; • Conhecimento do programa informático do serviço (<i>SClinico</i>); • Conhecimento da estrutura funcional e orgânica do serviço (materiais e recursos humanos); • Análise da estrutura dinâmica do serviço relativa à díade/tríade (privacidade, segurança e dignidade); 	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u></p> <p>A1.1, A1.2; A1.3, A.2.2, B1.1, B2.1, B2.2, B3.1, C.1.1, C2.1, D1.1, D1.2, D2.3</p> <p><u>Competências específicas do EESMO:</u></p> <p>2.1; 3.1; 4.1.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Equipa multidisciplinar -Estudante</p>

AO LONGO DO ESTÁGIO		<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento das normas em vigor em contexto de pandemia por Sars-Cov-2; • Identificação das necessidades de formação pessoais para melhoria de conhecimentos; • Identificação dos motivos mais comuns que levam à admissão da grávida/mulher/díade no serviço; • Identificação de projetos em que poderei envolver-me e trazer contributo para o serviço. • Conhecimento dos diferentes papéis a assumir em caso de emergência obstétrica; • Colaboração com os profissionais da equipa multidisciplinar; • Construção de estratégias de resolução de problemas com os utentes e os elementos da equipa; • Participação na tomada de decisão em equipa, baseada em sólidos e válidos padrões do conhecimento, com avaliação do processo e resultados da tomada de decisão. • 	<u>Código</u> <u>Deontológico:</u> Artigos 104.º, 106.º e 112.º	
----------------------------	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração de conhecimentos na prática clínica especializada; • Reconhecimento dos próprios recursos e limites pessoais e profissionais; • Identificação das necessidades de formação pessoais no âmbito da Saúde Materna e Trabalho de Parto - na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente e RN em situação de saúde e doença; • Atualização permanente dos conhecimentos, baseando a prática clínica em evidência científica; • Realização de formação, formal ou informal, em contexto de trabalho, conforme necessidades formativas identificadas; • Rentabilização das oportunidades de aprendizagem; • Partilha e reflexão das experiências e situações clínicas vivenciadas com as enfermeiras cooperantes, colegas de curso e Professora Orientadora, nas reuniões e seminários; • Colaboração nos processos de formação existentes no serviço ou na elaboração/atualização de protocolos, se pertinente; 	<p><u>Competências do enfermeiro especialista:</u></p> <p>B1.1; B2.2; D2.1; D2.2; D2.3.</p> <p><u>Código Deontológico:</u></p> <p>Artigo 109º</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Enfermeira cooperante</p> <p>-Estudante</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p> <p>-Utentes</p> <p>-Pessoas significativas</p>
--	--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none">• Participação em sessões de formação que ocorram, na área da Saúde Materna e Obstétrica• Desenvolvimento de competências na área da promoção para a saúde para uma melhor prestação de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença;• Elaboração do Projeto Individual de Estágio e discussão do mesmo com as enfermeiras cooperantes e possível partilha e apresentação do mesmo em contexto de seminário no dia 17 de Março de 2022;• Elaboração do Relatório Individual de Estágio IV;		
--	--	--	--	--

AO LONGO DO ESTÁGIO		<ul style="list-style-type: none"> ● Admissão e Acolhimento da Grávida e pessoa significativa no serviço de Triagem; ● Transmissão de segurança e de um clima de confiança criando um ambiente empático e acolhedor; ● Conhecimento dos diagnósticos clínicos mais comuns na grávida internada no Bloco de Partos (hipertensão na gravidez, diabetes gestacional, gravidez não evolutiva, ameaça de parto pré-termo, estreptococos B-hemolítico do grupo B positivo, colestase gravídica) e aplicação dos protocolos de atuação de serviço vigentes, consoante os mesmos; ● Observação, consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e realização de entrevista de enfermagem à grávida por forma a colher dados e identificar necessidades (identificação pessoal, antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos, alergias); ● Cálculo da Idade Gestacional (IG) e Data Prevista para o Parto (DPP); 	<p><u>Competências do enfermeiro especialista:</u></p> <p>B1.1; B2.2; D2.1; D2.2; D2.3.</p> <p><u>Competências do EESMO:</u> 2.1; 2.2; 2.3.</p> <p><u>Código Deontológico:</u></p> <p>Artigo 109º</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Enfermeira cooperante</p> <p>-Estudante</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p> <p>-Utentes</p> <p>-Pessoas significativas</p>
----------------------------	--	---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ● Estabelecimento de uma prioridade clínica - queixa/sinal/sintoma apresentado pela mulher, conforme o sistema em vigor - Triagem de Manchester; ● Avaliação da mulher no seu todo: sinais vitais, avaliação hemodinâmica, edemas e coloração da pele e mucosas, histórico vacinal, fatores psicológicos e sociais, estado emocional face à gravidez e motivação, contexto familiar, confirmação de grupo sanguíneo dos pais, exame ginecológico se aplicável para avaliar o estágio de trabalho de parto; ● Avaliação fetal quando aplicável: auscultação fetal por doppler, realização e interpretação de cardiotocograma, medição da altura do fundo uterino e identificação da apresentação fetal por meio das manobras de Leopold ; ● Observação e apoio na avaliação médica após triagem (apoio em procedimentos como curetagem uterina ou aspiração do produto da concepção); ● Planeamento dos cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados em parceria com a mulher e discussão com a enfermeira cooperante; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ● Esclarecimento de dúvidas da mulher; ● Execução dos cuidados de enfermagem planeados; ● Identificação precoce de complicações e fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto, referenciando as situações em conjunto com a enfermeira cooperante (complicações induzidas pela gravidez, infecciosologia na gravidez e gravidez não evolutiva); ● Encaminhamento da mulher/família para serviço de internamento de ginecologia ● Apoio à mulher e pessoa significativa, durante o período de luto na situação de perda gestacional, fornecendo informação adequada ao grau de compreensão da mulher/pessoa significativa; ● Encaminhamento da mulher/ pessoa significativa para outras fontes de apoio se necessário (apoio psicológico, socia); ● Avaliação dos cuidados prestados ● Realização dos registos de enfermagem no programa informático <i>SClínico</i> 		
--	--	--	--	--

AO LONGO DO ESTÁGIO	<p>4) Desenvolver competências que permitam acolher a mulher grávida e pessoa significativa no Bloco de Partos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Conhecimento da da legislação e protocolo do Hospital sobre as condições relativas ao internamento da mulher e à presença da pessoa significativa no Bloco de Partos, tendo em conta o contexto pandémico em vigor por Sars-CoV-2; ● Apresentação do Bloco de Partos e da sala alocada à mulher grávida e pessoa significativa; ● Realização da avaliação inicial; ● Conhecimento do Plano de Parto da utente, caso exista, de modo a adequar os cuidados consoante o mesmo, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado, alertando através da comunicação assertiva e de forma empática para possíveis questões que passam ir contra a política do Hospital ou que ponham em risco a saúde da mulher/recém-nascido; ● Avaliação do bem-estar materno-fetal, recorrendo à monitorização cardiotocográfica; ● Realização das Manobras de Leopold; 	<p><u>Competências do enfermeiro especialista:</u></p> <p>A1.1; A2.2; B3.1; C1.1.</p> <p><u>Competências do EESMO:</u></p> <p>2.1; 2.2; 2.3.</p> <p><u>Código Deontológico:</u></p> <p>Artigo 109º</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Enfermeira cooperante</p> <p>-Estudante</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p> <p>-Utentes</p> <p>-Pessoas significativas</p>
----------------------------	---	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Realização do toque vaginal apenas quando necessário, de modo a avaliar condições da bacia, das características do colo, da integridade das membranas, determinação da apresentação, posição, variedade e altura da apresentação; • Integração da pessoa significativa nos cuidados, mediante a sua vontade e capacidade; • Colaboração na vigilância e tratamento da mulher com complicações da gravidez e patologia associada. 		
	<p>5) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da mulher e pessoa significativa durante: a) o <u>1º Estádio do Trabalho de Parto</u> em situação de saúde/doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmação de sinais indicativos de início de trabalho de parto e determinação do estágio do trabalho de parto; • Monitorização do bem-estar materno-fetal: monitorização cardiotocográfica, estadio da dilatação e integridade das membranas; • Identificação precoce de complicações materno-fetais inerentes a este estágio, associadas ao canal de parto, contrações e/ou feto, referenciando as situações em conjunto com a enfermeira cooperante; • Transmissão de segurança e de um clima de confiança à mulher/ pessoa significativa criando um ambiente empático e acolhedor, desconstruindo possíveis medos; 	<p><u>Competências do enfermeiro especialista:</u></p> <p>A1.1; A2.2; B3.1; C1.1.</p> <p><u>Competências do EESMO:</u></p> <p>2.1; 2.2; 2.3, 3.1; 3.2; 3.3</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Enfermeira cooperante</p> <p>-Estudante</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p> <p>-Utentes</p> <p>-Pessoas significativas</p>

<p>REALIZADO COM COLABORAÇÃO ATÉ À 5ª SEMANA, COM SUPERVISÃO ATÉ À 10ª SEMANA E DE FORMA AUTÔNOMA ATÉ À 20ª SEMANA</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Favorecimento da presença de um acompanhante escolhido pela mulher e proporcionar privacidade; • Utilização de diferentes estratégias de comunicação com a mulher e pessoa significativa, no respeito pelas suas crenças e cultura; • Demonstração de posições que podem favorecer o trabalho de parto e o seu conforto; • Avaliação e gestão da dor durante o trabalho de parto centrada na mulher com medidas farmacológicas e não farmacológicas (musicoterapia, ambiente, posições verticais) • Colaboração com outros profissionais para a realização de técnicas de analgesia, nomeadamente Analgesia Epidural, tendo em conta a vontade da parturiente; • Prestação de cuidados de conforto à mulher (higiene perineal, alimentação com líquidos claros ou gelatina, suporte emocional) e pessoa significativa; • Incentivo à eliminação vesical frequente, para minimizar tamanho da bexiga; 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Realização de amniotomia se necessário, após avaliação individualizada e discussão com a mulher; • Realização de registos clínicos (informaticamente) no partograma conforme avaliação do trabalho de parto e a sua condução; • Avaliação dos cuidados prestados 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do 2º estágio do trabalho de parto por meio da observação do comportamento da mulher e avaliação obstétrica; • Verificação da funcionalidade do equipamento necessário para o parto; • Avaliação da mulher no seu todo: eficácia das contrações, analgesia, condição física e emocional, posição da mulher, adequação pélvica, tamanho, variedade, apresentação e situação do feto; • Identificação precoce dos desvios ao padrão normal de evolução do parto, referenciando as situações em conjunto com a Enfermeira Cooperante (alterações do bem-estar fetal, dinâmica uterina inadequada, dificuldade na descida da apresentação, período expulsivo prolongado, sinais e sintomas de infeção, lacerações do períneo, distocia de ombros); • Realização de amniotomia, apenas se necessário; 	<u>Competências comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1.1; A2.2; B3.1; C1.1.	<u>Competências do EESMO:</u> 3.1; 3.2; 3.3.

