

**Escola Superior de Saúde de Santarém**

**O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
MATERNA E OBSTÉTRICA NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO  
PÓS-PARTO**

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

**Mariana Lopes Mendes**

**Orientação:**

**Teresa Margarida Inácio Silva Carreira**

Novembro, 2024

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Teresa Carreira, orientadora deste relatório e do ensino clínico, o meu sincero agradecimento pela sua partilha de conhecimentos, pela empatia e pelo suporte constante ao longo deste percurso.

A todas as orientadoras do ensino clínico nos diversos contextos. À EEESMO Isabel Condeço, cuja dedicação e competência foram uma inspiração diária. O seu apoio incansável, a paciência e as palavras certas nos momentos desafiantes tornaram esta jornada muito mais rica. Foi um verdadeiro exemplo de profissionalismo e humanidade.

Às mulheres, casais e famílias que generosamente me acolheram nos seus momentos mais únicos e transformadores.

Às minhas colegas de curso, em especial às que foram o meu apoio constante. A vossa presença foi fundamental, obrigada pela disponibilidade e por me ouvirem.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão e incentivo. Obrigada por acreditarem no meu sucesso.

Às minhas amigas, pelo espírito animado e pelas gargalhadas que ajudaram a aliviar os momentos mais difíceis. A vossa capacidade de descontrair e trazer leveza foi essencial para ultrapassar os desafios deste percurso.

À minha família, o meu porto seguro e alicerce. O vosso amor, confiança e apoio incondicional deram-me a força para ultrapassar cada desafio. Nos momentos em que duvidei de mim, foram a certeza de que era possível. A todos vocês, mãe, pai, irmão, avós e namorado, a minha eterna gratidão por serem o meu maior apoio.

Obrigada por fazerem parte desta caminhada.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

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

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPP – Depressão Pós-Parto

EDPE – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ERAP – Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

IPS – Instituto Politécnico de Santarém

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SR – Scoping Review

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

## **RESUMO**

A depressão pós-parto é um transtorno com impacto significativo na saúde materna e no desenvolvimento do recém-nascido. Este relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e centrou-se na promoção da saúde mental perinatal, explorando intervenções eficazes para a prevenção desta condição. Tem como objetivo: compreender o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez, explorando intervenções de enfermagem para a promoção da saúde mental perinatal.

Realizou-se uma Scoping Review, segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (2020), partindo da questão: “Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez?”. Esta revisão mapeou a evidência científica disponível, servindo de base para a estruturação do trabalho de campo. Complementarmente, com o trabalho de campo, foi avaliado o impacto de um programa de educação pré natal em Portugal.

Os achados deste relatório reforçam o papel crucial do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na implementação de estratégias preventivas da depressão pós parto, aplicadas na gravidez, baseadas em evidência científica, promovendo a saúde mental perinatal e a parentalidade responsável.

**Palavras-chave:** Depressão Pós-Parto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Gravidez.

## **ABSTRACT**

Postpartum depression is a disorder with a significant impact on maternal health and newborn development. This internship report was developed within the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing and focused on promoting perinatal mental health, exploring effective interventions for the prevention of this condition. Its objective is to understand the role of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health in preventing postpartum depression during pregnancy, exploring nursing interventions to promote perinatal mental health.

A Scoping Review was conducted based on the methodology of the Joanna Briggs Institute (2020), addressing the question: “What is the role of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health in preventing postpartum depression during pregnancy?”. This review mapped the available scientific evidence and served as the basis for structuring the fieldwork. Additionally, the fieldwork assessed the impact of a prenatal education program in Portugal.

The findings of this report reinforce the crucial role of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health in implementing evidence-based preventive strategies for postpartum depression during pregnancy, promoting perinatal mental health and responsible parenting.

**Keywords:** Obstetric nurse; Postpartum Depression; Pregnancy.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b> .....	12
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO .....	12
1.2 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE .....	13
1.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.....	14
<b>1.3.1 Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período preconcecional</b> .....	15
<b>1.3.2 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal</b> .....	18
<b>1.3.3 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal</b> .....	24
<b>1.3.4 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</b> .....	29
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL</b> .....	42
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM: TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS .....	44
<b>3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	46
3.1 SCOPING REVIEW .....	47
3.2 ESTUDO EXPLORATÓRIO DESCRITIVO .....	53
<b>4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES</b> .....	59
<b>5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	62
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	65

<b>APÊNDICES</b> .....	69
APÊNDICE I – Projeto de Estágio.....	70
APÊNDICE II – Plano de Sessão: Sessão de Educação para a Saúde no âmbito da Prevenção da Depressão Pós-Parto.....	124
APÊNDICE III – Folheto Informativo sobre Depressão Pós-Parto .....	127
APÊNDICE IV – Plano de Sessão: Sessão de Educação para a Saúde no âmbito dos Cuidados ao Recém-Nascido.....	130
APÊNDICE V – Sessão de Educação para a Saúde no âmbito da Prevenção da Depressão Pós-Parto.....	133
APÊNDICE VI – Poster sobre Depressão Pós-Parto .....	145
APÊNDICE VII – Apresentação de Divulgação Preliminar de Resultados: Scoping Review e Trabalho de Campo .....	147
APÊNDICE VIII – Protocolo da Scoping Review .....	160
APÊNDICE IX – Projeto de Investigação.....	204
APÊNDICE X – Tabelas Estatísticas (SPSS) .....	229
<b>ANEXOS</b> .....	268
ANEXO I – Síntese de Registo de Atividades Práticas.....	269
ANEXO II – Autorização para Utilização da Escala ERAP.....	271
ANEXO III – Autorização da Comissão de Ética da ULS para Realização do Estudo.	273

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only (Page et al., 2021) ..... 49

**ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Bases de dados e limitadores ..... 48

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório de estágio insere-se no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) e visa descrever, analisar e refletir sobre o percurso formativo realizado durante o ensino clínico, bem como os contributos alcançados para a prática especializada. Este estágio foi desenvolvido em diferentes contextos clínicos, permitindo a integração e consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) (DGS, 2019), nomeadamente nas áreas de saúde reprodutiva, gravidez, parto, puerpério e saúde do recém-nascido.

Num cenário em constante evolução, a prática do EEESMO é fundamental para garantir cuidados de saúde baseados em evidência científica, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de complicações em períodos cruciais do ciclo de vida da mulher e da família. Neste sentido, o relatório reflete também o papel do EEESMO na promoção da saúde mental perinatal, destacando-se a importância da prevenção da depressão pós-parto, tema central do projeto de investigação desenvolvido.

Assim, definiu-se como objetivo geral deste relatório descrever o percurso formativo desenvolvido durante o CMESMO; e como objetivos específicos: refletir criticamente sobre as aprendizagens e competências desenvolvidas ao longo do ensino clínico, destacando as competências conducentes ao grau de mestre e as competências específicas do EEESMO; analisar a relevância do papel do EEESMO na promoção da saúde mental perinatal, com ênfase na sua contribuição para a prevenção da depressão pós-parto, e no suporte às grávidas e famílias, de forma a promover uma parentalidade positiva; descrever o percurso de investigação realizado, com destaque para a metodologia adotada na realização da scoping review e do trabalho de campo, evidenciando como estas etapas contribuíram para o mapeamento da evidência científica e a aplicação prática de intervenções no contexto português; refletir sobre a análise e integração dos resultados obtidos, destacando o processo de interpretação crítica dos dados da scoping review e do trabalho de campo, e como estes contribuíram para aprofundar o conhecimento sobre a saúde mental perinatal e qualificar as intervenções realizadas pelo EEESMO.

Neste contexto, o relatório não se limita a refletir sobre o percurso formativo, mas integra também uma componente investigativa estruturada em duas vertentes: a realização de uma scoping review (SR) e um trabalho de campo. A SR, conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) (2020), partiu da questão de revisão: “Qual o papel do EEESMO na prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez?”, e permitiu mapear a evidência científica disponível sobre o tema. A partir dos resultados obtidos, foi desenvolvido um trabalho de campo para avaliar, no contexto português, o impacto de um programa de educação pré-natal na prevenção da depressão pós-parto, aprofundando a integração entre teoria e prática e reforçando o papel do EEESMO na promoção da saúde mental perinatal.

Este relatório teve como base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2018) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019), assim como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021). Adicionalmente, foram consideradas as orientações de organismos internacionais como a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* e a *International Confederation of Midwives*, que fornecem diretrizes de excelência para a prática na área da saúde materna e obstétrica.

O relatório foi elaborado em conformidade com as Normas de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém / Instituto Politécnico de Santarém, respeitando as diretrizes da 7.<sup>a</sup> edição da APA.

A sua concretização foi essencial e indispensável para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sendo submetido à apreciação, apresentação e discussão pública.

O ensino clínico totalizou 1000 horas, distribuídas pelos diferentes contextos práticos: comunidade (150 horas), gravidez patológica (150 horas), puerpério (150 horas), ginecologia (50 horas) e sala de partos (500 horas), conforme descrito no plano curricular.

Para a fundamentação deste trabalho, foi mobilizada uma base teórica robusta, que incluiu o referencial da prática baseada em evidência e teorias de enfermagem, como a Teoria das Transições de Afaf Meleis, essencial para compreender e promover o bem-estar emocional das grávidas e puérperas.

Assim, o relatório estrutura-se em torno da articulação entre a reflexão sobre a prática clínica, a fundamentação teórica e a metodologia, permitindo uma visão integrada

do papel do EEESMO na promoção da saúde mental perinatal. Nesse sentido, inicialmente são caracterizados os contextos clínicos onde decorreu a componente de ensino clínico, detalhando as atividades desenvolvidas em cada etapa e as competências específicas do EEESMO que foram consolidadas. A seguir, é abordado o enquadramento teórico-conceptual, com destaque para a relevância da saúde mental perinatal no contexto da prática clínica do EEESMO. Subsequentemente, é detalhada a componente metodológica, com destaque para a realização de uma scoping review e o estudo exploratório-descritivo, incluindo o tratamento e análise dos dados obtidos. A análise e discussão dos resultados são estruturadas, integrando os achados da revisão de literatura com os do trabalho de campo, destacando as implicações práticas para a saúde mental perinatal. Por fim, o relatório apresenta as considerações éticas que nortearam o desenvolvimento do estudo, as conclusões e as recomendações direcionadas à prática clínica e à investigação futura.

## **1. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

### **1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO**

O ensino clínico em contexto da comunidade: A – ESMO na Comunidade, foi desenvolvido numa unidade de cuidados na comunidade pertencente a uma ULS, a sua área de influência abrange oito freguesias, prestando cuidados de saúde de proximidade em casa e na comunidade (local de trabalho, escolas, instituições, entre outros), a indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência.

Os ensinamentos clínicos realizados em meio hospitalar, nomeadamente, os contextos: B – ESMO na Gravidez Patológica; C – ESMO no Puerpério; D – ESMO em Ginecologia; E – ESMO na Sala de Partos; foram desenvolvidos num hospital de uma ULS, que dentro da Rede de Referência Materno-Infantil surge como um hospital de nível I, cuja área de influência engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes. Estes decorreram no departamento da Área da Mulher e da Criança, integrado pela área da saúde materna e obstétrica, nomeadamente, as consultas externas de ginecologia: consulta de planeamento familiar, menopausa, infertilidade e patologia do colo, e grávidas: consulta de obstetrícia, incluindo as situações de gravidez patológica e Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG); o internamento de obstetrícia, ginecologia e puerpério, a urgência obstétrica e o bloco de partos.

A estrutura física deste hospital inclui um bloco de partos com uma zona de bloco operatório equipada com uma sala para procedimentos cirúrgicos, uma sala com duas mesas de reanimação neonatal, e salas de parto preparadas para acolher a mulher desde a sua admissão até à transferência para o internamento de puerpério. Além disso, dispõe de áreas destinadas ao acompanhamento e monitorização de grávidas, um serviço de internamento que abrange as áreas de obstetrícia, ginecologia e puerpério e um serviço de internamento neonatal. Conta ainda com uma urgência ginecológica e obstétrica e consultas externas adequadas ao acompanhamento especializado.

Os recursos materiais disponíveis garantem a prestação de cuidados especializados e incluem equipamentos adequados para monitorização e apoio ao parto, materiais para

intervenções ginecológicas e obstétricas, equipamentos específicos para os cuidados neonatais, bem como recursos destinados à educação e promoção da saúde.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, médicos da especialidade de ginecologia/obstetrícia, pediatras/neonatalogistas, anestesistas, assistentes operacionais, administrativas, psicóloga e assistente social.

## 1.2 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

Este percurso formativo eleva e aprofunda os conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo de estudos, promovendo a capacidade de aplicar tais conhecimentos de forma crítica e inovadora em contextos de alta complexidade e multidisciplinares.

De acordo com os Padrões de Qualidade estabelecidos para a Enfermagem (2012) e para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) (2021), o enfermeiro deve integrar resultados de investigação científica no processo de tomada de decisão clínica e na implementação de intervenções.

Na ESMO, a prática baseada em evidência envolve a consideração da viabilidade e da eficácia das intervenções, o contexto dos cuidados prestados, as particularidades de cada utente e o julgamento clínico do enfermeiro. A incorporação da melhor evidência na prática especializada em saúde materna e obstétrica não só promove resultados de saúde mais positivos e economicamente viáveis, como também aumenta a satisfação das utentes e dos profissionais.

O desenvolvimento de competências ao nível do mestrado, segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018) e os descritores de Dublin, abrange a capacidade de aplicar conhecimentos em situações novas e complexas, formular juízos críticos em contextos de informação limitada e comunicar conclusões de forma clara tanto a especialistas quanto a não especialistas. Essas competências permitem que o mestrando enfrente situações desafiadoras no ensino clínico, aplicando práticas baseadas em evidência e mantendo um processo contínuo de autoaprendizagem.

A formação avançada em enfermagem não se limita à técnica, englobando também a promoção de uma mentalidade investigativa e crítica, essencial para a prática clínica especializada. O percurso culmina com a apresentação de um relatório de estágio, que sintetiza o processo de aprendizagem e valida a capacidade do enfermeiro mestre de

contribuir significativamente para a melhoria dos cuidados de saúde e o avanço da profissão.

### 1.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Neste subcapítulo, é realizada uma análise crítica e reflexiva das competências específicas adquiridas no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica, com base no estágio realizado em diversos contextos de prática clínica. Será organizado por essas mesmas competências, e será tido em conta o projeto de estágio desenvolvido (Apêndice I) onde para cada objetivo de estágio foram delineadas atividades específicas, identificados os recursos necessários e definida uma calendarização para assegurar a sua concretização. A metodologia utilizada seguiu o processo de enfermagem, integrando todas as suas etapas, conforme estabelecido no Código Deontológico do Enfermeiro (2005), que, no artigo 5.º, alínea 3, define os cuidados de enfermagem como processos que: a) identificam problemas de saúde; b) recolhem e analisam dados sobre cada situação; c) formulam diagnósticos de enfermagem; d) elaboram e executam planos de cuidados; e) realizam os cuidados de forma adequada e correta; f) avaliam e reformulam as intervenções conforme necessário (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005, pp. 383-384).

O ensino clínico foi estruturado por áreas de intervenção permitindo o aprofundamento das competências EEESMO em contextos variados e complementares, pela seguinte ordem cronológica: ESMO em Ginecologia, desenvolvido em contexto hospitalar; ESMO na Gravidez Patológica – desenvolvido em contexto hospitalar; ESMO na Comunidade – desenvolvido em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Familiar (USF); ESMO no Puerpério – desenvolvido em contexto hospitalar num serviço de internamento que para além de puérperas abrange também grávidas com complicações que necessitam de monitorização e cuidados especializados durante a gestação, também inclui utentes com condições ginecológicas que requerem internamento, especialmente em casos que envolvem intervenções cirúrgicas; ESMO no Bloco de Partos – desenvolvido num bloco de partos.

Cada uma destas áreas contribuiu para o desenvolvimento de competências práticas e consolidação de competências teóricas essenciais à prática do EEESMO. A prática demonstrou a importância de uma abordagem empática e comunicativa, fundamental para responder às necessidades individuais das utentes e das suas famílias, promovendo um cuidado de saúde centrado na pessoa.

Para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é necessário cumprir um conjunto de experiências clínicas mínimas, conforme estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros no "Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica" (Ordem dos enfermeiros, 2018). Estas exigências visam garantir a aquisição de competências práticas essenciais para uma prática autónoma e segura na área da saúde materna e obstétrica. O documento síntese de registo destas experiências será incluído como anexo (anexo I) no presente relatório, permitindo a verificação detalhada das atividades realizadas durante o estágio e comprovando o cumprimento dos critérios estabelecidos para a especialidade.

Durante o estágio, a interação com os enfermeiros orientadores e a avaliação contínua por EEESMO desempenharam um papel crucial no meu desenvolvimento enquanto futura EEESMO. As discussões e partilhas realizadas durante as supervisões permitiram refletir criticamente sobre a prática, identificar áreas de melhoria e consolidar conhecimentos. Além disso, a integração nos diferentes serviços, a gestão de cuidados, a qualidade e a formação contínua, destacaram-se como pilares essenciais para assegurar uma prática especializada e segura. Estes aspetos foram determinantes para a aquisição das competências específicas, permitindo-me integrar uma abordagem holística e coordenada na prestação de cuidados.

### **1.3.1 Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período preconcepcional**

No âmbito do estágio "ESMO em Ginecologia", desenvolvi atividades no contexto de consulta externa, colaborando ativamente em consultas de ginecologia, menopausa e patologia do colo. Nas consultas de ginecologia e patologia do colo, acompanhei, na sua maioria, consultas focadas em patologias ginecológicas permitindo-me participar em atividades de rastreio e diagnóstico, onde expliquei os procedimentos de rastreio e eduquei as utentes sobre a importância da deteção precoce de doenças do aparelho reprodutor, ajudando-as a compreender o propósito dos exames e a seguir as orientações de saúde. Participei e colaborei na realização de colposcopias, colpocitologias, biópsias, polipectomias, e na colocação de sistemas intrauterinos. Em casos de diagnósticos complexos, prestei apoio emocional às utentes, ajudando-as a compreender o impacto da condição clínica na sua saúde e esclarecendo as suas dúvidas.

O contacto com uma variedade de condições ginecológicas e procedimentos técnicos aprofundou o meu conhecimento clínico e instrumental, enquanto desenvolvi habilidades para comunicar com empatia e clareza acerca do seu processo de saúde/doença.

No que concerne às consultas de menopausa tanto neste estágio como no estágio desenvolvido na USF acompanhei mulheres a vivenciar o climatério, um período de transição marcado por alterações físicas e emocionais. Nestas consultas, forneci informação sobre as mudanças hormonais e os sintomas associados, além de promover estratégias para a manutenção do bem-estar físico e mental durante esta fase, promovendo uma adaptação mais positiva e informada. Realizei intervenções educativas que incluíam recomendações sobre hábitos saudáveis, como alimentação, exercício e sono. Orientei as mulheres sobre os recursos disponíveis na comunidade, como grupos de apoio e serviços de saúde mental, incentivando decisões informadas. Esta experiência foi fundamental para desenvolver a capacidade de prestar cuidados sensíveis às alterações físicas e emocionais do climatério, promovendo uma abordagem de suporte emocional e orientação prática para melhorar a qualidade de vida durante esta transição. Recordando exemplos práticos, tive uma utente a enfrentar problemas conjugais que se agravaram aquando da vivência deste período o que me fez estar mais alerta e refletir sobre a minha prática e o quão importante é a capacitação do EEESMO para prestar este apoio de suporte emocional e no âmbito da saúde mental destas utentes.

No estágio “ESMO na Comunidade”, tal como explicado anteriormente, foi possível realizar algumas atividades no âmbito da USF permitindo-me ter a experiência de colaborar em consultas de planeamento familiar que tinham como objetivo principal a educação sobre sexualidade, reprodução, contraceção e cuidados preconcepcionais. Nestas consultas procurei identificar as necessidades de cada utente por forma a intervir individualmente. Para além das intervenções realizadas na especificidade da vivência do climatério, nestas consultas prestei aconselhamento detalhado sobre métodos contraceptivos, abordando as vantagens e limitações de cada método para uma escolha informada e consequentemente educando as utentes sobre o uso correto do método selecionado. Tive também a oportunidade de colaborar na colocação de implantes.

Adicionalmente, executei atividades de rastreio do cancro do colo do útero e mama, incluindo a realização de citologias e a educação sobre a importância dos exames preventivos. Na realização destas atividades, verifiquei que a maioria das utentes não realizava os rastreios com a periodicidade necessária, principalmente o autoexame da

mama e que a sua maioria nem tinha o conhecimento necessário para o realizar. Ao capacitar estas mulheres e torná-las mais conscientes e responsáveis sobre a sua saúde fiz-me perceber a relevância e o impacto da educação em saúde realizada pelo EEESMO. Através destas intervenções, contribuímos para uma maior adesão aos rastreios e para a criação de uma cultura de prevenção, onde as mulheres se sentem empoderadas e informadas para cuidarem da sua saúde de forma contínua e autónoma. Esta experiência reforçou a importância de integrar a educação preventiva nas práticas de enfermagem, valorizando o papel do EEESMO não apenas na assistência direta, mas também como agente transformador na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Durante as consultas, também orientei as utentes sobre cuidados e prevenção em saúde ginecológica, fornecendo informações sobre higiene íntima e práticas seguras.

No que diz respeito às consultas preconcepcionais, de acordo com o Manual de Boas Práticas de Planeamento Familiar (2022), estas são fundamentais para a promoção da saúde reprodutiva e para preparar uma gravidez segura e saudável. O objetivo principal destas consultas é avaliar e otimizar a saúde da mulher e do casal antes da conceção, identificando e intervindo em fatores que possam impactar a futura gravidez e o bem-estar do feto. Estas atividades incluem ações de promoção da saúde e de cuidados antecipatórios, visando reduzir riscos biológicos associados à gravidez e capacitar o casal para uma parentalidade consciente.

No estágio “ESMO na Comunidade”, tive a oportunidade de realizar este acompanhamento junto das utentes que consultei na USF, envolvendo a avaliação da saúde geral e antecedentes, onde foram considerados os antecedentes pessoais e familiares, incluindo doenças crónicas como diabetes, hipertensão e doenças genéticas, assim como a história ginecológica e obstétrica da mulher, considerando gestações anteriores, abortos e possíveis complicações.

Realizei também a avaliação de hábitos de vida que influenciam a saúde reprodutiva, como tabagismo, consumo de álcool, uso de medicamentos e alimentação. Na vertente da educação para a saúde, promovi hábitos de vida saudáveis, incentivando a adoção de uma dieta equilibrada e a prática regular de exercício físico, e informei sobre a importância de suplementos como o ácido fólico, essencial para prevenir malformações fetais. Alertei também sobre a importância da realização de exames laboratoriais e físicos para identificar condições que possam afetar a fertilidade ou a gravidez, e identificar e gerir fatores de risco. Para além disso, também aconselhei sobre a importância da

vacinação, nomeadamente sobre as vacinas contra a rubéola e o tétano e difteria, para prevenir infeções que possam prejudicar a gestação.

No planeamento e preparação para a gravidez, ofereci esclarecimento sobre o ciclo menstrual e o período fértil, com o intuito de aumentar as probabilidades de uma conceção planeada, e discuti métodos contraceptivos caso a gravidez não fosse desejada de imediato, permitindo um planeamento mais consciente e seguro.

Verifiquei que na maioria das situações o parceiro não estava presente na consulta o que me fez perceber que seria importante procurar envolvê-lo mais incentivando a sua participação em consultas futuras, quando este esteve presente procurei incluí-lo na minha intervenção e explicar o quão importante é o envolvimento do casal, uma vez que as consultas preconcepcionais promovem a autonomia e o empoderamento da mulher e do casal no processo reprodutivo, permitindo-lhes tomar decisões informadas e seguras, fundamentais para a redução de complicações na gravidez e para a promoção de um desenvolvimento saudável do feto, assegurando uma base de saúde sólida. O EEESMO desempenha um papel crucial nestas consultas, ao oferecer orientações específicas e personalizadas, adaptadas às necessidades de cada utente. Com uma abordagem baseada na evidência, o EEESMO apoia na identificação de fatores de risco, na educação para a saúde e no acompanhamento contínuo, promovendo uma vivência positiva e informada do período preconcepcional.

Em suma, a experiência adquirida nos contextos de cuidados de saúde primários e ginecológicos proporcionou-me diversas experiências no âmbito do planeamento familiar, saúde preconcepcional e acompanhamento de condições ginecológicas. As atividades desenvolvidas permitiram-me aprofundar a abordagem holística e personalizada, essencial para o cuidado em enfermagem especializada. Ao lidar com uma variedade de condições e contextos adquiri a capacidade de comunicar eficazmente com as utentes, promovendo um ambiente de apoio e confiança o que se revelou essencial para prestar um cuidado centrado nas necessidades da mulher, orientando-a para uma vida sexual e reprodutiva saudável e promovendo a tomada de decisão informada.

### **1.3.2 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**

O estágio “ESMO na Gravidez Patológica” foi desenvolvido em contexto hospitalar, onde tive o meu primeiro contacto com a realização de consultas a grávidas, em todos os trimestres de gravidez e acompanhando, em especial, consultas de grávidas de alto

risco. A gravidez de alto risco pode ser definida, segundo o “Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco” (DGS, 2015), como uma gestação em que se identificam fatores que aumentam a probabilidade de complicações para a saúde da mãe e/ou do feto, exigindo, por isso, uma vigilância e acompanhamento mais rigorosos. Para além das consultas a grávidas de alto risco, tive também a oportunidade de acompanhar grávidas de baixo risco na fase final da gestação, seguindo o preconizado no “Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco” (DGS, 2015), que prevê que todas as grávidas, entre as 36 e as 40 semanas, devem ter acesso a uma consulta no hospital onde se prevê que venha a ocorrer o parto.

Ao longo das consultas, realizei uma avaliação detalhada da saúde física e emocional da grávida, para identificar precocemente qualquer alteração relevante. Realizei uma avaliação contínua do desenvolvimento fetal verificando, quando necessário, exames complementares como análises laboratoriais e ecografias, em articulação com outros profissionais de saúde. Deste modo, este estágio possibilitou-me uma abordagem abrangente ao acompanhamento de grávidas, proporcionando o desenvolvimento de competências fundamentais na avaliação física tanto de grávidas de baixo como de alto risco, incluindo a monitorização da altura de fundo uterino, a realização das Manobras de Leopold para avaliar a posição fetal, a auscultação dos batimentos cardíacos fetais e a monitorização cardiotocográfica. Neste sentido, considero que este contacto inicial com a realização de consultas permitiu-me consolidar competências essenciais na monitorização do bem-estar materno e fetal, fornecendo-me uma base sólida para uma prática cuidadosa e eficaz. Destaco, em particular, o primeiro contacto com a monitorização através de cardiotocografia (CTG), que se revelou fundamental para assimilar princípios básicos de avaliação do bem-estar fetal. A prática com os CTG foi essencial para desenvolver competências na interpretação de traçados, compreender as respostas fetais e maternas e detetar sinais que requerem atenção especial, proporcionando-me uma base sólida para o acompanhamento e vigilância de grávidas. Esta experiência técnica foi especialmente útil para a preparação do estágio que viria a desenvolver mais tarde no bloco de partos, aumentando a minha capacidade de identificar precocemente alterações no bem-estar fetal e de agir com confiança, promovendo um cuidado seguro e eficaz.

Na especificidade do acompanhamento de grávidas de alto risco, ajustei as intervenções de acordo com as necessidades específicas de cada caso, integrando o seguimento clínico das condições associadas e um acompanhamento emocional mais intensivo. Observei que algumas patologias foram mais frequentes neste grupo,

nomeadamente: condições médicas pré-existentes como diabetes e hipertensão crónica; complicações obstétricas anteriores como perdas gestacionais recorrentes e pré-eclâmpsia; e condições relacionadas com a gravidez atual como a idade materna, diabetes gestacional, hipertensão gestacional e gravidez múltipla. Acompanhei as grávidas na adesão ao plano terapêutico prescrito, monitorizando o cumprimento do tratamento e ajustando as orientações conforme as necessidades individuais. Na vertente educativa, procurei que as utentes compreendessem a sua patologia, incluindo sinais e sintomas, sinais de alerta e possíveis complicações. Esclareci dúvidas existentes e forneci informações sobre cuidados a adotar, com recomendações práticas, promovendo a importância de um estilo de vida saudável e a gestão de fatores de risco, capacitando a grávida para o autocuidado.

Adicionalmente, procurei garantir um ambiente de tranquilidade e um acompanhamento verdadeiramente personalizado, oferecendo suporte emocional e apoio psicológico tanto à grávida como ao casal. Com o objetivo de envolver os conviventes significativos e promover a sua participação ativa, incluí-os sempre nas consultas e nas intervenções, reconhecendo a importância do apoio mútuo durante uma gravidez de alto risco. Neste contexto, auxiliei a grávida na gestão da ansiedade e das preocupações que surgem com os riscos associados, e facilitei o acesso a recursos psicológicos e sociais, como o acompanhamento pela psicóloga ou assistente social, adaptando o plano de cuidados às necessidades emocionais de cada mulher, para que se sentisse segura e compreendida ao longo do processo.

Para além das atividades desenvolvidas, acompanhei e realizei consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), sempre com o consentimento dos profissionais responsáveis e das utentes, e garantindo o sigilo profissional, procurando proporcionar um ambiente de acolhimento e segurança. Procurei ter uma abordagem personalizada, oferecendo suporte emocional e psicológico, adaptado às necessidades individuais de cada mulher, de modo a ajudar a gerir as emoções e preocupações associadas. Com base nas competências específicas para esta situação, informei as mulheres sobre o protocolo e as disposições legais inerentes ao processo, sinais de alerta e orientações sobre os cuidados necessários, promovendo um acompanhamento adequado e empático. A educação para a saúde desempenhou um papel central nestas consultas, permitindo que as utentes recebessem informações fundamentais para o autocuidado e para o planeamento familiar. No contexto do planeamento familiar, o EEESMO assume um papel essencial na identificação e orientação sobre métodos contraceptivos eficazes e adequados ao estilo de vida e às preferências de cada mulher, promovendo escolhas informadas e seguras.

Colaborei ativamente com a equipa multiprofissional, assegurando um acompanhamento completo e adaptado às mulheres em situações de IVG e, nos casos mais delicados, referenciei para apoio psicológico quando aplicável, facilitando o acesso a recursos de suporte. A participação nestas consultas permitiu-me compreender a importância de garantir um ambiente tranquilo e respeitador e contribuiu significativamente para a minha prática e sensibilidade enquanto futuro EEESMO, promovendo uma visão integrada e cuidadosa da saúde da mulher em todas as fases e desafios da sua vida reprodutiva.

Além disso, como este estágio foi desenvolvido exclusivamente em contexto de consulta externa, procurei, durante o estágio “ESMO no Puerpério”, sempre que surgia a oportunidade, prestar cuidados a grávidas internadas. Este serviço de internamento, tal como explicado anteriormente, admite também grávidas com complicações que necessitam de monitorização e cuidados especializados durante a gestação. Sempre que surgia esta oportunidade, aproveitei para acompanhar e prestar cuidados a essas grávidas. Esta experiência foi extremamente importante para a minha aprendizagem enquanto futuro EEESMO, permitindo-me integrar competências clínicas e técnicas em ambiente hospitalar, reforçando a minha capacidade de adaptação às necessidades específicas de cada grávida e enriquecendo a minha compreensão do ciclo completo de cuidados de saúde materna e obstétrica.

Durante este estágio, apliquei a teoria das transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010) como base orientadora para as minhas intervenções, reconhecendo que a gravidez, especialmente em contextos de alto risco, constitui uma transição crítica na vida da mulher e da família. Segundo Meleis (2010), o cuidado deve estar centrado na facilitação de uma transição saudável, considerando tanto os aspetos físicos quanto emocionais. Neste sentido, as minhas atividades foram estruturadas para apoiar as grávidas na adaptação às mudanças impostas pela gestação, promovendo o seu bem-estar integral.

Reconhecendo que as transições são influenciadas pela rede de suporte social, enfatizei a inclusão de familiares e acompanhantes significativos no acompanhamento das grávidas. A interação com estas redes de apoio revelou-se essencial para reforçar o papel dos familiares enquanto agentes de suporte, promovendo uma transição mais equilibrada e menos sobrecarregada para a grávida. Este envolvimento teve como objetivo criar um ambiente de suporte emocional que fortalecesse a confiança das grávidas nas suas capacidades para enfrentar os desafios desta fase, contribuindo para o alcance de um estado de bem-estar integral, conforme preconizado por Meleis (2010).

Neste contexto, e considerando a relevância do bem-estar emocional das grávidas de alto risco, desenvolvi atividades específicas para a sensibilização e prevenção da depressão pós-parto. Realizei uma sessão de educação para a saúde sobre esta temática (Apêndice II), alertando para a importância de reconhecer os sinais de alerta e as estratégias de prevenção. Estas grávidas apresentam maior vulnerabilidade emocional e psicológica, devido a fatores de risco adicionais que podem aumentar a probabilidade de sintomas depressivos no pós-parto. Para complementar esta abordagem, elaborei um folheto informativo sobre depressão pós-parto (Apêndice III), entregue à enfermeira responsável para validação, com o objetivo de disponibilizar um recurso de apoio e informação às utentes.

Tive também a oportunidade de assistir ao programa de preparação para o nascimento e parentalidade pelo método GentleBirth. O GentleBirth, ministrado por um EEESMO com formação específica, oferece uma abordagem prática e estruturada que apoia as mulheres e os casais na gestão emocional e mental da gravidez, parto e pós-parto. Esta experiência foi fundamental para a minha aprendizagem e uma mais-valia para a minha prática mas também foi importante para avaliar a adequação do curso no contexto do meu estudo, uma vez que utilizei como participantes do meu trabalho de campo as grávidas que assistiram a este programa. A observação direta do curso permitiu-me compreender melhor a metodologia e as dinâmicas propostas, ajudando-me a confirmar a sua relevância e adequação enquanto intervenção no meu trabalho de campo.

As sessões de educação para a saúde, incluindo a abordagem à depressão pós-parto e o envolvimento com o método GentleBirth, foram concebidas para capacitar as mulheres a gerir de forma proativa os desafios emocionais e físicos da transição para a maternidade. Estas intervenções proporcionaram não só o desenvolvimento de competências específicas, mas também a oportunidade de consolidar a prática de cuidados centrados na mulher, conforme preconizado por Meleis (2010), promovendo uma transição saudável e bem-sucedida.

Adicionalmente, frequentei uma formação do ciclo “Parir em movimento” de Núria Vives, no módulo “A Tríade da Fase do Parto: Posição, Respiração e Périneo”, que foi ministrada no serviço no período deste estágio, que explora a relação entre estas três dimensões fundamentais durante o parto. Esta formação foi particularmente enriquecedora e relevante para a minha prática futura, permitindo-me compreender como a posição, a respiração e a atenção ao périneo influenciam o bem-estar e a experiência de parto,

conhecimentos essenciais para apoiar as mulheres em trabalho de parto de forma mais completa e informada.

Quanto ao estágio “ESMO na Comunidade”, também este contribuiu para a aquisição desta competência. Nas atividades desenvolvidas na USF, tive a oportunidade de acompanhar e realizar consultas a grávidas de baixo risco, o que me permitiu aprimorar e consolidar as aprendizagens adquiridas no estágio “ESMO na gravidez patológica”. Neste contexto, observei que o acompanhamento da grávida por uma pessoa significativa era mais frequente, não se limitando ao pai da criança, mas incluindo muitas vezes outros membros da família, como avós ou amigos próximos. Esta diversidade de acompanhantes trouxe uma nova perspetiva à intervenção, pois permitiu-me explorar a importância da rede de apoio da grávida e sensibilizar para a função e o impacto positivo desta rede no bem-estar materno. Adicionalmente, intervi sobre a gestão de expectativas destes acompanhantes, abordando a forma como podem apoiar de forma equilibrada e útil a futura mãe durante a gravidez e no período pós-parto. Este trabalho revelou-se também essencial no âmbito da prevenção da depressão pós-parto, ajudando a grávida a sentir-se apoiada e a dispor de uma rede de suporte emocional que contribui para a sua estabilidade emocional. Esta experiência reforçou a importância do papel do EEESMO na promoção de uma rede de apoio sólida e bem estruturada, fundamental para uma vivência saudável e acompanhada da gravidez e do período pós-natal.