<p>REALIZADO COM COLABORAÇÃO ATÉ À 5ª SEMANA, COM SUPERVISÃO ATÉ À 10ª SEMANA E DE FORMA AUTÔNOMA ATÉ À 20ª SEMANA</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● Preparação e apoio emocional da mulher e pessoa significativa durante esforços expulsivos primando pela comunicação verbal efetiva; ● Realização de manobra de proteção do períneo; ● Avaliação do bem-estar fetal por cardiotocografia; ● Realização de episiotomia com analgesia do períneo, apenas se necessário; ● Execução de manobras de extração fetal; ● Nascimento do RN apoiado pela mãe se o desejar; ● Colaboração em partos distócicos. (ventosa, fórceps e cesariana); ● Avaliação dos cuidados prestados; ● Observação e apoio à mulher em situações que evoluem para parto distócico <p>Em relação ao RN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verificação da hora exata do nascimento; ● Laqueação do cordão umbilical por quem a mãe decidir; ● Prestação de cuidados imediatos do RN (índice de apgar, observação física inicial) e implementando medidas de suporte à vida extra-uterina 		
--	--	--	--	--

		<p>(manutenção das vias aéreas, termorregulação, prevenção de infeções, prevenção da doença hemorrágica);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboração na reanimação do RN em situação de emergência; • Detecção de alterações morfológicas e/ ou funcionais do RN, referenciando as situações; • Estabelecimento precoce do contato pele a pele entre a díade, promover a amamentação nos primeiros 30 minutos de vida, caso desejado pela parturiente e situação clínica favorável; • Elaboração de registos de enfermagem do RN no programa informático <i>SCLínico</i>, Boletim de Saúde Infantil e Notícia do Nascimento 		
	<p>5) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da mulher e pessoa significativa durante: c) <u>o 3º Estádio do Trabalho de Parto</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do 3º estágio do trabalho de parto e mecanismo de descolamento da placenta por meio da observação da mulher e sinais de dequitação (contração uterina, mudança da forma do útero, saída de sangue à vulva, descida do cordão, aumento de volume vaginal); • Após observação destes sinais execução de manobra de Brandt-Andrews se necessário; • Preparação e apoio da mulher/pessoa significativa neste estágio; 	<p><u>Competências comuns do Enfermeiro Especialista:</u></p> <p>A1.1; A2.2; B3.1; C1.1.</p> <p><u>Competências do EESMO:</u></p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Enfermeira cooperante</p> <p>-Estudante</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p> <p>-Utentes</p>

<p>REALIZADO COM COLABORAÇÃO ATÉ À 5ª SEMANA, COM SUPERVISÃO ATÉ À 10ª SEMANA E DE FORMA AUTÔNOMA ATÉ À 20ª SEMANA</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● Identificação precoce de complicações e fatores de risco, referenciando as situações em conjunto com a Enfermeira Cooperante (retenção de placenta, dequitação incompleta, atonia, inversão uterina e traumatismo do canal de parto); ● Após dequitação verificação: globo de segurança de Pinard, perdas de sangue, observação da placenta e membranas e administração de uterotônicos de acordo com o grau de risco de cada mulher; ● Avaliação da integridade do períneo e identificação dos tecidos a suturar em caso de lacerações ou episiotomia; ● Classificação do tipo de laceração, se for o caso; ● Realização da reconstrução do períneo, mediante técnica mais adequada, referenciando as situações conforme necessidade; ● Prestação de cuidados perineais pós-reconstrução e realização de ensinios; ● Prestação de cuidados imediatos após o parto-cuidados de higiene perineal e conforto; ● Avaliação dos cuidados prestados 	<p>3.1; 3.2; 3.3.</p>	
---	--	---	-----------------------	--

<p>REALIZADO COM COLABORAÇÃO ATÉ À 5ª SEM., COM SUPERVISÃO ATÉ À 10ª SEMANA E DE FORMA AUTÓNOMA ATÉ À 20ª SEMANA</p>	<p>5) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da mulher, pessoa significativa e RN durante: d) <u>o 4º Estádio do Trabalho de Parto</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da puérpera neste período: útero através da palpação abdominal, perdas vaginais, períneo, sinais vitais e sinais e sintomas de hemorragia, valorizando as queixas maternas; • Detecção precoce de complicações e fatores de risco, referenciando as situações em conjunto com a Enfermeira Cooperante (lacerações de grau III e IV); • Transmissão de segurança e de um clima de confiança à puérpera e pessoa significativa, criando um ambiente empático e acolhedor; • Respeito pelos valores, crenças e capacidades da puérpera e pessoa significativa; • Promoção do desenvolvimento da relação precoce entre a díade/tríade, assim que seja seguro e adequado - favorecimento do contacto pele a pele; • Prestação de cuidados de conforto à puérpera; • Promoção da adaptação familiar ao novo elemento; • Promoção de suporte emocional e psicológico à puérpera e pessoa significativa; 	<p><u>Competências comuns do Enfermeiro Especialista:</u></p> <p>A1.1; A2.2; B3.1; C1.1.</p> <p><u>Competências do EESMO:</u></p> <p>4.1; 4.2; 4.3.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Enfermeira cooperante</p> <p>-Estudante</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p> <p>-Utentes</p>
--	---	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ● Promoção do aleitamento materno, de acordo com a vontade e condição clínica da puérpera; ● Avaliação cuidada da puérpera após o parto, de acordo com o tipo de parto: estado emocional, relação da tríade, sinais vitais, características da pele, mamas, útero, lóquios, períneo, eliminação, abdómen, membros inferiores e estado geral; ● Orientação da puérpera e pessoa significativa tendo em conta as necessidades de educação para a saúde identificadas neste período, incluindo os cuidados ao RN; ● Realização de transferência para o Serviço de Internamento de Obstétrica, no mínimo após 2 horas do parto; ● Avaliação dos cuidados prestados; ● Elaboração de registos de enfermagem no programa informático <i>SClínico</i> 		
--	--	---	--	--

AO LONGO DO ESTÁGIO	<p>6) Desenvolver competências técnicas e práticas no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais garantindo a qualidade dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação da metodologia e organização de recursos humanos e materiais na unidade (Observação dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar bem como a verificação de equipamento, fármacos e disposição do material clínico); • Discussão com a enfermeira cooperante sobre articulação do serviço com outras instituições de saúde; • Planeamento e priorização de atividades, de forma a gerir o tempo e recursos; • Colaboração na organização do serviço consoante as necessidades do mesmo discutido previamente com as enfermeiras cooperantes; • Rentabilização de recursos materiais no decorrer da prestação de cuidados; • Mobilização de conhecimentos e habilidades para garantir a melhoria contínua da qualidade de cuidados, bem como a sua humanização 	<p><u>Competências</u> <u>comuns do</u> <u>enfermeiro</u> <u>especialista:</u> B1, C2</p>	<p><u>Humanos:</u> -Enfermeira cooperante -Estudante -Equipa multidisciplinar -Utentes -Pessoas significativas</p>
---------------------	--	--	---	--

AO LONGO DO ESTÁGIO	<p>7) Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de momentos reflexivos com as enfermeiras cooperantes e professora orientadora com o intuito de receber críticas construtivas para melhoria do meu desempenho; • Sustentação na evidência científica da prestação de cuidados; • Apresentação e discussão do projeto de estágio com a enfermeira cooperante para delineamento do mesmo e garantir o cumprimento dos objetivos do estágio • Apresentação e discussão do projeto de estágio em seminário com a restante turma e professora orientadora; • Avaliação da prestação de cuidados decorrida ao longo do estágio; • Elaboração do relatório de estágio, onde se reflita a prática reflexiva. 	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> B2, C1, D1, D2</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeiras cooperantes -Estudante -Professora Orientadora
---------------------	--	--	--	---

AO LONGO DO ESTÁGIO	<p>8) Desenvolver competências na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção de uma situação/problema de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com o contexto de estágio e que corresponda às minhas motivações pessoais e profissionais; (1ª À 5ª SEMANA) • Colheita de dados relevantes, junto das utentes, garantindo o sigilo e confidencialidade da informação obtida; • Realização de uma Scoping Review tendo em conta a temática escolhida; • Investigação e interpretação dos resultados provenientes da evidência científica sobre a temática; • Aplicação na prática clínica da temática em estudo, caso seja possível; • Elaboração do Relatório Final de Estágio Individual, com base no presente projeto e na temática selecionada, com a apresentação das atividades desenvolvidas e reflexão sobre as mesmas. 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u></p> <p>B1.1; D2.2.</p> <p><u>Competências Específicas do EESMO:</u></p> <p>2.1; 3.1.</p> <p><u>Código Deontológico:</u></p> <p>Artigo 106º</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Enfermeiras cooperantes</p> <p>-Estudante</p> <p>-Professora Orientadora</p> <p>-Utentes</p>
----------------------------	---	--	--	---

CONCLUSÃO

O presente projeto de estágio contempla a especificidade da prestação de cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos, apelando à experiência adquirida e aos objetivos que a ESSI preconizada para o estágio IV pretendendo servir de linha orientadora aquilo que será o trabalho a desenvolver durante as próximas 20 semanas.