Em contexto de UCC, participei e colaborei no programa de preparação para o parto e parentalidade, que incluía uma componente prática e teórica em sessões educativas, abordando temas como o trabalho de parto e o processo de nascimento, técnicas de alívio da dor, amamentação, cuidados básicos e específicos com o recém-nascido, recuperação pós-parto, puerpério, sexualidade e planeamento familiar. A componente prática do curso, que era realizada de forma presencial, foi uma oportunidade importante para colaborar no esclarecimento de dúvidas em tempo real, permitindo uma interação próxima com as participantes e promovendo uma aprendizagem mais ativa.

De forma mais autónoma, realizei a sessão sobre cuidados ao recém-nascido adaptando os conteúdos já existentes no curso, cujo plano de sessão se encontra em apêndice (Apêndice IV), onde explorei tópicos como as competências do recém-nascido, os cuidados de higiene, eliminação e muda da fralda, medidas de alívio de cólicas, sono, segurança infantil e prevenção de acidentes, suporte básico de vida ao recém-nascido e desobstrução da via aérea, no final da sessão para além do treino em suporte básico de vida e desobstrução da via aérea, inclui uma componente prática dos cuidados lecionados

permitindo o esclarecimento de dúvidas. Além disso, conduzi uma sessão centrada na prevenção da depressão pós-parto (Apêndice V), a minha temática de investigação, que contou com a participação não só das grávidas do curso, como também de várias utentes que já estavam a vivenciar o pós-parto e os acompanhantes das utentes de ambos os grupos. Esta sessão promoveu uma rica partilha de experiências entre grávidas, recém-mães e familiares, permitindo que se abordassem as alterações emocionais intensas que muitas atravessaram no pós-parto.

Este estágio, realizado na especificidade deste contexto, reforçou a minha capacidade de comunicação em contexto comunitário e a importância de promover um conhecimento prático e acessível sobre o parto e o pós-parto, valorizando o envolvimento dos familiares como parte fundamental do apoio e adaptação das mães nesta fase.

Em suma, considero que as atividades desenvolvidas tanto no estágio “ESMO na gravidez patológica” como “ESMO na comunidade” proporcionaram-me uma ampla visão das necessidades das grávidas em situações de baixo e de alto risco, permitindo-me desenvolver e adquirir uma base sólida de acompanhamento e vigilância da gravidez. A experiência nas consultas de gravidez patológica e no internamento ajudou-me a lidar com situações de pressão, desenvolvendo a capacidade de resposta rápida e eficaz e de agir com confiança e segurança, bem como, uma comunicação empática, essenciais para o suporte emocional da grávida. O trabalho em USF e UCC reforçou a importância de uma abordagem preventiva e educativa, com foco na capacitação das grávidas e dos familiares, preparando-os para o processo de parto e parentalidade. Esta abordagem completa e integrada permitiu-me desenvolver uma prática segura e eficiente, contribuindo para uma experiência pré-natal mais informada, saudável e positiva.

### **1.3.3 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

O estágio “ESMO no Puerpério” foi a experiência que me proporcionou o maior contacto com puérperas e recém-nascidos, sendo, por isso, o que mais contribuiu para a aquisição da competência de cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

No internamento de puerpério, prestei cuidados ao recém-nascido, realizando avaliações físicas regulares para monitorizar o seu desenvolvimento e assegurar a sua adaptação à vida extrauterina. Estas avaliações incluíram a observação da pele, verificação

dos reflexos, controlo de peso e monitorização de sinais vitais, como temperatura e frequência respiratória, permitindo-me identificar precocemente possíveis complicações.

Realizei o rastreio das cardiopatias congénitas críticas através da oximetria de pulso, um procedimento essencial para identificar alterações cardíacas graves no recém-nascido. Expliquei e orientei as mães para a realização do rastreio auditivo neonatal que é realizado no hospital durante o internamento ou quando não é possível são convocados à posteriori, e expliquei ainda e orientei para a realização do teste de Guthrie, destacando a sua importância para a deteção precoce de doenças metabólicas, genéticas e endócrinas, promovendo uma vigilância contínua da saúde do bebé. Adicionalmente, colaborei na administração da 1ª dose da vacina contra a hepatite B, realizada à nascença, sensibilizando os pais para a sua importância na proteção contra esta infeção viral e no fortalecimento do sistema imunitário do recém-nascido. Também abordei o calendário vacinal, garantindo que os pais estavam informados sobre as vacinas seguintes e a sua relevância para a saúde do bebé.

Relativamente à capacitação dos pais promovi informação, ensinei, complementando com demonstrações, e supervisionei cuidados básicos com o recém-nascido, como a higiene, a troca de fraldas, o sono seguro e o reconhecimento de sinais de alerta. Sempre que possível, procurei incluir o pai e outros familiares nos cuidados ao bebé, valorizando o seu papel no estabelecimento do vínculo e na criação de uma rede de apoio funcional. Esta abordagem favoreceu a confiança dos pais nas suas competências e promoveu um cuidado mais integrado e partilhado.

No apoio à amamentação, realizei várias intervenções, ajudando as mães a adotar posições confortáveis e a melhorar a técnica de pega do recém-nascido, essencial para prevenir complicações como fissuras nos mamilos ou ingurgitamento mamário. Paralelamente, ensinei as mães sobre os cuidados necessários com as mamas e mamilos, como a higienização adequada e a hidratação para prevenir irritações e promover o conforto durante a amamentação. Abordei ainda a frequência das mamadas, a duração ideal de cada uma e sinais de que o bebé está a mamar adequadamente, enfatizando a importância do aleitamento materno exclusivo para fortalecer o vínculo mãe-bebé e promover uma saúde neonatal robusta. Para os bebés que não foram amamentados, orientei os pais sobre a preparação correta do biberão, incluindo a escolha da fórmula, os cuidados de higienização do material e a importância de seguir as instruções de reconstituição para garantir a segurança alimentar do bebé. Também ensinei técnicas de alimentação promovendo uma experiência positiva para ambos. Além disso, assegurei que as mães

estavam informadas sobre recursos comunitários de apoio, garantindo suporte contínuo após a alta hospitalar.

Relativamente à mãe, foquei-me na avaliação dos parâmetros puerperais, identificando sinais de desvio à normalidade, como infeções ou problemas relacionados com o períneo, e forneci orientações para aliviar desconfortos no pós-parto. Realizei intervenções sobre educação para a saúde, abordando temas como o autocuidado, gestão de desconfortos, sexualidade e planeamento familiar no pós-parto. Na vertente emocional, promovi a saúde mental da mãe, criando um ambiente de escuta ativa para que pudesse expressar dúvidas e preocupações. Relacionei esta componente com a prevenção da depressão pós-parto, a minha temática de investigação, abordando sinais de alerta emocionais e a importância de recorrer a recursos de suporte disponíveis, como serviços de saúde mental, grupos de apoio e programas comunitários. Esta abordagem permitiu-me intervir precocemente nos casos em que identifiquei sinais de alterações emocionais, referenciando para apoio psicológico quando necessário, e fortalecendo o envolvimento da rede de apoio da puérpera.

Adicionalmente, elaborei um *poster* informativo sobre a prevenção da depressão pós-parto (Apêndice VI), que será afixado no serviço após aprovação, com o objetivo de sensibilizar puérperas e familiares para a importância do acompanhamento emocional e da identificação precoce de alterações psicológicas no pós-parto. A integração da família nos cuidados, particularmente do pai, foi igualmente uma prioridade neste estágio. Ao envolvê-los nas orientações e nos cuidados ao recém-nascido e à mãe, promovi uma dinâmica familiar equilibrada e uma rede de suporte funcional, reforçando a adaptação à nova fase da parentalidade.

No âmbito do estágio “ESMO na Comunidade”, embora o contacto com puérperas e recém-nascidos tenha sido limitado, tive a oportunidade de realizar uma visita domiciliária, que foi uma experiência significativa. Durante a visita, procurei identificar as necessidades daquela família neste momento, permitindo-me prestar cuidados individuais. Realizei a avaliação física do recém-nascido, e orientei a mãe sobre cuidados básicos, como a higiene, a troca de fraldas e o reconhecimento de sinais de alerta. Abordei também questões relacionadas com a amamentação, auxiliando na técnica de pega e cuidados com os mamilos que no momento eram o foco de maior dúvida por parte da mãe. Para complementar, expliquei a importância da realização do rastreio neonatal, realizando o Teste de Guthrie, vulgarmente conhecido como teste do pezinho, garantindo que os pais

compreendiam a sua importância, o seu objetivo e as orientações para a realização do mesmo.

Além dos cuidados ao recém-nascido, dediquei-me também à avaliação da mãe, verificando os parâmetros puerperais e fornecendo orientações para aliviar desconfortos, também observei a ferida cirúrgica da cesariana que não estava com boa evolução cicatricial e que nesta situação em específico necessitava de foco de atenção de enfermagem devido ao risco de infeção, ensinei os cuidados à ferida e numa perspetiva de continuidade de cuidados ficou marcado um novo contacto de enfermagem para mantermos uma vigilância segura. Promovi também o autocuidado, abordando temas como a higiene pessoal e o descanso adequado, reforçando a importância de uma recuperação física e emocional saudável.

Durante a visita, avalei ainda as condições de segurança do espaço onde o recém-nascido era cuidado e onde a família vivia, verificando aspetos como a temperatura ambiente, a organização do local de descanso do bebé, e a presença de fatores de risco, como objetos soltos ou superfícies inseguras. Sensibilizei os pais para práticas de sono seguro, como o posicionamento correto do bebé e a escolha de um berço adequado, e abordei medidas preventivas contra acidentes domésticos.

Foi igualmente importante o acompanhamento do pai, valorizando o seu papel na criação de uma rede de apoio sólida, promovi a partilha de tarefas no cuidado ao bebé e à mãe, destacando a importância da participação ativa do pai na dinâmica familiar e no suporte emocional à puérpera. Esta abordagem permitiu reforçar o envolvimento da família e garantir uma vivência mais equilibrada e apoiada no período pós-parto.

Esta experiência destacou a importância da visita domiciliária como uma extensão dos cuidados hospitalares, promovendo a continuidade do acompanhamento, fortalecendo o vínculo entre os profissionais de saúde e as famílias e garantindo um ambiente seguro e saudável para o recém-nascido e a mãe.

Ainda no contexto das atividades desenvolvidas em USF, embora não tenha tido a oportunidade de realizar consultas de revisão pós-parto, procurei enriquecer a minha experiência acompanhando algumas consultas de saúde infantil na faixa etária do recém-nascido. Pretendo destacar neste relatório uma dessas consultas, onde acompanhei uma mãe que apresentava sinais evidentes de ansiedade em relação aos cuidados ao bebé e que estava acompanhada pela própria mãe, avó do recém-nascido. Identifiquei a necessidade de intervir no âmbito da saúde mental, criando um ambiente de escuta ativa para que a mãe pudesse expressar as suas dúvidas, receios e preocupações sobre o novo papel de

parentalidade. Esclareci as dúvidas da mãe, reforçando a sua capacidade e competências enquanto mãe, de modo a reduzir a insegurança e promover a sua autoconfiança.

Reconhecendo também a dinâmica familiar, envolvi a avó na conversa, destacando a importância do seu papel enquanto suporte emocional e prático, mas sensibilizando para a necessidade de respeitar o espaço da mãe e permitir que esta desenvolva autonomia nos cuidados ao bebé. Orientei ambas sobre a importância de criar uma rede de apoio positiva e equilibrada, evitando sobrecargas ou conflitos. Além disso, referenciei recursos disponíveis para apoio psicológico, caso a ansiedade da mãe persistisse ou interferisse no seu bem-estar. Esta experiência permitiu-me compreender melhor as dinâmicas familiares e a importância de intervenções precoces na saúde mental no período pós-parto, promovendo um ambiente mais saudável para a mãe, o bebé e a família

Adicionalmente, em contexto de UCC, aproveitei a experiência deste estágio para reforçar a importância do suporte emocional às recém-mães, envolvendo-as na sessão que desenvolvi sobre a prevenção da depressão pós-parto. Esta iniciativa contou também com a participação da mãe referida anteriormente, a quem recomendei a frequência desta sessão como complemento ao acompanhamento prestado. Durante a sessão, foi criado um espaço de partilha entre mulheres que estavam a vivenciar a transição para a parentalidade, permitindo a troca de experiências, sentimentos e estratégias para enfrentar os desafios emocionais do pós-parto. Esta dinâmica revelou-se extremamente enriquecedora, não apenas pela oportunidade de abordar as mudanças emocionais e os desafios intensos desta fase, mas também por fortalecer o suporte emocional e as redes de apoio das participantes, promovendo um ambiente de compreensão mútua e encorajamento.

Este estágio foi uma experiência profundamente enriquecedora que me permitiu consolidar competências técnicas, emocionais e educativas, essenciais para a prática enquanto futuro EEESMO. Tive a oportunidade de prestar cuidados holísticos no período pós-natal, abrangendo tanto o recém-nascido quanto a mãe e a família, reconhecendo a importância do meu papel na promoção da saúde materno-infantil e no fortalecimento das redes de apoio. O contacto direto com puérperas e recém-nascidos, aliado à orientação sobre amamentação, autocuidados e saúde emocional, reforçou a minha capacidade de intervir em áreas críticas, promovendo uma adaptação positiva e equilibrada ao puerpério. Este estágio destacou também a relevância do suporte emocional e da prevenção de complicações psicológicas no pós-parto, um aspeto fundamental na minha temática de investigação, e proporcionou um aprofundamento das dinâmicas familiares, especialmente na integração do pai e de outros membros no cuidado à mãe e ao bebé. Adicionalmente, a

experiência sublinhou a importância do trabalho interdisciplinar e da continuidade dos cuidados, preparando-me para lidar com situações mais complexas de forma colaborativa e eficaz. Este percurso formativo contribuiu significativamente para a minha prática futura, ajudando-me a desenvolver uma visão integradora, empática e orientada para a melhoria contínua da saúde materna e neonatal.

#### **1.3.4 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto**

O estágio “ESMO na Sala de Partos” foi a última área desenvolvida neste estágio, com maior carga horária, representou o culminar das aprendizagens realizadas ao longo da formação, proporcionando um contexto de prática onde pude consolidar competências previamente adquiridas e desenvolver outras, num ambiente exigente e desafiante. Este estágio foi marcado por uma intensidade emocional e técnica que me preparou para atuar em situações complexas e decisivas, reforçando o meu compromisso com a prestação de cuidados holísticos e humanizados às mulheres, aos recém-nascidos e às suas famílias. Apesar de ter desenvolvido a maioria das atividades no bloco de partos, também acompanhei o trabalho na urgência ginecológica e obstétrica, o que me permitiu adquirir uma visão abrangente e integrada do percurso da mulher no período perinatal.

Na urgência ginecológica e obstétrica, tive a oportunidade de lidar com uma ampla variedade de situações clínicas, que exigiram não apenas competências técnicas avançadas, mas também uma capacidade de resposta rápida e ajustada às necessidades específicas de cada mulher. Este contexto foi marcado pela sua imprevisibilidade e intensidade, proporcionando-me um ambiente desafiador e enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Na urgência ginecológica e obstétrica, tive contacto com um leque diversificado de situações clínicas que exigiram uma resposta técnica rápida e uma abordagem humanizada. A assistência prestada abrangeu, maioritariamente, parturientes em diferentes períodos do trabalho de parto e grávidas com complicações como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas e hemorragias obstétricas. Além disso, acompanhei utentes com condições ginecológicas agudas, como infeções pélvicas e dores abdominais de causa indeterminada, o que enriqueceu significativamente a minha experiência clínica.

Neste contexto, concentrei-me na avaliação inicial rigorosa do estado materno e fetal, através de intervenções autónomas, como a monitorização de sinais vitais e frequência cardíaca fetal, a realização de cervicometria quando a situação assim o

justificava e a avaliação de sinais e sintomas apresentados. Estas práticas permitiram-me identificar desvios à normalidade e atuar em conformidade com os protocolos, colaborando com a equipa multidisciplinar para garantir decisões fundamentadas e intervenções oportunas. A gestão de situações mais complexas, como hemorragias obstétricas e pré-eclâmpsia, destacou a importância da minha atuação enquanto EEESMO, quer no âmbito da estabilização clínica, quer no apoio emocional às mulheres e às suas famílias. Em casos de perda gestacional, por exemplo, a escuta ativa e a empatia foram ferramentas essenciais para criar um espaço de conforto emocional e encaminhar as utentes para recursos de suporte adequados, promovendo uma continuidade de cuidados centrada no bem-estar global da mulher.

A experiência na urgência fez-me refletir sobre o quão importante é o papel do EEESMO na identificação precoce de complicações e na implementação de intervenções baseadas em evidência científica. Além disso, a imprevisibilidade deste ambiente permitiu-me desenvolver competências de resposta rápida, organização e comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, assegurando um cuidado integrado e seguro. Mais do que as competências técnicas adquiridas, este estágio destacou a importância de uma abordagem holística, que valoriza a saúde física, emocional, social e cultural da mulher. Foi uma experiência transformadora que consolidou a minha capacidade de atuar em contextos de elevada complexidade e intensidade, preparando-me para enfrentar desafios futuros com segurança, empatia e profissionalismo.

No que diz respeito ao contexto de bloco de partos, este representou o culminar das aprendizagens e o aprofundar de competências técnicas, teóricas e emocionais, permitindo-me adaptar as intervenções a cada cenário clínico, garantindo a segurança e o bem-estar da mulher, do recém-nascido e da família. Neste estágio participei ativamente em todas as fases do trabalho de parto, desde a admissão em bloco de partos até aos cuidados no puerpério imediato.

Na admissão, acolhi a parturiente e a sua pessoa significativa de forma acolhedora e informativa, promovendo um ambiente de segurança e tranquilidade. Nesse sentido, mostrei à parturiente os diferentes espaços do bloco de partos, nomeadamente, as salas de parto, o berçário e a zona onde funciona o bloco operatório, para além disso expliquei à parturiente e ao seu acompanhante, o funcionamento do bloco de partos, os procedimentos previstos e as etapas do trabalho de parto, criando uma relação de confiança e reduzindo a ansiedade da mulher e da família.

A avaliação inicial incluiu a recolha detalhada da história obstétrica e clínica da parturiente, abrangendo informações como gravidezes anteriores, partos, complicações gestacionais, patologias pré-existentes e a evolução da gravidez atual. Esta anamnese foi complementada com a revisão de exames prévios, como ecografias e análises laboratoriais, para identificar possíveis fatores de risco que poderiam influenciar o trabalho de parto. Além disso, o momento da admissão foi aproveitado para explorar o plano de parto da mulher, quando existente, ou para discutir preferências e expectativas relativas ao processo. Este diálogo permitiu personalizar os cuidados, respeitando as escolhas da parturiente sempre que compatíveis com a segurança clínica (OE, 2021). Incentivei a participação ativa da mulher e da pessoa significativa no planeamento das intervenções, promovendo o seu empoderamento e envolvimento.

Na primeira fase do trabalho de parto, concentrei-me na monitorização e no suporte físico e emocional da parturiente e do acompanhante. Este período, marcado pela dilatação progressiva do colo uterino, exigiu uma vigilância criteriosa e ajustada às necessidades individuais de cada mulher.

Realizei monitorizações regulares da frequência cardíaca fetal através de CTG, cuja interpretação dos traçados, embora já desenvolvida em estágios anteriores, foi significativamente consolidada durante este estágio. Este período foi crucial para aprimorar esta competência essencial, tornando a análise do CTG um elemento central das minhas intervenções. Esta habilidade permitiu-me detetar precocemente sinais de sofrimento fetal, como desacelerações prolongadas, e ajustar os cuidados de forma imediata e eficaz, garantindo uma resposta clínica oportuna e segura. Este acompanhamento exigiu não só conhecimento técnico, mas também a capacidade de interpretar os sinais no contexto clínico global da parturiente, considerando fatores como a idade gestacional e a presença de patologias associadas.

Além disso, esta fase foi marcada por um número significativo de utentes em indução do trabalho de parto, uma experiência que trouxe maior complexidade às minhas intervenções. A indução, realizada através de métodos farmacológicos, como prostaglandinas ou ocitocina, apresentou desafios específicos, incluindo a necessidade de uma monitorização mais rigorosa do CTG devido ao maior risco de taquissístolia ou sofrimento fetal. Acompanhei estas parturientes desde a introdução do método de indução até à progressão para um trabalho de parto ativo, garantindo uma vigilância contínua dos parâmetros materno-fetais e ajustando intervenções para assegurar a segurança e o conforto da parturiente.

Ao longo do estágio, a realização de cervicometria representou uma das competências que também contribuiu para o meu desenvolvimento profissional, sendo inicialmente um desafio que exigiu prática e supervisão para conseguir superá-lo. Realizei a cervicometria apenas quando necessário e sempre com o consentimento informado da parturiente. No início, tive dificuldade em identificar com precisão os parâmetros inerentes a essa avaliação, contudo, com a prática contínua e o feedback da equipa, fui adquirindo a sensibilidade e destreza necessárias para executar a cervicometria de forma confiante e autónoma. Esta evolução consolidou não só a minha competência técnica, mas também a minha capacidade de comunicação empática e abordagem respeitosa, garantindo que a experiência da utente fosse esclarecedora e o mais confortável possível. Hoje, vejo esta habilidade como uma das conquistas do meu percurso no estágio.

Enfrentei desafios específicos, como casos de variedade occipito-sagrada ou occipito-posterior, que exigiram intervenções adaptadas. Nessas situações, implementei estratégias para facilitar a rotação e descida fetal, promovendo mudanças frequentes de posição da parturiente, respeitando sempre a fisiologia do parto. Estas adaptações revelaram-se fundamentais para assegurar uma evolução segura do trabalho de parto, respeitando o ritmo individual de cada mulher.

Durante esta fase, priorizei o alívio da dor, utilizando uma abordagem combinada de estratégias não farmacológicas e farmacológicas, sempre ajustadas às necessidades e preferências da parturiente. Entre as estratégias não farmacológicas, apliquei técnicas de respiração controlada, massagens na região lombar, aplicação de calor e o uso de bolas de pilates, que se revelaram eficazes na promoção do conforto e na redução da ansiedade. Paralelamente, nos casos em que foi necessário ou solicitado, colaborei na administração de analgesia epidural, assegurando uma vigilância contínua dos seus efeitos e ajustando os cuidados para garantir o bem-estar materno-fetal. Mesmo com analgesia epidural, procurei promover a deambulação e a movimentação livre, dentro dos limites clínicos e da segurança, incentivando posições que facilitassem o progresso do trabalho de parto. A adaptação das intervenções considerou tanto o quadro clínico da parturiente quanto a sua vontade, valorizando a sua autonomia e participação ativa no processo de parto.

Esta abordagem permitiu conjugar a eficácia da analgesia farmacológica com os benefícios das estratégias não farmacológicas, proporcionando uma experiência de parto mais positiva, personalizada e centrada na mulher. De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto (Cardoso et al., 2023), as estratégias não farmacológicas, como o uso de posições facilitadoras, técnicas de relaxamento, mobilidade

ativa e apoio contínuo, desempenham um papel crucial no alívio da dor e na promoção do bem-estar durante o trabalho de parto. Estas intervenções, aliadas à analgesia farmacológica quando necessária, permitem que a mulher mantenha um maior controlo sobre o processo, aumentando a sua sensação de autonomia e satisfação com o parto. Além disso, a conjugação destas abordagens favorece a criação de um ambiente mais humanizado, respeitando as preferências individuais da mulher e promovendo a sua confiança na capacidade de completar o trabalho de parto de forma positiva.

A dimensão emocional revelou-se uma prioridade indispensável durante todo o acompanhamento na primeira fase do trabalho de parto. Reconhecendo o impacto emocional deste momento, utilizei uma comunicação empática e assertiva para esclarecer dúvidas, abordar expectativas e reduzir medos, permitindo à parturiente sentir-se informada e confiante no processo. Esforcei-me por criar um ambiente de segurança e tranquilidade, reforçando a importância do seu papel ativo no trabalho de parto e validando as suas escolhas e decisões.

Sempre que a parturiente manifestava o desejo de estar acompanhada por uma pessoa significativa, procurei integrar esse acompanhante de forma significativa e participativa. Expliquei os diferentes períodos do trabalho de parto, os sinais de evolução e as intervenções realizadas, garantindo que o acompanhante compreendesse o processo e pudesse oferecer suporte emocional e prático. Incentivei o envolvimento do acompanhante em estratégias de conforto, como a aplicação de massagens ou o apoio na mudança de posições, reforçando o seu papel como elemento de suporte essencial. Esta abordagem não só fortaleceu a rede de apoio da parturiente, mas também contribuiu para criar uma dinâmica positiva e cooperativa, promovendo uma experiência de parto mais humanizada. Além disso, sempre que necessário, ajustei a comunicação e as orientações para respeitar o nível de envolvimento desejado tanto pela parturiente quanto pelo acompanhante, assegurando que ambos se sentissem valorizados e integrados no processo. Esta experiência reforçou em mim a importância de encarar o parto como um processo que envolve não apenas a mulher, mas também a sua rede de apoio, destacando o impacto do suporte emocional e prático nos desfechos maternos e neonatais, bem como na satisfação global com a experiência de parto.

Durante o segundo período do trabalho de parto, concentrei-me em assegurar um acompanhamento próximo, contínuo e humanizado, adaptando as intervenções às necessidades e condições clínicas da parturiente. Este período, caracterizado pelo esforço expulsivo ativo, exigiu uma vigilância rigorosa e um suporte técnico e emocional

intensivo. Mantive uma abordagem *hands-off* sempre que possível, priorizando a autonomia da mulher e respeitando o plano de parto previamente estabelecido, mas estando atenta a sinais de progressão ou complicações que pudessem requerer intervenção.

Promovi o parto em diferentes posições, ajustando as orientações às preferências da mulher e à dinâmica do trabalho de parto. Estimulei posições que facilitassem a descida e expulsão fetal, como a posição de cócoras, lateral ou em quatro apoios, sempre assegurando o conforto da parturiente e a vigilância da segurança materno-fetal. Estas adaptações revelaram-se particularmente importantes em casos de fetos em variedade occipito-posterior ou quando a progressão do trabalho de parto era mais lenta, permitindo intervenções que respeitassem a fisiologia do parto e minimizassem a necessidade de intervenções invasivas.

Nos partos eutócicos, assegurei a vigilância da frequência cardíaca fetal e do bem-estar materno, conforme preconizado pela Direção-Geral da Saúde (2023), mantendo uma comunicação empática e clara com a parturiente, explicando cada etapa e reforçando a sua capacidade para completar o processo de parto. Estive atenta à necessidade de intervenção durante o período expulsivo, como a realização de episiotomia, que apenas foi executada quando clinicamente indicada, conforme recomendado pela Direção-Geral da Saúde (2023). De acordo com as orientações internacionais e nacionais, a episiotomia deve ser seletiva, sendo indicada apenas em situações específicas, como a necessidade de acelerar o parto devido a suspeita de hipóxia fetal ou na iminência de uma laceração grave, e nunca realizada de forma rotineira (DGS, 2023; OMS, 2018). Nestes casos, adquiri competências na execução da técnica e, posteriormente, na realização de episiorrafia ou de suturas em lacerações perineais de grau I e II, aplicando técnicas que promoviam uma recuperação mais rápida e confortável para a mulher. Ao longo do estágio, notei uma evolução muito significativa nesta técnica, que inicialmente me parecia desafiadora, especialmente na identificação dos diferentes planos anatómicos e na aplicação precisa da sutura. Com a prática e a orientação de profissionais experientes, consegui consolidar a destreza manual e o conhecimento anatómico, ganhando progressivamente confiança para realizar estas intervenções de forma autónoma e com segurança. Esta evolução permitiu-me prestar cuidados mais eficazes e adaptados às necessidades das mulheres, promovendo um pós-parto mais confortável e satisfatório.

Nos partos distócicos, tive a oportunidade de colaborar com a equipa médica, que sempre incentivou a minha participação. Estes momentos revelaram-se de extrema relevância para a minha aprendizagem, permitindo-me observar e apoiar procedimentos

mais complexos, como partos instrumentados (uso de ventosa). Em situações onde identifiquei que as condições da parturiente ou do feto ultrapassavam a minha área de competência, agi prontamente ao sinalizar à equipa médica, assegurando uma abordagem célere e integrada. Um exemplo marcante foi o acompanhamento de uma parturiente com valores tensionais elevados, cujo bebé apresentou desacelerações, no traçado de cardiocografia, de lenta recuperação, indicando potencial sofrimento fetal. Esta situação evoluiu para uma cesariana emergente, na qual trabalhei em equipa para estabilizar a parturiente e o garantir o bem-estar fetal, monitorizando os parâmetros maternos e fetais e colaborando na preparação para a transferência para a sala operatória. Paralelamente, mantive uma comunicação empática com a mãe e o pai, explicando de forma clara os procedimentos e tranquilizando-os num momento de grande ansiedade, enquanto me preparava para assegurar os cuidados imediatos ao recém-nascido após o nascimento. Este episódio destacou a relevância de agir com celeridade e precisão, sem nunca descurar a segurança emocional da parturiente e da sua família, reforçando a importância da abordagem holística no cuidado em contextos de elevada complexidade.

Outro aspeto importante do segundo período do trabalho de parto foi a clampagem tardia do cordão umbilical, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014). Esta prática, que priorizei sistematicamente na minha atuação, permite um maior aporte de sangue ao recém-nascido, aumentando as reservas de ferro e reduzindo o risco de anemia nos primeiros meses de vida. Além disso, contribui para a adaptação fisiológica do recém-nascido à vida extrauterina. Contudo, em situações em que o recém-nascido apresentava sinais de hipotonia, ausência de movimentos respiratórios eficazes ou outras condições que exigiam intervenção imediata, não foi possível realizar a clampagem tardia, dando prioridade à estabilização neonatal. Estas exceções foram cuidadosamente avaliadas com base nas necessidades clínicas e no bem-estar do recém-nascido.

Nos casos em que os pais expressaram o desejo de participar, preparei e orientei o pai para realizar o corte do cordão, valorizando este momento único e promovendo o envolvimento ativo da família no nascimento. Este gesto reforçou o vínculo familiar e promoveu uma experiência de parto mais positiva e personalizada.

Este período do trabalho de parto foi um dos momentos mais desafiantes e enriquecedores do estágio, permitindo-me aplicar e desenvolver competências técnicas e relacionais específicas do EEESMO. A oportunidade de participar em partos eutócicos e distócicos, consolidou a minha preparação para atuar em contextos de elevada intensidade

e complexidade, sempre com uma abordagem humanizada e centrada nas necessidades da mulher e da sua família.

Quanto ao terceiro período do trabalho de campo: a dequitação, representa um momento crítico no trabalho de parto, no qual o papel do EEESMO é essencial para garantir a segurança materna. Durante esta etapa, promovi uma abordagem centrada na fisiologia, optando sempre que possível pela gestão expectante da dequitação, permitindo que os mecanismos naturais conduzissem à expulsão da placenta, este procedimento incluiu a observação contínua de sinais de descolamento placentário. Após a expulsão da placenta, procedia à inspeção cuidadosa da integridade da mesma, verificando a presença de todos os cotilédones e a integridade das membranas, como medida preventiva de retenção de fragmentos que poderiam levar a complicações, como hemorragias ou infeções. Trabalhei de forma integrada com a equipa multidisciplinar, reportando prontamente qualquer anomalia observada, garantindo assim uma abordagem rápida e eficaz.

Além disso, monitorizei ativamente os sinais vitais maternos e o tónus uterino durante esta fase, assegurando a formação do globo de segurança de Pinard e intervindo sempre que necessário, através da administração de uterotónicos prescritos para promover a contração uterina e prevenir hemorragias pós-parto. Esta etapa exigiu não apenas competências técnicas, mas também sensibilidade para assegurar o conforto e a confiança da mulher, explicando cada intervenção de forma clara e tranquilizadora. A dequitação revelou-se, assim, uma oportunidade para consolidar competências clínicas, de vigilância e de comunicação, fundamentais para o papel do EEESMO na promoção da segurança e do bem-estar materno.

No que diz respeito à prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido, procurei, sempre que possível, aproveitar essas oportunidades para desenvolver competências nessa área. Assumi esta responsabilidade particularmente em partos distócicos por cesariana ou instrumentados, nos casos em que não era viável acompanhar diretamente o médico durante o procedimento. Tanto nos partos instrumentados como nas cesarianas, especialmente em situações de emergência, como sofrimento fetal, assumi uma posição estratégica para garantir a receção imediata e eficaz do recém-nascido. Nestes cenários, assegurei os cuidados iniciais à transição neonatal, priorizando a avaliação rápida e precisa do estado do bebé e implementando as intervenções necessárias para assegurar a sua estabilidade.

Após a receção do recém-nascido, concentrei as minhas intervenções na avaliação inicial da vitalidade, com ênfase na determinação do índice de Apgar. Monitorizei parâmetros fundamentais, como a frequência cardíaca, esforço respiratório, tónus muscular, reflexos e coloração da pele, garantindo a deteção precoce de quaisquer sinais de instabilidade. Em situações de dificuldade respiratória ou índices de Apgar reduzidos, colaborei com o pediatra, que estava sempre presente, na aplicação de manobras de suporte inicial, como estimulação tátil, aspiração suave, ventilação com pressão positiva, assegurando um acompanhamento eficaz.

Além disso, assegurei que a sala de reanimação neonatal estava sempre devidamente preparada e funcional, verificando o equipamento disponível, como as mesas de observação e reanimação neonatal, para garantir uma resposta eficiente em qualquer eventualidade. Sempre que possível, e principalmente nas cesarianas em que a mãe permanecia no bloco operatório, após a observação, avaliação e estabilização do recém-nascido realizada por mim e pelo pediatra, procurei que o pai ou outro acompanhante significativo viesse para junto do bebé. Neste contexto, envolvi o pai nos cuidados iniciais, como vestir o recém-nascido, promovendo a sua participação ativa e fortalecendo o vínculo familiar desde o primeiro momento.

Nas situações em que o recém-nascido apresentava condições estáveis, promovi o contacto pele-a-pele imediato entre a mãe e o bebé, sempre que possível, de forma a fomentar o vínculo imediato e proporcionar um início tranquilo e seguro à vida extrauterina. Quando o estado materno não o permitia, envolvi o pai ou outro acompanhante significativo no contacto inicial, orientando e criando um momento especial de vínculo familiar. Esta abordagem foi particularmente valorizada por muitas famílias, permitindo que ambos os pais se sentissem incluídos e fortalecendo a dinâmica familiar desde o nascimento.

Estes momentos de receção e assistência ao recém-nascido foram fundamentais para consolidar a minha capacidade de resposta em situações desafiantes e para desenvolver uma abordagem humanizada e segura. Um exemplo marcante e motivo de reflexão foi um parto em que a progressão do período expulsivo se revelou mais desafiante do que o esperado. Após identificar a necessidade de assistência diferenciada, a equipa solicitou a intervenção da médica, que decidiu assumir a realização do parto devido à complexidade e aos riscos envolvidos, culminando num parto distócico por ventosa. Apesar disso, tive a oportunidade de acompanhar cada etapa do processo, o que representou uma experiência profundamente enriquecedora para a minha aprendizagem. O recém-nascido apresentou

um índice de Apgar baixo, necessitando de manobras imediatas de reanimação neonatal realizadas pela equipa responsável por receber o bebé e pela pediatra. Durante esse momento, foquei-me em oferecer suporte emocional à mulher e ao pai, mantendo uma comunicação clara e empática, explicando cada etapa da situação e respondendo às suas dúvidas, enquanto procurava criar um ambiente de calma e confiança. O meu objetivo foi ajudar o casal a gerir a angústia e a incerteza, assegurando que se sentissem acompanhados e emocionalmente apoiados até receberem informações concretas sobre o estado do bebé.