A organização do projeto por etapas temporais permite servir de orientação para os objetivos específicos a atingir em cada fase, direcionando o seu estudo, investigação e intervenções realizadas de forma a existir uma evolução dentro da área da Saúde Materna e Obstétrica, no decorrer do estágio.

Saliento a importância da elaboração deste projeto como uma mais-valia uma vez que para a concretização do mesmo tive de consultar, ler e rever os diferentes regulamentos de competências comuns e específicos dos enfermeiros especialistas (EEESMO) bem como programas em vigor da Direção Geral da Saúde.

Considero este projeto um documento suscetível de ser atualizado, devendo adaptar-se às circunstâncias próprias do local de estágio, bem como, às necessidades de formação que se vão identificando. As alterações efetuadas, serão apresentadas e justificadas no Relatório Final do Estágio IV.

Comprometo-me a rentabilizar ao máximo as experiências que irão surgir no decorrer deste estágio, de forma a promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional e assim alcançar os objetivos a que me propus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. Lisboa.

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Lisboa.

Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Diário da República n.o 191/2019, Série II de 2019-10-04. Disponível em:

<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/125068622/details/normal?l=1>

Apêndice II: Scoping Review

APÊNDICE II – Protocolo da Scoping Review

JBI Library of Systematic Reviews

Review Title

Dar à luz sem medo. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na desconstrução/ gestão do medo na sala de partos.

Reviewers

¹Joana Pinto Nunes

²Professora Olímpia Cruz

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS)

Review question/objective

Review question: Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na gestão/ desconstrução do medo na sala de parto?

Objective: mapear a evidência científica relativamente às intervenções do EEESMO na gestão/ desconstrução do medo de dar à luz, na sala de partos.

Key word (Mesh Descriptors)

Fear (Mesh): The affective response to an actual current external danger which subsides with the elimination of the threatening condition.

Labor, Obstetrics (Mesh): The repetitive uterine contraction during childbirth which is associated with the progressive dilation of the uterine cervix (CERVIX UTERI). Successful labor results in the expulsion of the FETUS and PLACENTA. Obstetric labor can be spontaneous or induced (LABOR, INDUCED).

Obstetric, Nursing (Mesh): A nursing specialty involving nursing care given to the pregnant patient before, after, or during childbirth.

Background

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007), considera-se que a **Enfermagem** é uma disciplina do conhecimento, autónoma, que possui um campo de intervenção próprio e tem como objeto “a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida bem como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida.” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 6). A Enfermagem procura a satisfação das necessidades humanas fundamentais dos indivíduos/famílias/grupos, promovendo a sua independência na realização das atividades de vida e procurando a sua adaptação funcional a múltiplos fatores (Nascimento & Trentini, 2004) A **área da saúde da mulher** insere-se num conjunto de atividades designadas internacionalmente por Saúde Sexual e Reprodutiva, sendo dividida em Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio do Cancro do Colo do Útero e Mama, sendo uma das prioridades do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, da Direção Geral de Saúde (DGS) (Henriques, 2020). Estudar a saúde da mulher torna-se essencial para o enriquecimento dos sistemas de saúde, para a importância das mulheres, mas também da sua família, comunidade e sociedade (OMS, 2011). O EEESMO, apresenta um conjunto de competências clínicas especializadas e a certificação técnico-científica que validam a sua prestação enquanto enfermeiro diferenciado (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2010, p. 6).

O EEESMO

“ assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvido processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13561)”.

Para tal, e porque os cuidados de saúde assumem nos dias de hoje um rigor técnico e científico cada vez maior, a diferenciação e a especialização dos enfermeiros são cada vez mais procuradas e essenciais à prática de enfermagem. Desta forma, é necessário a existência de regulamentos e pareceres aprovados onde cada profissional, neste caso os enfermeiros, se

possam reger e guiar nas práticas de cuidados na medida em que após a certificação adquiram competências autónomas para exercer a profissão.

Destaca-se no presente trabalho as intervenções do EEESMO num dos pontos específicos do RCEEES em que o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente incluindo conviventes significativos. (OE, 2019)

O **trabalho de parto** (TP) compreende um conjunto de fenómenos fisiológicos dando origem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior, podendo este ser espontâneo ou induzido (Néné, Marques & Batista, REVER2016).

O TP compreende quatro estádios, sendo que o primeiro estádio se inicia com contrações uterinas regulares culminando com a dilatação completa do colo; o segundo estádio tem início com a dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto; o terceiro estádio designado por dequitação ou expulsão da placenta e o quarto estádio, designado por puerpério imediato que geralmente compreende duas horas após a expulsão da placenta, sendo considerado o período de recuperação imediata, em que todo o organismo da mulher se restabelece. (Graça, 2017).

A gestação, o parto e o puerpério são períodos únicos na vida de uma mulher, pautados por dúvidas e expectativas. Apesar de o parto ser um processo biológico, para muitas mulheres ele está associado a dor, sofrimento e a uma panóplia de medos.

O termo **medo** provém do latim-metu- «idem» e significa “sentimento de inquietação que surge com a ideia de um perigo real ou aparente”, “terror; susto”, “receio; temor”, “apreensão” de acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa (2022, s/ p.).

Importa **distinguir medo de ansiedade**. Na realidade, apesar de o medo e de a ansiedade produzirem uma resposta simpática semelhante, a resposta parassimpática difere, estando esta evidenciada na ansiedade e reduzida no medo. O medo difere da ansiedade na medida em que no medo é possível identificar a fonte, enquanto na ansiedade não (Carpenito-Moyet, 2012). Segundo Bay e Algase (1999) o medo e a ansiedade - podem ser respostas adaptativas, no entanto a ansiedade pode resultar em sintomas físicos ou doença, enquanto o medo não tem efeitos a longo prazo senão os que resultam do ‘congelamento, fuga ou luta’, ou da formação de memória de longo prazo.

O medo do parto é uma emoção específica e angustiante que impacta a vida cotidiana de mulheres e homens. O medo do parto é, até certo ponto, um fenómeno normal, porque o parto é, na realidade, uma experiência potencialmente dolorosa e imprevisível. (Demšar, et al., 2018) Há uma grande necessidade de abordar de forma multidisciplinar o medo do parto devido à sua complexidade e às implicações obstétricas, anestesiológicas, psicológicas e psiquiátricas inerentes (Billert, 2007). O impacto do medo em termos de intensidade é controverso, mas é certo que existe. Os EEESMO estão numa posição privilegiada não apenas para avaliar o medo atempada e oportunamente, mas também no lugar certo, munindo-se de conhecimentos teóricos e práticos para intervir, acompanhando a grávida em todo seu percurso gravítico, parto e pós-parto.

Cunha (2017), refere que fatores psicológicos podem desencadear altos níveis de ansiedade, impedindo que o TP decorra dentro do padrão normal.

Segundo Heli (2021), o medo pode perturbar o acesso do corpo ao conhecimento inato de dar à luz, uma vez que este ativa reações de *stress* que são essencialmente ativadas para o manter fora de perigo. Este mecanismo é antigo e tem sido crucial para a sobrevivência da nossa espécie aquando de situações ameaçadoras, sendo o trabalho de parto interrompido, nestas situações. Segundo a mesma autora, este processo ocorre de forma inconsciente, sendo mais difícil interrompe-lo, porém, não impossível. Heli (2021) reitera que é fundamental entender o medo, a sua causa, a forma como afeta a mulher e como o desconstruir, através da alteração do foco e de auto-conhecimento, capacitando cada mulher de forma individual e única a permitir que o corpo cumpra o seu dever de forma inata e assim contribuir para vivências de experiência de parto positivas.

Para poder superar o medo é importante compreender e entender o propósito da dor no decorrer do parto, bem como conhecer a fisiopatologia do trabalho de parto de forma a poder distinguir entre as reações causadas pelo processo natural do parto e as reações causadas pelo sentimento de medo. (Heli, 2021). A mesma autora afirma ainda que apesar da melhoria contínua dos cuidados médicos, da segurança e até da literacia em saúde por parte das mulheres, estas sentem mais medo do que nunca. Com o desenvolvimento de novas tecnologias e a promessa de uma existência sem dor, perdeu-se algo fundamental.

Para Heli (2021), muitas mulheres sentem que falta algo- outro tipo de conhecimento, um conhecimento que ajude as mulheres a confiar na capacidade do próprio corpo de dar à luz.

Tem-se assistido ao aumento de intervenções por parte dos profissionais de saúde, na área de saúde materna e obstétrica, no sentido de controlar o processo de nascimento, como iniciar, acelerar, terminar, regular e monitorizar o processo fisiológico do TP com o objetivo de contribuir para a melhoria de resultados para a mulher e bebé (OMS, 2018).

O desenvolvimento científico e tecnológico contribuiu para a melhoria dos resultados perinatais e qualidade e segurança para as grávidas, mas levou a intervenções excessivas e medicalização do parto tendo-se demitido a mulher do seu papel ativo, criando insatisfação, insegurança, medos, ansiedade e desconfiança (Andrade et al., 2017; Lopes, 2016; Monteiro et al., 2020; OE, 2012; OMS, 2018; Pinheiro, 2016).

O medo leva cada vez mais mulheres a solicitarem cesarianas, há mais mulheres com transtorno de stress pós-traumático e que precisam de aconselhamento pós-traumático após o parto e o nascimento do bebé. (Heli, 2021)

Heli (2021) reitera que o corpo prioriza o impulso do medo sobre o nascimento, prevalecendo a sobrevivência ao processo de trabalho de parto. Perante o medo, os níveis de cortisol aumentam, as pupilas dilatam, o sistema reprodutivo desacelera, os músculos recebem um maior aporte de sangue e o sistema respiratório acelera para maximizar o fluxo de oxigénio. Assim, o corpo recebe informações sobre uma ameaça potencial e bloqueia, concentrando-se no perigo que está a enfrentar, concentrando-se na sensação de dor e retardando o processo de parto.

Para Heli (2021) ajudar a mulher a sair deste bloqueio, permite que a experiência de parto mude de caminho e que a mulher possa experienciar outros sentimentos e sensações.

Segundo Monteiro et al. (2020) a palavra-chave para aliviar o ciclo de medo-tensão-dor no trabalho de parto é "relaxamento", podendo ser utilizadas diversas técnicas. Fatores de stress, como a dor, o medo, a tensão na grávida/casal, levam a sinais de exaustão, fadiga e desespero, tornando-se essencial diminuir a ansiedade e o stress da grávida, com o objetivo de se atingir bons resultados na evolução do trabalho de parto. Sendo a adrenalina o maior inibidor da ocitocina, torna-se crucial criar outros focos de atenção da grávida que não a dor, como, por exemplo, a respiração.

Respirar de forma ritmada, profunda e lenta facilita a gestão da dor, pelo que muitas mulheres consideram este tipo de respiração eficaz, em trabalho de parto. A respiração profunda permite a libertação de tensões, essencial durante as contrações mais intensas

durante o trabalho de parto. O facto de a parturiente se concentrar na respiração, auxilia-a a encontrar o seu centro interior e a manter a calma, aumentando, assim, o limiar de sensibilidade à dor por deslocalização no desconforto da contração uterina.

Segundo Ferreira (2016), outra das técnicas que diminuem o ciclo medo-tensão-dor, é o recurso à musicoterapia. Esta terapia tem influência na rede cerebral que determina a experiência emocional através do sistema límbico, promovendo a libertação de endorfinas a partir da glândula pituitária e diminuindo, assim, a concentração de corticotrofina, influenciando os níveis de pressão arterial e o ritmo respiratório. A música através do seu ritmo e melodia, é capaz de gerar emoções que podem induzir um estado de maior ou menor concentração, ternura e romance reduzindo níveis de ansiedade.

De acordo com Heli (2021) uma experiência de parto positiva ou negativa não é determinada pelo tipo de alívio da dor usado, pelo local do parto ou por quaisquer complicações ou circunstâncias externas que possam surgir. Em vez disso, é a capacidade de lidar com quaisquer emoções e medos que possam surgir durante o trabalho de parto que desempenha uma parte vital de sua experiência. Nascer sem Medo é aperfeiçoar a experiência do trabalho de parto, e não tentar facilitar o parto perfeito.

Desta forma, a gestão/ desconstrução e minimização do medo do parto é de extrema importância, sendo um dever do EESMO.

Ainda segundo Heli (2021) a razão pela qual muitas mulheres recorrem à analgesia é porque têm medo. Muitas delas que recorrem a métodos farmacológicos para o alívio da dor ainda consideram o trabalho de parto uma experiência negativa, dolorosa e assustadora, concluindo-se que o alívio da dor não elimina necessariamente os sentimentos de ansiedade e medo. Para lidar com seus sentimentos durante o trabalho de parto, as mulheres precisam de aprender a geri-los, precisam de ferramentas e de suporte.

Heli (2021) Sugere a utilização de quatro ferramentas eficazes na diminuição do medo durante o trabalho de parto, sendo estas a respiração, o relaxamento, a voz e a meditação, aumentando a autoconfiança da mulher e a sua capacidade de lidar com as contrações e a dor, para que a experiência de dar à luz seja a mais positiva possível, não assegurando que seja perfeita, mas sim humanizada e respeitada.

A respiração deve ser calma e no ritmo de sua escolha quando a contração vier. À medida que esta diminui, a parturiente deve expirar com um ou dois suspiros suaves e audíveis,

promovendo o relaxamento que reduzirá a tensão e evitará que esta trabalhe contra as contrações, o que prejudicaria o processo de parto. Durante a contração, a mulher deve ser incentivada a relaxar o rosto, a mandíbula, os ombros e as nádegas. À medida que o processo de parto se aproxima pode vocalizar. Uma voz profunda diminuirá o stress e o medo envolvendo os músculos abdominais, o que o ajudará durante a fase de push. Se a mulher sentir que os pensamentos negativos emergem e tem dificuldade em continuar, deve usar a palavra 'sim'.

Repetir a palavra suavemente, calmamente e com voz grave durante toda a contração, ajudando-a a mobilizar recursos internos de otimismo, confiança e fé. Se a parturiente desejar, pode ainda beneficiar de uma massagem com um toque lento, firme, ritmado e com um movimento descendente, que lhe dará uma sensação de segurança e proximidade. (Heli, 2021)

As técnicas de relaxamento são recomendadas pela OMS (2018), nomeadamente o relaxamento muscular progressivo, a respiração, música, meditação, entre outras técnicas, direcionadas para parturientes saudáveis que procuram o alívio da dor durante o TP. A maioria das mulheres desejam algum tipo de alívio da dor durante o TP e o que as evidências indicam é que existem técnicas de relaxamento que podem reduzir o desconforto e o stress, aliviar a dor e melhorar a experiência do TP.

Enquanto EEESMO, enquanto promotor de suporte emocional nesta fase, e segundo a mesma autora, tem um papel fundamental a desempenhar na prevenção e redução da preocupação e do medo durante o processo de parto. Foi comprovado que o suporte contínuo durante o trabalho de parto diminui a probabilidade de cesariana, encurta o processo de parto e, o mais importante, facilita uma experiência de parto mais positiva, devendo este estar alerta sobre as reações físicas criadas pelo medo e pelo *stress*.

Inclusion criteria

Types of participants: Grávidas e parturientes

Concept: Medo, Trabalho de parto e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Context: Hospital

Types of studies: Estudos qualitativos e quantitativos

Search strategy

Inicialmente, procedeu-se à pesquisa de termos MeSH (Medical Subject Headings) Browser 2022 com o objetivo de os validar como descritores, sendo estes: **fear; Labor, obstetric e Obstetric Nursing**. Nesta fase, pretendeu-se incluir o termo *tokophobia* (medo do parto) na expressão de pesquisa com o objetivo de obter melhores resultados, e com maior contributo para a questão de investigação. Contudo, foi identificado como obstáculo o facto de o termo *tokophobia* não ser considerado um descritor MeSH, pelo que se optou apenas pela inclusão do termo “fear” sendo este considerado um descritor MeSH. Foram assim incluídos 3 descritores, todos eles MeSH, que interligados com o booleano AND, conjugaram, no final, a seguinte expressão de pesquisa: **“Fear AND labor, obstetric AND Obstetric Nursing”**

Procedeu-se à pesquisa de artigos, publicados nas bases de dados da plataforma EBSCOhost: CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete e Medilatina, com os limitadores definidos: “ texto completo”; “resumo disponível”; “prática baseada na evidência”; “humano”; “data de publicação 25.06.2017 a 25.06.2022” “idioma inglês, português e espanhol” e “texto completo em PDF”. Na *PubMed* definiu-se como limitadores: “humano”; “data de publicação 25.06.2017 a 25.06.2022”; “idioma inglês, português e espanhol” e “texto completo em PDF”.

Esta etapa, foi concluída a 25 de Junho de 2022. Com a expressão de pesquisa definida e os limitadores específicos identificados, obteve-se o número de artigos identificados no quadro 2, onde se verifica o cruzamento entre os descritores.

Quadro 2 – Identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis, por base de dados

Descritores	EBSCOHost					Pubmed
	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Library, Information Science & Technology Abstracts	Medic Latina	CINAHL Complete	
1.Fear	74340	11646	72	1011	18264	18910
2.Labor, obstetric	493	55	4	47	53	3147
3.Obstetric, Nursing	106	16	0	24	250	1190
1 e 2	102	14	0	5	23	73
1 e 3	30		0	0	0	59
2 e 3	8	2	0	2	21	374
1 e 2 e 3	4	2	0	1	7	22

Study Selection

De forma a garantir a qualidade metodológica, utilizou-se o Prisma 2020 Flow Diagram. Procedeu-se deste modo à extração dos dados a partir do instrumento proposto pelo JBI. A primeira etapa do PRISMA® designada **identification**– decorreu dos resultados das bases de dados científicas somados entre si (36) tendo sido retirados os duplicados (3). Na segunda etapa do PRISMA®, o **screening**, procedeu-se à leitura do título e resumo de cada um dos artigos da etapa anterior. Considerando os critérios de inclusão, a leitura referida permitiu rejeitar artigos ou documentos que não respondessem à população de interesse nem ao contexto da investigação, sem necessidade de fundamentar (26). No caso de apenas um dos conceitos estar presente no artigo e a população de interesse e contexto da investigação também se encontrarem presentes, o artigo passaria igualmente à etapa seguinte, tendo sido então selecionados 7 artigos, que foram lidos integralmente, sendo que dois foram excluídos por não oferecerem contributos à questão de investigação. Na terceira etapa “*Included*”, analisaram-se 5 artigos tendo sido realizada uma numeração para facilitar a interpretação, na medida em que ao ser realizada se torna mais fácil identificar de que artigo se trata, nomeadamente quando se consulta o PRISMA®.

Pretende-se evidenciar os principais resultados de cada artigo incluído nesta SR, com contributos para a problemática em questão. Apresentam-se seguidamente os artigos resultantes da pesquisa.