Esta experiência foi particularmente intensa, pois exigiu de mim não apenas o controlo dos meus próprios sentimentos de ansiedade e preocupação, mas também a capacidade de projetar tranquilidade, mesmo em momentos de elevada pressão. Refleti profundamente sobre a importância de estar sempre preparada para atuar de forma eficaz e organizada em situações críticas, reconhecendo a relevância de competências emocionais para equilibrar as necessidades clínicas e emocionais dos envolvidos.

De acordo com o critério de avaliação 3.3.1 (OE, 2019), considero que a minha atuação foi centrada na conceção, planeamento e implementação de medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e ao pai, enquanto conviventes significativos. Este enfoque permitiu-me assegurar que, mesmo num contexto de elevada tensão, o casal se sentisse valorizado, apoiado e confiante, alinhando a minha prática aos princípios de cuidado integral e humanizado que definem o papel do EEESMO.

A experiência reforçou em mim a importância de manter uma vigilância contínua e de trabalhar em equipa, garantindo a segurança materno-fetal e fortalecendo o vínculo de confiança com a parturiente e o acompanhante. Compreendi que, em situações como esta, o papel do EEESMO vai além das competências técnicas, abrangendo também a gestão emocional e a comunicação para minimizar o impacto dos momentos de tensão nos pais.

No que concerne ao puerpério imediato, o EEESMO desempenha um papel fundamental na monitorização da recuperação da parturiente e na promoção da saúde materno-neonatal. Durante este período, concentrei as minhas intervenções na vigilância rigorosa de sinais vitais, incluindo frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura, bem como na avaliação do sangramento vaginal e da involução uterina, assegurando a formação do globo de segurança de Pinard e prevenindo complicações hemorrágicas, como a atonia uterina. Esta vigilância exigiu uma abordagem sistemática e atenta, permitindo identificar precocemente desvios da normalidade e agir prontamente para garantir a segurança da mulher. Após partos vaginais, dediquei especial atenção ao conforto físico da parturiente,

utilizando intervenções como crioterapia no períneo para reduzir o edema e aliviar o desconforto, proporcionando um ambiente de recuperação mais confortável.

A promoção do início da amamentação foi uma prioridade durante o puerpério imediato, com esforços direcionados para garantir que as primeiras mamadas ocorressem na primeira hora de vida do recém-nascido, sempre que a condição clínica da mãe e do bebé o permitissem. Este momento inicial é crucial para a lactogénese e para o estabelecimento de uma experiência de aleitamento positiva. Em casos de cesarianas realizadas na sala operatória do bloco de partos, procurei acompanhar o recém-nascido ao recobro, promovendo a proximidade entre a mãe e o bebé e facilitando a amamentação o mais cedo possível, mesmo em contextos de maior complexidade. Esta abordagem reforçou a importância de adaptar os cuidados às circunstâncias individuais, promovendo a saúde materno-infantil e fortalecendo o vínculo desde os primeiros momentos.

Nesta componente emocional, criei espaços de escuta ativa para que as mulheres pudessem expressar as suas dúvidas, receios ou emoções relacionadas com o parto e a transição para a maternidade. Este suporte foi especialmente importante em situações de partos distócicos ou cesarianas emergentes, em que a parturiente e a família frequentemente apresentavam maior ansiedade. Nessas circunstâncias, a comunicação empática e a orientação clara sobre os cuidados e os passos seguintes foram cruciais para ajudar a mulher e os seus familiares a sentirem-se apoiados e compreendidos.

O puerpério imediato também foi um momento de educação para a saúde, abordando temas como a gestão da dor, o autocuidado, a alimentação e hidratação adequadas e os cuidados com a ferida perineal ou operatória. Além disso, orientei sobre sinais de alerta que poderiam indicar complicações.

Esta etapa destacou-se pela necessidade de equilíbrio entre as competências técnicas e a sensibilidade relacional. O puerpério imediato exigiu de mim não apenas atenção aos aspetos clínicos, mas também a capacidade de criar um ambiente humanizado, seguro e empático. Refletindo sobre esta experiência, reconheço que o desenvolvimento dessas competências foi determinante para fortalecer a minha prática enquanto EEESMO, permitindo-me oferecer cuidados de elevada qualidade às mulheres e às suas famílias num dos momentos mais desafiantes e significativos das suas vidas.

Durante o estágio no bloco de partos, desenvolvi paralelamente o meu trabalho de campo e tive também a oportunidade de realizar no final do estágio uma apresentação à equipa de enfermagem (Apêndice VII), onde partilhei os resultados da scoping review previamente desenvolvida, bem como os dados preliminares do trabalho de campo. Esta

apresentação teve como objetivo sensibilizar a equipa para a importância da promoção da saúde mental perinatal e reforçar a aplicação de intervenções baseadas em evidência, nomeadamente os programas de educação pré-natal. A troca de ideias e reflexões que surgiu a partir desta partilha revelou-se muito enriquecedora, permitindo alinhar práticas e estratégias entre os membros da equipa para melhorar o cuidado prestado às grávidas e puérperas.

Em suma, considero que o estágio “ESMO na Sala de Partos” representou um marco significativo no meu percurso formativo, não apenas pela complexidade e intensidade das situações vividas, mas pela oportunidade única de consolidar competências técnicas, teóricas, relacionais e emocionais enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. A experiência permitiu-me compreender e abraçar a multiplicidade de papéis que o EEESMO assume, desde a vigilância rigorosa e intervenção técnica no trabalho de parto, até à promoção do vínculo familiar e ao suporte emocional em momentos desafiantes.

A prática em contextos de elevada pressão, como o bloco de partos e a urgência ginecológica e obstétrica, destacou a importância de uma abordagem centrada na mulher e na família, promovendo a segurança, o conforto e a confiança em cada etapa. Situações como partos distócicos, cesarianas emergentes e reanimação neonatal sublinharam a necessidade de equilíbrio entre a capacidade de resposta técnica e a comunicação empática, ajudando-me a consolidar competências essenciais para a prática especializada. Estes momentos reforçaram o meu compromisso com uma assistência humanizada, que respeite a autonomia e as escolhas da mulher, ao mesmo tempo que garante a segurança materno-fetal.

A interação com as parturientes, os recém-nascidos e as suas famílias revelou-se uma experiência profundamente enriquecedora, permitindo-me desenvolver uma prática baseada em evidência científica, mas sempre acompanhada da sensibilidade relacional. O trabalho com equipas multidisciplinares reforçou em mim a importância da colaboração, da escuta ativa e da comunicação clara, elementos fundamentais para um cuidado integrado e eficaz.

Refletindo sobre este percurso reconheço que cada desafio enfrentado, cada decisão tomada e cada momento partilhado contribuíram para a construção da minha identidade profissional enquanto EEESMO. Este estágio preparou-me para atuar com segurança, competência e humanidade em cenários complexos e imprevisíveis, onde a conjugação de conhecimento técnico, sensibilidade emocional e abordagem holística é crucial. Mais do

que consolidar competências, esta etapa reforçou em mim a paixão por uma prática que coloca a mulher, o recém-nascido e a família no centro dos cuidados, fortalecendo a minha determinação em oferecer um acompanhamento de excelência em todos os contextos da saúde materno-infantil.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

A gravidez, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2015), é um estado de saúde que traduz um processo fisiológico e adaptativo a nível físico mas também a nível psicológico, familiar e social. A vivência de todas as transições e transformações inerentes a este estado é única e individual, e o facto de implicar adaptações a tantos níveis tem como “consequência um acréscimo de incidência de perturbações da saúde mental, nomeadamente ansiedade e depressão, não necessariamente psicopatológicas.” (DGS, 2015, p. 9).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental configura-se como um estado de bem-estar físico, mental e social que possibilite a cada indivíduo lidar com os desafios normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade, realizando assim o seu próprio potencial, não sendo, portanto, unicamente a ausência de perturbação mental ou deficiência. Em Portugal, em 2019, as doenças mentais constituíam o quarto principal tipo de patologia em termos de Carga Global de Doenças, com uma prevalência de 19,3% entre os países da União Europeia, a prevalência mais elevada. As perturbações mentais constituem um dos principais desafios à saúde pública, sendo as perturbações de ansiedade e depressão as patologias mais comuns (Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza, 2021).

No que diz respeito ao período perinatal, e por ser um período de maior suscetibilidade a perturbações da saúde mental, como referido anteriormente, identifica-se a depressão pós-parto (DPP) por ser um transtorno mental de alta prevalência, que atinge 10 a 15% das mulheres e provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, pode surgir durante todo o primeiro ano após o parto, sendo mais frequente a partir do 2.º mês. (DGS, 2006; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020).

A DGS (2006), no manual de orientação para profissionais de saúde acerca da Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância, refere alguns fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, nomeadamente: antecedentes psiquiátricos pessoais ou familiares, como a depressão; fatores biológicos - diminuição dos níveis hormonais; fatores obstétricos - parto complicado, ou dificuldade em amamentar; fatores psicossociais - gravidez não desejada, falta de suporte sociofamiliar, mãe solteira, mãe

adolescente, adversidade socioeconómica, problemas laborais; fatores da criança - prematuridade, morte do bebé, patologia somática, deficiência, temperamento difícil.

Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante (2016), referem a depressão e a ansiedade como comorbidades durante o período pré-natal, para além de alguns dos fatores de risco mencionados, apontam a ansiedade elevada durante a gravidez como um dos maiores fatores de risco de depressão. Silva, Junior, Sampaio, Rodrigues, & Fronza (2019) comprovam esta afirmação no seu estudo, verificando que as mulheres com moderado nível de ansiedade tinham 17,38 vezes maior probabilidade de desenvolver depressão quando comparadas às de baixo nível de ansiedade; e que mulheres com elevado nível de ansiedade quando comparadas às de baixo nível de ansiedade tinham 273 vezes mais probabilidade de vir a desenvolver depressão, existindo assim uma correlação positiva entre elevada ansiedade e depressão pós-parto.

No que diz respeito aos sintomas, a DGS (2006) refere: irritabilidade; perturbações alimentares e do sono; sintomas psicossomáticos; choro frequente, desânimo, desespero, sentimento de incapacidade; falta de energia e motivação; desinteresse sexual; ideação suicida.

No que concerne aos cuidados à mulher grávida e casal no âmbito da saúde mental, o Programa de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) faz referência ao manual de orientação para profissionais de saúde acerca da Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância desenvolvido em 2006 pela DGS, sendo, por isso, ainda utilizado e um dos documentos orientadores para esta investigação.

Neste âmbito, acerca da saúde mental nesta fase da vida, esse mesmo manual refere que a gravidez e os primeiros anos de vida da criança são um período sensível e vulnerável, com transformações profundas a nível emocional, relacional, social e económico, com impacto na saúde mental dos intervenientes ao longo do seu ciclo vital, uma vez que, marca o desenvolvimento futuro e as experiências vividas. Nesse sentido, a promoção da saúde mental no período pré e pós-natal é fundamental para potenciar ao casal o estado de equilíbrio que permite a compreensão, interpretação e adaptação ao meio que os rodeia, bem como o estabelecimento de relações significativas (DGS, 2006).

Alves, Barbosa & Silva (2021), apontam o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica como o profissional com maior tempo de contacto direto com a mulher seja na gravidez ou puerpério, com formação no âmbito da prevenção e promoção da saúde, possuindo competências para intervir neste âmbito da saúde mental. Nesse sentido, também o regulamento das competências específicas do enfermeiro

especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2019), preconiza, nas diferentes unidades de competência, que o EEESMO conceba, planeie, coordene, supervisione, implemente e avalie programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez e do puerpério potenciando a parentalidade responsável.

## 2.1 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM: TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

No que concerne ao referencial teórico, foi adotada a teoria das transições de Afaf Meleis (2010), que define a transição como “a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções” (Meleis, 2010, p. 25-26). Segundo a autora, a transição é um processo psicológico que envolve a adaptação a um evento de mudança, requerendo a incorporação das novas condições de vida no quotidiano da pessoa. Quanto à sua natureza, a transição pode ser classificada como: desenvolvimental, como no caso da transição para a maternidade/paternidade; situacional, relacionada a eventos específicos, como o nascimento de um bebé ou complicações no pós-parto; de saúde-doença, como na gestão de uma condição psicológica como a depressão pós-parto; e organizacional, envolvendo mudanças no contexto familiar ou no sistema de suporte da mulher (Meleis, 2010).

A teoria das transições reconhece que as alterações profundas e multidimensionais vivenciadas durante o período perinatal exigem adaptações a nível físico, psicológico, social e relacional. Meleis sublinha que, para que a transição seja saudável, é necessário garantir condições facilitadoras, incluindo suporte emocional, acesso a informação adequada e intervenções de saúde que promovam a autonomia e o bem-estar. Nesse contexto, o EEESMO desempenha um papel essencial como facilitador do processo de transição para a maternidade, oferecendo cuidados especializados que promovem não apenas a saúde física, mas também o equilíbrio emocional e a adaptação ao novo papel de mãe (Meleis, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A depressão pós-parto (DPP) exemplifica uma transição desafiante de saúde-doença no período perinatal. O EEESMO, com as suas competências específicas, contribui para a identificação precoce de fatores de risco, intervindo de forma preventiva e personalizada (DGS, 2006). Além disso, as estratégias implementadas pelo EEESMO, como a promoção de programas de educação para a parentalidade, o suporte emocional no puerpério e o

acompanhamento de sinais de alerta em consultas pós-parto, alinham-se com os pressupostos de Meleis, ao proporcionar um ambiente de cuidado que facilita a transição para a maternidade de forma segura e equilibrada (Meleis, 2010).

A transição para a maternidade é, muitas vezes, acompanhada por sentimentos ambivalentes, combinando alegria e realização com ansiedade e receios. Esta complexidade emocional, intensificada por alterações hormonais, sociais e culturais, pode contribuir para o desenvolvimento de DPP (Biaggi et al., 2016). Aqui, o EEESMO atua não só como um prestador de cuidados, mas também como um facilitador de estratégias que promovem a resiliência da mulher, como o empoderamento através da informação, o reforço das suas capacidades enquanto mãe e a criação de um ambiente familiar de apoio (OE, 2019).

Ao integrar a teoria das transições na prática clínica, o EEESMO foca-se no processo de mudança individual da mulher, ajustando as intervenções às suas necessidades emocionais e contextuais. Através de uma abordagem holística, o enfermeiro pode criar um espaço seguro para que a mulher expresse os seus sentimentos, normalizar as dificuldades do pós-parto e ajudar na construção de estratégias para lidar com os desafios desta nova fase. Assim, a teoria de Meleis sustenta a prática especializada na promoção da saúde mental no período perinatal, permitindo ao EEESMO desempenhar um papel central na prevenção e mitigação da depressão pós-parto (Meleis, 2010; DGS, 2006).

### 3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação em enfermagem é uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento da prática clínica, impulsionando a melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados. Baseada em evidência científica, permite sustentar decisões informadas, criar intervenções mais eficazes e atender às necessidades da população de forma integrada e personalizada. No âmbito da saúde mental perinatal, a pesquisa torna-se especialmente relevante, proporcionando uma base sólida para identificar novas abordagens e medir o impacto das práticas na promoção do bem-estar de mulheres, recém-nascidos e famílias. Assim, reforça-se o papel do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança e de inovação nos cuidados de saúde (Polit & Beck, 2021).

Este trabalho seguiu uma abordagem metodológica estruturada em duas vertentes complementares, com o objetivo de compreender o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na prevenção da depressão pós-parto. A primeira etapa consistiu na realização de uma Scoping Review (SR), desenvolvida de acordo com a metodologia preconizada pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2020). Esta revisão teve como objetivo mapear a evidência científica existente sobre as intervenções associadas à prática do EEESMO que contribuem para a prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez.

Com base nos resultados desta Scoping Review, surge a segunda etapa, tendo sido delineado um trabalho de campo. Este estudo seguiu uma abordagem quantitativa descritiva, desenvolvido junto de grávidas que participaram num programa de preparação para o nascimento e parentalidade pelo método GentleBirth, uma intervenção enquadrada nos cursos de educação pré-natal. A observação direta do curso e a recolha de dados, com recurso a instrumentos validados, permitiram analisar o impacto de um programa de educação pré-natal na prevenção da depressão pós-parto, aprofundando a integração entre teoria e prática e reforçando o papel do EEESMO na promoção da saúde mental perinatal.

A partir dos resultados obtidos, foi possível aprofundar a integração entre teoria e prática, reforçando o papel do EEESMO na promoção da saúde mental perinatal e na implementação de estratégias eficazes de prevenção da depressão pós-parto no contexto português.

### 3.1 SCOPING REVIEW

O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na prevenção da depressão pós-parto é uma área de crescente relevância, dada a importância de intervenções eficazes para promover a saúde mental perinatal. Neste contexto, foi realizada uma Scoping Review (SR) com o objetivo de mapear a evidência científica acerca do papel do EEESMO na prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez.

Baseada na metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI, 2020), esta SR seguiu uma abordagem estruturada, permitindo a identificação e organização da evidência científica relevante. A questão de pesquisa foi definida como: 'Qual o papel do EEESMO na prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez?'.

O processo de realização desta Scoping Review foi conduzido em três etapas principais: identificação da questão e definição do escopo; busca, seleção e extração de dados; e, finalmente, análise, mapeamento e síntese dos resultados. A primeira etapa consistiu na formulação da questão de revisão e na delimitação do escopo, assegurando uma base sólida para as etapas subsequentes.

Para estruturar a questão de investigação e os critérios de inclusão, foi utilizada a mnemónica PCC (Participantes, Conceitos e Contexto), uma ferramenta metodológica amplamente reconhecida e recomendada pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2020). Assim, os participantes foram identificados como grávidas; os conceitos abordaram gravidez, EEESMO e depressão pós-parto; e o contexto foi definido como locais onde existam grávidas. Esta abordagem garantiu que a busca e a análise fossem conduzidas de forma sistemática e direcionada.

Na segunda etapa foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados *ESBCOhost* e *PubMed* de forma a identificar as palavras-chave empregues nos títulos e resumos, assim como os termos de indexação. Para validar os descritores utilizados, recorreu-se à plataforma MeSHbrowser (URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>), onde foram identificados os seguintes descritores MeSH: #Pregnancy; #Midwifery; #Depression, Postpartum; #Primary Prevention.

A expressão de pesquisa inicial foi construída utilizando o booleano AND, combinando os descritores validados. Contudo, verificou-se que os resultados obtidos eram insuficientes. Para ultrapassar esta limitação, a estratégia foi ajustada com a integração de

termos naturais (midwives, postpartum depression e prevention) e o booleano OR, ampliando a abrangência da pesquisa. Assim definiu-se a seguinte expressão de pesquisa:

Pregnancy **AND** (Midwifery **OR** Midwives) **AND** (Depression, post partum **OR** Postpartum depression) **AND** (Primary Prevention **OR** Prevention)

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2024 na plataforma EBSCOhost, abrangendo as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete e na base de dados PubMed. Os seguintes limitadores foram aplicados, conforme detalhado na Tabela 1:

*Tabela 1 - Bases de dados e limitadores*

<b>BASES DE DADOS</b>	<b>LIMITADORES</b>
PubMed	Últimos 5 anos; Full Text.
CINAHL Complete	Últimos 5 anos; Texto Integral; Resumo Disponível; Idioma: inglês e português; Sexo: Feminino.
Medline Complete	Últimos 5 anos; Texto Integral; Resumo Disponível; Idioma: inglês e português; Sexo: Feminino.

No apêndice VIII consta o protocolo da scoping review, onde é possível consultar uma tabela onde constam os resultados obtidos para cada base de dados, com os limitadores anteriormente referidos.

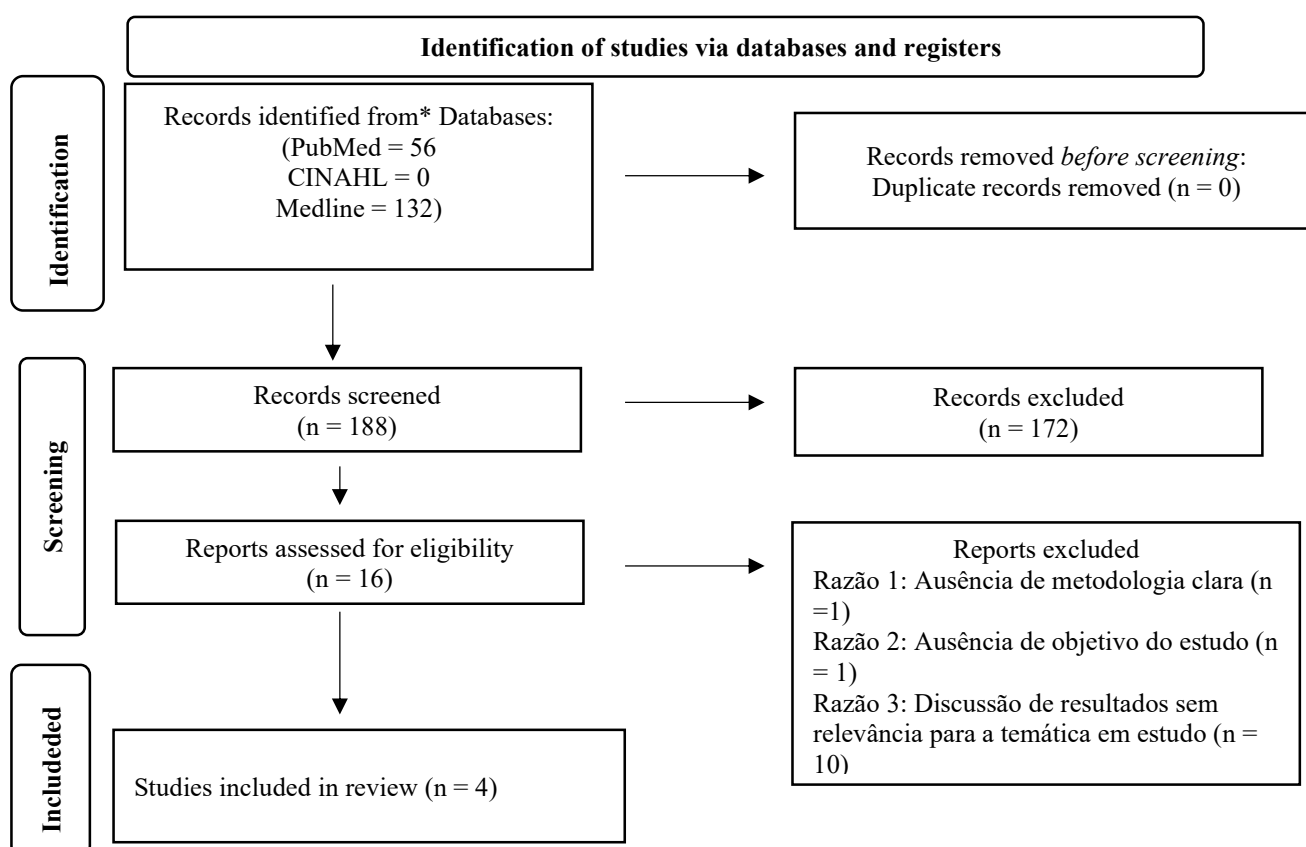
### **Seleção dos estudos**

Após a definição da estratégia de pesquisa e a realização da pesquisa nas bases de dados selecionadas, iniciou-se a triagem dos artigos identificados, ainda no âmbito da segunda etapa da revisão. Este processo foi orientado pelo diagrama PRISMA (Page et al., 2021).

A primeira etapa do PRISMA, designada de – identificação - decorre dos resultados das bases de dados científicas: PubMed e plataforma EBSCOHost – CINAHL Complete e Medline Complete, nas quais se identificou um total de 188 artigos. Ainda nesta etapa, não são identificados artigos duplicados. Na segunda etapa do PRISMA, o screening, procedeu-se à leitura do título e resumo dos 188 artigos identificados, considerando os critérios de inclusão, foram excluídos 172 artigos por não cumprirem os critérios. Passando

à etapa da elegibilidade, 16 artigos são lidos na íntegra. Após a elegibilidade, dos 16 artigos lidos na íntegra, foram rejeitados: 1 artigo pela razão 1 - ausência de metodologia clara; 1 artigo pela razão 2 - ausência de objetivo do estudo; e 10 artigos pela razão 3 - discussão de resultados com pouca relevância para a temática em estudo, no apêndice III do protocolo da SR (Apêndice VIII) é possível consultar a lista dos artigos excluídos por essas razões. Assim, passaram 4 artigos à fase da inclusão.

Figura 1 - PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only (Page et al., 2021)



Assim sendo, os artigos que cumprem os critérios de inclusão e que foram incluídos como contributo para a questão de revisão são:

1 - Sangsawang, B., Wacharasin, C., & Sangsawang, N. (2019). Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 215-228. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0901-7>

2 - Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818-829. <https://doi.org/10.1177/1054773820916984>

3 - Arakawa, Y., Haseda, M., Inoue, K., Nishioka, D., Kino, S., Nishi, D., Hashimoto, H., & Kondo, N. (2023). Effectiveness of mHealth consultation services for preventing postpartum depressive symptoms: a randomized clinical trial. *BMC medicine*, 21(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02918-3>

4 - Jin, Q., Mori, E., & Sakajo, A. (2020). Nursing intervention for preventing postpartum depressive symptoms among Chinese women in Japan. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 17(4), e12336. <https://doi.org/10.1111/jjns.12336>

### **Extração De dados**

A extração de dados, pertencente à segunda etapa desta scoping review, foi sistematizada no apêndice IV do protocolo da SR (Apêndice VIII). Este processo envolveu a recolha detalhada de informações dos quatro artigos selecionados, incluindo aspetos como os autores, o ano e país de origem, o título do estudo, a metodologia, os participantes, os resultados e as conclusões dos autores, conforme as orientações do JBI (JBI, 2020). Os estudos analisados foram publicados entre 2019 e 2023, na Tailândia, Japão e Turquia. Entre os artigos, dois apresentavam uma abordagem quantitativa, um misto e uma revisão sistemática qualitativa, com o número de participantes a variar entre 63 e 639.

### **Resultados**

A análise dos dados extraídos marca o início da terceira etapa desta scoping review, que compreende a organização, mapeamento e síntese dos resultados. Nesta fase, as informações recolhidas foram interpretadas e categorizadas, dando origem a cinco temáticas principais relacionadas com a prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez: visitas domiciliárias; programas de educação pré-natal; programas de suporte psicológico; treino em massagem infantil; e serviço de consultadoria via mHealth. A discussão dos resultados será organizada com base nestas temáticas, de modo a refletir a relevância das intervenções identificadas e a integrá-las na prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

#### Visitas Domiciliárias

Sangsawang, Wacharasin & Sangsawang (2018), identificaram na sua revisão sistemática da literatura dois estudos nos quais a visita domiciliária não teria sido eficaz na prevenção da depressão pós parto, no entanto, um dos estudos demonstrou essa eficácia havendo maior redução dos sintomas depressivos no grupo experimental aos 2 e 6 meses

pós-parto, nesse estudo a intervenção era mais completa quando comparada com as outras duas, incluindo conteúdos acerca dos cuidados pré-natais, amamentação, nutrição, parentalidade, segurança doméstica, vacinação e prevenção de doenças, para além dos conteúdos somente neste estudo a intervenção foi aplicada por um paraprofissional, enquanto as intervenções nos outros dois estudos foram aplicadas por pessoas treinadas somente para a realização da visita domiciliária.

#### Programa de Educação Pré-Natal

Na revisão de Sangsawang, Wacharasin e Sangsawang (2018), um estudo onde se aplicou dois programas de educação pré-natal semelhantes a dois grupos mostraram-se eficazes na redução da depressão em participantes com altos níveis de *stress* quando comparado com o grupo de controlo.

O estudo de Çankaya e Şimşek (2020), veio comprovar a importância da educação pré-natal na redução dos sintomas de depressão, verificando-se uma redução significativa nos sintomas de depressão, ansiedade e *stress* no grupo de educação pré-natal em comparação ao grupo controlo, tanto após quatro semanas quanto no período pós-natal. Para além disso, o mesmo estudo demonstrou que a educação pré-natal é eficaz em melhorar a autoeficácia no parto e reduzir o medo do parto, a depressão, a ansiedade e o *stress* em mulheres grávidas primíparas, promovendo também um maior índice de partos vaginais.

#### Programas de Suporte Psicológico

Nesta categoria dos programas de suporte psicológico foram identificadas por Sangsawang, Wacharasin e Sangsawang (2018) duas intervenções que se revelaram eficazes na prevenção de depressão pós-parto, nomeadamente o programa REACH baseado em terapia interpessoal em grupo e a terapia cognitivo-comportamental e psicoeducacional.

No que diz respeito ao programa REACH baseado em terapia interpessoal em grupo este programa teve como foco o desenvolvimento de habilidades de comunicação eficazes na gestão de relacionamentos e redução de conflitos antes e após o parto, expectativas sobre a maternidade, gestão de *stress*, diferenças entre baby blues e depressão, desenvolvimento de um sistema de apoio, construção de relacionamentos saudáveis, definição de metas e recursos psicossociais para novas mães. Este programa reduziu significativamente o risco de depressão pós-parto em mães adolescentes de primeira viagem, com uma taxa de depressão mais baixa no grupo de intervenção (12,5%) comparado ao grupo de controlo (25%) aos 6 meses após o parto.

Quanto à terapia cognitivo-comportamental e psicoeducacional um estudo aplicou uma intervenção designada *living in harmony* que consistia numa intervenção baseada na terapia cognitivo comportamental que incluía psicoeducação, identificação e modificação de pensamentos e comportamentos depressivos, habilidades de resolução de problemas, melhoria do suporte social e planeamento do futuro. Ao grupo de controlo foi aplicada uma intervenção de suporte educacional cujo conteúdo tinha como foco a educação sobre a gravidez e parentalidade. Ambas as intervenções foram aplicadas por paraprofissionais. Neste estudo, ambas as intervenções às 4, 12 e 24 semanas após a intervenção demonstraram-se eficazes na redução dos sintomas depressivos e transtorno depressivo major.

#### Treino em Massagem Infantil

Um estudo incluído na revisão de Sangsawang, Wacharasin e Sangsawang (2018), aplicou um programa de massagem infantil com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil e melhorar as atitudes e perceções das mães adolescentes sobre a parentalidade. Apesar dos detalhes específicos do programa não terem sido descritos, este demonstrou-se eficaz na melhoria do contato físico entre a mãe e o bebé, na redução dos sintomas depressivos das mães adolescentes e na melhoria das perceções positivas das mães sobre o temperamento dos seus bebés.

#### mHEALTH

Arakawa, Haseda, Inoue, Nishioka, Kino, Nishi, Hashimoto e Kondo (2023) no estudo que realizaram aplicaram ao grupo mHealth uma consultadoria gratuita de profissionais de saúde através de dispositivos móveis sem restrições de frequência, oferecendo também consultas que incluía apoio geral e emocional relacionado com a gravidez e cuidados ao bebé. O grupo de controlo recebeu acesso a informações sobre gravidez e cuidados infantis através de um site, sem serviços de consultoria mHealth.

O estudo demonstrou que os serviços de consultoria mHealth são eficazes na redução dos sintomas depressivos pós-parto, melhorando a autoeficácia parental e diminuindo a solidão e as barreiras percebidas ao acesso aos cuidados de saúde. Estes serviços oferecem um potencial significativo para melhorar a saúde mental perinatal e garantir equidade nos serviços de saúde.

Jin, Mori e Sakajo (2020) desenvolveu um estudo que reforça a importância tanto dos programas de educação como a mHealth, neste estudo aplicou-se um programa de intervenção de enfermagem que incluía cartões de conversação, um grupo de rede social e uma aula de maternidade cujo conteúdo tinha como foco informações sobre a vida pós-

parto, diferenças culturais entre práticas chinesas e japonesas, e métodos de enfrentamento. Este programa de intervenção de enfermagem demonstrou ser eficaz na prevenção de sintomas depressivos pós-parto.

### 3.2 ESTUDO EXPLORATÓRIO DESCRITIVO

O estudo desenvolvido no âmbito deste trabalho adota um desenho exploratório descritivo, com abordagem quantitativa (Creswell & Creswell, 2018), centrado na análise de dados recolhidos junto de grávidas que participaram num programa de preparação para o nascimento e parentalidade pelo método GentleBirth. Este estudo surge como um complemento à scoping review previamente realizada, tendo como objetivo analisar o impacto de um programa de educação pré-natal na prevenção da depressão pós-parto.

Enquanto a scoping review revelou intervenções eficazes em diferentes contextos internacionais, nomeadamente Tailândia, Japão e Turquia, este estudo pretendeu verificar, na prática, se esses resultados se mantêm num contexto português, com realidades culturais e organizacionais distintas. Além disso, a realização deste trabalho foi fundamental para consolidar as competências metodológicas adquiridas ao longo do mestrado, uma etapa essencial na formação científica e académica, cujo foco está na aprendizagem e aplicação de métodos de investigação.

A escolha de focar este estudo no programa de educação pré-natal justifica-se por várias razões. Entre as intervenções identificadas na scoping review, a educação pré-natal emergiu como uma das abordagens importantes no cuidado perinatal, apresentando potencial para prevenir perturbações emocionais durante a gravidez com resultados no pós-parto. Optar por explorar esta intervenção, em detrimento de outras, permitiu delimitar o campo de estudo, garantindo uma análise mais aprofundada e robusta. Adicionalmente, a realização do estudo em Portugal, através do programa GentleBirth, proporcionou um contexto acessível e próximo da realidade prática, permitindo analisar o impacto desta intervenção num cenário cultural e organizacional específico.

O método GentleBirth foi selecionado devido ao seu alinhamento com os objetivos da investigação, centrados na promoção da saúde mental e na prevenção da depressão pós-parto. Ministrado por um EEESMO com formação específica, este programa destaca-se pela sua abordagem holística, que integra a preparação emocional, apoio psicológico e ferramentas práticas baseadas em evidência científica. Ao combinar múltiplas dimensões

do cuidado perinatal, o GentleBirth mostrou-se representativo de uma intervenção estruturada e centrada na mulher, tornando-o uma escolha relevante para este estudo.

No apêndice IX é possível consultar o projeto de investigação desenvolvido.

### **População e Amostra**

A população deste estudo consistiu em grávidas que frequentaram o programa de preparação para o nascimento e parentalidade na instituição selecionada e aceitaram participar voluntariamente no estudo. A amostra foi definida como não probabilística e de conveniência (Etikan, Musa e Alkassim, 2016), composta por grávidas que assistiram a todas as sessões do programa e assinaram o termo de consentimento informado.

### **Instrumentos de Recolha de Dados**

Foram utilizados dois instrumentos validados para a recolha de dados, aplicados no início e no final do programa de preparação para o nascimento e parentalidade, permitindo a avaliação de mudanças nos níveis de ansiedade e sintomas depressivos das participantes - a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) (Oliveira, Luzetti, Rosalém & Neto, 2022) e a Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP) (Pinto, 2019). Ambas são instrumentos validados para o contexto português, assegurando a sua adequação cultural e linguística às grávidas em Portugal. Estas escalas são amplamente reconhecidas na literatura científica como ferramentas confiáveis para a avaliação da saúde mental no período perinatal.

A EDPE, com uma pontuação que varia entre 0 e 30, identifica sintomas depressivos, sendo que pontuações iguais ou superiores a 12 sugerem risco de depressão pós-parto. Este instrumento é de domínio público, não requerendo autorização prévia para a sua aplicação, o que facilita a sua utilização em contextos clínicos e de investigação.