- Artigos selecionados:

Nº 1 - Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option
Nº 2 - The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women
Nº 3 - A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care
Nº 4 - The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial
Nº 5 - The effect of continuous supportive care on birth pain, birth fear, midwifery care perception, oxytocin use, and delivery time during the intrapartum period: An experimental study.

DATA collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento de recolha de dados, conforme indicações da Joanna Briggs Institute (2020), sendo constituído por vários pontos que permitiram a extração e organização de dados, caracterizar os estudos e reunir os resultados significativos.

Quadro 4- Resumo dos artigos incluídos na SR

Nº Artigo Autores Ano de publicação País de Origem	Objetivos	Metodologias/ Métodos/ Amostra Nível de evidência	Principais Conclusões e Contributos
<p>1. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option</p> <p>2018 Suécia</p> <p>Ingegerd Hildingsson, Christine Rubertsson, Annika Karlström, Helen Haines</p>	<p>Testar a viabilidade de proporcionar um modelo de cuidados de obstetrícia modificado a mulheres com medo do parto, com EEESMOs a trabalhar a <i>full time</i> e em regime de prevenção (<i>on-call</i>) numa clínica pré-natal.</p> <p>O estudo foi realizado numa clínica pré-natal na Suécia e numa sala de partos de um hospital universitário.</p>	<p>Estudo de viabilidade.</p> <p>Foram utilizados questionários a 10 mulheres a meio da gravidez, no final da mesma e dois meses após o nascimento.</p>	<p>O modelo de cuidados em estudo parece ser uma opção viável para mulheres com níveis elevados de medo do parto.</p> <p>Houve redução do medo do parto, na maioria das mulheres.</p> <p>Oito em dez mulheres receberam todos os cuidados pré-natais e intraparto da mesma EEESMO. A maioria teve parto eutócico com recurso a medidas não farmacológicas para o alívio da dor. As mulheres mostraram-se satisfeitas com o modelo de atendimento e com os cuidados prestados. Parece ter havido, através da aplicação deste modelo, uma redução dos níveis de <i>burnout</i> para as EEESMOs, o que se tornou uma vantagem, além de ser dado às EEESMOs oportunidade de trabalhar em áreas diferentes da saúde materna e obstétrica, ao mesmo tempo, o que é não é comum na Suécia. Sendo o estudo pequeno, o resultado não pode ser generalizado.</p> <p>Principais contributos para a questão de revisão: Diminuição dos níveis de medo através da implementação de um modelo de cuidados com a mesma EEESMO desde a gravidez ao parto.</p>
<p>2. The effect of midwifery led counseling based on</p>	<p>Investigar a eficácia de uma intervenção psicoeducativa por EEESMOs (emoções do parto - procurando a</p>	<p>80 grávidas foram selecionadas para participar no estudo.</p>	<p>O protocolo <i>BELIEF (birth emotions - looking to improve expectant fear)</i> pode ser uma abordagem eficaz para reduzir o medo do parto e aumentar a autoeficácia do parto entre primigestas que têm medo de dar à luz.</p>

<p>Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women</p> <p>Laya Firouzan, Roghieh Kharaghani, Roghieh Kharaghani, Saeedeh Zenoozian, Reza Moloodi, Elham Jafari</p> <p>2020 Irão</p>	<p>diminuição do medo do parto e a melhoria na autoeficácia entre mulheres grávidas pela primeira vez com medo de dar à luz.</p>	<p>Citérios - pontuação ≥ 66 no questionário de expectativa de parto vs experiência real de <i>Wijma</i>, primigestas entre 18 a 35 anos, com capacidade para ler e escrever persa e grávidas de único feto)</p> <p>Foram divididas aleatoriamente em em dois grupos: intervenção (n = 40) e grupo de controle (n = 40). O grupo intervenção recebeu duas sessões de aconselhamento presencial com base no protocolo <i>BELIEF</i> na 24ª e 34ª semanas de gravidez. Entre essas duas sessões, o grupo recebeu oito sessões de</p>	<p>O estudo mostra que uma intervenção de aconselhamento psicoeducacional por parte dos EEESMOS pode ser eficaz na redução do medo do parto. Desta forma, é importante incluir breves programas psicoeducacionais na formação dos EEESMOS.</p> <p>Também é recomendada a triagem das grávidas com medo do parto para identificar aquelas que sofrem de medo do parto, uma vez que se verificou que as mesmas preferem cesariana devido ao medo.</p> <p>São necessárias mais pesquisas para explorar a eficácia do <i>BELIEF</i> na redução da taxa de cesariana entre as mulheres iranianas.</p> <p>Principais contributos para a questão de revisão: Uma intervenção de aconselhamento psicoeducacional por parte dos EEESMOS pode reduzir o medo do parto, sendo desta forma essencial incluir a formação específica dos EEESMOs neste contexto.</p>
---	--	--	---

		aconselhamento via telefone, uma vez por semana. O grupo de controlo recebeu apenas os cuidados de rotina pré-natal. Os resultados foram o medo do parto, autoeficácia no parto e preferência pelo parto.	
<p>3.A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care</p> <p>Hildingsson et al. Suécia</p>	Comparar o resultado do parto e a experiência de cuidados intraparto entre mulheres com medo do parto que receberam cuidados intraparto de um EEESMO já conhecido, versus aquelas que não receberam.	Estudo experimental sobre o resultado do parto em mulheres com medo de parto. Foram recrutadas mulheres com medo do parto a meio da gravidez (20-27 semanas de gestação). Quando possível as participantes puderam ter a mesma EESMO que fez o acompanhamento	<p>O presente estudo indica que o facto de a mulher conhecer o EEESMO previamente no acompanhamento pré-parto pode ter um impacto na experiência de parto.</p> <p>O cuidado fragmentado, ou seja, o facto de a mulher ser cuidada por pessoas diferentes em vários estágios da sua gravidez, parto e puerpério é conhecido por reduzir a satisfação com o cuidado, independentemente do medo.</p> <p>O estudo foi limitado por seu pequeno tamanho de amostra sendo necessárias mais pesquisas para randomizar o medo.</p> <p>A continuidade dos cuidados pela mesma EEESMO pode ser um meio para construir relacionamentos significativos onde as EEESMO podem ouvir e atuar e prestar cuidados mais individualizados.</p> <p>Principais contributos para a questão de revisão: A prestação de cuidados pelo mesmo EEESMO, desde a gravidez ao puerpério pode diminuir o fator medo bem como reduzir a satisfação dos cuidados por parte da mulher.</p>

<p>2019</p>		<p>pré-parto, durante o parto. O estudo ocorreu em três hospitais suecos. Estudo comparativo.</p>	
<p>4.The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial</p> <p>Amiri et al Paria Amiri¹, Mojgan Mirghafourvand^{2,3*}, Khalil Esmaeilpour⁴, Mahin Kamalifard⁵ and Reyhaneh Ivanbagha</p> <p>Irão 2019</p>	<p>Determinar o efeito das técnicas de distração na dor e stress do trabalho de parto (desfechos primários), medo do parto, duração das etapas do parto, índice de Apgar no primeiro minuto e consumo de ocitocina (desfechos secundários).</p>	<p>Ensaio clínico randomizado controlado com 68 gestantes. Os participantes foram inseridos em dois grupos (grupos de intervenção e controle) por randomização bloqueada. Os participantes do grupo de intervenção receberam técnicas de distração em quatro sessões. Os questionários de medo do parto (W-DEQ versão A) e PSS foram preenchidos uma vez antes da intervenção e</p>	<p>As técnicas de distração podem reduzir a dor e o stress do trabalho de parto. O medo do parto com 36 semanas de gestação, a duração da fase ativa o segundo estadio do trabalho de parto e a duração total do parto no grupo de técnicas de distração foram menores do que no grupo controle; no entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa. O medo no presente estudo foi medido antes do início da dor do parto e na 36ª semana de gestação. São necessários mais estudos para chegar a uma conclusão decisiva. Principais contributos para a questão de revisão: As técnicas de distração reduzem a dor e o stress do trabalho de parto, no entanto são necessários mais estudos uma vez que a diferença relativamente ao medo entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa.</p>

		novamente na 36ª semana para o W-DEQ e na fase ativa para o PSS por meio de entrevistas. A dor foi avaliada pela EVA durante a fase ativa por hora. A duração dos estágios do parto foi registada no partograma. Os dados foram analisados por teste t independente e ANCOVA.	
5.The effect of continuous supportive care on birth pain, birth fear, midwifery care perception, oxytocin use, and delivery time during the intrapartum period: An	Investigar os efeitos dos cuidados de suporte durante o trabalho de parto sobre a dor do parto, medo do parto, percepção dos cuidados obstétricos, uso de ocitocina e duração do parto.	Estudo comparativo 93 gestantes, 46 no grupo de intervenção de suporte contínuo e 47 no grupo de controlo de cuidados intraparto comuns.	As participantes do grupo de intervenção que receberam cuidados de suporte intraparto contínuos tiveram menos medo do parto e menor dor no parto nos estágios ativo e de transição do trabalho de parto, a sua percepção de cuidados obstétricos aumentou e a duração do trabalho de parto foi menor. No entanto, não houve diferença significativa no uso de ocitocina entre os dois grupos em intervalo de confiança de 95% (-0,265-0,091). As mulheres grávidas que receberam cuidados de suporte intraparto contínuos tiveram menos medo do parto e reduziram a dor do parto nos estágios ativo e de transição do trabalho de parto. Os cuidados de suporte contínuos prestados, a percepção dos cuidados obstétricos das gestantes aumentou e a duração do trabalho de parto diminuiu.

experi-mental study. Cankaya s & Can R Nigeria 2021			Principais contributos para a questão de revisão: O apoio de cuidados obstétricos deve ser fornecido às mulheres durante todo o processo de trabalho de parto e parto
--	--	--	--

Data synthesis

Através da análise dos artigos verifica-se que as ideias dos autores se alinham entre si, na maioria dos tópicos, indo ao encontro da fundamentação teórica mobilizada nos capítulos anteriores. Consta-se que as intervenções do EEESMO tem um impacto direto na diminuição do medo do parto sentido pelas parturientes.

Estima-se que a prevalência mundial de medo do parto seja cerca de 14%. Atualmente, não há recomendações unânimes sobre como identificar ou categorizar os níveis de medo e são poucos os hospitais que utilizam instrumentos de triagem relativamente ao medo, sendo os mais comuns o questionário de expectativa de parto de *Wijma* (W-DEQ) composto por 33 itens e a escala de medo do parto – *Fear of Birth Scale* (FOBS), composto por dois itens. (Hildingsson et al. 2018) Existe uma grande necessidade de abordar de forma multidisciplinar o medo do parto devido à sua complexidade e às implicações obstétricas, anestesiológicas, psicológicas e psiquiátricas inerentes (Billert, 2007)

Após análise dos artigos e pretendendo responder à questão de investigação irá proceder-se à sumarização dos principais contributos dos estudos para a temática em questão através de quatro considerações principais: Os benefícios do conhecimento prévio do EEESMO por parte da mulher com medo de dar à luz; o benefício do aconselhamento psicoeducacional por parte do EEESMO e a necessidade de formação específica nesta área, a utilização de técnicas de distração e os cuidados de suporte contínuos.

Considera-se que **o conhecimento prévio do EEESMO** por parte da mulher pode ter impacto na redução do medo de dar à luz. Os principais contributos do estudo de Hildingsson et al. (2019), refletem os benefícios de ter um EEESMO conhecido durante o trabalho de parto e o nascimento.

Segundo Hildingsson et al. (2019) os cuidados intraparto são inerentes ao EEESMO. Pelo contrário, o cuidado fragmentado (em que a mulher é cuidada por diferentes profissionais em vários estágios da sua gravidez, parto e puerpério) reduz a satisfação com o cuidado das mulheres, independentemente do medo. A continuidade dos cuidados pode assim ser um recurso para construir relacionamentos significativos onde os EEESMOs podem ouvir e agir tendo em conta os desejos das mulheres/casal proporcionando cuidados altamente individualizados.

Amiri et al. (2019) reitera que o contacto da mulher com agentes geradores de *stress* durante a gravidez pode causar resultados adversos, como parto de baixo peso, trabalho de parto prematuro e aborto espontâneo. Os *stressores* aumentam os níveis de catecolaminas e cortisol e podem suprimir o sistema imunológico. O *stress* mental, a ansiedade, o medo da dor do parto, o espaço desconhecido da sala de parto e a falta de confiança na equipa podem contribuir para o aumento da duração do trabalho de parto e a proliferação da dor através da produção de catecolaminas, cortisol e epinefrina.

De acordo com Firouzan et al. (2020) e Heli (2021), o medo do parto pode influenciar a solicitação por parte da mulher em ter cesariana. Também Hildingsson et al. (2019), refere que mulheres com medo de dar à luz acabam por dar à luz por cesariana numa maior percentagem, em comparação com mulheres sem medo. Desta forma, deve apostar-se na individualidade dos cuidados e para isso deveriam haver modelos específicos para que assim o EEESMO conseguisse por em prática a individualidade dos cuidados nomeadamente seguir a mulher desde a gravidez ao parto, em casos de mulheres com medo do parto.

Uma solução para conseguir uma redução nas cesarianas aumentando os níveis de satisfação com o nascimento é introduzir o **conceito de modelos de cuidado de continuidade** (Hildingsson et al. (2019), em que a mulher/ casal grávido recebe desde cedo os cuidados específicos e humanizados relativos ao medo do parto. Hildingsson et al. (2019) corrobora referindo que os relatos das mulheres sobre o conteúdo dos cuidados recebidos intraparto mostrou que pouco mais da metade da assistência recebida foi percebida como deficiente, porém as mulheres que recebiam cuidados de um EEESMO experimentou melhor atendimento em relação à informação, participação na tomada de decisão e percepção de controlo.

Segundo Cankaya & Can (2021) mulheres em experiência de trabalho de parto sentem medo e ansiedade porque não sabem e entendem totalmente o que estão passando. Os **cuidados de apoio intraparto** incluem apoio físico, apoio emocional, educação, informação e apoio de defesa. Ao nível do suporte físico deve haver controlo do ambiente, posicionamento, toque, aplicação de calor e frio, higiene, micção, nutrição. Relativamente ao apoio emocional deve promover-se a distração, comunicação verbal ou não verbal, transformando pensamentos negativos em positivos. No que concerne ao apoio Informativo e Educacional devem promover-se exercícios respiratórios, relaxamento e massagem, transmitindo respeito, garantindo segurança, aceitando as expectativas de nascimento das mães, resolvendo conflitos, se os

houver, promovendo desta forma a advocacia. Todas estas intervenções podem melhorar o processo de parto diminuindo o medo do parto e aumentando a autoconfiança da mulher.

Neste estudo as participantes do grupo de intervenção que receberam cuidados de suporte intraparto contínuos tiveram menos medo do parto e menor dor no parto nos estágios ativo e de transição do trabalho de parto, a sua perceção de cuidados obstétricos aumentou e a duração do trabalho de parto foi menor. As mulheres grávidas que receberam cuidados de suporte intraparto contínuos tiveram menos medo do parto e reduziram a dor e a duração do parto.

Constata-se ainda, após análise dos artigos o benefício do aconselhamento psicoeducacional por parte do EEESMO bem como a necessidade de formação relativamente a esta temática.

Segundo Firouzan et al. (2018), demonstrou-se que uma intervenção de **aconselhamento psicoeducacional** por parte dos ESMOS pode ser eficaz na redução do medo do parto. Desta forma, deve apostar-se na **formação específica** relativamente a esta temática sendo importante incluir programas psicoeducacionais na formação dos EEESMOS.

No estudo de Firouzan, et al. (2018), destaca-se que uma breve intervenção psicoeducacional de aconselhamento por telefone (protocolo *BELIEF*) fornecida por EESMOS durante a 24^a a 34^a semanas de gravidez é significativamente eficaz na redução do medo do parto das mulheres e na melhoria da autoconfiança no parto. O protocolo *BELIEF* teve um impacto positivo relativamente às 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, esta intervenção ajuda as mulheres a compreender e aceitar a natureza imprevisível e dolorosa do parto. (Firouzan et al. 2018)

Os estudos demonstram que após a intervenção *BELIEF* mais mulheres preferem o parto eutócico. As mulheres do grupo do controlo apresentaram maior nível de medo do parto e menos autoeficácia no parto no pós-teste em comparação com o pré-teste, pelo que se conclui que, sem uma intervenção psicoeducativa, o medo do parto se intensificaria até mesmo nas semanas que antecedem a gravidez. (Firouzan et al. 2018)

Para Amiri et al. (2019) a **técnica de distração** é uma abordagem cognitivo-comportamental usada para controlar as emoções. Esta técnica pode distrair a mente de uma pessoa do stress, medo, raiva e desconforto. O benefício da utilização deste método é que a

nossa mente tem a característica de não poder pensar em duas coisas ao mesmo tempo. Quando deixamos as nossas mentes no auge de nossa excitação, a mente é distraída da excitação pelos sentidos. Além disso, a técnica de distração diminui o efeito no sistema nervoso central e nos transmissores nervosos livres de dor. Algumas técnicas desse método incluem contar números, lembrar de poesia, lembrar uma memória agradável, lembrar uma piada, não pensar, usar cartas vulgares, usar realidade virtual e assistir televisão. (Amiri, et al. 2019)

No artigo de Amiri et al. (2019) o medo do parto com 36 semanas de gestação, a duração da fase ativa o segundo estadio do trabalho de parto e a duração total do parto no grupo de técnicas de distração foram menores do que no grupo controle; no entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa

Pelo contrário, Heli (2021), diz-nos que o medo dissipa-se enfrentando-o, recorrendo a informação prévia e segura numa fase da gravidez e “olhando para dentro, sentindo e aceitando os sinais físicos do corpo numa fase de trabalho de parto, com o suporte adequado por forma a poder implementar as melhores intervenções, uma vez que a distração afasta a parturiente das sensações e são estas que guiam a mulher no TP. Heli (2021) Sugere a utilização de quatro ferramentas eficazes na diminuição do medo durante o trabalho de parto, sendo estas a respiração, o relaxamento, a voz e a meditação, aumentando a autoconfiança da mulher e a sua capacidade de lidar com as contrações e a dor, para que a experiência de dar à luz seja a mais positiva possível, não assegurando que seja perfeita, mas sim humanizada e respeitada.

Considera-se ainda fundamental para a redução do medo do TP **a prestação de cuidados de suporte contínuo**. Para Hildingsson et al. (2019) alguns componentes dos cuidados prestados estão associados a uma experiência de parto positiva, como por exemplo a mulher sentir que está empoderada, que está no controlo, que recebe informações e apoio suficientes, sendo envolvida na tomada de decisões. Para os autores, as mulheres com medo do parto relatam de forma frequente deficiências nessas áreas, especialmente com relação à percepção de controlo durante o trabalho de parto. Além disso, mulheres com medo relataram significativamente mais deficiências nos cuidados prestados intra-parto em comparação com as mulheres sem medo, especialmente no que diz respeito ao apoio de parteiras (31%) e percepção de controle (40%).