No que diz respeito à ERAP, que avalia quatro dimensões específicas da ansiedade perinatal (preocupações específicas, perfeccionismo, ansiedade social e ansiedade aguda), apresenta uma pontuação total entre 0 e 93, sendo que valores mais elevados indicam maior gravidade da sintomatologia ansiosa. Por se tratar de um instrumento protegido por direitos de autor, foi necessária a obtenção de autorização para a sua aplicação neste estudo. A respetiva autorização encontra-se anexada ao presente relatório (Anexo II), evidenciando o cumprimento de todos os requisitos éticos e legais.

A totalidade dos instrumentos pode ser consultada no projeto de investigação (Apêndice IX).

### **Procedimentos de Recolha de Dados**

Os dados foram recolhidos presencialmente, numa Unidade Local de Saúde nível I, através do preenchimento anónimo das escalas previamente seleccionadas, realizadas pelas participantes antes do início e após o término do programa. As participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e asseguradas da confidencialidade das informações fornecidas. A assinatura do consentimento informado foi condição essencial para a inclusão no estudo, bem como, a participação em todas as sessões.

A participação no programa GentleBirth como observadora permitiu não apenas compreender a dinâmica do método, mas também avaliar a sua adequação enquanto intervenção para este estudo. Esta experiência enriqueceu a análise ao possibilitar uma visão holística do contexto das participantes, reforçando a pertinência do método no âmbito da promoção da saúde mental na gravidez.

### **Tratamento e análise dos dados**

Os dados recolhidos no âmbito deste estudo foram processados utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 28.0, amplamente reconhecido pela sua robustez e flexibilidade na análise estatística de dados em investigações científicas (Pallant, 2020). Este programa permitiu a organização, exploração e descrição sistemática dos dados obtidos, garantindo o rigor necessário para o tratamento de variáveis relacionadas com a saúde mental perinatal. O tratamento inicial dos dados incluiu a inserção e limpeza dos mesmos, durante a qual as respostas das participantes foram organizadas numa base de dados estruturada no SPSS, assegurando a correta codificação das variáveis e realizando verificações para identificar e corrigir potenciais erros ou omissões nos registos.

Posteriormente, foi realizada uma análise descritiva centrada nos scores das escalas EDPE e ERAP, permitindo observar padrões nos dados e obter uma visão preliminar sobre os níveis de ansiedade e depressão perinatal antes e após a intervenção. Esta análise incluiu o cálculo de medidas de tendência central, como média e mediana, e medidas de dispersão, como o desvio padrão (Field, 2018). A escolha destas técnicas descritivas baseia-se na sua capacidade de sintetizar e apresentar os dados de forma clara e informativa, facilitando a interpretação inicial dos mesmos e servindo como base para análises mais aprofundadas (Dancey & Reidy, 2017).

A amostra deste estudo foi composta por oito participantes, com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos. Em relação à paridade, quatro participantes eram primigestas, quatro eram multigestas. No que diz respeito ao risco obstétrico, sete grávidas tinham gravidez classificada como de baixo risco e uma de alto risco. A maioria das participantes possuía formação académica de nível superior, sugerindo um nível de escolaridade elevado entre o grupo estudado.

Os dados sociodemográficos das participantes são apresentados de forma descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra do estudo; contudo, devido ao tamanho reduzido da amostra e ao desenho exploratório do estudo, não foram realizadas análises estatísticas inferenciais, sendo os resultados interpretados exclusivamente no contexto específico do grupo estudado. Embora essa caracterização tenha fornecido informações relevantes para compreender o perfil das participantes, a dimensão limitada da amostra restringe a generalização dos resultados.

#### Resultados EDPE

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), utilizada para avaliar sintomas depressivos, demonstrou uma diminuição geral nos scores após a intervenção. Com o ajuste para cotação inversa em questões específicas (como "culpabilização sem necessidade"), a média inicial ajustada foi de 0,573, enquanto a média final ajustada foi de 0,362, representando uma redução absoluta de 0,211 pontos e uma diminuição percentual de 36,82%.

Esta melhoria reflete um impacto positivo significativo da intervenção no bem-estar emocional das participantes. Por exemplo, dimensões como a "capacidade de rir e ver o lado divertido das coisas" apresentaram melhoria completa (média inicial = 0,13; média final = 0,00), ilustrando a eficácia em ajudar as participantes a recuperar aspetos positivos do humor.

No entanto, algumas áreas, como "culpabilização sem necessidade" (item com cotação inversa), registaram um ligeiro aumento nos scores (média inicial ajustada = 1,62; média final ajustada = 1,50), sugerindo que podem existir aspetos emocionais específicos que exigem abordagens complementares.

De forma geral, nenhum dos participantes atingiu o limiar de 12 pontos, considerado indicativo de risco de depressão pós-parto, após a conclusão do curso. Estes resultados sublinham o papel do GentleBirth como uma intervenção eficaz na mitigação de

sintomas depressivos, reforçando a resiliência emocional e a capacidade de enfrentar desafios emocionais.

### Resultados ERAP

A Escala de Rastreamento de Ansiedade Perinatal (ERAP) revelou uma redução global nos níveis de ansiedade entre as participantes. A média inicial foi de 0,547 e a média final de 0,450, representando uma diminuição absoluta de 0,097 pontos, equivalente a uma redução percentual de 17,69%.

Dimensões específicas registaram melhorias notáveis, como "preocupação com a gravidez e o bebé" (média inicial = 1,88; média final = 1,38) e "medo que algo aconteça ao bebé" (média inicial = 1,50; média final = 1,13), indicando uma redução da ansiedade relacionada com o período perinatal.

Por outro lado, algumas dimensões apresentaram ligeiros aumentos, como "ter pensamentos acelerados que dificultam a concentração", cuja média inicial era de 0,00 e aumentou para 0,63. Este resultado pode estar associado a fatores externos ou a desafios específicos enfrentados durante a intervenção, merecendo maior atenção em estudos futuros.

De forma geral, a redução nos scores da ERAP demonstra que a intervenção teve um impacto positivo na mitigação da ansiedade perinatal, proporcionando suporte emocional significativo às participantes. Esta melhoria é especialmente relevante para a saúde mental durante a gravidez, contribuindo para melhores desfechos na saúde materno-fetal.

### Implicações Gerais

A análise combinada dos resultados das escalas EDPE e ERAP sugere que o programa de educação pré-natal GentleBirth teve um impacto positivo na redução dos níveis de ansiedade e sintomas depressivos, contribuindo para um melhor bem-estar emocional das participantes. No entanto, o tamanho reduzido da amostra restringe a possibilidade de extrapolar estes resultados para a população geral. Estudos futuros, com amostras maiores e mais diversificadas, serão necessários para validar as conclusões observadas neste estudo. Apesar desta limitação, os dados obtidos reforçam a relevância de intervenções como os programas de educação pré natal, e em específico o GentleBirth, na promoção da saúde mental perinatal, oferecendo *insights* importantes para a prática do EEESMO e para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais abrangentes.

Os achados, tratados com recurso ao software SPSS, encontram-se apresentados no apêndice X, onde é possível consultar uma tabela resumo dos dados de cada escala, bem como os dados discriminados por item. Esta organização visa proporcionar uma análise detalhada, clara e objetiva dos resultados obtidos.

#### 4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

A análise integrada dos resultados da scoping review e do trabalho de campo reforça a eficácia das intervenções voltadas para a promoção da saúde mental perinatal e prevenção da depressão pós-parto, estas intervenções destacam-se pela sua relevância na prática clínica do EEESMO. A scoping review identificou várias abordagens, incluindo visitas domiciliares, programas de educação pré-natal, programas de suporte psicológico, treino em massagem infantil e serviços de consultadoria via mHealth. Embora estas intervenções tenham sido amplamente aplicadas em contextos internacionais, como na Tailândia, Japão e Turquia, os resultados demonstraram consistentemente o seu impacto positivo na redução de sintomas depressivos e ansiosos. Este sucesso reforça o potencial de adaptar e integrar estas práticas na realidade portuguesa, respeitando as especificidades culturais e organizacionais locais.

Recorrendo à Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), observa-se que a promoção de uma transição bem-sucedida para a maternidade exige intervenções estruturadas que atendam às dimensões físicas, emocionais e sociais das mulheres. Neste contexto, o programa GentleBirth exemplifica uma abordagem que integra suporte emocional e educativo, alinhando-se com as necessidades identificadas pela Teoria de Meleis (2010). Os resultados deste programa, descrito neste estudo, oferecem suporte prático e emocional que facilita a adaptação das mulheres aos desafios da maternidade. Esta visão é corroborada pelas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), que destacam a importância de intervenções humanizadas e baseadas em evidência para promover a saúde mental perinatal. Entre estas intervenções, incluem-se o suporte educativo e emocional, como o proporcionado pelo método GentleBirth, e a utilização de tecnologias digitais, como o mHealth, para ampliar o acesso a cuidados, especialmente em áreas com recursos limitados.

Os achados deste estudo também se alinham com investigações recentes, como as de Shorey e Chan (2020), que sublinham o impacto positivo de intervenções educativas e de suporte psicológico na redução de ansiedade, *stress* e sintomas depressivos em mulheres no período perinatal. Estas estratégias têm-se mostrado eficazes na promoção do bem-estar

emocional e na adaptação ao papel materno, enfatizando a necessidade de uma abordagem centrada nas necessidades individuais das mulheres. No domínio das tecnologias de saúde, Zhao et al. (2021) destacam o papel crescente das ferramentas digitais no suporte contínuo e personalizado às mulheres, permitindo a oferta de recursos educativos e emocionais em tempo real, especialmente em contextos com escassez de recursos.

A depressão pós-parto, como referido pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2006), é um transtorno mental de alta prevalência, que afeta entre 10 e 15% das mulheres. Esta condição é caracterizada por alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, podendo surgir durante todo o primeiro ano após o parto, sendo mais frequente a partir do segundo mês. Os fatores de risco incluem antecedentes psiquiátricos pessoais ou familiares, gravidez não desejada, falta de suporte sociofamiliar e condições de adversidade socioeconómica. Além disso, a ansiedade elevada durante a gravidez foi identificada como um dos maiores preditores de depressão pós-parto (Biaggi et al., 2016; Silva et al., 2019). Estes dados reforçam a importância de intervenções precoces para mitigar os riscos associados.

O trabalho de campo deste estudo centrou-se na implementação do programa de preparação para o nascimento e parentalidade pelo método GentleBirth, enquanto programa de educação pré-natal previamente identificado como eficaz pela scoping review. Os resultados confirmaram o impacto positivo desta intervenção, demonstrado pela redução nos escores das escalas EDPE e ERAP após a participação das grávidas no programa. Estes dados corroboram estudos como o de Çankaya e Şimşek (2020), que evidenciam a eficácia dos programas de educação pré-natal na redução de ansiedade, depressão e *stress*, além de promoverem a autoconfiança materna e uma preparação positiva para o parto. Embora o tamanho reduzido da amostra limite a generalização dos resultados, tal como referido anteriormente, o estudo oferece *insights* valiosos para a prática do EEESMO, evidenciando que os programas de educação pré-natal podem ser ferramentas fundamentais para a promoção da saúde mental perinatal. Estas intervenções capacitam as mulheres para enfrentarem melhor os desafios emocionais e físicos da gravidez e do pós-parto, reforçando o papel do EEESMO como facilitador de uma experiência perinatal mais saudável.

Adicionalmente, a scoping review destacou a relevância de intervenções complementares, como programas de suporte psicológico e consultadoria via mHealth, que são particularmente úteis em contextos com recursos de saúde mental limitados. As

tecnologias digitais permitem alcançar populações mais amplas, oferecendo suporte emocional e educativo contínuo por meio de plataformas acessíveis e eficazes.

O regulamento das competências específicas do EEESMO (OE, 2019) reforça o papel deste profissional na conceção, implementação e avaliação de programas que promovam a saúde mental perinatal, evidenciando a necessidade de uma prática baseada em evidência científica. Os resultados deste estudo destacam que intervenções como os programas de educação pré-natal e outras identificadas na scoping review devem ser integradas de forma consistente na prática clínica para melhorar os desfechos na saúde mental perinatal. Para fortalecer a prática do EEESMO, é crucial investir na formação contínua, garantindo a atualização de conhecimentos e a aquisição de competências para implementar intervenções eficazes. Além disso, o desenvolvimento de protocolos clínicos padronizados, baseados em evidência, assegura a uniformidade e qualidade das intervenções. O uso expandido de tecnologias de saúde digital, como o mHealth, surge como uma estratégia essencial para promover a equidade no acesso aos cuidados e suporte emocional. Por fim, fomentar uma prática colaborativa, envolvendo outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, permitirá criar redes de suporte integradas e abrangentes.

Conclui-se que o programa de educação pré-natal baseado no método GentleBirth demonstrou ser uma intervenção eficaz na promoção da saúde mental das grávidas participantes, reforçando a sua relevância na prática do EEESMO. Assim, este estudo contribui para consolidar o papel do EEESMO na implementação de intervenções baseadas em evidência, promovendo a saúde mental perinatal e melhorando os desfechos para mães e recém-nascidos.

## 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento deste relatório de estágio e do trabalho de campo subjacente ao mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica foi conduzido com rigor ético e legal, em conformidade com os princípios deontológicos e normativos aplicáveis à prática de enfermagem. Foram respeitados o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2005) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015), que orientam a atuação ética dos profissionais de enfermagem, especialmente no que diz respeito à proteção dos direitos e da dignidade das pessoas envolvidas.

No âmbito do trabalho de campo, foram tomadas medidas específicas para assegurar o cumprimento das normas éticas e legais. Antes de iniciar a recolha de dados, foi apresentada à Comissão de Ética da unidade local de saúde onde se aplicou o estudo toda a documentação solicitada, tendo sido obtida a autorização formal para o desenvolvimento do mesmo, a qual se encontra no anexo III. Além disso, foi obtido o consentimento informado das grávidas que participaram voluntariamente no estudo, assegurando a transparência e o respeito pelos seus direitos. Este documento que pode ser consultado no projeto de investigação (Apêndice IX) explicitou o propósito do estudo e as garantias de confidencialidade e anonimato na utilização dos dados recolhidos, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (União Europeia, 2016). Relativamente ao instrumento de recolha de dados utilizado, nomeadamente a Escala de Rastreo de Ansiedade Perinatal, tal como foi referido anteriormente foi previamente solicitada e obtida a devida autorização para a sua utilização (Anexo II), assegurando a conformidade ética e legal no uso de ferramentas científicas. Este procedimento destaca a preocupação em respeitar os direitos de propriedade intelectual dos autores da escala e em garantir a sua aplicação de forma legítima no contexto do estudo.

Por fim, destaca-se que o relatório de estágio também é elaborado no respeito pelas boas práticas na produção científica, seguindo as normas éticas para a redação de trabalhos académicos, incluindo a citação rigorosa de fontes e a integridade no tratamento e apresentação dos dados. Estas considerações reforçam o compromisso com uma prática de enfermagem baseada em evidências, ética e orientada para a promoção da saúde e bem-estar das pessoas envolvidas.

## 6. CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio reflete o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, integrando as aprendizagens teóricas, práticas e de investigação realizadas ao longo deste processo. Durante o estágio, foram explorados os diversos contextos da prática clínica do EEESMO, com especial ênfase na promoção da saúde mental perinatal e na prevenção da depressão pós-parto.

A realização de uma scoping review permitiu mapear as intervenções baseadas em evidência para a prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez, identificando cinco principais estratégias: visitas domiciliárias, programas de educação pré-natal, programas de suporte psicológico, treino em massagem infantil e serviços de consultadoria via mHealth. Estes achados sublinham a relevância do papel do EEESMO na implementação de intervenções de enfermagem autónomas que promovam o bem-estar emocional e a saúde mental no período perinatal, nomeadamente no âmbito da prevenção da depressão pós-parto, destacando a importância de uma prática fundamentada em evidência científica.

Complementando esta revisão, foi realizado um trabalho de campo no contexto nacional, que avaliou a eficácia do programa de preparação para o nascimento e parentalidade pelo método GentleBirth como intervenção de educação pré-natal. Os resultados obtidos demonstraram uma redução significativa nos níveis de ansiedade e sintomas depressivos das participantes, reforçando a relevância desta abordagem para a prática do EEESMO em Portugal. Apesar das limitações associadas ao reduzido tamanho da amostra, os dados obtidos oferecem contributos valiosos para a compreensão do impacto de intervenções específicas no bem-estar emocional das grávidas.

Durante o estágio, considero que foram consolidadas competências específicas do EEESMO, incluindo o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidência científica e a prestação de cuidados especializados que integram dimensões técnicas, educativas e emocionais. A experiência permitiu ainda o aprofundamento de competências investigativas, reflexivas e relacionais, promovendo uma prática holística e centrada na mulher e na família, alinhada com os princípios da enfermagem de saúde materna e obstétrica.

As considerações éticas e deontológicas foram rigorosamente respeitadas, tanto na elaboração do relatório como na condução do trabalho de campo, garantindo a confidencialidade e os direitos das participantes. Este compromisso ético reflete o profissionalismo e a responsabilidade inerentes ao exercício da enfermagem especializada.

Conclui-se que o percurso desenvolvido, incluindo o estágio e o desenvolvimento deste relatório, constituiu uma etapa fundamental na formação como EEESMO, proporcionando a aquisição de competências técnico-científicas e o desenvolvimento de uma prática mais consciente, humanizada e integrada. Além disso, os resultados obtidos apontam para a necessidade de aprofundar a investigação e implementar estratégias preventivas na saúde mental perinatal, promovendo uma prática clínica que responda de forma eficaz e contextualizada às necessidades das mulheres, famílias e comunidades.

Contudo, a inclusão de intervenções complementares, identificadas na scoping review, permitirá uma abordagem mais holística e adaptada às necessidades específicas de cada mulher. A continuidade da investigação nesta área é crucial para validar estas estratégias e expandir as possibilidades de intervenção, promovendo a saúde mental perinatal de forma sustentável e baseada em evidência científica.

Por fim, destaca-se a importância de um investimento contínuo na formação dos EEESMO, bem como no desenvolvimento de protocolos clínicos baseados em evidência, que integrem intervenções como as tecnologias digitais e o suporte psicológico. Este é um passo essencial para garantir que a prática clínica evolua em consonância com os avanços científicos, assegurando cuidados de saúde de excelência no período perinatal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, O., Barbosa, S., & Silva, Z. (2021). Assistência de enfermagem às mulheres com depressão pós-parto: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 16, e9362. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9362.2021>

Arakawa, Y., Haseda, M., Inoue, K., Nishioka, D., Kino, S., Nishi, D., Hashimoto, H., & Kondo, N. (2023). Effectiveness of mHealth consultation services for preventing postpartum depressive symptoms: a randomized clinical trial. *BMC medicine*, 21(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02918-3>

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>

Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818-829. <https://doi.org/10.1177/1054773820916984>

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Sage Publications.

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2017). *Statistics without maths for psychology*. Pearson Education.

Diário da República. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. *Estabelece o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República, 1.ª série, n.º 156, 4162-4172.

Direção Geral da Saúde. (2006) *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa, Direção-Geral da Saúde

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Orientação n.º 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.

Jin, Q., Mori, E., & Sakajo, A. (2020). Nursing intervention for preventing postpartum depressive symptoms among Chinese women in Japan. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 17(4), e12336. <https://doi.org/10.1111/jjns.12336>

Joanna Briggs Institute. (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza. (2021, novembro). *A saúde mental em Portugal: Um breve retrato epidemiológico* (Boletim No. 7)

Oliveira, T., Luzetti, G., Rosalém, M. & Neto, C. (2022). Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Rastreamento da depressão perinatal através da escala de depressão pós-parto de Edinburgh. *Revista brasileira de ginecologia e obstetria : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria*, 44(5), 452–457. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio). Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 13560 – 13565;

Ordem dos Enfermeiros. (2005) Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE e estatutos da ordem dos enfermeiros. Lisboa, Portugal: OE

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019). Diário da República, 2.ª série, n.º 28

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Organização Mundial da Saúde. (2014). Delayed clamping of the umbilical cord to improve maternal and infant health and nutrition outcomes: Guideline. Genebra: Organização Mundial da Saúde

Organização Mundial da Saúde. (2018). Recomendações da OMS: Cuidados no parto para uma experiência de nascimento positiva. Genebra: Organização Mundial da Saúde

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T E., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E. Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. BMJ, 372 (71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pallant, J. (2020). SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS. McGraw-Hill Education.

Pinto, A. (2019). Escala de rastreio da ansiedade perinatal – validação portuguesa para a gravidez. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Piovesan, C., Gandin, P., Hildebrandt, L. (2020) Depressão Pós-Parto e o Papel da Enfermagem: Uma Análise Reflexiva. XXVIII Seminário de Iniciação Científica

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer

Sangsawang, B., Wacharasin, C., & Sangsawang, N. (2019). Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 215-228. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0901-7>

Shorey, S., & Chan, S. W. C. (2020). A systematic review of predictors of and interventions for postpartum depression and anxiety in fathers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02900-7>

Silva, R., Junior, R., Sampaio, V., Rodrigues, K., & Fronza, M. (2019). Postpartum depression: a case-control study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 34(17), 2801–2806. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1671335>

União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)*. *Jornal Oficial da União Europeia*, L 119, 1-88. Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A02016R0679-20160504>

USF Cartaxo Terra Viva. (2022). *Manual de Boas Práticas: Planeamento Familiar*

Zhao, Y., Zhang, J., Zhang, X., Zhang, Y., Bai, Y., & Wang, Y. (2021). Effectiveness of smartphone-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293, 404-415. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.034>

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE  
MATERNAL E OBSTÉTRICA**

# **Projeto Individual de Estágio**

**Discente:**

Mariana Lopes Mendes

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM  
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E  
RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA  
E OBSTÉTRICA**

# **Projeto Individual de Estágio**

**Discente:**

Mariana Lopes Mendes, N.º 150408055

**Docente:**

Teresa Margarida Carreira

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

BSI/J – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CPPN – Curso de preparação para o parto e nascimento

DPP – Depressão pós-parto

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstétrica

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

IG – Idade Gestacional

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de parto

TRU – Teste Rápido de Urina

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

## ÍNDICE

Introdução.....	4
1. Contextualização .....	5
2. Plano de Atividades.....	6
2.1 ESMO na Comunidade.....	7
2.2 ESMO na Gravidez Patológica.....	18
2.3 ESMO no Puerpério .....	26
2.4 ESMO em Ginecologia.....	31
2.5 ESMO da Sala de Partos.....	37
3. Investigação – Prevenção da Depressão Pós-parto .....	47
3.1 Enquadramento Teórico-Concetual .....	47
3.2 Metodologia.....	49
3.2 Considerações éticas .....	49
4. Considerações Finais.....	50
5. Referências Bibliográficas .....	51

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da unidade curricular (UC) - Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi proposta a realização de um projeto individual de estágio.

Os objetivos de aprendizagem definidos para esta unidade curricular são: Aprofundar o autoconhecimento, a assertividade, a capacidade de tomada de decisão e de resolução de problemas no campo de intervenção, tendo por base os padrões de qualidade, as competências da área de especialização e a prática baseada na evidência; Gerir os cuidados, adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações de cuidados e ao contexto, visando a qualidade dos cuidados especializados em saúde materna e obstétrica; Elaborar o relatório de estágio espelhando uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, de aquisição e desenvolvimento de competências.

Neste ano letivo 2023/2024 e de acordo com o plano de estudos em vigor, esta unidade curricular é desenvolvida em cinco contextos distintos com objetivos específicos adequados ao mesmo:

- A – ESMO na Comunidade;
- B – ESMO na Gravidez Patológica;
- C – ESMO no Puerpério;
- D – ESMO em Ginecologia;
- E – ESMO na Sala de Partos.

Este projeto tem como objetivo planejar as atividades a desenvolver ao longo dos ensinamentos clínicos para atingir os objetivos preconizados pela Escola Superior de Saúde de Santarém e desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO).

Assim, inicialmente é realizada uma breve contextualização da região onde serão realizados os ensinamentos clínicos nomeadamente, do âmbito hospitalar e da comunidade. Posteriormente, é possível consultar o plano das atividades a realizar organizados por contextos. O último capítulo é dedicado à componente de investigação identificando a temática de interesse a desenvolver, bem como, o seu enquadramento teórico-conceitual, a metodologia a desenvolver e as considerações éticas.

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO**

Os ensinamentos clínicos realizados em meio hospitalar, nomeadamente, os contextos: B – ESMO na Gravidez Patológica; C – ESMO no Puerpério; D – ESMO em Ginecologia; E – ESMO na Sala de Partos; serão desenvolvidos num hospital da região de Lisboa e vale do Tejo, que dentro da Rede de Referência Materno-Infantil surge como um hospital de nível I, cuja área de influência engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes. Estes irão decorrer no departamento da Área da Mulher e da Criança, integrado pela área da saúde materna e obstétrica, nomeadamente, as consultas externas de ginecologia: consulta de planeamento familiar, menopausa, infertilidade e patologia do colo, e grávidas: consulta de obstetrícia, incluindo as situações de gravidez patológica e Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG); o internamento de obstetrícia, ginecologia e puerpério, a urgência obstétrica e o bloco de partos. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, médicos da especialidade de ginecologia/obstetrícia, pediatras/neonatalogistas, anestesistas, assistentes operacionais, administrativas, psicóloga e assistente social.

No que concerne ao ensino clínico em contexto da comunidade: A – ESMO na Comunidade, este será desenvolvido numa unidade de cuidados na comunidade pertencente à Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, mais especificamente ao Agrupamento de Centros de Saúde do médio Tejo, a sua área de influência abrange oito freguesias, prestando cuidados de saúde de proximidade em casa e na comunidade (local de trabalho, escolas, instituições, entre outros), a indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência.

## **2. PLANO DE ATIVIDADES**

Ancorado nos objetivos da unidade curricular e nos objetivos específicos de cada ensino clínico é elaborado um plano de atividades para cada contexto. Nos respetivos planos de atividades são definidos objetivos específicos individuais, tendo em conta o regulamento de competências do EEESMO, o regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e os descritores de Dublin que definem competências a desenvolver ao nível do mestrado: aplicação de conhecimento e compreensão, formulação de juízos, competências de comunicação, competências de aprendizagem. Para cada objetivo definem-se as atividades a desenvolver, os recursos necessários e a respetiva calendarização possibilitando assim a concretizam dos mesmos.

No âmbito da prestação de cuidados será utilizada a metodologia científica do processo de enfermagem integrando todas as suas etapas, de acordo com o definido no código deontológico do enfermeiro (2005) que refere que no artigo 5º, alínea 3 que os cuidados de enfermagem são caracterizados por “utilizarem metodologia científica, que inclui: a) a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; b) a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; c) a formulação do diagnóstico de enfermagem; d) a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; e) a execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; f) a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções.” (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005, p. 383-384).

2.1 ESMO NA COMUNIDADE

A – ESMO na Comunidade				
Objetivos Específicos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à mulher/mãe/casal/filho /família, grupos e comunidade em processos de saúde e doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com o enfermeiro coordenador da UCC e enfermeiro cooperante;</li> <li>• Apresentação à equipa multidisciplinar;</li> <li>• Visita ao espaço físico do serviço;</li> <li>• Consulta do manual de acolhimento e protocolos existentes;</li> <li>• Conhecimento da organização e dinâmica da UCC;</li> <li>• Observação participativa na prestação e gestão de cuidados pelo enfermeiro cooperante.</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: A2, C1, D1, D2	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudante</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> <li>• Enfermeiro Cooperante</li> </ul> Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos</li> <li>• Documentação</li> </ul>	1ª Semana de estágio
Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca do planeamento familiar, educação sexual e saúde preconcepcional, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/ casal/ família na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: B3, C1, D2  Competências do EEESMO:	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul>	Ao longo do estágio

<p>inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito da educação sexual e saúde preconcecional</li> <li>• Promoção de decisão esclarecida na matéria de planeamento familiar e preconcecional;</li> <li>• Observação e colaboração na realização de procedimentos ginecológicos</li> <li>• Observação e colaboração na realização de rastreios</li> <li>• Esclarecimento da mulher sobre os métodos contraceptivos disponíveis e fornecimento dos mesmos</li> <li>• Observação e colaboração na colocação de implantes e dispositivo ou sistema intrauterinos</li> <li>• Realização dos registos de enfermagem no programa informático e boletim de Planeamento Familiar</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/casal</li> </ul>	<p>1.1, 1.2, 1.3</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> </ul> <p>Boletim de vacinas.</p>	
---	--	----------------------	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenciar situações que exijam outra área de atuação;</li> <li>• Assegurar um ambiente de trabalho seguro</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher/ família e comunidade na área de saúde materna e obstétrica no período pré-natal;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca da vigilância pré-natal, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/ casal/ família na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Participação nas atividades desenvolvidas no CPPN em conjunto com a enfermeira cooperante</li> <li>• Estruturação da consulta de enfermagem consoante a idade gestacional</li> <li>• Cálculo da Idade Gestacional (IG) e Data Prevista para o Parto (DPP)</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 2.1, 2.2, 2.3.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Fita métrica;</li> <li>• Material para realização de CTG;</li> <li>• Doppler;</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação física da grávida</li> <li>• Avaliação fetal</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito da gravidez, adequada à idade gestacional</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito da saúde mental da grávida</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a grávida/ casal/ família</li> <li>• Promoção de decisão esclarecida na matéria de saúde pré-natal;</li> <li>• Promoção do plano de parto, aconselhamento;</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a mulher/ casal/ família</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> <li>• Realização dos registos no programa informático e boletim de Saúde da Grávida</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/casal/ família</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material para realização de TRU</li> <li>• Boletim de vacinas;</li> <li>• BSG.</li> </ul>	
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar um ambiente de trabalho seguro</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher/filho/família e comunidade na área de saúde materna e obstétrica no período pós-natal /puerpério;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca da vigilância pós-natal e cuidados ao RN, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/filho/família na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Estruturação da consulta de enfermagem à puérpera/ casal e RN</li> <li>• Participação na visita domiciliária para realização do Diagnóstico Precoce e observação do RN e puérpera</li> <li>• Avaliação física da puérpera</li> <li>• Avaliação do RN</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito do puerpério e cuidados ao RN</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ RN/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Termómetro;</li> <li>• Fita métrica;</li> <li>• Boletim de vacinas;</li> <li>• BSI/J.</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação para a saúde no âmbito da saúde mental da puérpera</li> <li>• Promoção do aleitamento materno</li> <li>• Apoio e avaliação do processo de transição para a parentalidade</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a puérpera/ casal/ família</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> <li>• Promoção de decisão esclarecida na matéria de saúde pós-natal e cuidados ao RN;</li> <li>• Realização dos registos no programa informático e no boletim de Saúde Infantil</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/casal/ família</li> <li>• Assegurar um ambiente de trabalho seguro</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca do climatério e menopausa, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1,</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

<p>prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e menopausa;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento da mulher/ casal na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Estruturação da consulta de enfermagem à mulher/ casal</li> <li>• Avaliação física da mulher</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito do processo de transição à menopausa e do período do climatério</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a mulher/ casal</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> <li>• Promoção de decisão esclarecida;</li> <li>• Colaboração na realização de procedimentos ginecológicos</li> <li>• Observação e colaboração da realização de rastreios</li> <li>• Realização dos registos no programa informático</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a</li> </ul>	<p>A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências do EEESMO: 5.1, 5.2, 5.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Boletim de vacinas.</li> </ul>	
--	--	--	--	--

	<p>mulher/ casal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar um ambiente de trabalho seguro</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento em matéria de ginecologia, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/ casal na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Estruturação da consulta de enfermagem à mulher/ casal</li> <li>• Avaliação física da mulher</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito do processo de saúde/doença ginecológica</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a mulher/ casal</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências do EEESMO: 6.1, 6.2, 6.3</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Boletim de vacinas.</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção de decisão esclarecida;</li> <li>• Colaboração na realização de procedimentos ginecológicos</li> <li>• Observação e colaboração da realização de rastreios</li> <li>• Realização dos registos no programa informático</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/ casal</li> <li>• Assegurar um ambiente de trabalho seguro</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e comunicacionais ao nível da educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca da prevenção da depressão pós-parto, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento dos grupos alvo</li> <li>• Identificar as necessidades do grupo alvo e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> <li>• Observação e colaboração no CPPN, consultas de enfermagem e outras situações relevantes para o processo</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências do EEESMO: 7.1, 7.2, 7.3</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante</li> <li>• Grupo alvo</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

	<p>de aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com o grupo alvo</li> <li>• Elaboração de um plano de sessão de educação para a saúde</li> <li>• Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da depressão pós parto, com validação e aprovação da enfermeira cooperante e professora orientadora</li> </ul>			
Desenvolver a capacidade crítica e reflexiva da prática de cuidados, e de autoavaliação;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão diária sobre a minha prestação de cuidados na área de saúde materna e obstétrica</li> <li>• Realização de discussão e reflexão com a enfermeira cooperante e equipa multidisciplinar sobre a minha atuação em estágio, de modo, a evoluir positivamente;</li> <li>• Utilização de evidência científica na prática de cuidados;</li> <li>• Avaliação e autoavaliação da prestação de cuidados prestados ao longo do estágio</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: B2, C1, D1, D2.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> </ul> Estudante.	Ao longo do estágio
Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas no domínio da gestão e qualidade dos cuidados;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar</li> <li>• Verificação dos equipamentos e disposição do material, rentabilização dos mesmos, verificação dos prazos de validade e reposição</li> <li>• Consulta do plano de distribuição de trabalho</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: B3, C1, C2	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> </ul> Estudante.	Ao longo do estágio

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeamento e priorização de cuidados de forma a gerir tempo e recursos disponíveis</li> <li>• Conhecimento da articulação do serviço com outras instituições de saúde</li> </ul>			
Demonstrar capacidade de utilização dos referenciais ético-deontológicos da profissão no cuidado à mulher/ casal/ família	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da individualidade de vida da mulher/ casal/ família, tendo em conta as suas crenças, valores e cultura;</li> <li>• Promoção da privacidade e intimidade mulher/ casal/ família;</li> <li>• Defesa dos interesses da mulher/ casal/ família alvo dos cuidados;</li> <li>• Cumprir o dever de sigilo e confidencialidade dos dados             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenção de acordo com o código deontológico dos enfermeiros e com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros;</li> </ul> </li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> </ul> Estudante.	Ao longo do estágio

2.2 ESMO NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA

B – ESMO na Gravidez Patológica				
Objetivos Específicos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Recursos	Competências	Calendarização
Integrar as equipas de saúde prestadoras de cuidados à mulher grávida/feto/família em processos de saúde-doença.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com o enfermeiro coordenador do serviço de obstetria;</li> <li>• Apresentação à equipa multidisciplinar;</li> <li>• Visita ao espaço físico do serviço;</li> <li>• Consulta do manual de acolhimento e protocolos existentes;</li> <li>• Conhecimento da organização e dinâmica do serviço de consultas obstetria;</li> <li>• Observação participativa na prestação e gestão de cuidados pelo enfermeiro cooperante.</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: A2, C1, D1, D2	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudante</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> <li>• Enfermeiro Cooperante</li> </ul> Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos</li> <li>• Documentação</li> </ul>	1ª Semana de estágio
Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/feto/família durante o período pré-natal;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca da vigilância pré-natal, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/ casal/ família na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul>	Ao longo do estágio

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Participação nas atividades desenvolvidas no CPPN em conjunto com a enfermeira cooperante</li> <li>• Estruturação da consulta de enfermagem consoante a idade gestacional e fatores de risco</li> <li>• Cálculo da Idade Gestacional (IG) e Data Prevista para o Parto (DPP)</li> <li>• Avaliação física da grávida</li> <li>• Avaliação fetal</li> <li>• Realização de cardiotocografia, quando aplicável, e análise e discussão com a enfermeira cooperante acerca da mesma</li> <li>• Colaboração na realização de exames obstétricos;</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito da gravidez adequados à idade gestacional</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito da patologia associada à gravidez</li> </ul>	<p>Competências específicas do EEESMO: 2.1, 2.2, 2.3.</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Fita métrica;</li> <li>• Material para realização de CTG;</li> <li>• Doppler;</li> <li>• Material para realização de TRU</li> <li>• Boletim de vacinas;</li> <li>• BSG.</li> </ul>	
--	--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Educação para a saúde no âmbito da saúde mental da grávida</li><li>• Apoiar emocional e psicologicamente a grávida/ casal/ família</li><li>• Promoção de decisão esclarecida na matéria de saúde pré-natal;</li><li>• Promoção do plano de parto, aconselhamento;</li><li>• Apoiar emocional e psicologicamente a mulher/ casal/ família</li><li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li><li>• Realização dos registos no programa informático e boletim de Saúde da Grávida</li><li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/casal/ família</li><li>• Assegurar um ambiente de trabalho seguro</li></ul>			
--	--	--	--	--

<p>Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade que vivência o processo de interrupção voluntária da gravidez;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca da legislação e procedimento de interrupção voluntária da gravidez, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/ casal/ família na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/casal/ família</li> <li>• Avaliação física da mulher</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a mulher/ casal/ família</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências do EEESMO: 2.1, 2.2, 2.3.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira orientadora;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Grávida/casal/ família</li> <li>• Estudante.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Ecógrafo;</li> <li>• Métodos contraceptivos;</li> <li>• Folhas de Registo</li> </ul>	<p>Ao longo do Estágio</p>
---	---	--	---	----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração na realização de ecografia obstétrica para validação de gravidez intrauterina e evolutiva, estimando-se a idade gestacional;</li> <li>• Educação para a saúde acerca do processo de IVG</li> <li>• Validação de consentimento informado, livre e esclarecido relativo ao processo de IVG/aborto</li> <li>• Administração terapêutica e ensino da administração da medicação no domicílio</li> <li>• Esclarecimento da mulher sobre os métodos contraceptivos disponíveis</li> <li>• Sensibilização para a importância das consultas de planeamento familiar</li> <li>• Observação e colaboração na colocação de implantes e dispositivo ou sistema intrauterinos</li> <li>• Realização de registos de enfermagem em formato de papel para assegurar a confidencialidade dos dados da utente.</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e comunicacionais ao nível da educação para a saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca da prevenção da depressão pós-parto, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista:</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

<p>em grupo e/ou ações de formação em serviço</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento dos grupos alvo</li> <li>• Identificar as necessidades do grupo alvo e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> <li>• Participação no CPPN pelo método gentle birth, consultas de enfermagem e outras situações relevantes para o processo de aprendizagem</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com o grupo-alvo</li> <li>• Elaboração de um plano de sessão de educação para a saúde</li> <li>• Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da depressão pós parto, com validação e aprovação da enfermeira cooperante e professora orientadora</li> </ul>	<p>A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências do EEESMO: 7.1, 7.2, 7.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante</li> <li>• Grupo alvo</li> </ul>	
<p>Desenvolver a capacidade crítica e reflexiva da</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão diária sobre a minha prestação de cuidados na área de saúde materna e obstétrica</li> </ul>	<p>Competências comuns do</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> </ul>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Ao longo do estágio</p>

<p>prática de cuidados, e de autoavaliação;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de discussão e reflexão com a enfermeira cooperante e equipa multidisciplinar sobre a minha atuação em estágio, de modo, a evoluir positivamente;</li> <li>• Utilização de evidência científica na prática de cuidados;</li> <li>• Avaliação e autoavaliação da prestação de cuidados prestados ao longo do estágio</li> </ul>	<p>enfermeiro especialista: B2, C1, D1, D2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	
<p>Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas no domínio da gestão e qualidade dos cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar</li> <li>• Verificação dos equipamentos e disposição do material, rentabilização dos mesmos, verificação dos prazos de validade e reposição</li> <li>• Consulta do plano de distribuição de trabalho</li> <li>• Planeamento e priorização de cuidados de forma a gerir tempo e recursos disponíveis</li> <li>• Conhecimento da articulação do serviço com outras instituições de saúde</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B3, C1, C2</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>
<p>Demonstrar capacidade de utilização dos referenciais ético-deontológicos da profissão no cuidado à mulher/ casal/ família</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da individualidade de vida da mulher/ casal/ família, tendo em conta as suas crenças, valores e cultura;</li> <li>• Promoção da privacidade e intimidade mulher/ casal/ família;</li> <li>• Defesa dos interesses da mulher/ casal/ família alvo dos cuidados;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cumprir o dever de sigilo e confidencialidade dos dados</li><li>• Intervenção de acordo com o código deontológico dos enfermeiros e com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros;</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Estudante.</li></ul>	
--	--	--	--	--

2.3 ESMO NO PUERPÉRIO

C – ESMO no Puerpério				
Objetivos Específicos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
Integrar as equipas de saúde prestadoras de cuidados à mulher puérpera/recém-nascido/casal integrados na família em processos de saúde-doença.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com o enfermeiro coordenador do serviço de obstetria e enfermeiro cooperante;</li> <li>• Apresentação à equipa multidisciplinar;</li> <li>• Visita ao espaço físico do serviço;</li> <li>• Consulta do manual de acolhimento e protocolos existentes;</li> <li>• Conhecimento da organização e dinâmica do serviço de obstetria;</li> <li>• Observação participativa na prestação e gestão de cuidados pelo enfermeiro cooperante.</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: A2, C1, D1, D2	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudante</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> <li>• Enfermeiro Cooperante</li> </ul> Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos</li> <li>• Documentação</li> </ul>	1ª Semana de estágio
Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN/puérpera/família	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca da vigilância pós-natal e cuidados ao RN, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/filho/família na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ RN/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul>	Ao longo do estágio

<p>em situação de saúde/doença durante o período pós-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Avaliação física da puérpera</li> <li>• Avaliação do RN</li> <li>• Avaliação da glicémia, caso o RN seja leve para a idade gestacional, grande para a idade gestacional ou filho de mãe com diabetes crónica ou gestacional;</li> <li>• Prestação de cuidados ao RN, quando necessário, por impossibilidade dos pais;</li> <li>• Administração da vacina da hepatite B, no dia da alta, e respetivo registo</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito do puerpério, cuidados ao RN e sinais de alarme</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito da saúde mental da puérpera</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a puérpera/ casal/ família</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e</li> </ul>	<p>Competências específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Termómetro;</li> <li>• Fita métrica;</li> <li>• Boletim de vacinas;</li> <li>• BSI/J.</li> </ul>	
--	---	--	---	--

	<p>referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção de decisão esclarecida na matéria de saúde pós-natal e cuidados ao RN;</li> <li>• Promoção do aleitamento materno</li> <li>• Apoio e avaliação do processo de transição para a parentalidade</li> <li>• Realização dos registos no programa informático e no boletim de Saúde Infantil</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/casal/ família</li> <li>• Assegurar um ambiente de trabalho seguro</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e comunicacionais ao nível da educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca da prevenção da depressão pós-parto, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Identificar as necessidades de formação do serviço</li> <li>• Observação e colaboração em situações relevantes para o processo de aprendizagem</li> <li>• Elaboração de uma formação em serviço sobre uma temática a definir, com validação e aprovação da enfermeira cooperante e professora orientadora</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências do EEESMO:</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante</li> <li>• Grupo alvo</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

		7.1, 7.2, 7.3		
Desenvolver a capacidade crítica e reflexiva da prática de cuidados, e de autoavaliação;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão diária sobre a minha prestação de cuidados na área de saúde materna e obstétrica</li> <li>• Realização de discussão e reflexão com a enfermeira cooperante e equipa multidisciplinar sobre a minha atuação em estágio, de modo, a evoluir positivamente;</li> <li>• Utilização de evidência científica na prática de cuidados;</li> <li>• Avaliação e autoavaliação da prestação de cuidados prestados ao longo do estágio</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: B2, C1, D1, D2.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	Ao longo do estágio
Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas no domínio da gestão e qualidade dos cuidados;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar</li> <li>• Verificação dos equipamentos e disposição do material, rentabilização dos mesmos, verificação dos prazos de validade e reposição</li> <li>• Consulta do plano de distribuição de trabalho</li> <li>• Planeamento e priorização de cuidados de forma a gerir tempo e recursos disponíveis</li> <li>• Conhecimento da articulação do serviço com outras instituições de saúde</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: B3, C1, C2	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	Ao longo do estágio

<p>Demonstrar capacidade de utilização dos referenciais ético-deontológicos da profissão no cuidado à mulher/ casal/ família</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da individualidade de vida da mulher/ casal/ família, tendo em conta as suas crenças, valores e cultura;</li> <li>• Promoção da privacidade e intimidade mulher/ casal/ família;</li> <li>• Defesa dos interesses da mulher/ casal/ família alvo dos cuidados;</li> <li>• Cumprir o dever de sigilo e confidencialidade dos dados</li> <li>• Intervenção de acordo com o código deontológico dos enfermeiros e com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Ao longo do estágio</p>
--	--	---	--	--

2.4 ESMO EM GINECOLOGIA

D – ESMO em Ginecologia				
Objetivos Específicos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
Integrar as equipas de saúde prestadoras de cuidados à mulher puérpera/recém-nascido/casal integrados na família em processos de saúde-doença.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com o enfermeiro coordenador do serviço de ginecologia e enfermeiro cooperante;</li> <li>• Apresentação à equipa multidisciplinar;</li> <li>• Visita ao espaço físico do serviço;</li> <li>• Consulta do manual de acolhimento e protocolos existentes;</li> <li>• Conhecimento da organização e dinâmica do serviço de consultas no âmbito da ginecologia;</li> <li>• Observação participativa na prestação e gestão de cuidados pelo enfermeiro cooperante.</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: A2, C1, D1, D2	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudante</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> <li>• Enfermeiro Cooperante</li> </ul> Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos</li> <li>• Documentação</li> </ul>	1ª Semana de estágio
Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca do planeamento familiar, educação sexual e saúde preconcepcional, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/ casal/ família na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: B3, C1, D2  Competências do EEESMO:	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul>	Ao longo do estágio

<p>qualidade à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;</p>	<p>formulação de diagnósticos de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Avaliação física da mulher</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito da educação sexual e saúde pré-concecional</li> <li>• Promoção de decisão esclarecida na matéria de planeamento familiar e preconcecional;</li> <li>• Observação e colaboração na realização de procedimentos ginecológicos</li> <li>• Observação e colaboração na realização de rastreios</li> <li>• Esclarecimento da mulher sobre os métodos contraceptivos disponíveis e fornecimento dos mesmos</li> <li>• Observação e colaboração na colocação de implantes e dispositivo ou sistema intrauterinos</li> <li>• Realização dos registos de enfermagem no programa informático e boletim de Planeamento Familiar</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/casal</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a mulher/ casal</li> <li>• Referenciar situações que exijam outra área de atuação;</li> </ul>	<p>1.1, 1.2, 1.3</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Boletim de vacinas.</li> </ul>	
--	--	----------------------	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar um ambiente de trabalho seguro</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e menopausa;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca do climatério e menopausa, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/ casal na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Estruturação da consulta de enfermagem à mulher/ casal</li> <li>• Avaliação física da mulher</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito do processo de transição à menopausa e do período do climatério</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a mulher/ casal</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> <li>• Promoção de decisão esclarecida;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências do EEESMO: 5.1, 5.2, 5.3</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Boletim de vacinas.</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração na realização de procedimentos ginecológicos</li> <li>• Observação e colaboração da realização de rastreios</li> <li>• Realização dos registos no programa informático</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/ casal</li> <li>• Assegurar um ambiente de trabalho seguro</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento em matéria de ginecologia, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/ casal na consulta de enfermagem;</li> <li>• Consulta do processo clínico da pessoa alvo dos cuidados;</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Estruturação da consulta de enfermagem à mulher/ casal</li> <li>• Avaliação física da mulher</li> <li>• Educação para a saúde no âmbito do processo de saúde/ doença ginecológica</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a mulher/ casal</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências do EEESMO: 6.1, 6.2, 6.3</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Boletim de vacinas.</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> <li>• Promoção de decisão esclarecida;</li> <li>• Colaboração na realização de procedimentos ginecológicos</li> <li>• Observação e colaboração da realização de rastreios</li> <li>• Colaboração e observação na realização de colposcopias</li> <li>• Realização dos registos no programa informático</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/ casal</li> <li>• Assegurar um ambiente de trabalho seguro</li> </ul>			
Desenvolver a capacidade crítica e reflexiva da prática de cuidados, e de autoavaliação;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão diária sobre a minha prestação de cuidados na área de saúde materna e obstétrica</li> <li>• Realização de discussão e reflexão com a enfermeira cooperante e equipa multidisciplinar sobre a minha atuação em estágio, de modo, a evoluir positivamente;</li> <li>• Utilização de evidência científica na prática de cuidados;</li> <li>• Avaliação e autoavaliação da prestação de cuidados prestados ao longo do estágio</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: B2, C1, D1, D2.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	Ao longo do estágio
Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista:	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> </ul>	Ao longo do estágio

<p>no domínio da gestão e qualidade dos cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificação dos equipamentos e disposição do material, rentabilização dos mesmos, verificação dos prazos de validade e reposição</li> <li>• Consulta do plano de distribuição de trabalho</li> <li>• Planeamento e priorização de cuidados de forma a gerir tempo e recursos disponíveis</li> <li>• Conhecimento da articulação do serviço com outras instituições de saúde</li> </ul>	<p>B3, C1, C2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	
<p>Demonstrar capacidade de utilização dos referenciais ético-deontológicos da profissão no cuidado à mulher/ casal/ família</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da individualidade de vida da mulher/ casal/ família, tendo em conta as suas crenças, valores e cultura;</li> <li>• Promoção da privacidade e intimidade mulher/ casal/ família;</li> <li>• Defesa dos interesses da mulher/ casal/ família alvo dos cuidados;</li> <li>• Cumprir o dever de sigilo e confidencialidade dos dados</li> <li>• Intervenção de acordo com o código deontológico dos enfermeiros e com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Ao longo do estágio</p>

2.5 ESMO DA SALA DE PARTOS

E – ESMO na Sala de Partos				
Objetivos Específicos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
Integra a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em processos de saúde e doença.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com o enfermeiro coordenador do bloco de partos e urgência obstétrica, e enfermeiro cooperante;</li> <li>• Apresentação à equipa multidisciplinar;</li> <li>• Visita ao espaço físico do serviço;</li> <li>• Consulta do manual de acolhimento e protocolos existentes;</li> <li>• Conhecimento da organização e dinâmica do bloco de partos e urgência obstétrica;</li> <li>• Observação participativa na prestação e gestão de cuidados pelo enfermeiro cooperante.</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: A2, C1, D1, D2	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudante</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> <li>• Enfermeiro Cooperante</li> </ul> Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos</li> <li>• Documentação</li> </ul>	1ª Semana de estágio
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à Mulher/	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca da atuação em situações de urgência obstétrica, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/ casal/ família no serviço de urgência;</li> <li>• Consulta do Boletim de Saúde da Grávida</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Observação e colaboração na priorização de cuidados através do</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul>	Ao longo do estágio

<p>Feto/ Família em contexto de urgência obstétrica</p>	<p>sistema de triagem em vigor no serviço;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Avaliação física da mulher</li> <li>• Avaliação fetal</li> <li>• Apoiar emocional e psicologicamente a mulher/ casal</li> <li>• Colaboração e observação na realização de exames obstétricos;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas da mulher/ casal/ família.</li> </ul>	<p>Competências específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Fita métrica;</li> <li>• Material para realização de CTG;</li> <li>• Doppler;</li> <li>• Material para realização de TRU</li> <li>• Boletim de vacinas;</li> <li>• BSG.</li> </ul>	
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca do 1º estágio do trabalho de parto, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Acolhimento da mulher/ acompanhante no bloco de partos;</li> <li>• Consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG)</li> <li>• Colheita de dados e validação dos mesmos</li> <li>• Conhecer o plano de parto</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Ao longo do estágio</p>

<p>qualidade à mulher/ feto/ família durante o 1º estágio do trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados e formulação de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento de intervenções de enfermagem e priorização das mesmas</li> <li>• Avaliação física da puérpera</li> <li>• Avaliação do bem-estar fetal</li> <li>• Vigilância da progressão do TP</li> <li>• Interpretação dos componentes do TP</li> <li>• Reconhecimento precoce de complicações inerentes a este estágio</li> <li>• Interpretação do registo cardiotocográfico</li> <li>• Avaliação da dor através de escala adequada</li> <li>• Implementação de técnicas não farmacológicas e farmacológicas</li> <li>• Colaboração na realização de analgesia loco-regional</li> <li>• Identificação das condições materno-fetais para a utilização da terapêutica específica do TP</li> <li>• Informação à parturiente/ acompanhante sobre os procedimentos a realizar e evolução do TP;</li> <li>• Apoio emocional e psicológico à mulher/ casal</li> <li>• Identificação dos sinais eminentes de instalação do 2º estágio TP</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e</li> </ul>	<p>Competências específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Fita métrica;</li> <li>• Material para realização de CTG;</li> <li>• Material para realização de TRU</li> <li>• Boletim de vacinas;</li> <li>• BSG.</li> </ul>	
--	--	---	---	--

	<p>referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização dos registos no programa informático e no partograma</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher/ feto/ família durante o 2º estágio do trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca do 2º estágio do trabalho de parto, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Identificação da instalação do 2º estágio do TP</li> <li>• Avaliação física e comportamental da puérpera;</li> <li>• Avaliação do bem-estar fetal</li> <li>• Verificação e preparação do equipamento necessário</li> <li>• Informação à parturiente/ acompanhante sobre os procedimentos a realizar;</li> <li>• Preparação e apoio da mulher/ acompanhante durante esforços expulsivos com estimulação verbal</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> <li>• Realização de manobras para proteger o períneo e auxiliar o nascimento</li> <li>• Realização de episiotomia, se necessário</li> <li>• Pesquisa de circulares cervicais</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Material para realização de CTG;</li> <li>• Trougha de campo cirúrgico para trabalho de parto;</li> <li>• Boletim de vacinas;</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir o cordão umbilical parar de pulsar antes da realização do corte do mesmo</li> <li>• Envolvimento do pai/ acompanhante</li> <li>• Estabelecimento precoce do contato pele a pele entre a díade</li> <li>• Observação e colaboração em partos distócicos</li> <li>• Identificação dos sinais eminentes de instalação do 3º estágio TP</li> <li>• Realização de registos de enfermagem no programa informático, BSG e Boletim de Saúde Infantil</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• BSG.</li> </ul>	
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher/ feto/ família durante o 3º estágio do trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca do 3º estágio do trabalho de parto, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Identificação da instalação do 3º estágio do TP</li> <li>• Informação à parturiente/ acompanhante sobre os procedimentos a realizar;</li> <li>• Identificação dos sinais de dequitação</li> <li>• Identificação do mecanismo de descolamento da placenta</li> <li>• Inspeção da placenta</li> <li>• Inspeção do Cordão</li> <li>• Administração de agentes uterotónicos</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Material para realização de CTG;</li> </ul>	Ao longo do estágio

	<p>referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificação do globo de segurança de pinard</li> <li>• Inspeção do canal de parto</li> <li>• Classificação do tipo de laceração</li> <li>• Identificação dos tecidos a suturar</li> <li>• Execução da reconstrução perineal</li> <li>• Aplicação de gelo na região perineal</li> <li>• Realização de registos de enfermagem no programa informático</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouxa de campo cirúrgico para trabalho de parto;</li> <li>• Boletim de vacinas;</li> <li>• BSG.</li> </ul>	
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher/ feto/ família durante o 4º estágio do trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca do 4º estágio do trabalho de parto, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Informação à parturiente/ acompanhante sobre os procedimentos a realizar;</li> <li>• Avaliação física da puérpera</li> <li>• Avaliação do estado emocional da puérpera</li> <li>• Vigilância da puérpera</li> <li>• Apoio emocional e psicológico à mulher/ casal</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> <li>• Promover a vinculação eficaz com a díade e tríade</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Material para realização de CTG;</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o contacto pele a pele</li> <li>• Promover o aleitamento materno</li> <li>• Transferência para o serviço de internamento de puérperas</li> <li>• Transmissão de informação clínica relevante ao serviço de internamento de puérperas acerca da puérpera, RN e parto</li> <li>• Realização de registos de enfermagem no programa informático</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boletim de vacinas;</li> <li>• BSG.</li> </ul>	
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade ao RN na adaptação à vida extrauterina</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca dos cuidados ao RN e a sua adaptação à vida extrauterina, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Informação prévia à parturiente/ pai/ acompanhante sobre os procedimentos a realizar;</li> <li>• Verificação, aquecimento e preparação da unidade de reanimação do RN</li> <li>• Preparação da roupa do RN;</li> <li>• Verificar a hora exata do nascimento;</li> <li>• Receção do RN em pano aquecido;</li> <li>• Avaliação do índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida;</li> <li>• Observação física e neurológica do RN;</li> <li>• Identificação precoce de complicações e fatores de risco, e referenciação de situações que exijam outra área de atuação;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Mulher/ Família</li> <li>• Estudante</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor;</li> <li>• Balança;</li> <li>• Fita métrica;</li> <li>• Unidade de reanimação;</li> <li>• BSI/J;</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Ao longo do estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração com a equipa multidisciplinar no tratamento do RN com alterações morfológicas e/ou funcionais;</li> <li>• Inspeção do cordão umbilical e laqueação do excedente</li> <li>• Avaliação do peso do RN;</li> <li>• Administração de 1mg de fitomenadiona por via intramuscular</li> <li>• Colocação de pulseira de identificação e antirroubo;</li> <li>• Promover o envolvimento da mãe/ pai/ acompanhante nos cuidados ao RN</li> <li>• Promover a vinculação eficaz com a díade e tríade</li> <li>• Realização de registos de enfermagem no programa informático, BSG e Boletim de Saúde Infantil</li> </ul>			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e comunicacionais ao nível da educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundamento do conhecimento acerca da prevenção da depressão pós-parto, através de pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos lecionados;</li> <li>• Partilha de conhecimentos sobre a temática de investigação definida com as enfermeiras cooperantes e equipa de enfermagem</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências do EEESMO:</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante</li> <li>• Grupo alvo</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>

		7.1, 7.2, 7.3		
Desenvolver a capacidade crítica e reflexiva da prática de cuidados, e de autoavaliação;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão diária sobre a minha prestação de cuidados na área de saúde materna e obstétrica</li> <li>• Realização de discussão e reflexão com a enfermeira cooperante e equipa multidisciplinar sobre a minha atuação em estágio, de modo, a evoluir positivamente;</li> <li>• Utilização de evidência científica na prática de cuidados;</li> <li>• Avaliação e autoavaliação da prestação de cuidados prestados ao longo do estágio</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: B2, C1, D1, D2.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	Ao longo do estágio
Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas no domínio da gestão e qualidade dos cuidados;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar</li> <li>• Verificação dos equipamentos e disposição do material, rentabilização dos mesmos, verificação dos prazos de validade e reposição</li> <li>• Consulta do plano de distribuição de trabalho</li> <li>• Planeamento e priorização de cuidados de forma a gerir tempo e recursos disponíveis</li> <li>• Conhecimento da articulação do serviço com outras instituições de saúde</li> </ul>	Competências comuns do enfermeiro especialista: B3, C1, C2	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	Ao longo do estágio

<p>Demonstrar capacidade de utilização dos referenciais ético-deontológicos da profissão no cuidado à mulher/ casal/ família</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da individualidade de vida da mulher/ casal/ família, tendo em conta as suas crenças, valores e cultura;</li> <li>• Promoção da privacidade e intimidade mulher/ casal/ família;</li> <li>• Defesa dos interesses da mulher/ casal/ família alvo dos cuidados;</li> <li>• Intervenção de acordo com o código deontológico dos enfermeiros e com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros;</li> </ul>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estudante.</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p>
--	---	---	--	----------------------------

### **3. INVESTIGAÇÃO – PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

A gravidez e os primeiros anos de vida da criança são um período sensível e vulnerável, com transformações profundas a nível emocional, relacional, social e económico, com impacto na saúde mental dos intervenientes ao longo do seu ciclo vital, uma vez que, marca o desenvolvimento futuro e as experiências vividas. Nesse sentido, a promoção da saúde mental no período pré e pós-natal é fundamental para potenciar ao casal o estado de equilíbrio que permite a compreensão, interpretação e adaptação ao meio que os rodeia, bem como o estabelecimento de relações significativas (Cepêda, Brito, Heitor, 2005).

Desta forma, tendo em conta as minhas motivações pessoais e o impacto da saúde mental na gravidez e pós-parto, surge a vontade de realizar a investigação a incluir no relatório de estágio no âmbito da prevenção da depressão pós-parto.

#### **3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL**

A gravidez, segundo Nogueira (2016) é uma experiência única marcada por mudanças ao nível físico, psicológico, social e emocional com influência direta no bem-estar materno. Silveira & Ferreira (2011), corroboram referindo que cada mulher vive a sua gravidez de forma única e diferente, de acordo com a sua circunstância social, as suas normas, valores e experiência prévia, a sua emotividade e desenvolvimento psicológico e as suas relações interpessoais. Assim, a mulher grávida experiencia a gravidez como uma combinação de acontecimentos biológicos e psicológicos, que acontecem a par do adequado desenvolvimento do feto, encerrando este processo profundas alterações e reestruturações físicas e psicológicas, impactando na auto percepção da mulher e na sua relação com os outros.

Inerente à gravidez, surge a transição para a parentalidade, que Martins (2013), numa perspetiva de desenvolvimento, refere ser uma passagem para uma nova fase do ciclo de vida do complexo sistema familiar, exigindo uma redefinição de papéis e tarefas, sendo uma transição importante pelo seu carácter irreversível e pelas repercussões que pode ter na saúde dos pais e na saúde e desenvolvimento das crianças.

Todos estes fatores tornam este período da vida da mulher particularmente desafiante, Silva (2022) citando Alves (2020) refere o puerpério como sendo a etapa mais frágil para a ocorrência de perturbações psiquiátricas na mulher. Brockington (2004), refere a depressão como a mais comum das alterações do humor que podem ocorrer durante o período peri-natal.

A depressão pós-parto (DPP), é um transtorno mental de alta prevalência, que atinge 10 a 15% das mulheres e provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, pode surgir durante todo o primeiro ano após o parto, sendo mais frequente a partir do 2.º mês. (Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020; Cepêda, Brito & Heitor, 2005).

Cepêda, Brito & Heitor (2005), no manual de orientação para profissionais de saúde acerca da Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância, referem alguns fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, nomeadamente: antecedentes psiquiátricos pessoais ou familiares, como a depressão; fatores biológicos - diminuição dos níveis hormonais; fatores obstétricos - parto complicado, ou dificuldade em amamentar; fatores psicossociais - gravidez não desejada, falta de suporte sociofamiliar, mãe solteira, mãe adolescente, adversidade socioeconómica, problemas laborais; fatores da criança - prematuridade, morte do bebé, patologia somática, deficiência, temperamento difícil.

No que diz respeito aos sintomas as mesmas autoras, Cepêda, Brito e Heitor (2005), referem: irritabilidade; perturbações alimentares e do sono; sintomas psicossomáticos; choro frequente, desânimo, desespero, sentimento de incapacidade; falta de energia e motivação; desinteresse sexual; ideação suicida.

O EEESMO, uma vez que, acompanha a mulher desde a gravidez até ao puerpério “desempenha um papel crucial na identificação destas psicopatologias (...) sendo por isso a gravidez uma oportunidade única para realizar promoção da saúde mental.” (Rodrigues, 2012, p. 53). Quanto ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2019), também este preconiza nas diferentes unidades de competência que o EEESMO conceba, planeie, coordene, supervisione, implemente e avalie programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez e do puerpério potenciando a parentalidade responsável.

No que concerne ao referencial teórico foi adotada a teoria das transições de Afaf Meleis (2010) que define a transição como “a passagem de uma fase de vida, condição ou

estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções.” (Meleis, 2010, p. 25-26). Segundo Meleis (2010) é um processo psicológico envolvido na adaptação a um evento de mudança, por forma a incorporá-lo. Quanto à sua natureza, a transição pode ser: desenvolvimental como é o caso da transição para a maternidade/paternidade, situacional, de saúde-doença e organizacional. A Enfermagem preocupa-se com o processo e as experiências dos seres humanos submetidos às transições e a sua intervenção deve funcionar como o processo facilitador da transição que promove o bem-estar (Meleis, 2010).

### 3.2 METODOLOGIA

No âmbito da componente de investigação será desenvolvida uma scoping review (SR) tendo como base a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), permitindo mapear a evidência científica referente à temática em estudo.

Nesse sentido, é formulada a seguinte questão de pesquisa:

**Qual o papel do EEESMO na prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez?**

Para além da realização da SR será ainda realizado um trabalho de campo com objetivo de identificar a importância da intervenção do EEESMO na prevenção da depressão pós-parto, sendo o mesmo delineado e desenvolvido oportunamente, sempre com a validação da professora orientadora e enfermeira cooperante.

### 3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao longo do desenvolvimento do relatório e trabalho de campo serão respeitados os princípios éticos e deontológicos definidos, tanto no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2005), como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015).

O trabalho de campo a ser desenvolvido para realização do estudo será precedido de um pedido formal à administração do local onde se desenvolverá o estudo, nomeadamente, à Comissão de Ética.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente projeto de estágio constitui-se como um instrumento fundamental para o desenvolvimento do meu processo de aprendizagem e aquisição de competências no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica, permitindo organizar e estruturar as atividades a desenvolver para atingir os objetivos desta unidade curricular.

Este projeto, sendo um instrumento organizador e de planeamento poderá sofrer alterações consoante o decorrer do ensino clínico nos diferentes contextos, podendo surgir novas atividades que me permitam enriquecer o meu processo formativo.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brockington, I. (2004) Postpartum psychiatric disorders. *THE LANCET*, 363: 303-310

Cepêda, T., Brito, I., Heitor, M. (2005) Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa, Direção-Geral da Saúde;

Martins, C. (2013). A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Acedido em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/9420>;

Meleis, A. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Pub. Co.;

Nogueira, C. (2016). A mulher com risco de depressão pós-parto: Intervenção do enfermeiro de família. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Aveiro);

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744 – 4750;

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 13560 – 13565;

Ordem dos Enfermeiros. (2005) Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE e estatutos da ordem dos enfermeiros. Lisboa, Portugal: OE;

Piovesan, C., Gandin, P., Hildebrandt, L. (2020) Depressão Pós-Parto e o Papel da Enfermagem: Uma Análise Reflexiva. XXVIII Seminário de Iniciação Científica;

Rodrigues, C (2012) A depressão pós-parto: Papel do EESMO na sua prevenção. Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras, 12: p51-57

Silva, M. (2022) Saúde Mental em contexto de pandemia. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, enquanto facilitador dos processos adaptativos ao longo do ciclo vital. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Beja)

Silveira, C. & Ferreira, M. (2011). Auto-Conceito da Grávida – Factores Associados. *Millenium*, 40: 53-67;

**APÊNDICE II – PLANO DE SESSÃO: SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A  
SAÚDE NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E  
OBSTÉTRICA  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM  
EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA  
ANO LETIVO 2023/2024**

**PLANO DE SESSÃO – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ÂMBITO DA  
PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**LOCAL:** Consulta externa de obstetrícia do

**AUTOR:** Mariana Mendes;

**TEMA:** Prevenção da depressão pós-parto;

**DATA:** 17/10/2023; 18/10/2023; 19/10/2023; 25/10/2023; 31/10/2023;

**DURAÇÃO:** 25 minutos.

**OBJETIVO GERAL:**

- ❖ Sensibilizar as grávidas/casal para a importância da prevenção da depressão pós-parto.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ❖ Explicar o conceito de depressão pós parto, destacando a diferença entre “baby blues” e depressão pós-parto;
- ❖ Identificar fatores de risco associados à depressão pós-parto;
- ❖ Reconhecer sintomas e sentimentos de depressão pós-parto;
- ❖ Discutir estratégias de prevenção da depressão pós-parto;
- ❖ Promover o autocuidado e autoconsciência comportamental.

<b>Etapa</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Método</b>	<b>Preletor</b>
<b>Introdução</b>	<b>10'</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Auscultação da grávida/casal;</li> <li>❖ Introdução sobre ao tema.</li> </ul>	<b>Interativo</b>	<b>Mariana Mendes</b>
<b>Desenvolvimento</b>	<b>10'</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Exploração do conceito de depressão pós parto;</li> <li>❖ Diferenciação entre “baby blues” e depressão pós-parto;</li> <li>❖ Identificação de fatores de risco associados à depressão pós-parto;</li> <li>❖ Enumeração e explicitação de sintomas e sentimentos de depressão pós-parto;</li> <li>❖ Discussão de estratégias de prevenção da depressão pós-parto;</li> <li>❖ Reflexão sobre a importância do autocuidado e autoconsciência comportamental.</li> </ul>	<b>Interativo</b>	<b>Mariana Mendes</b>
<b>Conclusão</b>	<b>5'</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<b>Interativo</b>	<b>Mariana Mendes</b>

**APÊNDICE III – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE DEPRESSÃO PÓS-  
PARTO**

## FATORES DE RISCO

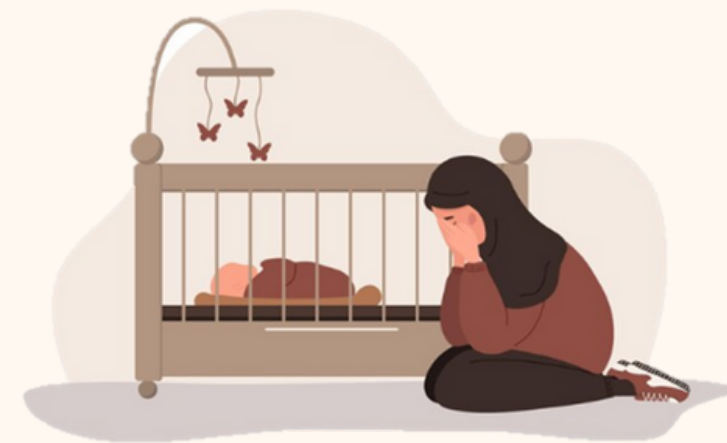
- Psiquiátricos: história anterior de depressão ou de depressão pós-parto (da própria pessoa ou na família);
- Físicos: diminuição dos níveis hormonais, saúde física deficiente (obesidade, hipertensão antes ou pós-parto);
- Obstétricos: parto complicado, dificuldade em amamentar, medo do parto;
- Falta de suporte sociofamiliar e financeiro (mãe solteira ou com falta de suporte do parceiro, mãe jovem, adversidade socioeconómica, problemas laborais);
- Criança: prematuridade, morte do bebé, deficiência, temperamento difícil.



ENF. MARIANA MENDES

Aluna da Especialidade de Saúde  
Materna e Obstétrica

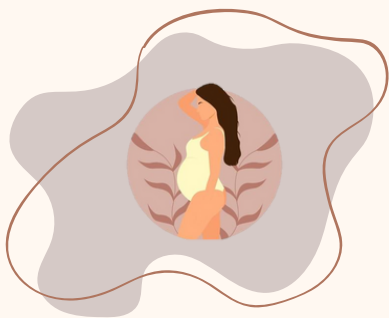
# DEPRESSÃO PÓS-PARTO



## O QUE É?

A depressão pós-parto caracteriza-se por sinais prolongados de tristeza, perda de interesse em atividades diárias, ansiedade e irritabilidade. Afeta entre 10 a 15% das mães, podendo surgir um pouco antes do parto e/ou durante todo o primeiro ano após o parto. Contudo, é mais frequente o seu início até 4 meses após o parto.