Mulheres com medo do parto beneficiam de um cuidado contínuo (Hildingsson et al., 2018) O facto de a mulher ser cuidada por EESMOS diferentes em vários estágios da sua gravidez, parto e puerpério é conhecido por reduzir a satisfação com o cuidado,

independentemente do medo. Já o facto de a EESMO ser conhecida pela parturiente desde a gravidez, pode ter um impacto na experiência de parto e na diminuição do medo de dar à luz. (Hildingsson et al. 2019)

Conclui-se ainda que não basta que o EESMO, atue apenas no período do trabalho de parto. As suas intervenções podem sim, diminuir o medo sentido pelas parturientes, no entanto a sua intervenção deve estender-se ao acompanhamento na gravidez, de forma personalizada a cada mulher, obtendo assim melhores resultados.

A Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba é a teoria que sustenta os cuidados do EEESMO à parturiente na medida em que ao aplicar intervenções específicas que diminuam o medo de dar à luz, o EEESMO promove o conforto e diminui a ansiedade na mulher em trabalho de parto, promovendo, desta forma, uma relação de confiança entre ambos resultando assim numa experiência mais positiva e que vai ao encontro das expectativas da mulher. O EEESMO deve prestar cuidados atendendo aos três estados de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência - e aos quatro contextos em que o mesmo pode ser experienciado - físico, ambiental, psicológico, espiritual e social (Kolcaba, 2003).

De acordo com Heli (2021) uma experiência de parto positiva ou negativa não é determinada pelo tipo de alívio da dor usado, pelo local do parto ou por quaisquer complicações ou circunstâncias externas que possam surgir. Em vez disso, é a capacidade de lidar com quaisquer emoções e medos que possam surgir durante o trabalho de parto que desempenha uma parte vital de sua experiência. Nascer sem Medo é aperfeiçoar a experiência do trabalho de parto, e não tentar facilitar o parto perfeito.

Conclui-se que o papel do EESMO na gestão/desconstrução do medo em sala de partos é fundamental, levando assim a um maior conforto e bem-estar da parturiente, tornando cada parto uma experiência única e individualizada. No entanto, são necessários mais estudos, mais abrangentes. Destaca-se ainda o papel do EEESMO não só na sala de partos mas durante a gravidez e até na pre-concepção. A triagem das grávidas com medo de dar à luz é recomendada para identificar aquelas que sofrem de medo do parto e preferem a cesariana por esse motivo.

Finda-se este capítulo, concluindo o processo de investigação atingiu o objetivo esperado e contribuiu para aprofundar a compreensão da temática em estudo. Considera-se que os resultados obtidos serão postos em prática, na ótica da individualização de cuidados à grávida e parturiente aquando o exercício profissional especializado.

Considera-se que a elaboração da presente SR foi notória na demonstração da importância desta metodologia enquanto recurso que permite desenvolver a prática baseada na evidência, assim como a investigação e gestão dos cuidados a prestar a grávidas e parturientes com medo do parto.

Face aos cinco artigos incluídos para análise para a compreensão da questão de revisão conclui-se que é notória a importância da intervenção do EEESMO durante a gravidez e no trabalho de parto, relativamente à gestão/ desconstrução do medo de dar à luz, uma vez que este é um problema atual e recorrente na sociedade atual.

Esta é uma temática privilegiada para a intervenção do EEESMO, junto da mulher, porém denota-se a necessidade de uma maior investigação neste domínio, pelo facto de esta ser ainda limitada face à análise dos 5 artigos. O recurso a técnicas específicas para a promoção do apoio emocional à grávida/parturiente permite ao EEESMO desenvolver intervenções autónomas que lhe conferem uma maior visibilidade do seu papel enquanto elemento da equipa multidisciplinar. Enquanto autora desta scoping review sinto-me responsável por sugerir a necessidade de integração de formação específica ao nível psico-neuro-fisiológico, por forma a derrubar barreiras de cuidados rotineiros e pespetivar novas estratégias para a gestão/ desconstrução do medo de dar à luz. No que diz respeito à gestão, considera-se crucial a gestão de recursos humanos e físicos para uma continuidade de cuidados adequada desde a gravidez ao pós-parto, prestados pelo mesmo EEESMO e como sugerido num dos artigos selecionados por forma a dissipar as consequências negativas da temática abordada nas mulheres com medo de dar à luz e assim usufruir dos benefícios globais mas principalmente da satisfação das parturientes na vivência do parto. Dada a importância verificada com este domínio de investigação deixo em aberto a possibilidade da prossecução deste estudo num futuro artigo científico.

Conflicts of interest

A autora não tem conflitos de interesse a declarar.

References

Amirali, K. (2018). *O uso de Aromas para a Promoção do conforto das Mulheres no Primeiro estágio do Trabalho de Parto-Relatório de Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. . Lisboa.

Amiri, P. et al. (2019). The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial. *MC Pregnancy and Childbirth*, 1-9.

Barbosa, A., & Campos, D. (2013). *Misoprostol na prevenção da hemorragia pós-parto*. . *Acta Obstet Ginecol Port* 2013;7(4):298-305.

Barradas, A. T. (2015). *Livro de Bolso- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. . Ordem dos Enfermeiros.

Bay, E., & Algase, D. (1999). *Fear and Anxiety: A simultaneous concept analysis*. . *Nursing Diagnosis*, 10 (3) pp. 103-111 .

Billert, H. (2007). Tokophobia-a multidisciplinary problem.

Cankaya, S.; Can, R. (2021). The effect of continuous supportive care on birth pain, birth fear, midwifery care perception, oxytocin use, and delivery time during the intrapartum period: An experimental study. . *Nigerian journal of clinical practice*, pp. 1624-32.

Carpenito-Moyet, L. (2012). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica. 13ª Edição*. . Porto Alegre: Artmed.

Carvalho, M. (2014). *Reflexo de um Caminho Percorrido: Processo de Aprendizagem no Contexto da Prática. A Satisfação da Mulher com o Trabalho de Parto e Parto: Relação com as suas Expectativas e Experiências. Revisão Integrativa da Literatura*.

Carvalho, O., & Zangão, B. (2014). *Contributo do contacto pele a pele na temperatura do recém nascido*. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. p. 63-67.

Chapman, V., & Charles, C. (2013). *The Midwife's Labour and Birth Handbook. 3ª Ed. Iowa: Wiley-Blackwell*.

Cunha, T. (2017). *Gravidez e Maternidade. Obtido em 6 de junho de 2022, de <http://www.oficinadepsicologia.com>*.

Demsar et al. (2018). Tokophobia (Fear of childbirth): prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*.

Diário da República n.º 191/2019, Série II de 2019-10-04. (s.d.). *Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/125068622/details/normal?l=1>

Firouzan et al. (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*.

Graça, M. (2017). *Medicina Materno-Fetal. 5ª Edição*. Lisboa: Lidel.

Heli, S. (2021). *Give birth without fear*. Clink Street.

Henriques, A. (2020). *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. Saúde da Mulher*. Lisboa.

Hildingsson et al. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive Healthcare*.

Hildingsson et al. (2019). *A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care*. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 33-38.

Koehn, M. (2000). *Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application of Kolcaba's Theory of Holistic Comfort*. *Holist Nurs Pract*, pp. 66-77.

Kolcaba, K. (1994). *A theory of holistic comfort for nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1178-1184.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York : Springer.

Lowdermilk, P. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade (7ª edição)*. Loures: Lusodidacta.

Lowdermilk, P., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade (7ª edição)*. Loures: Lusodidacta.

Miranda, S. S. (2020). *Contribuição da assistência de enfermagem na humanização do parto: Uma revisão integrativa*. *Revista eletrónica Estácio Recife* 6(1), 1-13.

Monteiro, J., Santos, M., Prata, P., & Sequeira, A. (2020). *Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto*. In *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* p. 84. Lidel.

Monteiro, M., Santos, M., Prata, A., & Sequeira, A. (2020). *Utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto*. In *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.

Nascimento, R., & Trentini, M. (2004). *O cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de Peterson e Zderad*. . Revista Latino-Americana de Enfermagem, pp. 250-257. .

Néné, M., Marques, R., & Batista, A. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

OMS. (2018). *WHO: Recommendations intrapartum care for positive childbirth experience*. World Health Organization. Obtido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. . Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem Portuguesa - implicações na adequação ao processo de Bolonha no actual quadro regulamentar*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/2007_EnfermagemPortuguesa_Processo_Bolonha.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. .

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em saúde Materna e Obstétrica. Parecer no 43/2019 – Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1culo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento no 140/2019 " Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento no 391/2019 " Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.*

Organização Mundial da Saúde. (2011). *Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.* Geneva: Organização Mundial de Saúde. . Obtido de https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience.*

Peters et al. (2020). *Scoping Reviews.* In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIMES-20-12 Evidence Synthesis.* Obtido de <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

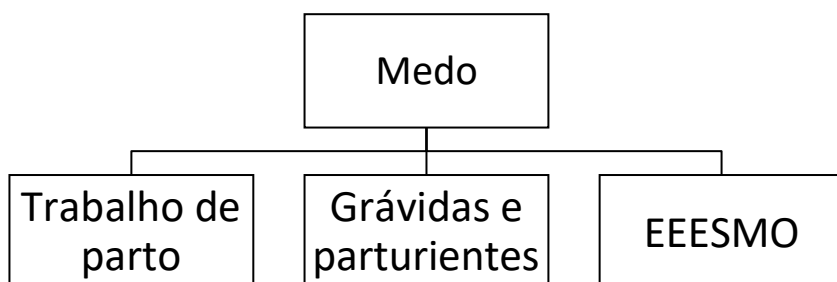
PORDATA. (2021). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho.* . Obtido de <https://www.portada.pt/Portugal/Idade+média+mda+mãe+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>

Schuilng, D., & Sampsel, M. (1999). *Comfort in Labor and Midwifery Art.* . Journal of Nursing Scholarship, pp. 77-81. .

Toral, A. V. (2019). *Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa.* . Estácio Saúde, 8(1), 45-53. .