A depressão pós-parto tem impacto na saúde da mãe, na relação com o bebê e no desenvolvimento futuro da criança. Por isso, em conjunto com o apoio terapêutico, da família e social, é importante que a depressão seja diagnosticada o quanto antes, ajudando a minimizar os riscos associados.



## BABY BLUES VS. DEPRESSÃO PÓS-PARTO

O Baby Blues trata-se de um conjunto de alterações do humor, que se relacionam com o reequilíbrio hormonal que ocorre após o parto. Os sintomas são mais ligeiros que a depressão pós-parto.

Afeta até 80% das recém-mamãs, sendo comum entre o 3º e 5º dia após o parto, e tende a desaparecer espontaneamente nas primeiras 2 semanas de pós-parto.

## MEDIDAS DE PREVENÇÃO

- Faça uma alimentação equilibrada e coma várias vezes ao dia. Evite bebidas alcoólicas;
- Realize alguma atividade física no seu dia, como um passeio no parque com o bebê;
- Crie expectativas realistas. É perfeitamente normal que não consiga levar a cabo todas as tarefas que fazia antes;
- Reserve algum tempo só para si. Peça a alguém da sua confiança que fique a tomar conta do bebê e realize algo que a faça sentir-se bem;
- Meditação ou outras técnicas de relaxamento podem ser úteis;
- É importante que o casal tenha alguns momentos a sós, sem o bebê;
- Se algo não correr como deseja, tente manter uma atitude positiva;
- Partilhe o que está a sentir e evite isolar-se.

**PEDIR AJUDA  
ESPECIALIZADA!**

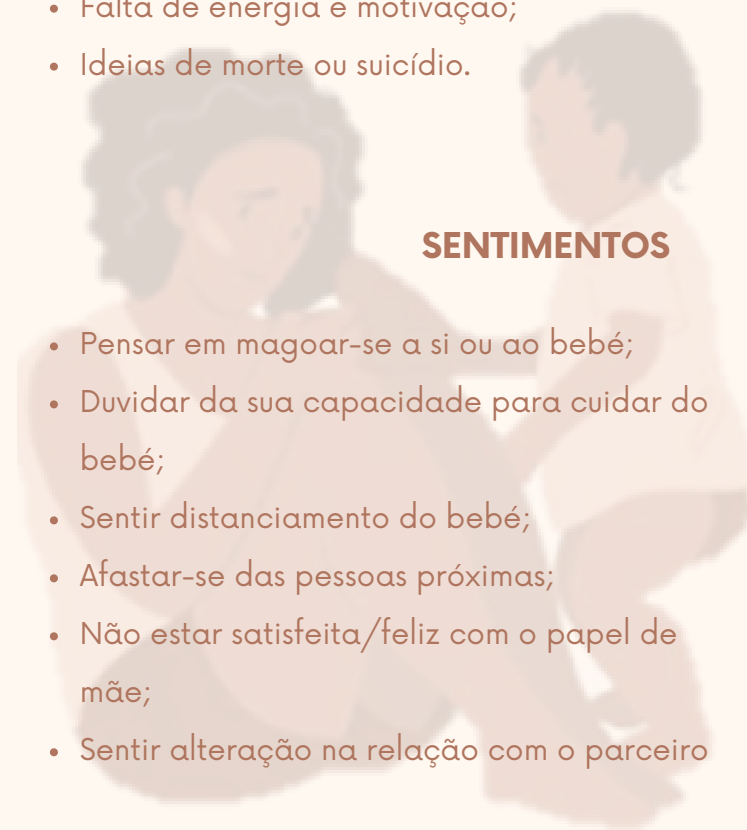
NO SEU HOSPITAL OU CENTRO DE SAÚDE

## SINTOMAS

- Diminuição do interesse ou incapacidade para tarefas diárias;
- Tristeza prolongada, irritabilidade e choro fácil;
- Ansiedade e agitação;
- Perturbações alimentares;
- Perturbações do sono;
- Sentimentos de culpa ou baixa autoestima;
- Falta de memória e dificuldade de concentração;
- Falta de energia e motivação;
- Ideias de morte ou suicídio.

## SENTIMENTOS

- Pensar em magoar-se a si ou ao bebê;
- Duvidar da sua capacidade para cuidar do bebê;
- Sentir distanciamento do bebê;
- Afastar-se das pessoas próximas;
- Não estar satisfeita/feliz com o papel de mãe;
- Sentir alteração na relação com o parceiro



**APÊNDICE IV – PLANO DE SESSÃO: SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A  
SAÚDE NO ÂMBITO DOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E  
OBSTÉTRICA  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM  
EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA  
ANO LETIVO 2023/2024**

**PLANO DE SESSÃO – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ÂMBITO DOS  
CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO**

**LOCAL:** Unidade de Cuidados na Comunidade de

**AUTOR:** Mariana Mendes;

**TEMA:** Cuidados ao recém-nascido;

**DATA:** 06/12/2023

**DURAÇÃO:** 90 minutos;

**PARTICIPANTES:** Grávidas/Casal.

**OBJETIVO GERAL:**

- ❖ Capacitar as grávidas/ casal para o cuidado ao recém-nascido.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ❖ Explorar as competências do recém-nascido;
- ❖ Explicar e demonstrar os cuidados ao recém-nascido no âmbito dos cuidados de higiene, com os olhos, ouvidos, nariz, unhas, coto umbilical, mudança da fralda, sono e medidas de alívio de cólicas;
- ❖ Promover uma prática de segurança infantil e prevenção de acidentes;
- ❖ Ensinar e treinar suporte básico de vida ao recém-nascido e desobstrução da via aérea;
- ❖ Treinar os diferentes cuidados ao recém-nascido.

<b>Etapa</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Método</b>	<b>Preletor</b>
<b>Introdução</b>	<b>5'</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Introdução sobre ao tema;</li> </ul>	<b>Expositivo</b>	<b>Mariana Mendes</b>
<b>Desenvolvimento</b>	<b>30'</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Exploração das competências do recém-nascido;</li> <li>❖ Explicação e demonstração dos cuidados de higiene ao recém-nascido;</li> <li>❖ Explicação e demonstração dos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente, inerentes aos olhos, ouvidos, nariz, unhas, coto umbilical, mudança da fralda, sono e medidas de alívio das cólicas;</li> <li>❖ Sensibilização e exploração da temática de segurança infantil e prevenção de acidentes;</li> <li>❖ Explicação e demonstração acerca de suporte básico de vida ao recém-nascido e desobstrução da via aérea.</li> </ul>	<b>Expositivo e demonstrativo</b>	<b>Mariana Mendes</b>
<b>Conclusão</b>	<b>30'</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Prestação cuidados ao manequim por parte dos participantes;</li> <li>❖ Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<b>Expositivo e interativo</b>	<b>Mariana Mendes</b>

**APÊNDICE V – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ÂMBITO DA  
PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

# DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Mariana Mendes – Aluna do 9º CMESMO

Olinda Lopes – Enfermeira Orientadora



## GRAVIDEZ E PÓS-PARTO QUE SENTIMENTOS?

## GRAVIDEZ

Amor  
Felicidade  
Felicidade  
Emoção  
Alegria  
Descoberta  
Interminável  
Ansiedade  
Paciência  
Muitos altos e baixos  
Preocupação  
Stressante  
Magia  
Linda  
Magica

## PÓS-PARTO

Cansaço  
Muitas emoções  
Descoberta  
Novidade  
Receio  
Ansiedade  
Ansiedade  
Desafiante  
Assustador  
Desafio  
Pânico  
Horível  
Insegurança  
Medo  
Desafiante

## BABY BLUES



O Baby Blues trata-se de um conjunto de alterações do humor, que se relacionam com o reequilíbrio hormonal que ocorre após o parto

Afeta até 80% das recém-mamãs, sendo comum entre o 3º e 5º dia após o parto

Os sintomas são mais ligeiros que a depressão pós-parto

Tende a desaparecer espontaneamente nas primeiras 2 semanas de pós-parto

## DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental de alta prevalência, que atinge 10 a 15% das mulheres

Pode surgir durante todo o primeiro ano após o parto, sendo mais frequente a partir do 2.º mês.

Provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas



(DGS, 2006; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020)

## FATORES DE RISCO

### Psiquiátricos

- História anterior de depressão ou de depressão pós-parto (da própria pessoa ou na família).



### Físicos

- Diminuição dos níveis hormonais;
- Saúde física deficiente (obesidade, hipertensão antes ou pós-parto).



### Obstétricos

- Parto complicado;
- Dificuldade em amamentar;
- Medo do parto.

### Psicossociais

- Gravidez não desejada;
- Mãe jovem;
- Falta de suporte sociofamiliar e financeiro;
- Adversidade social e económica;
- Problemas laborais.

### Criança

- Prematuridade;
- Morte do bebé,
- deficiência,
- Temperamento difícil.



DGS, 2006; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante (2016)

## FATORES DE RISCO

### Ansiedade



Mulheres com moderado nível de ansiedade tinham 17,38 vezes maior probabilidade de desenvolver depressão quando comparadas às de baixo nível de ansiedade;

Mulheres com elevado nível de ansiedade quando comparadas às de baixo nível de ansiedade tinham 273 vezes mais probabilidade de vir a desenvolver depressão, existindo assim uma correlação positiva entre elevada ansiedade e depressão pós-parto.

Silva, Junior, Sampaio, Rodrigues, & Fronza (2019)

## SINTOMAS

Diminuição do interesse ou incapacidade para tarefas diárias;

Tristeza prolongada, irritabilidade e choro fácil;

Ansiedade e agitação;

Perturbações alimentares;

Perturbações do sono;

Sentimentos de culpa ou baixa autoestima;

Falta de memória e dificuldade de concentração;

Falta de energia e motivação;

Ideias de morte ou suicídio.



(DGS, 2006; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante, 2016; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020)

## SENTIMENTOS

- Sentir distanciamento do bebê;
- Pensar em magoar-se a si ou ao bebê;
- Duvidar da sua capacidade para cuidar do bebê;
- Afastar-se das pessoas próximas;
- Não estar satisfeita/feliz com o papel de mãe;
- Sentir alteração na relação com o parceiro;

(DGS, 2006; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante, 2016; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020)



## REPERCUSSÃO NA INTERACÇÃO MÃE – BEBÉ

Reações maternas

Distanciamento emocional, alheamento, falta de estimulação

Comportamentos intrusivos, sobreestimulação desadequada

Diminuição da atenção, sensibilidade, empatia, resposta afetiva, contingência, atividade e espontaneidade da mãe para o bebê

Períodos de interação mais curtos e espaçados, vocalizações mais escassas

Bebé tenta “animar” a mãe

Mãe não responde. Bebé procura outras fontes de estímulo e interesse no meio

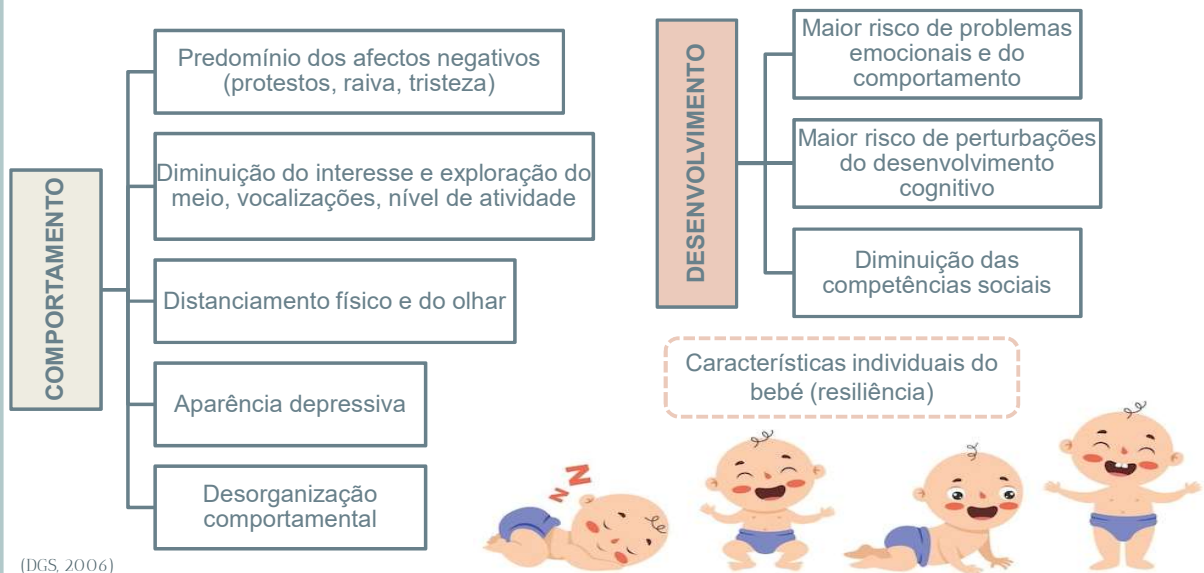
Falta de autenticidade na interação

(DGS, 2006)

## REPERCUSSÃO NA INTERACÇÃO MÃE – BEBÉ



## REPERCUSSÃO NO BEBÉ



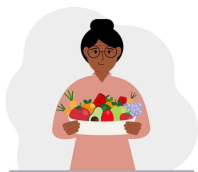
## DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO PAI

Os pais frequentemente têm mais dificuldades em estabelecer vinculação com o recém-nascido, estabelecendo-se gradualmente durante os primeiros dois meses após parto;

DPPP pode exacerbar dificuldades de parceria, interferir no vínculo adequado e no desenvolvimento infantil provocando distúrbios comportamentais no início da vida da criança.



## MEDIDAS DE PREVENÇÃO



Faça uma alimentação equilibrada e coma várias vezes ao dia. Evite bebidas alcoólicas;



Realize alguma atividade física no seu dia, como um passeio no parque com o bebê;



Crie expectativas realistas. É perfeitamente normal que não consiga levar a cabo todas as tarefas que fazia antes;

Reserve algum tempo só para si. Peça a alguém da sua confiança que fique a tomar conta do bebê e realize algo que a faça sentir-se bem;



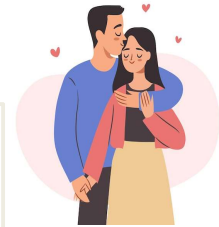
(DGS, 2006; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante, 2016; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020)

## MEDIDAS DE PREVENÇÃO



Meditação ou outras técnicas de relaxamento podem ser úteis;

É importante que o casal tenha alguns momentos a sós, sem o bebé;



Partilhe o que está a sentir e evite isolar-se;

Se algo não correr como deseja, tente manter uma atitude positiva.



(DGS, 2006; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante, 2016; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020)

### GRAVIDEZ

Amor  
Felicidade  
Felicidade  
Emoção  
Alegria  
Descoberta  
Interminável  
Ansiedade  
Paciência  
Muitos altos e baixos  
Preocupação  
Stressante  
Magia  
Linda  
Magica

### PÓS-PARTO

Cansaço  
Muitas emoções  
Descoberta  
Novidade  
Receio  
Ansiedade  
Ansiedade  
Desafiante  
Assustador  
Desafio  
Pânico  
Horível  
Insegurança  
Medo  
Desafiante

# PEÇA AJUDA ESPECIALIZADA!



(DGS, 2006; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante, 2016; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020)



# TESTEMUNHO

*“Ser mãe é abraçar a vulnerabilidade com coragem para se transformar numa fortaleza de amor”  
- Desconhecido*



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, O., Barbosa, S., & Silva, Z. (2021). Assistência de enfermagem às mulheres com depressão pós-parto: revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, 16, e9362. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9362.2021>

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Psychological medicine, 26(1), 135–141. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033778>

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. Journal of affective disorders, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>

Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Direção Geral da Saúde. (2006) Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção Geral da Saúde;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Oliveira, T., Luzetti, G., Rosalém, M. & Neto, C. (2022). Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Rastreamento da depressão perinatal através da escala de depressão pós-parto de Edinburgh. Revista brasileira de ginecologia e obstetria : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria, 44(5), 452–457. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>

Pinto, A. (2019). Escala de rastreio da ansiedade perinatal – validação portuguesa para a gravidez. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Piovesan, C., Gandin, P., Hildebrandt, L. (2020) Depressão Pós-Parto e o Papel da Enfermagem: Uma Análise Reflexiva. XXVIII Seminário de Iniciação Científica;

Silva, R., Junior, R., Sampaio, V., Rodrigues, K., & Fronza, M. (2019). Postpartum depression: a case-control study. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 34(17), 2801–2806. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1671335>

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, et al. The perinatal anxiety screening scale: development and preliminary validation. Archives of women's mental health. 2014;17(5), 443-454

**APÊNDICE VI – POSTER SOBRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

# DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão pós-parto caracteriza-se por sinais prolongados de tristeza, perda de interesse em atividades diárias, ansiedade e irritabilidade. Afeta entre 10 a 15% das mães, é mais frequente o seu início até 4 meses após o parto, mas pode surgir um pouco antes e/ou durante todo o primeiro ano após.

## SINTOMAS

- Diminuição do interesse ou incapacidade para tarefas diárias;
- Tristeza prolongada, irritabilidade e choro fácil;
- Ansiedade e agitação;
- Alterações alimentares;
- Alterações do sono;
- Sentimentos de culpa ou baixa autoestima;
- Falta de memória e dificuldade de concentração;
- Falta de energia e motivação;
- Ideias de morte ou suicídio.

## SENTIMENTOS

- Pensar em magoar-se a si ou ao bebé;
- Duvidar da sua capacidade para cuidar do bebé;
  - Sentir distanciamento do bebé;
  - Afastar-se das pessoas próximas;
- Não estar satisfeita/feliz com o papel de mãe;
- Sentir alteração na relação com o parceiro.

## COMO PREVENIR



Faça uma alimentação equilibrada e coma várias vezes ao dia. Evite bebidas alcoólicas;

Meditação ou outras técnicas de relaxamento podem ser úteis;



Reserve algum tempo só para si. Peça a alguém da sua confiança que tome conta do bebé e realize algo que a faça sentir-se bem;

Crie expectativas realistas. É normal que não consiga levar a cabo todas as tarefas que fazia antes, divida-as com o seu parceiro;



No seu dia a dia, realize alguma atividade física, como um passeio no parque com o bebé;

É importante que o casal tenha alguns momentos a sós, sem o bebé;



Mantenha uma atitude positiva, mesmo que algo não corra como planeado ou desejado;

Partilhe o que está a sentir, não se isole;



**PEÇA AJUDA A UM PROFISSIONAL DE SAÚDE**

**APÊNDICE VII – APRESENTAÇÃO DE DIVULGAÇÃO PRELIMINAR DE  
RESULTADOS: SCOPING REVIEW E TRABALHO DE CAMPO**

# DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Mariana Mendes – Aluna do 9º CMESMO  
Isabel Condeço – Enfermeira Orientadora  
Rita Cotafo – Enfermeira Orientadora  
Teresa Carreira – Professora Orientadora



## BABY BLUES



O Baby Blues trata-se de um conjunto de alterações do humor, que se relacionam com o reequilíbrio hormonal que ocorre após o parto

Afeta até 80% das recém-mamãs, sendo comum entre o 3º e 5º dia após o parto

Os sintomas são mais ligeiros que a depressão pós-parto

Tende a desaparecer espontaneamente nas primeiras 2 semanas de pós-parto

## DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental de alta prevalência, que atinge 10 a 15% das mulheres

Pode surgir durante todo o primeiro ano após o parto, sendo mais frequente a partir do 2.º mês.

Provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas



(DGS, 2006; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020)

## FATORES DE RISCO

### Psiquiátricos

- História anterior de depressão ou de depressão pós-parto (da própria pessoa ou na família).



### Físicos

- Diminuição dos níveis hormonais;
- Saúde física deficiente (obesidade, hipertensão antes ou pós-parto).



### Obstétricos

- Parto complicado;
- Dificuldade em amamentar;
- Medo do parto.

### Psicossociais

- Gravidez não desejada;
- Mãe jovem;
- Falta de suporte sociofamiliar e financeiro;
- Adversidade social e económica;
- Problemas laborais.

### Criança

- Prematuridade;
- Morte do bebé,
- deficiência,
- Temperamento difícil.



DGS, 2006; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante (2016)

## FATORES DE RISCO

### Ansiedade



Mulheres com moderado nível de ansiedade tinham 17,38 vezes maior probabilidade de desenvolver depressão quando comparadas às de baixo nível de ansiedade;

Mulheres com elevado nível de ansiedade quando comparadas às de baixo nível de ansiedade tinham 273 vezes mais probabilidade de vir a desenvolver depressão, existindo assim uma correlação positiva entre elevada ansiedade e depressão pós-parto.

Silva, Junior, Sampaio, Rodrigues, & Fronza (2019)

## SINTOMAS

Diminuição do interesse ou incapacidade para tarefas diárias;

Tristeza prolongada, irritabilidade e choro fácil;

Ansiedade e agitação;

Perturbações alimentares;

Perturbações do sono;

Sentimentos de culpa ou baixa autoestima;

Falta de memória e dificuldade de concentração;

Falta de energia e motivação;

Ideias de morte ou suicídio.



(DGS, 2006; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante, 2016; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020)

## SENTIMENTOS

- Sentir distanciamento do bebé;
- Pensar em magoar-se a si ou ao bebé;
- Duvidar da sua capacidade para cuidar do bebé;
- Afastar-se das pessoas próximas;
- Não estar satisfeita/feliz com o papel de mãe;
- Sentir alteração na relação com o parceiro;

(DGS, 2006; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante, 2016; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020)



## REPERCUSSÃO NA INTERACÇÃO MÃE – BEBÉ

Reações maternas

Distanciamento emocional, alheamento, falta de estimulação

Comportamentos intrusivos, sobreestimulação desadequada

Diminuição da atenção, sensibilidade, empatia, resposta afetiva, atividade e espontaneidade da mãe para o bebé

Períodos de interação mais curtos e espaçados, vocalizações mais escassas

Bebé tenta “animar” a mãe

Mãe não responde. Bebé procura outras fontes de estímulo e interesse no meio

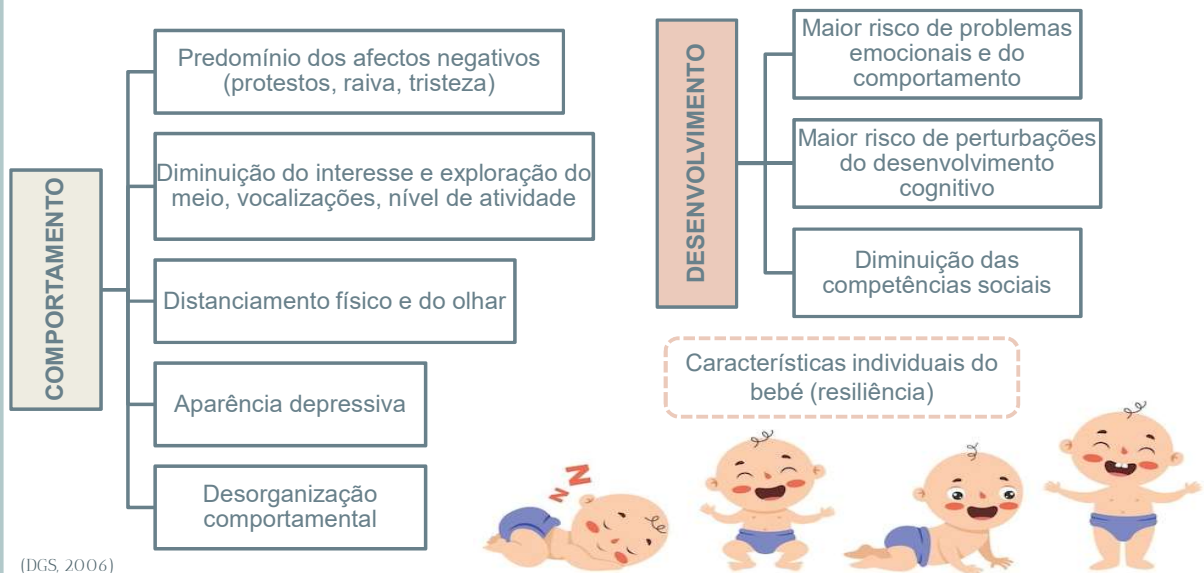
Falta de autenticidade na interação

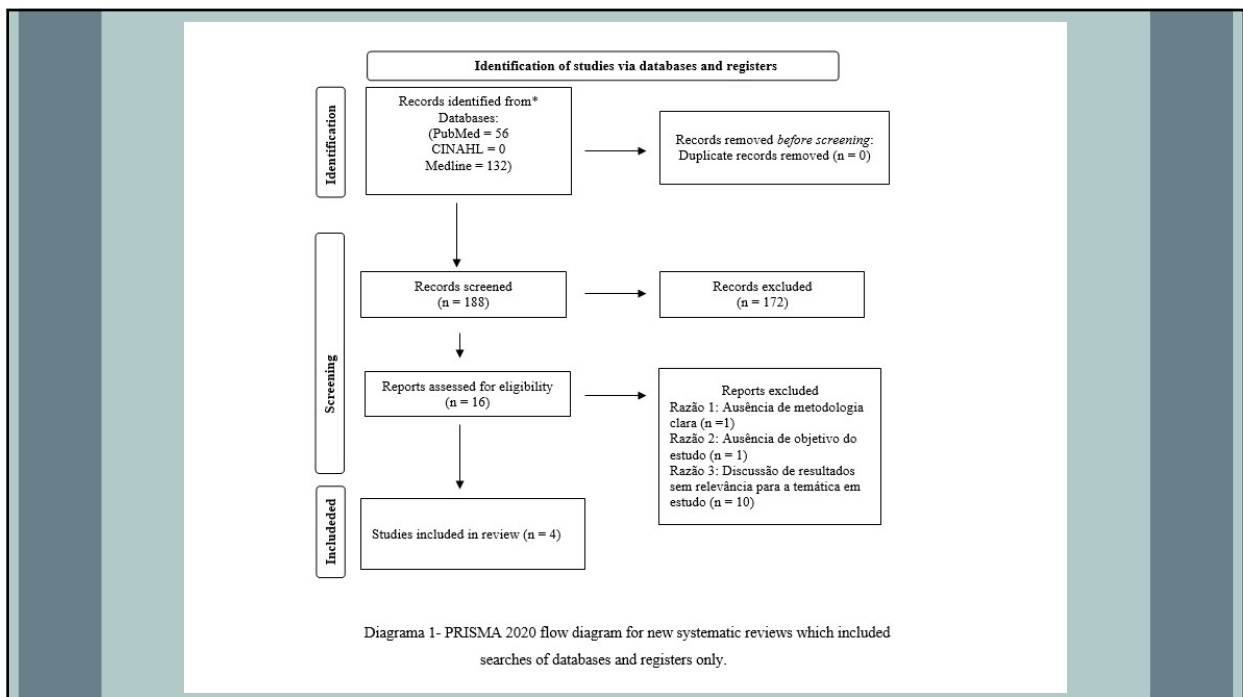
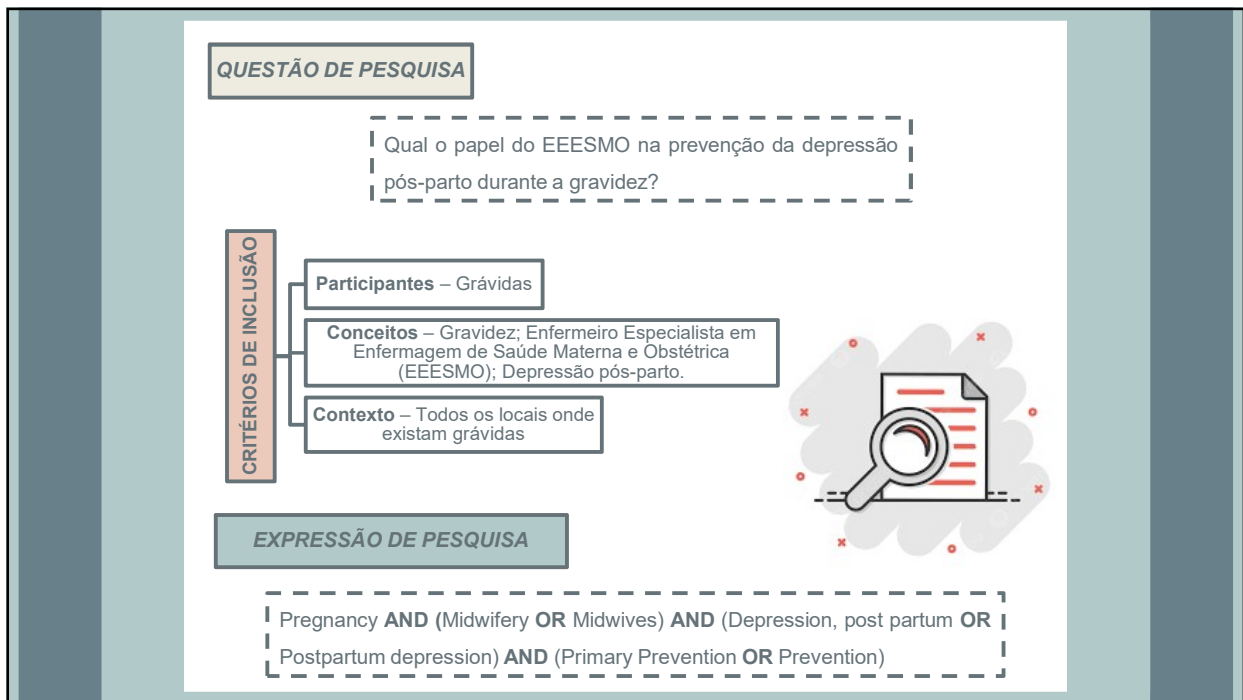
(DGS, 2006)

## REPERCUSSÃO NA INTERACÇÃO MÃE – BEBÉ



## REPERCUSSÃO NO BEBÉ





## PAPEL DO EEESMO

Visitas domiciliares

Programas educação pré-natal/pós-natal

Programa REACH baseado em terapia interpessoal em grupo

Terapia cognitivo-comportamental e psicoeducacional

Treino em massagem infantil

mHealth



(Sangsawang, Wacharasin & Sangsawang, 2018; Çankaya & Şimşek, 2020; Arakawa, Haseda, Inoue, Nishioka, Kino, Nishi, Hashimoto & Kondo, 2023; Jin, Mori, Sakajo, 2020)

## PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PRÉ-NATAL

A educação pré-natal é eficaz em melhorar a autoeficácia no parto e reduzir o medo do parto, a depressão, a ansiedade e o stress em mulheres grávidas primíparas.

Os programas de educação pré-natal devem ser incorporados como parte integrante da assistência pré-natal rotineira para melhorar os resultados maternos e neonatais.

Ajuda a melhorar as avaliações cognitivas em relação à sua experiência de parto, podendo adotar mecanismos de *coping* adequados.



(Sangsawang, Wacharasin & Sangsawang, 2018; Çankaya & Şimşek, 2020; Jin, Mori, Sakajo, 2020)

## CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE COM BASE NO MÉTODO GENTLEBIRTH

EDUCAÇÃO SOBRE PARTO E MATERNIDADE	PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA E EMOCIONAL	REDUÇÃO DO MEDO E DA ANSIEDADE	CONEXÃO COM O PARCEIRO	ABORDAGEM HOLÍSTICA	SUPORTE CONTÍNUO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecer informações abrangentes sobre o processo de parto, incluindo fisiologia, etapas do trabalho de parto, técnicas de respiração e relaxamento, posições de conforto durante o trabalho de parto, e o papel do parceiro no apoio à parturiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfatizar a importância da preparação emocional para o parto. Isso inclui técnicas de visualização positiva, afirmações, e mindfulness para reduzir o medo e promover uma atitude positiva em relação ao parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abordar estratégias para reduzir o medo e a ansiedade associados ao parto, como a educação sobre as opções de cuidado durante o parto, a compreensão dos direitos da parturiente, e a criação de um ambiente de parto respeitoso e empoderador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir atividades para fortalecer a conexão entre a parturiente e o parceiro, preparando-o para desempenhar um papel ativo e de apoio durante o trabalho de parto e o nascimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrar técnicas de cuidado físico, emocional e mental que apoiam não apenas o parto, mas também a transição para a parentalidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oferecer suporte contínuo antes, durante e após o curso, com recursos adicionais, grupos de apoio e acompanhamento individual para ajudar as gestantes e suas famílias ao longo do processo.</li> </ul>

## TRABALHO DE CAMPO

Comissão de Ética

1ª Aplicação das Escalas (Pré Curso):

- Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
- Escala de Rastreamento da Ansiedade Perinatal

Curso de preparação para o nascimento e parentalidade com base no Método GentleBirth

2ª Aplicação das Escalas (Pós Curso):

- Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
- Escala de Rastreamento da Ansiedade Perinatal



## TRABALHO DE CAMPO

### *Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo*

Desenvolvida em 1987 por Cox, Holden & Sagivsky, traduzida para português e validada para Portugal em 1996 por Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo

Questionário de rastreio, utilizado para avaliar sintomas de depressão durante a gravidez e puerpério

Escala com 10 itens, que avalia a presença de sintomas relacionados com a depressão nos 7 dias anteriores, com pontuações que variam de 0 a 3 para cada item, culminando num resultado final que pode variar entre 0 e 30

A DGS (2006; 2015) recomenda a sua aplicação para a deteção precoce da depressão pós-parto.

Alves, Barbosa & Silva (2021) que referem ser uma ferramenta utilizada nas consultas pré-natal para identificar de forma mais rápida e apropriada sinais e sintomas de depressão puerperal



Utilizado como um modelo de triagem que, não deve, no entanto, substituir a avaliação clínica realizada pelos profissionais de saúde na confirmação do diagnóstico da depressão puerperal

## TRABALHO DE CAMPO

### *Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal*

Desenvolvida na Austrália em 2014 por Somerville et al., e traduzida para português e validada para Portugal no âmbito da gravidez em 2019 por Pinto

A escala de resposta, de frequência, varia de "Nunca" (0) a "Quase Sempre" (3), pelo que a pontuação total pode variar de 0 a 93, sendo tanto mais grave a sintomatologia quanto mais elevada a pontuação (Pinto, 2019)

É composta por 31 itens que permitem avaliar quatro dimensões de sintomas de ansiedade no período perinatal, com referência ao último mês, nomeadamente:

- ❖ Preocupação excessiva / medos específicos;
- ❖ Perfeccionismo / controlo / trauma;
- ❖ Ansiedade social;
- ❖ Ansiedade aguda e ajustamento

## RESULTADOS PRELIMINARES

### Escola de Rastreio da Ansiedade Perinatal

Início – 17,9 (Média)

↓ - 23,5%

Fim – 13,7 (Média)

### Escola de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Início – 5,7 (Média)

↓ - 43,9%

Fim – 3,2 (Média)



### Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância



Manual de orientação para profissionais de saúde

Direcção-Geral da Saúde

## PEDIR AJUDA ESPECIALIZADA!



[DGS, 2006; Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariente, 2016; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020]

*“Ser mãe é abraçar a  
vulnerabilidade com  
coragem para se  
transformar numa  
fortaleza de amor”  
- Desconhecido*



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, O., Barbosa, S., & Silva, Z. (2021). Assistência de enfermagem às mulheres com depressão pós-parto: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 16, e9362. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9362.2021>

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological medicine*, 26(1), 135–141. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033778>

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>

Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Direção Geral da Saúde. (2006) *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Oliveira, T., Luzetti, G., Rosalém, M. & Neto, C. (2022). Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rastreamento da depressão perinatal através da escala de depressão pós-parto de Edinburgh*. *Revista brasileira de ginecologia e obstetria : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria*, 44(5), 452–457. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>

Pinto, A. (2019). *Escala de rastreio da ansiedade perinatal – validação portuguesa para a gravidez*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Piovesan, C., Gandin, P., Hildebrandt, L. (2020) *Depressão Pós-Parto e o Papel da Enfermagem: Uma Análise Reflexiva*. XXVIII Seminário de Iniciação Científica;

Silva, R., Junior, R., Sampaio, V., Rodrigues, K., & Fronza, M. (2019). Postpartum depression: a case-control study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 34(17), 2801–2806. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1671335>

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, et al. The perinatal anxiety screening scale: development and preliminary validation. *Archives of women's mental health*. 2014;17(5), 443-454

**APÊNDICE VIII – PROTOCOLO DA SCOPING REVIEW**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE  
MATERNA E OBSTÉTRICA**

**O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E  
OBSTÉTRICA NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**Discente:**

Mariana Lopes Mendes

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE  
MATERNA E OBSTÉTRICA  
ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
MATERNA E OBSTÉTRICA  
ANO LETIVO 2023/2024**

**O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E  
OBSTÉTRICA NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**Discentes:**

Mariana Lopes Mendes nº 150408055

**Docente:**

Professora Teresa Margarida Inácio Silva Carreira

## TÍTULO DA REVISÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Prevenção da Depressão Pós-parto: *Uma Scoping Review*

## REVISORES

Mariana Lopes Mendes<sup>1</sup>

Teresa Margarida Inácio Silva Carreira<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Mapear a evidência científica acerca do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção da depressão pós-parto.

**Introdução:** O período perinatal constitui-se como um período de adaptações intensas com impacto na saúde mental das mulheres. Em Portugal, transtornos mentais como ansiedade e depressão são comuns neste período, sendo a depressão pós-parto, especialmente prevalente, afetando entre 10 e 15% das mulheres.

**Crítérios de Inclusão:** Como critérios de inclusão, recorrendo à mnemónica PCC, foram identificados os Participantes - Grávidas; os Conceitos – Gravidez; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Depressão pós-parto, e o Contexto – Locais onde existam grávidas.

**Métodos:** Para a identificação e mobilização da evidência científica referente à temática, e para compreender a questão, foi realizada uma scoping review tendo como base a metodologia do Joanna Briggs Institute.

**Palavras-chave:** Depressão Pós-parto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Gravidez.

---

<sup>1</sup> Enfermeira na ULS Médio Tejo e Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde de Santarém.

<sup>2</sup> MSc, RN. Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém, Membro Colaborador no Centro de Investigação e Qualidade de Vida (CIEQV), Portugal.

## INTRODUÇÃO

A gravidez, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2015), é um estado de saúde que traduz um processo fisiológico e adaptativo a nível físico, mas também a nível psicológico, familiar e social. A vivência de todas as transições e transformações inerentes a este estado é única e individual, e o facto de implicar adaptações a tantos níveis tem como “consequência um acréscimo de incidência de perturbações da saúde mental, nomeadamente ansiedade e depressão, não necessariamente psicopatológicas.” (DGS, 2015, p. 9).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental configura-se como um estado de bem-estar físico, mental e social que possibilite a cada indivíduo lidar com os desafios normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade, realizando assim o seu próprio potencial, não sendo, portanto, unicamente a ausência de perturbação mental ou deficiência. Em Portugal, em 2019, as doenças mentais constituíam o quarto principal tipo de patologia em termos de Carga Global de Doenças, com uma prevalência de 19,3% entre os países da União Europeia, a prevalência mais elevada. As perturbações mentais constituem um dos principais desafios à saúde pública, sendo as perturbações de ansiedade e depressão as patologias mais comuns. (Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza, 2021)

No que diz respeito ao período perinatal, e por ser um período de maior suscetibilidade a perturbações da saúde mental, como referido anteriormente, identifica-se a depressão pós-parto (DPP) por ser um transtorno mental de alta prevalência, que atinge 10 a 15% das mulheres e provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, pode surgir durante todo o primeiro ano após o parto, sendo mais frequente a partir do 2.º mês. (DGS, 2006; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020).

A DGS (2006), no manual de orientação para profissionais de saúde acerca da Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância, refere alguns fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, nomeadamente: antecedentes psiquiátricos pessoais ou familiares, como a depressão; fatores biológicos - diminuição dos níveis hormonais; fatores obstétricos - parto complicado, ou dificuldade em amamentar; fatores psicossociais - gravidez não desejada, falta de suporte sociofamiliar, mãe solteira, mãe

adolescente, adversidade socioeconómica, problemas laborais; fatores da criança - prematuridade, morte do bebé, patologia somática, deficiência, temperamento difícil.

Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante (2016), referem a depressão e a ansiedade como comorbidades durante o período pré-natal, para além de alguns dos fatores de risco mencionados, apontam a ansiedade elevada durante a gravidez como um dos maiores fatores de risco de depressão. Silva, Junior, Sampaio, Rodrigues, & Fronza (2019) comprovam esta afirmação no seu estudo, verificando que as mulheres com moderado nível de ansiedade tinham 17,38 vezes maior probabilidade de desenvolver depressão quando comparadas às de baixo nível de ansiedade; e que mulheres com elevado nível de ansiedade quando comparadas às de baixo nível de ansiedade tinham 273 vezes mais probabilidade de vir a desenvolver depressão, existindo assim uma correlação positiva entre elevada ansiedade e depressão pós-parto.

No que diz respeito aos sintomas, a DGS (2006) refere: irritabilidade; perturbações alimentares e do sono; sintomas psicossomáticos; choro frequente, desânimo, desespero, sentimento de incapacidade; falta de energia e motivação; desinteresse sexual; ideação suicida.

No que concerne aos cuidados à mulher grávida e casal no âmbito da saúde mental, o Programa de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco faz referência ao manual de orientação para profissionais de saúde acerca da Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância desenvolvido em 2006 pela DGS, sendo, por isso, considerado atual e um dos documentos orientadores para esta investigação.

Neste âmbito, acerca da saúde mental nesta fase da vida, esse mesmo manual refere que a gravidez e os primeiros anos de vida da criança são um período sensível e vulnerável, com transformações profundas a nível emocional, relacional, social e económico, com impacto na saúde mental dos intervenientes ao longo do seu ciclo vital, uma vez que, marca o desenvolvimento futuro e as experiências vividas. Nesse sentido, a promoção da saúde mental no período pré e pós-natal é fundamental para potenciar ao casal o estado de equilíbrio que permite a compreensão, interpretação e adaptação ao meio que os rodeia, bem como o estabelecimento de relações significativas (DGS, 2006).

Alves, Barbosa & Silva (2021), apontam o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica como o profissional com maior tempo de contacto direto com a mulher seja na gravidez ou puerpério, com formação no âmbito da prevenção e promoção da saúde, possuindo competências para intervir neste âmbito da saúde mental. Nesse sentido,

também o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2019), preconiza, nas diferentes unidades de competência, que o EEESMO conceba, planeie, coordene, supervisione, implemente e avalie programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez e do puerpério potenciando a parentalidade responsável.

## **QUESTÃO DE REVISÃO**

Qual o papel do EEESMO na prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez?

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

**Participantes:** Grávidas

**Conceitos:** Gravidez; EEESMO; Depressão pós-parto

**Contexto:** Locais onde existam grávidas

**Tipo de Estudo:** Qualitativos, quantitativos, mistos, revisões sistemáticas de literatura

## **MÉTODO**

Para a identificação e mobilização da evidência científica referente à temática, e para compreender a questão, foi realizada uma *scoping review* (ScR) tendo como base a metodologia do *Joanna Briggs Institute® (JBI) - Manual for Evidence Synthesis* (JBI, 2020).

## **ESTRATÉGIA DE PESQUISA**

A realização desta *scoping review* foi conduzida em três etapas principais, nomeadamente: identificação da questão e definição de escopo; busca, seleção e extração de dados; análise, mapeamento e síntese de resultados.

A primeira etapa, tal como referido, consistiu na identificação da questão de revisão e na definição do escopo da revisão, garantindo uma base sólida para as etapas subsequentes. Para estruturar e definir a questão de investigação, recorreu-se à mnemónica PCC (Participantes, Conceitos e Contexto), uma ferramenta metodológica amplamente utilizada, desenvolvida com base nas orientações do Joanna Briggs Institute (JBI, 2020), esta mnemónica é fundamental para estabelecer os critérios de inclusão e delimitar o foco da revisão, assegurando que a busca e a análise sejam conduzidas de maneira sistemática e direcionada. Assim, os participantes foram identificados como grávidas; os conceitos incluíram gravidez, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

(EEESMO) e depressão pós-parto; e o contexto foi estabelecido como locais onde existam grávidas.

Na segunda etapa foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados *ESBCOhost* e *PubMed* de forma a identificar as palavras-chave empregues nos títulos e resumos, assim como os termos de indexação. Para validar os descritores utilizados, recorreu-se à plataforma MeSHbrowser (URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>), onde foram identificados os seguintes descritores MeSH: #Pregnancy; #Midwifery; #Depression, Postpartum; #Primary Prevention.

A expressão de pesquisa inicial foi construída utilizando o booleano AND, combinando os descritores validados. Contudo, verificou-se que os resultados obtidos eram insuficientes. Para ultrapassar esta limitação, a estratégia foi ajustada com a integração de termos naturais (midwives, postpartum depression e prevention) e o booleano OR, ampliando a abrangência da pesquisa. Assim definiu-se a seguinte expressão de pesquisa:

Pregnancy **AND** (Midwifery **OR** Midwives) **AND** (Depression, post partum **OR** Postpartum depression) **AND** (Primary Prevention **OR** Prevention)

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2024 nas bases de dados PubMed e na plataforma EBSCOhost, abrangendo CINAHL Complete e MEDLINE Complete. Os seguintes limitadores foram aplicados, conforme detalhado na Tabela 1:

*Tabela 1 - Bases de dados e limitadores*

<b>BASES DE DADOS</b>	<b>LIMITADORES</b>
PubMed	Últimos 5 anos; Full Text.
CINAHL Complete	Últimos 5 anos; Texto Integral; Resumo Disponível; Idioma: inglês e português; Sexo: Feminino.
Medline Complete	Últimos 5 anos; Texto Integral; Resumo Disponível; Idioma: inglês e português; Sexo: Feminino.

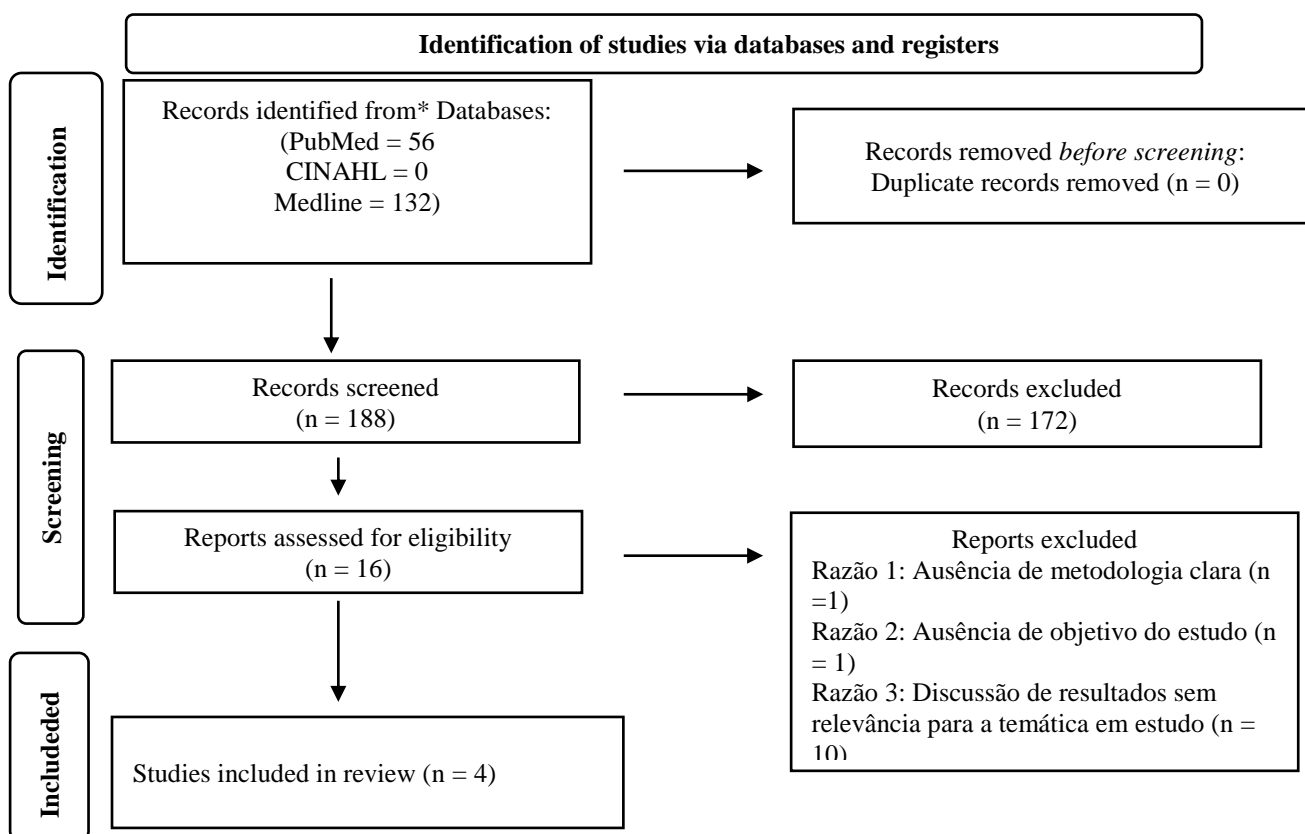
No apêndice II, é possível consultar uma tabela onde constam os resultados obtidos para cada base de dados, com os limitadores anteriormente referidos.

## SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Após a definição da estratégia de pesquisa e a realização da pesquisa nas bases de dados selecionadas, iniciou-se a triagem dos artigos identificados, ainda no âmbito da segunda etapa da revisão. Este processo foi orientado pelo diagrama PRISMA (Page et al., 2021).

A primeira etapa do PRISMA, designada de – identificação - decorre dos resultados das bases de dados científicas: PubMed e plataforma EBSCOHost – CINAHL Complete e Medline Complete, nas quais se identificou um total de 188 artigos. Ainda nesta etapa, não são identificados artigos duplicados. Na segunda etapa do PRISMA, o screening, procedeu-se à leitura do título e resumo dos 188 artigos identificados, considerando os critérios de inclusão, foram excluídos 172 artigos por não cumprirem os critérios. Passando à etapa da elegibilidade, 16 artigos são lidos na íntegra. Após a elegibilidade, dos 16 artigos lidos na íntegra, foram rejeitados: 1 artigo pela razão 1 - ausência de metodologia clara; 1 artigo pela razão 2 - ausência de objetivo do estudo; e 10 artigos pela razão 3 - discussão de resultados com pouca relevância para a temática em estudo, no apêndice III é possível consultar a lista dos artigos excluídos por essas razões. Assim, passaram 4 artigos à fase da inclusão.

Diagrama 1- PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only. (Page et al., 2021)



Assim sendo, os artigos que cumprem os critérios de inclusão e que foram incluídos como contributo para a questão de revisão são:

1 - Sangsawang, B., Wacharasin, C., & Sangsawang, N. (2019). Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 215-228. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0901-7>

2 - Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818-829. <https://doi.org/10.1177/1054773820916984>

3 - Arakawa, Y., Haseda, M., Inoue, K., Nishioka, D., Kino, S., Nishi, D., Hashimoto, H., & Kondo, N. (2023). Effectiveness of mHealth consultation services for preventing postpartum depressive symptoms: a randomized clinical trial. *BMC medicine*, 21(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02918-3>

4 - Jin, Q., Mori, E., & Sakajo, A. (2020). Nursing intervention for preventing postpartum depressive symptoms among Chinese women in Japan. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 17(4), e12336. <https://doi.org/10.1111/jjns.12336>

### **EXTRAÇÃO DE DADOS**

A extração de dados, pertencente à segunda etapa desta scoping review, foi sistematizada no Apêndice IV. Este processo envolveu a recolha detalhada de informações dos quatro artigos selecionados, incluindo aspetos como os autores, o ano e país de origem, o título do estudo, a metodologia, os participantes, os resultados e as conclusões dos autores, conforme as orientações do JBI (JBI, 2020). Os estudos analisados foram publicados entre 2019 e 2023, na Tailândia, Japão e Turquia. Entre os artigos, dois apresentavam uma abordagem quantitativa, um misto e uma revisão sistemática qualitativa, com o número de participantes a variar entre 63 e 639.

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise dos dados extraídos marca o início da terceira etapa desta scoping review, que compreende a organização, mapeamento e síntese dos resultados. Nesta fase, as informações recolhidas foram interpretadas e categorizadas, dando origem a cinco temáticas principais relacionadas com a prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez: visitas domiciliárias;

programas de educação pré-natal; programas de suporte psicológico; treino em massagem infantil; e serviço de consultadoria via mHealth. A discussão dos resultados será organizada com base nestas temáticas, de modo a refletir a relevância das intervenções identificadas e a integrá-las na prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

#### Visitas Domiciliárias

Sangsawang, Wacharasin & Sangsawang (2018), identificaram na sua revisão sistemática da literatura dois estudos nos quais a visita domiciliária não teria sido eficaz na prevenção da depressão pós parto, no entanto, um dos estudos demonstrou essa eficácia havendo maior redução dos sintomas depressivos no grupo experimental aos 2 e 6 meses pós-parto, nesse estudo a intervenção era mais completa quando comparada com as outras duas, incluindo conteúdos acerca dos cuidados pré-natais, amamentação, nutrição, parentalidade, segurança doméstica, vacinação e prevenção de doenças, para além dos conteúdos somente neste estudo a intervenção foi aplicada por um paraprofissional, enquanto as intervenções nos outros dois estudos foram aplicadas por pessoas treinadas somente para a realização da visita domiciliária.

#### Programa de Educação Pré-Natal

Na revisão de Sangsawang, Wacharasin e Sangsawang (2018), um estudo onde se aplicou dois programas de educação pré-natal semelhantes a dois grupos mostraram-se eficazes na redução da depressão em participantes com altos níveis de stress quando comparado com o grupo de controlo.

O estudo de Çankaya e Şimşek (2020), veio comprovar a importância da educação pré-natal na redução dos sintomas de depressão, verificando-se uma redução significativa nos sintomas de depressão, ansiedade e estresse no grupo de educação pré-natal em comparação ao grupo controle, tanto após quatro semanas quanto no período pós-natal. Para além disso, o mesmo estudo demonstrou que a educação pré-natal é eficaz em melhorar a autoeficácia no parto e reduzir o medo do parto, a depressão, a ansiedade e o stress em mulheres grávidas primíparas, promovendo também um maior índice de partos vaginais.

#### Programas de Suporte Psicológico

Nesta categoria dos programas de suporte psicológico foram identificadas por Sangsawang, Wacharasin e Sangsawang (2018) duas intervenções que se revelaram eficazes na prevenção de depressão pós parto, nomeadamente o programa REACH baseado em terapia interpessoal em grupo e a terapia cognitivo-comportamental e psicoeducacional.

No que diz respeito ao programa REACH baseado em terapia interpessoal em grupo este programa teve como foco o desenvolvimento de habilidades de comunicação eficazes na gestão de relacionamentos e redução de conflitos antes e após o parto, expectativas sobre a maternidade, gestão de stress, diferenças entre baby blues e depressão, desenvolvimento de um sistema de apoio, construção de relacionamentos saudáveis, definição de metas e recursos psicossociais para novas mães. Este programa reduziu significativamente o risco de depressão pós-parto em mães adolescentes de primeira viagem, com uma taxa de depressão mais baixa no grupo de intervenção (12,5%) comparado ao grupo de controlo (25%) aos 6 meses após o parto.

Quanto à terapia cognitivo-comportamental e psicoeducacional um estudo aplicou uma intervenção designada *living in harmony* que consistia numa intervenção baseada na terapia cognitivo comportamental que incluía psicoeducação, identificação e modificação de pensamentos e comportamentos depressivos, habilidades de resolução de problemas, melhoria do suporte social e planeamento do futuro. Ao grupo de controlo foi aplicada uma intervenção de suporte educacional cujo conteúdo tinha como foco a educação sobre a gravidez e parentalidade. Ambas as intervenções foram aplicadas por paraprofissionais. Neste estudo, ambas as intervenções às 4, 12 e 24 semanas após a intervenção demonstraram-se eficazes na redução dos sintomas depressivos e transtorno depressivo major.

#### Treino em Massagem Infantil

Um estudo incluído na revisão de Sangsawang, Wacharasin e Sangsawang (2018), aplicou um programa de massagem infantil com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil e melhorar as atitudes e perceções das mães adolescentes sobre a parentalidade. Apesar dos detalhes específicos do programa não terem sido descritos, este demonstrou-se eficaz na melhoria do contato físico entre mãe e o bebé, na redução dos sintomas depressivos das mães adolescentes e na melhoria das perceções positivas das mães sobre o temperamento de seus bebés.

#### mHEALTH

Arakawa, Haseda, Inoue, Nishioka, Kino, Nishi, Hashimoto e Kondo (2023) no estudo que realizaram aplicaram ao grupo mHealth uma consultadoria gratuita de profissionais de saúde através de dispositivos móveis sem restrições de frequência, oferecendo também consultas que incluíam apoio geral e emocional relacionado com a gravidez e cuidados ao bebê. O grupo de controlo recebeu acesso a informações sobre gravidez e cuidados infantis através de um site, sem serviços de consultoria mHealth.

O estudo demonstrou que os serviços de consultoria mHealth são eficazes na redução dos sintomas depressivos pós-parto, melhorando a autoeficácia parental e diminuindo a solidão e as barreiras percebidas ao acesso aos cuidados de saúde. Estes serviços oferecem um potencial significativo para melhorar a saúde mental perinatal e garantir equidade nos serviços de saúde.

Jin, Mori e Sakajo (2020) desenvolveu um estudo que reforça a importância tanto dos programas de educação como a mHealth, neste estudo aplicou-se um programa de intervenção de enfermagem que incluía cartões de conversação, um grupo de rede social e uma aula de maternidade cujo conteúdo tinha como foco informações sobre a vida pós-parto, diferenças culturais entre práticas chinesas e japonesas, métodos de enfrentamento. Este programa de intervenção de enfermagem demonstrou ser eficaz na prevenção de sintomas depressivos pós-parto.

Todas estas intervenções aplicadas durante a gravidez demonstraram ser eficazes na redução da depressão pós-parto, sendo assim intervenções eficazes na sua prevenção. O EEESMO na sua prática acompanha a mulher desde a gravidez até ao puerpério desempenhando “um papel crucial na identificação destas psicopatologias (...) sendo por isso a gravidez uma oportunidade única para realizar promoção da saúde mental.” (Rodrigues, 2012, p. 53). Quanto ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2019), também este preconiza nas diferentes unidades de competência que o EEESMO conceba, planeie, coordene, supervisione, implemente e avalie programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez e do puerpério potenciando a parentalidade responsável.

Assim, tendo em conta a presença privilegiada do EEESMO no período perinatal, é fundamental que os EEESMO incluam estas intervenções importantes para a prevenção da depressão pós-parto na sua prática. Considera-se ser fundamental uma maior

conscientização acerca da saúde mental e investir na formação contínua dos EEESMO nesta área, permitindo também uma prática baseada na evidência científica mais recente. Expandir o uso de tecnologias de saúde digital e o desenvolvimento de protocolos clínicos para padronizar intervenções preventivas poderiam ser aspetos importantes nesta dimensão da saúde mental.

Apesar dos contributos obtidos que ajudaram a compreender a questão, é importante continuar a investigação no âmbito destas temáticas, pois só assim é possível verificar-se um avanço na saúde e uma melhoria das práticas de enfermagem.

### **AGRADECIMENTOS**

O agradecimento é dirigido à professora orientadora desta revisão sistemática da literatura, por toda a disponibilidade e aprendizagem que foi proporcionada.

### **FINANCIAMENTO**

A presente revisão sistemática não é financiada.

### **CONFLITOS DE INTERESSE**

Declara-se que não existem conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, O., Barbosa, S., & Silva, Z. (2021). Assistência de enfermagem às mulheres com depressão pós-parto: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 16, e9362. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9362.2021>

Arakawa, Y., Haseda, M., Inoue, K., Nishioka, D., Kino, S., Nishi, D., Hashimoto, H., & Kondo, N. (2023). Effectiveness of mHealth consultation services for preventing postpartum depressive symptoms: a randomized clinical trial. *BMC medicine*, 21(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02918-3>

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>

Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818-829. <https://doi.org/10.1177/1054773820916984>

Direção Geral da Saúde. (2006) *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa, Direção-Geral da Saúde

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde;

Jin, Q., Mori, E., & Sakajo, A. (2020). Nursing intervention for preventing postpartum depressive symptoms among Chinese women in Japan. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 17(4), e12336. <https://doi.org/10.1111/jjns.12336>

Joanna Briggs Institute. (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute.

Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza. (2021, novembro). *A saúde mental em Portugal: Um breve retrato epidemiológico* (Boletim No. 7)

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 85, 13560 – 13565;

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T E., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E. Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ*, 372 (71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Piovesan, C., Gandin, P., Hildebrandt, L. (2020) *Depressão Pós-Parto e o Papel da Enfermagem: Uma Análise Reflexiva*. XXVIII Seminário de Iniciação Científica;

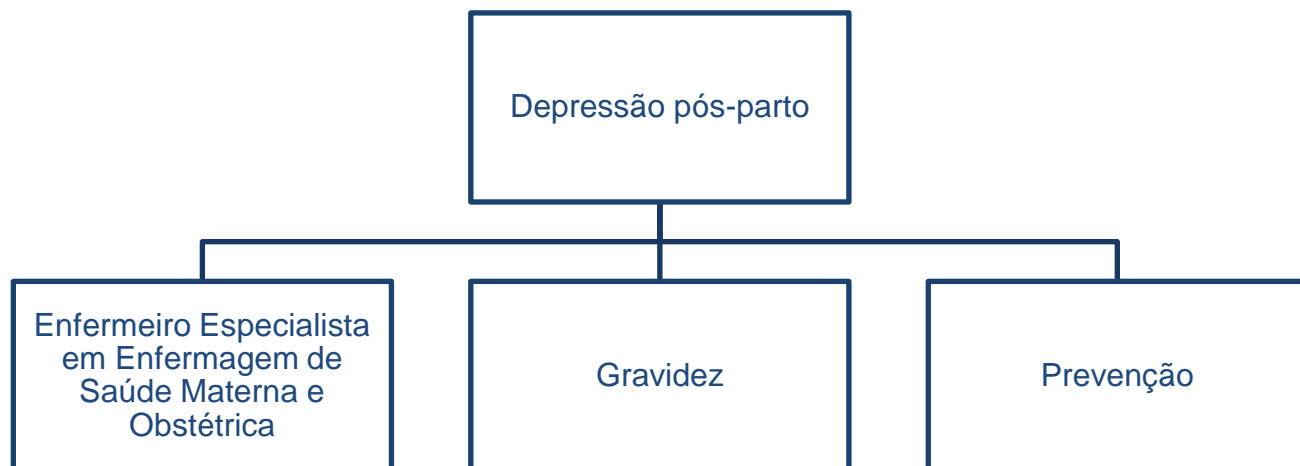
Rodrigues, C (2012) *A depressão pós-parto: Papel do EESMO na sua prevenção*. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 12: p51-57

Sangsawang, B., Wacharasin, C., & Sangsawang, N. (2019). Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 215-228. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0901-7>

Silva, R., Junior, R., Sampaio, V., Rodrigues, K., & Fronza, M. (2019). Postpartum depression: a case-control study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 34(17), 2801–2806. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1671335>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – MAPA CONCETUAL**



*Organograma 1 - Mapa Conceptual*

**APÊNDICE II – RESULTADOS DA PESQUISA NAS BASES DE DADOS**

Tabela 2 - Resultados da pesquisa nas bases de dados

Search	(Pregnancy) AND (Midwifery OR Midwives) AND (Depression, post partum OR Postpartum depression) AND (Primary Prevention OR Prevention)	PubMed	CINAHL	Medline	Total
#1	Pregnancy [MeSH]	147878	0	226	148104
#2	Midwifery [MeSH]	2819	0	5	2824
#3	Midwives	31890	0	6	31896
#4	Depression, post partum [MeSH]	2468	0	0	2468
#5	Postpartum depression	5144	0	1	5145
#6	Primary prevention [MeSH]	38180	0	2	38182
#7	Prevention	801943	0	128	802071
#8	Midwifery OR Midwives	31890	0	8	31898
#9	Depression, post partum OR Postpartum depression	5144	0	1	5145
#10	Primary Prevention OR Prevention	811484	0	128	811612
#11	(Pregnancy) AND (Midwifery OR Midwives) AND (Depression, post partum OR Postpartum depression) AND (Primary Prevention OR Prevention)	56	0	132	188

**APÊNDICE III – LISTA DOS ESTUDOS EXCLUÍDOS COM RAZÕES**

### **Razão 1: Ausência de metodologia clara**

- Tilden, E. L., Holmes, L. R., Vasquez Guzman, C. E., Orzech, C. P., Seghete, K. M., Eyo, V., Supahan, N., Rogers, G. R., Caughey, A. B., Starr, D., DiPietro, J. L., Fisher, P. A., & Graham, A. M. (2022). Adapting Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Depression to Improve Access and Appeal of Preventive Care. *Journal of midwifery & women's health*, 67(6), 707–713. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13444>

### **Razão 2: Ausência de objetivo do estudo**

- Dominiak, M., Antosik-Wojcinska, A. Z., Baron, M., Mierzejewski, P., & Swiecicki, L. (2021). Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekologia polska*, 92(2), 153–164. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0141>

### **Razão 3: Discussão de resultados sem relevância para a temática em estudo**

- Zakeri, M. A., Khoram, S., Bazmandegan, G., Ghaedi-Heidari, F., Talebi, B., Ramezani, N., Ahmadi, F., Kamiab, Z., & Dehghan, M. (2022). Postpartum depression and its correlates: a cross-sectional study in southeast Iran. *BMC women's health*, 22(1), 387. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01978-6>

- Dosani, A., Arora, H., & Mazmudar, S. (2020). mHealth and Perinatal Depression in Low-and Middle-Income Countries: A Scoping Review of the Literature. *International journal of environmental research and public health*, 17(20), 7679. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207679>

- Pawils, S., Kochen, E., Weinbrenner, N., Loew, V., Döring, K., Daehn, D., Martens, C., Kaczmarek, P., & Renneberg, B. (2022). Postpartale Depression – wer kümmert sich? Versorgungszugänge über Hebammen, Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin [Postpartum depression-who cares? Approaches to care via midwifery, gynaecology, paediatrics and general practice]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 65(6), 658–667. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03545-8>

- Porter, A. C., Hunter, S., Noonan, K., & Hoffman, M. C. (2022). A Mindfulness Application for Reducing Prenatal Stress. *Journal of midwifery & women's health*, 67(4), 442–447. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13359>

- Hanach, N., de Vries, N., Radwan, H., & Bissani, N. (2021). The effectiveness of telemedicine interventions, delivered exclusively during the postnatal period, on postpartum depression in mothers without history or existing mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 94, 102906. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102906>

- Sangsawang, B., Deoisres, W., Hengudomsub, P., & Sangsawang, N. (2022). Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, *31*(5-6), 689–702. <https://doi.org/10.1111/jocn.15928>
- Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *Journal of midwifery & women's health*, *65*(1), 96–108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Minamida, T., Iseki, A., Sakai, H., Imura, M., Okano, T., & Tanii, H. (2020). Do postpartum anxiety and breastfeeding self-efficacy and bonding at early postpartum predict postpartum depression and the breastfeeding method?. *Infant mental health journal*, *41*(5), 662–676. <https://doi.org/10.1002/imhj.21866>
- Levis, B., McMillan, D., Sun, Y., He, C., Rice, D. B., Krishnan, A., Wu, Y., Azar, M., Sanchez, T. A., Chiovitti, M. J., Bhandari, P. M., Neupane, D., Saadat, N., Riehm, K. E., Imran, M., Boruff, J. T., Cuijpers, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P. A., Kloda, L. A., ... Thombs, B. D. (2019). Comparison of major depression diagnostic classification probability using the SCID, CIDI, and MINI diagnostic interviews among women in pregnancy or postpartum: An individual participant data meta-analysis. *International journal of methods in psychiatric research*, *28*(4), e1803. <https://doi.org/10.1002/mpr.1803>
- El-Den, S., Pham, L., Anderson, I., Yang, S., Moles, R. J., O'Reilly, C. L., Boyce, P., Raine, K. H., & Raynes-Greenow, C. (2022). Perinatal depression screening: a systematic review of recommendations from member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Archives of women's mental health*, *25*(5), 871–893. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01249-1>

**APÊNDICE IV – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS**

Tabela 3 - Instrumento de extração de dados

<b>Nº dos Artigos</b>	1	2	3	4
<b>Autores; Ano; País de origem</b>	Bussara Sangsawang, Chintana Wacharasin & Nucharee Sangsawang; 2018; Tailândia.	Seyhan Çankaya & Bülent Şimşek; 2020; Turquia.	Yuki Arakawa, Maho Haseda, Kosuke Inoue, Daisuke Nishioka, Shiho Kino, Daisuke Nishi, Hideki Hashimoto & Naoki Kondo; 2023; Japão.	Qiongai Jin, Emi Mori, Akiko Sakajo; 2020; Japão.
<b>Título do artigo; Base de dados</b>	Intervenções para prevenção da depressão pós-parto em mães adolescentes: uma revisão sistemática; Pubmed.	Efeitos da Educação Pré-Natal sobre o Medo do Parto, Depressão, Ansiedade, Autoeficácia no Parto e Modo de Parto em Mulheres Grávidas Primíparas: Um Estudo Prospectivo Controlado Aleatório; Pubmed.	Eficácia dos serviços de consultoria mHealth para prevenir sintomas depressivos pós-parto: um ensaio clínico randomizado; Pubmed.	Intervenção de enfermagem para prevenir sintomas depressivos pós-parto entre mulheres chinesas no Japão; Pubmed.
<b>Objetivo do estudo</b>	Identificar, avaliar e resumir as evidências existentes sobre a eficácia das intervenções para prevenir a DPP em mães adolescentes.	Investigar os efeitos da educação pré-natal no medo do parto, depressão, ansiedade, estresse, autoeficácia no parto e modo de parto em mulheres grávidas primíparas.	Examinar a eficácia dos serviços de consultoria mHealth na prevenção da DPP e se os efeitos variavam de acordo com os antecedentes socioeconómicos.	Avaliar a eficácia de um programa de intervenção de enfermagem para mulheres chinesas que estão a dar à luz no Japão para reduzir os stressores interculturais durante o período pós-parto e prevenir sintomas depressivos pós-parto.
<b>Participantes</b>		Um total de 112 mulheres completou o estudo, com uma análise de poder mostrando uma eficácia de 95%.	Um total de 310 mulheres no grupo mHealth e 329 mulheres no grupo de cuidados habituais completaram o questionário de resultado.	Determinou-se que seria necessário pelo menos 38 participantes para obter 80% de poder a um nível de significância

				de 5%. Recrutou-se 63 mães.
<b>Metodologia; Métodos</b>	<p>- Realizou-se uma revisão sistemática utilizando o PRISMA como diretriz;</p> <p>- Pesquisa nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e SCOPUS de janeiro de 2000 a março de 2017, definindo-se os limitadores: idioma inglês e envolvendo seres humanos.</p> <p>- Termos de pesquisa: “adolescent pregnancy” OR “adolescent mothers” OR “teenage pregnancy” OR “teenage mothers” AND “postpartum depression” OR “postnatal depression” AND “prevention” AND “intervention”;</p> <p>- Critérios de inclusão: (1) estudos que examinam os resultados preventivos da DPP, melhorando o desempenho clínico sintomas depressivos; (2) adolescente (adolescente) grávida ou mães adolescentes de 10 a 19 anos como amostra do estudo; (3) DPP</p>	<p>- Estudo controlado randomizado pré e pós-teste, que incluiu dois grupos paralelos: educação pré-natal e controle.</p> <p>- Hipóteses: H1 - A autoeficácia no parto das gestantes que recebem educação pré-natal aumenta em comparação com o grupo controle. H2 - Sintomas de depressão, ansiedade e estresse das gestantes que recebem educação pré-natal diminuem em comparação com o grupo controle. H3 - Gestantes que recebem educação pré-natal têm menos medo do parto em comparação com o grupo controle. H4 - Gestantes que recebem educação pré-natal no período pós-parto têm sintomas de depressão, ansiedade e estresse mais baixos do que o grupo controle.</p>	<p>- Foi realizado um ensaio em Yokohama, onde os serviços convencionais de cuidados perinatais gratuitos para todas as mães foram implementados</p> <p>- Matriculou-se participantes de 11 de setembro de 2020 a 7 de março de 2021</p> <p>- Em novembro de 2020, devido ao tamanho da amostra pequeno, expandimos a população-alvo de mulheres no início da gravidez para todas as mulheres grávidas</p> <p>- Os critérios de inclusão foram i) gravidez auto-relatada com data prevista de parto até 31 de outubro de 2021; ii) residir na cidade de Yokohama; iii) ser capaz de comunicar em japonês.</p> <p>- Não foram estabelecidos critérios de exclusão</p> <p>- Os participantes foram atribuídos aleatoriamente (alocação 1:1) para o grupo de mHealth ou cuidados</p>	<p>- Este estudo foi conduzido entre agosto de 2016 e julho de 2017 utilizando um desenho de experimento único, pré-teste e pós-teste. A abordagem foi primariamente quantitativa (questionários de auto-relato) com um componente qualitativo (entrevista semiestruturada).</p> <p>-Os dados foram colhidos em três momentos diferentes: durante o terceiro trimestre, mas antes do NIP (T1); durante a estadia hospitalar pós-parto, após o NIP (T2); e durante o primeiro mês pós-parto, após o NIP (T3).</p> <p>-Participantes foram recrutadas na clínica de obstetria ambulatorial de quatro hospitais gerais na grande área de Tóquio. Enfermeiras selecionaram potenciais participantes em cada hospital usando registros médicos.</p> <p>-Os critérios de inclusão eram: (a)</p>