Varela, V. C. (2020). *Diagnóstico de Início de Trabalho de Parto in Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no Trabalho de Parto.* p. 75-77. LIDEL.

Appendix I: Initial Search Strategy

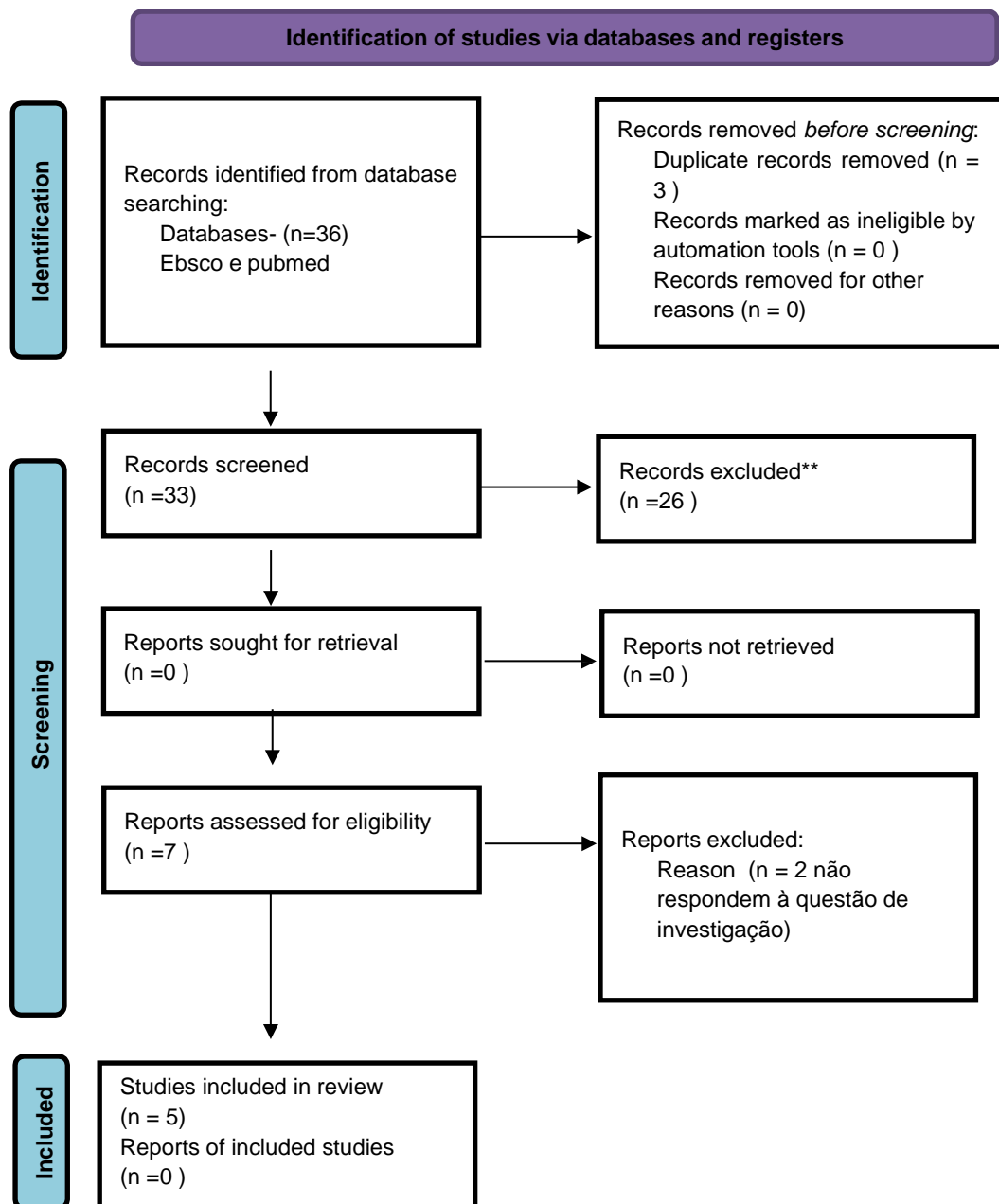


Appendix II: Appraisal instruments

Descriptores	EBSCOHost					Pubmed
	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Library, Information Science & Technology Abstracts	Medic Latina	CINAHL Complete	
1.Fear	74340	11646	72	1011	18264	18910
2.Labor, obstetric	493	55	4	47	53	3147
3.Obstetric, Nursing	106	16	0	24	250	1190
1 e 2	102	14	0	5	23	73
1 e 3	30		0	0	0	59
2 e 3	8	2	0	2	21	374
1 e 2 e 3	4	2	0	1	7	22

Appendix III – Prisma 2020 Flow Diagram

Figura 1: PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Apêndice III - Walking Epidural - Apresentação

WALKING EPIDURAL

AESMO JOANA PINTO NUNES

Maio, 2022

WALKING EPIDURAL

A OMS recomenda, desde 1996, a "liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto" e o "estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto" (OMS,1996)

WALKING EPIDURAL

Também conhecida como "caminhar com epidural", é uma técnica anestésica em que a grávida pode mover-se livremente durante a dilatação e participar muito mais ativamente no nascimento do bebê, possibilitando maior autonomia e satisfação maternas, se assim for permitido.



WALKING EPIDURAL

VANTAGENS

Ausência de sensibilidade à dor

Ausência de bloqueio motor

Alívio da dor
do trabalho de parto



A DOR EM OBSTETRÍCIA

Resposta subjetiva, complexa e multidimensional ao estímulo sensitivo gerado pelo parto.



**A ANALGESIA EPIDURAL
É O MÉTODO MAIS EFICAZ,
E APARENTEMENTE SEGURO,
DE ANALGESIA
DO TRABALHO DE PARTO.**



Quando pedir?

ASSISTIR NA

WALKING EPIDURAL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Gerir ambiente
2. Informar
3. Questionar
4. Manter monitorização cardíaca fetal continua
5. Avaliar a presença de bloqueio sensitivo
6. Supervisionar a deambulação da parturiente
7. Efetuar registos em *S-CLINICO*

ASSISTIR NA

WALKING EPIDURAL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Pacientes submetidos a analgesia epidural podem deambular com supervisão, nunca sozinhos. Os EESMO devem aplicar a **escala de Bromage modificada**, bem como a **escala numérica de intensidade da dor**.

WALKING EPIDURAL

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Opção materna
- CTO tranquilizador
- Se RPM, apresentação no primeiro plano de Hodge
- Ausência de perda hemática vaginal
- Gravidez de termo superior a 37 semanas



WALKING EPIDURAL

CUIDADOS A TER:

- Monitorizar sinais vitais
- Monitorizar bloqueio sensitivo através da escala de Brodhage modificada
- Hidratação adequada (líquidos claros, com água, gelo, chá com ou sem açúcar)
- Incentivar micções frequentes

Devem ser vigiados os efeitos secundários: hipotensão materna, tremores, prurido, sensação de peso corporal, aumento da temperatura nos membros inferiores, náuseas, vômitos, retenção urinária, complicações hemorrágicas e neurológicas. (Graça, 2017)



O QUE NOS DIZ A EVIDENCIA CIENTIFICA?

Diversos estudos:

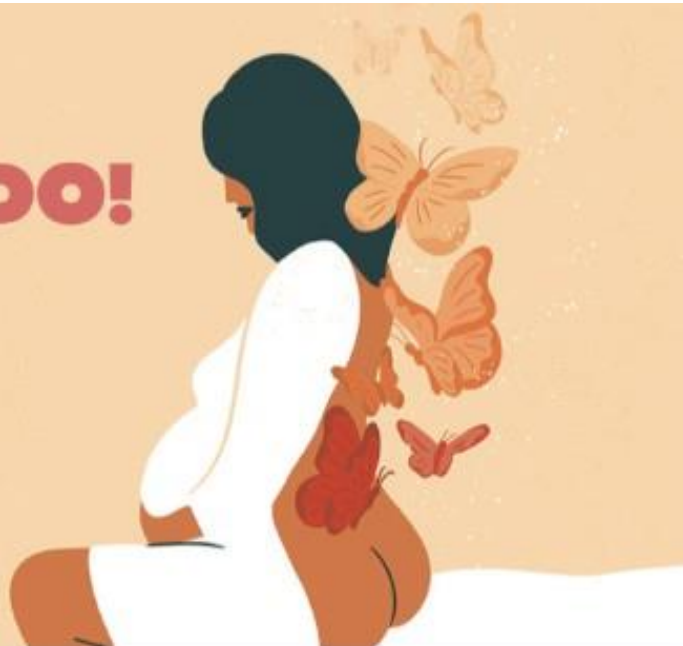
demonstram que a posição supina durante o primeiro estágio do trabalho de parto pode ter efeitos fisiológicos adversos, tanto para a mãe como para o feto, e também na progressão do trabalho de parto.

Numa revisão sistemática da Cochrane

observou-se que a posição vertical encurtou em aproximadamente uma hora o primeiro estágio do trabalho de parto, quando comparada com a posição reclinada

Destaca-se ainda que as mulheres devem ser encorajadas a descobrir a posição mais confortável para si (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell & Styles, 2009), promovendo o seu empoderamento no processo e a distração autorregulada, facilitando o suporte contínuo intraparto por um acompanhante, medidas que reduzem a necessidade de analgesia e cesariana. (Hodnett, Downw & Wash, 2010)

OBRIGADO!



ANEXOS

ANEXO I – REGISTO DE ATIVIDADES

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	100
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	40
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	8
• Episiotomia/Episiotomy	12
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	12
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	
• Gravidez/Pregnancy	100
• Trabalho de parto/Labor	62
• Puerpério/Puerperium	100
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	100
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	100
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	10
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	10
Prática simulada/Simulated practice	
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	X

Santarém, 29 dezembro 2021

Estudante/Student

Professor/Teacher

Coordenador do Curso/The course coordinator