<p>materna ou sintomas depressivos medidos como principal ou desfecho secundário; e (4) estudos com desenhos de ensaios clínicos randomizados (ECR) ou grupos de comparação.</p> <p>- Critérios de exclusão: estudos não comparativos, estudos qualitativos, revisões de literatura, revisões sistemáticas e meta-análises.</p> <p>- Todos os títulos e resumos dos estudos foram selecionados por todos os revisores (BS, CW e NS) com base no critério da elegibilidade. A seguir, os textos completos dos estudos elegíveis foram analisados. Finalmente, estudos que relatam os resultados de intervenções e/ou programas para prevenir a DPP foram selecionados, particularmente foram os que tinham como participantes mães adolescentes.</p> <p>- A qualidade dos estudos incluídos foi avaliada através dos 14 critérios</p>	<p>H5 - Gestantes que recebem educação pré-natal no período pós-parto têm menos medo do parto do que o grupo controle.</p> <p>H6 - Gestantes que recebem educação pré-natal têm taxas mais altas de parto vaginal do que o grupo controle.</p> <p>- Foi utilizado um método de randomização cego para avaliar os efeitos da educação pré-natal no medo do parto, autoeficácia no parto, ansiedade, estresse, depressão e modo de parto em mulheres primíparas</p> <p>- A pesquisa foi conduzida numa aula de educação pré-natal para mulheres da maternidade do hospital da província da Região da Anatólia Central.</p> <p>- Foram recrutadas mulheres grávidas primíparas que voluntariamente frequentaram as aulas de educação pré-natal entre abril de 2019 e setembro de 2019 e</p>	<p>habituais. Usou-se um algoritmo de computador de randomização simples sem opções, com o objetivo de equilibrar as características basais. O coletor de dados e o analista estavam cegos para as atribuições de grupo até que as análises primárias fossem concluídas</p> <p>- Os participantes do grupo de mHealth podiam consultar profissionais de saúde gratuitamente usando o seu dispositivo móvel sem restrições de frequência, desde o momento da atribuição até quatro meses após o parto, financiado pela Cidade de Yokohama. O serviço incluía consulta geral e apoio emocional relacionado à gravidez e cuidados com crianças e não fornecia diagnóstico médico formal ou prescrição. Este serviço foi entregue através plataforma LINE ou chamadas telefônicas. Os</p>	<p>ser uma mulher chinesa grávida que planeava dar à luz no Japão; (b) estar pelo menos com 30 semanas de gravidez de uma gravidez única e prevista para ter uma gravidez e parto normais; (c) ter a intenção de dar à luz na instalação que fornece cuidados maternos; (d) ter a capacidade de ler e entender chinês; (e) ser casada ou ter um parceiro; e (f) estar disposta a participar de todo o NIP.</p> <p>- Os critérios de exclusão eram: (a) ter um histórico pessoal ou familiar de doença mental; e (b) ter dado à luz prematuramente ou um bebê de baixo peso anteriormente.</p> <p>-Hipotetizamos que o seguinte aconteceria com as mulheres chinesas que participaram deste NIP: (a) as avaliações cognitivas no primeiro mês pós-parto seriam mais positivas do que antes do NIP; (b) elas não relatariam experienciar stress devido a</p>	
--	--	---	--	--

<p>da ferramenta de avaliação de qualidade, 'QUALSYST', esses critérios foram pontuados numa escala de 3 pontos dependendo do grau em que os critérios específicos foram atendidos. A qualidade metodológica foi determinada com base nas pontuações percentuais da seguinte forma: má qualidade (pontuação &lt; 50%), Qualidade razoável (pontuação = 50–69%), boa qualidade (pontuação = 70–79%), e forte qualidade (pontuação &gt; 80%).</p> <p>- Os dados dos estudos incluídos foram extraídos independentemente pelo primeiro revisor (BS) e verificados quanto à precisão e completude pelo segundo e terceiro revisores (CW e NS). As seguintes informações foram extraídas dos estudos incluídos: publicação (autor(es), ano de publicação, país de origem);</p>	<p>que cumpriam os critérios de inclusão: mulheres primíparas com mais de 18 anos de idade, com uma gravidez única saudável entre 20 e 32 semanas de gestação, parto a termo completo e recém-nascido saudável, e ainda, todas as participantes deveriam ser formadas no ensino fundamental e capazes de se comunicar em turco.</p> <p>- Critérios de exclusão: Mulheres com complicações na gravidez, transtornos mentais diagnosticados ou outras complicações</p> <p>- O grupo de controle recebeu os cuidados pré-natais de rotina oferecidos nas clínicas de ambulatório do mesmo hospital.</p> <p>- O estudo incluiu um total de 112 mulheres primíparas, com 57 no grupo de educação pré-natal e 55 no grupo controle. Este tamanho da amostra foi determinado para alcançar uma potência de estudo de 95% com um nível de erro tipo I de</p>	<p>consultores eram obstetras-ginecologistas, pediatras e parteiras com pelo menos três anos de experiência clínica em maternidade ou cuidados infantis. Os consultores forneceram conselhos gerais para abordar as preocupações relacionadas à saúde do participante de acordo com as especializações médicas dos consultores. Os consultores partilhavam habilidades de comunicação, de apoio, e conhecimento de cuidados preventivos para problemas de saúde mental. Os participantes do grupo de mHealth podiam reservar horários de consulta disponíveis de 10 minutos e selecionar os seus consultores e métodos preferidos disponíveis (ligação por voz, mensagens de texto/chat e videochamada) entre 18h e 22h nos dias de semana. Após o parto, também podiam ter consultas por</p>	<p>stressores interculturais; e (c) a percentagem com sintomas depressivos não aumentaria de antes para depois do NIP.</p> <p>-O NIP consistia numa aula de maternidade, cartões de conversação e um grupo de rede social. Sendo oferecido em adição ao cuidado padrão de enfermagem.</p> <p>-Para a aula de maternidade, cada participante recebeu uma aula de 90 minutos durante o terceiro trimestre; no total, foram realizadas 19 aulas, cada uma com um grupo de 2–4 mulheres. As aulas foram realizadas num horário conveniente para as mulheres envolvidas e durante a sua consulta pré-natal na instalação onde estavam inscritas para cuidados pré-natais e planeavam dar à luz. Na aula, distribuímos um panfleto em chinês que fornecia informações sobre a vida pós-parto, incluindo mudanças nas</p>
---	--	---	--

	<p>características da amostra (por exemplo, tamanho da amostra, idade, idade gestacional (IG)); design de estudo; estrutura conceitual; intervenção; provedor de intervenção; intervenção de controle; resultados; e descobertas.</p> <p>- Utilizou-se um resumo narrativo para sintetizar os resultados. A síntese das características do participante e da intervenção foram descritas de forma narrativa que continha texto e tabelas para fornecer um resumo descritivo e explicação dos resultados da intervenção.</p>	<p>5%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A randomização foi realizada por blocos e os participantes foram alocados aleatoriamente para os grupos.</li> <li>- A análise dos dados foi conduzida por um especialista estatístico cego para as alocações de grupo.</li> <li>- Os dados foram colhidos de abril de 2019 a setembro de 2019</li> <li>- Quatro formulários foram utilizados para coletar os dados, e a coleta ocorreu em três fases: Fase 1 (pré-educação) - Nos grupos de educação pré-natal e controle, foram administrados o Formulário de Informações Demográficas e de Resultados do Parto, o Inventário de Autoeficácia no Parto, o Questionário de Expectativa/Experiência de Parto Wijma Versão A e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse; Fase 2 (4 semanas depois) - No grupo de educação pré-natal</li> </ul>	<p>chat com parteiras sem agendamento ou restrições de horário entre 13h e 17h, às segundas, quartas e sextas-feiras. O prestador de serviços enviava regularmente revistas para todos os usuários com informações úteis sobre maternidade e cuidados infantis como um serviço de tipo push, com conselhos para promover o uso do serviço para mulheres que precisavam de ajuda. O prestador de serviços tinha uma equipa de controlo de qualidade e conduzia avaliações de qualidade para consultores para melhorar os seus serviços.</p> <p>- Os participantes designados para o grupo de cuidados habituais não receberam os serviços de consulta de mHealth. Em vez disso, foi oferecido acesso a um site criado por uma equipa de pesquisa onde poderiam aceder facilmente a informações sobre gravidez e</p>	<p>condições físicas e mentais após o parto, diferenças entre a prática tradicional chinesa e a prática moderna japonesa, métodos de enfrentamento e de cuidados infantis. A aula foi ministrada por um pesquisador chinês—o primeiro autor, um candidato a PhD que tinha treinado previamente a dar aulas de maternidade. Uma parteira japonesa estava presente para responder a perguntas específicas, como os melhores meios de passar o período puerperal no Japão, e para fornecer respostas especializadas para problemas relacionados à obstetria.</p> <p>-Os cartões de conversação foram entregues aos participantes durante a aula de maternidade para ajudá-los a obter assistência mais facilmente das enfermeiras japonesas durante a hospitalização após o parto. A aula também</p>
--	---	---	--	---

		<p>(pós-educação) e no grupo controle, foram administrados o Inventário de Autoeficácia no Parto, o Questionário de Expectativa/Experiência de Parto Wijma Versão A e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse; Fase 3 (6 a 8 semanas pós-parto) - Nos grupos de educação pré-natal e controle, entre 6 a 8 semanas após o parto, foram administrados por telefone o Questionário de Expectativa/Experiência de Parto Wijma Versão B, a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse e o Formulário de Informações de Resultados do Parto.</p> <p>- O grupo de educação pré-natal participou de um programa de 16 horas baseado em filosofias de parto natural e técnicas como hipn parto, enquanto o grupo de controle recebeu o cuidado pré-natal rotineiro.</p> <p>- Os dados foram analisados</p>	<p>cuidados com crianças fornecidas pela Cidade de Yokohama ou outras organizações públicas, como hospitais nacionais.</p> <p>- O desfecho primário foi o risco de sintomas depressivos pós-parto elevados, que foi avaliado usando a versão japonesa da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), um questionário estruturado de 10 itens amplamente usado para rastrear a depressão perinatal.</p> <p>- Os desfechos secundários foram autoeficácia, solidão, barreiras percebidas ao acesso aos cuidados de saúde e uso de instalações médicas. A autoeficácia foi avaliada usando uma escala de autoeficácia parental para mães com bebês. A solidão foi avaliada usando a versão japonesa de 3 itens da Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles, versão 3. Para avaliar as</p>	<p>apresentou explicações sobre como usar os cartões de conversação, e os participantes realizaram uma dramatização com a parteira japonesa. O conteúdo dos cartões foi preparado com base em episódios stressantes previamente destacados (Jin et al., 2016); e as perguntas foram baseadas naquelas que são frequentemente feitas clinicamente, que foram identificadas com a cooperação de duas parteiras com 5 ou mais anos de experiência clínica. Além disso, cartões de resposta para enfermeiras foram preparados, que os participantes poderiam entregar às enfermeiras para que pudessem responder às perguntas dos participantes em chinês.</p> <p>-Os grupos de rede social foram criados usando o WeChat</p> <p>-O questionário de colheita de dados inicial (T1) incluía perguntas sociodemográficas, o Inventário de</p>
--	--	---	---	---

		<p>usando o SPSS 20.0, com testes t, qui-quadrado e análises de normalidade, A significância foi definida em <math>p &lt; 0,05</math>.</p>	<p>barreiras percebidas ao acesso aos cuidados de saúde, perguntou-se aos participantes se eles tinham interrompido a consulta com os prestadores de saúde apesar das suas necessidades durante o período do estudo. O uso de instalações médicas foi avaliado com base no autorrelato dos participantes, incluindo o número de visitas a instalações médicas durante o dia, além de consultas médicas regulares, visitas noturnas/feriados, uso de ambulância para seus bebês e novas visitas a clínicas para saúde mental das mães.</p> <p>- Além dos desfechos pré-determinados no protocolo, avaliamos o risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer como desfechos dos filhos.</p> <p>- Colheram-se dados através da utilização de um site de pesquisa e um questionário autoaplicável</p>	<p>Ansiedade Estado-Traço (STAI; Zheng et al., 1993) e a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS; Wang et al., 2001).</p> <p>-uma avaliação do estado emocional das participantes foi realizada no mesmo dia da aula de maternidade usando o questionário STAI e EPDS para verificar se houve mudanças na condição emocional após a sessão.</p> <p>As avaliações posteriores (T2) foram realizadas duas semanas após o parto e seis semanas após o parto (T3) por telefone ou pessoalmente durante as visitas pós-natais. O mesmo conjunto de questionários foi administrado durante essas avaliações para medir os resultados das condições emocionais, assim como foram discutidas as experiências dos participantes relacionadas ao programa de intervenção e ao seu</p>
--	--	--	---	--

			<p>usando o Google Forms no início e três meses após o parto.</p> <p>- Para os desfechos primários e secundários, foram realizados testes exatos de Fisher para variáveis binárias, e testes t e de Mann-Whitney U foram realizados para variáveis contínuas para comparar os desfechos três meses após o parto entre os grupos com análises de casos completos. Utilizou-se análises de regressão linear múltipla modificada de Poisson e múltipla, conforme apropriado, para obter razões de risco e intervalos de confiança de 95% (ICs) para os desfechos primários e secundários.</p> <p>- Para estimar o efeito causal médio do cumpridor do uso de mHealth, comparamos mulheres de acordo com seu uso real de mHealth com base em registos de consulta usando alocação aleatória como uma variável instrumental,</p>	<p>bem-estar geral.</p> <p>- Para a análise a nível individual, os dados qualitativos foram analisados usando a análise de conteúdo de Graneheim e Lundman (2004). Após cada entrevista, as gravações foram transcritas literalmente e lidas para obter uma compreensão abrangente de seus conteúdos. Posteriormente, unidades de significado e códigos primários foram identificados, e códigos primários semelhantes foram classificados em unidades mais condensadas. A análise de conteúdo foi inicialmente conduzida para explorar respostas detalhadas sobre background social, status de suporte social, avaliação cognitiva, comportamentos de enfrentamento e stress. Em seguida, a relevância de todas as variáveis em relação ao quadro conceitual foi analisada</p>
--	--	--	---	---

			<p>enquanto considerávamos possíveis vieses de seleção após a randomização. Para explorar os componentes do serviço de mHealth que contribuíram para os efeitos, comparamos o desfecho primário de acordo com o número de consultas (uma vez, 2-4 vezes, <math>\geq</math> 5 vezes), especialidades de cada consultor de saúde e métodos de cada tipo de consulta (ligação por voz, mensagens de texto/chat e videochamada) com ajuste de características basais incluindo idade, paridade, trimestre, tamanho do domicílio, renda, educação, sintomas depressivos elevados na linha de base e problemas de saúde mental anteriores.</p> <p>- Todas as análises foram realizadas usando o software Stata, versão 16 (StataCorp), conduzidas pelo primeiro autor e pelo segundo autor, que era Epidemiologista Sênior Certificado pela Associação</p>	<p>usando dados qualitativos e quantitativos. Finalmente, na análise geral, os resultados da análise individual para cada caso foram integrados, e como o NIP afetou a avaliação cognitiva, comportamento de enfrentamento, estresse e sintomas depressivos foi avaliado. Análise de variância e análise de qui-quadrado foram adotadas para avaliar os efeitos do NIP. Para comparar o STAI em três pontos, o teste de Shapiro-Wilk foi usado para verificar a distribuição normal, e a comparação intra-grupo das mudanças temporais foi verificada por análise de variância de uma via com medidas repetidas. O EPDS foi dividido em 10 valores de corte, e um teste de qui-quadrado foi realizado para analisar a diferença entre os sujeitos com sintomas depressivos e não depressivos. As análises estatísticas foram</p>
--	--	--	--	--

			Epidemiológica do Japão	realizadas usando o SPSS versão 22 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA), e uma probabilidade de <0,05 foi considerada significativa.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 13 artigos foram incluídos na revisão.</li> <li>- A avaliação da qualidade dos estudos revelou que nenhum deles tinha má qualidade, cinco foram classificados com qualidade razoável, seis com boa qualidade e dois com qualidade forte.</li> <li>- Os participantes apresentavam ampla variabilidade étnica, a maioria dos estudos foram realizados em grupos étnicos minoritários. As adolescentes tinham entre 12 e 19 anos de idade, com idade gestacional na inscrição entre 26 e 28 semanas ou menos. A maioria era composta por mães de primeira viagem, vivendo com os pais e desempregadas.</li> <li>- As intervenções incluídas foram realizadas nos EUA e divididas em</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos os participantes do estudo eram casados e tinham uma idade média de 25,8 e uma idade gestacional de 31,2. A maioria era graduada em universidades (80,2%).</li> <li>- Não observamos diferença estatística entre os grupos em relação à idade, educação, emprego, nível de renda familiar, modo de parto preferido, status do início do parto, semana gestacional, número de acompanhamentos pré-natais, autoeficácia no parto, expectativa de resultado, expectativa de eficácia, medo do parto na gravidez, depressão, ansiedade e estresse.</li> <li>- Após quatro semanas, aqueles no grupo de educação pré-natal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 310 e 329 mulheres, com idade média de <math>32,9 \pm 4,1</math>, completaram o questionário de resultados nos respectivos grupos (taxa de resposta: 87%; taxa de desistência: grupo mHealth, 15,1%; grupo de cuidado usual, 10,8%;).</li> <li>- As características demográficas e de base foram similares entre os grupos.</li> <li>- Na linha de base, 5,2% do grupo de mHealth e 7,9% do grupo de cuidado usual apresentavam sintomas depressivos elevados usando EPDS<math>\geq</math>13, e 20,7% do grupo de mHealth e 21,9% do grupo de cuidado usual usando EPDS<math>\geq</math>9.</li> <li>- Mulheres designadas para o grupo de mHealth tiveram um risco menor de sintomas depressivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No final, 38 (22,9%) participantes completaram todas as partes do estudo. As mulheres que se recusaram a participar deram razões como falta de tempo para frequentar a aula de maternidade (a razão mais comum), dificuldade em manter contato e retorno à China.</li> <li>- A idade média foi de 31,2 anos (DP <math>\pm</math> 4,8, faixa: 20–42) e a duração média de residência no Japão foi de 69,9 meses (DP <math>\pm</math> 51, faixa: 7–182). A maioria das participantes (73,7%) era primípara, e três das 10 multíparas estavam a dar à luz pela primeira vez no Japão. Vinte e cinco participantes tiveram apoio após o parto de um membro da família vindo da China, e 28 participantes</li> </ul>

	<p>grupos de intervenção psicossocial e psicológica. As intervenções foram fornecidas por para-profissionais índios nativos americanos, por paraprofissionais índios americanos treinados e por enfermeiras de saúde pública.</p> <p>- As intervenções foram classificadas como preventivas, procurando diminuir sintomas de depressão entre mães adolescentes sem sinais clínicos ou prevenir o surgimento de novos sintomas.</p> <p>- As intervenções psicossociais foram categorizadas em tipos específicos de intervenções, nomeadamente: (1) visitas domiciliares, (2) programas educacionais pré-natais/antenatais/pós-natais, (3) intervenções de apoio social, (4) programas de intervenção precoce, e (5) treino de massagem infantil.</p> <p>- As intervenções psicológicas</p>	<p>mostraram maior autoeficácia no parto e menores níveis de depressão, ansiedade, estresse e medo do parto em comparação com o grupo controle, apoiando as hipóteses H1, H2 e H3.</p> <p>- No período pós-natal, o grupo de educação pré-natal continuou a mostrar níveis significativamente mais baixos de depressão, ansiedade, estresse e medo do parto, além de uma maior taxa de partos vaginais, confirmando as hipóteses H4, H5 e H6.</p>	<p>pós-parto elevados (47 de 310 mulheres [15,2%]) comparadas ao grupo de cuidado usual (75 de 329 mulheres [22,8%]; risco relativo, 0,67 [IC 95%, 0,48–0,93].</p> <p>- A média dos scores de EPDS também foi menor no grupo de mHealth comparado ao grupo de cuidado usual (4,7 vs. 5,6, diferença média: -0,84 [-1,5 a -0,18]).</p> <p>- Comparado ao grupo de cuidado usual, mulheres no grupo de mHealth mostraram maior autoeficácia parental (47,9 vs. 46,9, diferença média: 0,97 [IC 95%, -0,05 a 1,98]), menores scores de solidão (6,78 vs. 7,17, diferença média: -0,39 [IC 95%, -0,73 a -0,04]), e menores barreiras percebidas para acesso à saúde (4,1 vs. 5,2, diferença média: -1,05 [IC 95%, -2,12 a 0,02]).</p> <p>- Não encontramos diferença entre os grupos em visitas a instalações</p>	<p>tinham mais de duas pessoas a apoiar, incluindo o cônjuge. A pontuação média do SSS foi 45,7 (DP = 8,0, faixa 28–60) no T2 e 44,7 (DP = 8,6, faixa 23–60) no T3.</p> <p>-Em relação à adesão ao zuoyuezi, 33 participantes relataram que pretendiam observar zuoyuezi no início (T1) (Tabela 3); no entanto, apenas 12 participantes realizaram uma parte do zuoyuezi durante a estadia no hospital após o parto (T2). A maioria das mulheres que mudou de ideia relatou: “Mudei parcialmente de ideia após participar da aula de maternidade”, e outras mencionaram a desaprovação da família e confiança na teoria do Yin-Yang. Além disso, 23 participantes não praticaram zuoyuezi até 1 mês pós-parto, e duas a três participantes disseram que não puderam praticar zuoyuezi devido</p>
--	---	---	---	--

	<p>também foram categorizadas em tipos específicos de intervenções, nomeadamente: 1) terapia psicoeducacional e terapia cognitivo-comportamental, (2) terapia interpessoal em grupo.</p> <p>- A eficácia das intervenções na prevenção de DPP foi identificada por pontuações de depressão mais baixas ou menor incidência de DPP em comparação com as condições controladas.</p> <p>- Em seis estudos, cinco de sete intervenções relataram a eficácia de intervenções preventivas de DPP, que constataram que as mães adolescentes no grupo de intervenção tinham sintomas de DPP mais baixos ou menor incidência de DPP do que o grupo controlo. Resultados eficazes foram obtidos pelos seguintes tipos de intervenção: (1) intervenções de visitas domiciliárias, (2) programas educacionais</p>		<p>médicas para crianças, uso de ambulância para crianças, e novas visitas clínicas para saúde mental das mães. Também não encontramos diferença entre os grupos no risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer dos filhos.</p> <p>- A análise de subgrupo adicional também indicou que os resultados não diferiram pelo tempo de participação (primeiro trimestre; risco relativo=0,72 [IC 95%: 0,43–1,19], segundo e terceiro trimestres; risco relativo=0,63 [IC 95%: 0,41–0,97], valor P para interação=0,71).</p> <p>- O resultado comparando mulheres que usaram mHealth com outros participantes usando o método de variável instrumental foi consistente com a análise primária (risco relativo, 0,54 [IC 95%, 0,31–0,94]).</p> <p>- Nas análises exploratórias, mulheres que consultaram de 2 a 4</p>	<p>à falta de suporte.</p> <p>- Todas as 38 participantes apresentaram avaliações cognitivas positivas no T3, o que apoia a hipótese 1.</p> <p>- No geral, 17 participantes realizaram discussões através do WeChat. No entanto, 21 participantes não usaram o WeChat, por razões como o baixo número de pessoas no seu grupo, falta de tempo livre para usar o telemovel e sentir que não precisavam pedir ajuda aos outros porque consultavam suas famílias sobre a maioria das coisas.</p> <p>- Em relação aos cartões de conversa, apenas duas participantes usaram durante a hospitalização pós-parto, ambas incapazes de realizar conversas diárias em japonês. No entanto, sete participantes que não entendiam japonês de forma alguma não usaram os cartões,</p>
--	---	--	--	---

	<p>pré-natais/pós-natais; (3) psicoeducacional e terapia cognitivo-comportamental; (4) o programa REACH baseado em terapia interpessoal em grupo; e (5) treino em massagem infantil.</p> <p>No entanto, noutros sete estudos, quatro intervenções relataram não haver diferenças significativas na prevenção dos sintomas de DPP entre os grupos de intervenção e controlo: (1) dois programas de visitas domiciliárias baseados no programa EIP; (2) um programa de visitas domiciliárias pelo modelo de voluntariado, um programa de visitas domiciliárias com currículos de parentalidade para adolescentes e a intervenção de visitas domiciliárias Family Spirit; (3) programas de parentalidade pré-natal e de cuidados com o bebê; e (4) uma intervenção de melhoria do apoio social. Curiosamente, duas das</p>		<p>vezes, que consultaram com parceiras uma ou mais vezes, ou que consultaram via chat uma ou mais vezes tenderam a ter baixos riscos de sintomas depressivos pós-parto elevados.</p>	<p>principalmente porque as suas famílias as ajudavam na comunicação com a equipa médica.</p> <p>- Em relação ao stress, não foi observada diferença significativa nas pontuações médias do STAI antes e depois do NIP (Tabela 5). No entanto, 36 das 38 participantes não relataram experimentar stresse devido a fatores interculturais, o que apoia parcialmente a hipótese 2. Apenas duas participantes relataram sentir esse stresse; uma mencionou conflito de relacionamento com sua sogra japonesa, enquanto a outra mencionou enfrentar uma barreira linguística devido à falta de comunicação com falantes de japonês (Tabela 6). Além disso, 11 participantes relataram stresse causado por fatores stressantes de maternidade. Os seguintes fatores foram mencionados: falta de</p>
--	---	--	---	---

	<p>intervenções que incluíram visitas domiciliárias e intervenções educacionais pré-natais/pós-natais relataram tanto diferenças significativas quanto não significativas na prevenção de DPP em mães adolescentes.</p>			<p>suporte social para parto e criação de filhos por parte de famílias e/ou outros; conflito de relacionamento com seu cônjuge chinês, sogra, etc.; e problemas de saúde neonatal, como icterícia hemolítica.</p> <p>-Após o NIP, a percentagem de participantes que pontuaram acima de 10 no EPDS (21,1%) não aumentou (Tabela 5); no entanto, a pontuação média foi ligeiramente menor pós-NIP (T1, pontuação média = 7,2, DP = 4,2; T2, pontuação média = 7,1, DP = 4,9; T3, pontuação média = 6,8, DP = 3,8); isso apoia a hipótese 3. Sete das oito participantes que apresentaram sintomas depressivos pós-parto 1 mês após o parto não relataram stresse devido a fatores interculturais, mas relataram stresse causado por fatores relacionados com a maternidade.</p> <p>- Trinta participantes retornaram</p>
--	---	--	--	---

				<p>avaliações positivas para todas as avaliações cognitivas após o NIP, com as oito restantes demonstrando avaliações positivas e negativas, o que em grande parte confirmou nossa primeira hipótese. As avaliações positivas podem ser devido à participação na aula de maternidade durante o período puerperal, juntamente com outras intervenções de enfermagem. Fornecemos informações às participantes através da aula de maternidade para aumentar a consciencialização sobre as dificuldades que poderiam encontrar na sua vida pós-parto ou problemas que poderiam surgir devido ao contato com uma cultura diferente. No entanto, o resultado de que as avaliações cognitivas pós-intervenção também incluíram avaliações negativas indica que o NIP não apoiou totalmente a autoajuste das participantes às suas</p>
--	--	--	--	--

				<p>esperadas vidas pós-parto. Em particular, as mães chinesas primíparas dando à luz no Japão, devido às diferenças culturais e à inexperiência da vida pós-parto, podem ter mais a aprender durante a gravidez do que as mães japonesas. Em conjunto, isso sugere que as informações fornecidas através da aula de maternidade puerperal foram limitadas e falharam em motivar as participantes a imaginarem realisticamente sua vida pós-parto no hospital e após a alta, coletarem informações de forma independente em preparação para a vida pós-parto e se prepararem para receber o apoio da família.</p> <p>Das participantes que apenas mostraram avaliações positivas na avaliação cognitiva pós-intervenção, duas decidiram, após participar da aula de maternidade puerperal, que não</p>
--	--	--	--	---

				adeririam ao zuoyuezi. No entanto, após forte insistência de suas famílias para praticar o zuoyuezi, chegaram a acordos positivos com suas famílias e praticaram algum grau de zuoyuezi.
<b>Conclusões dos Autores</b>	A evidência da revisão sistemática recomenda que tanto as intervenções psicológicas quanto as psicossociais incluam o seguinte: (1) visitas domiciliares, (2) programas educacionais pré-natais/pós-natais, (3) terapia cognitivo-comportamental e psicoeducacional, (4) o programa REACH baseado em terapia interpessoal em grupo e (5) treino em massagem infantil são bem-sucedidos na prevenção dos sintomas depressivos pós-parto entre mães adolescentes em comparação com as condições controladas. Curiosamente, dois tipos de intervenção psicossocial, incluindo visitas domiciliares e	- Este estudo sugere que a educação pré-natal pode melhorar significativamente a autoeficácia no parto e reduzir o medo, a depressão, a ansiedade e o estresse em mulheres grávidas, além de promover um maior índice de partos vaginais. - Os programas de educação pré-natal devem ser considerados uma parte natural da educação prenatal rotineira.	- Este estudo mostrou o potencial considerável das intervenções mHealth e possíveis mecanismos para prevenir a PPD e garantir equidade nos serviços em contextos reais. - A remoção de barreiras físicas e psicossociais aos cuidados de saúde por meio do mHealth pode ser uma opção valiosa para melhorar a saúde mental perinatal nas políticas dos governos locais.	Desenvolvemos um NIP para a prevenção da depressão pós-parto. Este foi administrado a mulheres chinesas no terceiro trimestre que planejavam dar à luz no Japão. Nosso estudo demonstrou que o programa pode ajudar essas mulheres a melhorar suas avaliações cognitivas em relação aos eventos que elas experimentam ao dar à luz em ambientes interculturais, e que pode ajudá-las a realizar comportamentos de enfrentamento adequados. Além disso, 1 mês após o parto, 36 das 38 participantes não relataram experimentar stresse devido a fatores interculturais, demonstrando que nosso programa

	<p>intervenções educacionais pré-natais/pós-natais, relataram tanto eficácia significativa quanto não significativa na redução da DPP em mães adolescentes. Essas intervenções eficazes podem ser consideradas para serem fornecidas a mulheres adolescentes grávidas como intervenções de cuidados pré-natais, juntamente com os cuidados pré-natais usuais.</p>			<p>pode ajudar a reduzir o stresse intercultural. Em relação aos sintomas depressivos pós-parto, a percentagem de participantes que apresentaram sintomas depressivos 1 mês após o parto foi de 21,1%, idêntica à taxa observada no período pré-NIP. Considerando nossas descobertas, o NIP, que considera as dificuldades interculturais, pode ser capaz de reduzir o stresse causado por fatores interculturais e prevenir o início da depressão pós-parto. Este resultado pode ser expandido, pois o NIP poderia ser aplicado a mulheres estrangeiras com diferentes contextos culturais, além das chinesas.</p>
--	---	--	--	---

**APÊNDICE IX – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE  
MATERNA E OBSTÉTRICA**

# **Projeto de Investigação**

**Discente:**

Mariana Lopes Mendes

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM  
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E  
RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA  
E OBSTÉTRICA**

# **Projeto de Investigação**

**Discente:**

Mariana Lopes Mendes, N.º 150408055

**Docente:**

Teresa Margarida Carreira

**ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

DGS – Direção Geral da Saúde

DPP – Depressão Pós-Parto

EDPE – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ERAP – Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal

SR – Scoping Review

## ÍNDICE

1. Fundamentação do Estudo .....	4
2. Procedimentos Metodológicos .....	7
2.1 Considerações Éticas .....	9
3. Referências Bibliográficas .....	10
Anexos.....	12
Anexo I – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.....	13
Anexo II – Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal .....	17
Anexo III – Cronograma .....	20
Anexo IV – Consentimento Informado.....	22

## **1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO**

A gravidez, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2015), é um estado de saúde que traduz um processo fisiológico e adaptativo a nível físico mas também a nível psicológico, familiar e social. A vivência de todas as transições e transformações inerentes a este estado é única e individual, e o facto de implicar adaptações a tantos níveis tem como “consequência um acréscimo de incidência de perturbações da saúde mental, nomeadamente ansiedade e depressão, não necessariamente psicopatológicas.” (DGS, 2015, p. 9).

No que concerne aos cuidados à mulher grávida e casal no âmbito da saúde mental, o Programa de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco faz referência ao manual de orientação para profissionais de saúde acerca da Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância desenvolvido em 2006 pela DGS, sendo, por isso, considerado atual e um dos documentos orientadores para esta investigação.

Neste âmbito, acerca da saúde mental nesta fase da vida, esse mesmo manual refere que a gravidez e os primeiros anos de vida da criança são um período sensível e vulnerável, com transformações profundas a nível emocional, relacional, social e económico, com impacto na saúde mental dos intervenientes ao longo do seu ciclo vital, uma vez que, marca o desenvolvimento futuro e as experiências vividas. Nesse sentido, a promoção da saúde mental no período pré e pós-natal é fundamental para potenciar ao casal o estado de equilíbrio que permite a compreensão, interpretação e adaptação ao meio que os rodeia, bem como o estabelecimento de relações significativas (DGS, 2006).

Alves, Barbosa & Silva (2021), apontam o enfermeiro como o profissional com maior tempo de contacto direto com a mulher seja na gravidez ou puerpério, com formação no âmbito da prevenção e promoção da saúde, possuindo competências para intervir neste âmbito da saúde mental. Nesse sentido, também o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2019), preconiza, nas diferentes unidades de competência, que o EEESMO conceba, planeie, coordene, supervisione, implemente e avalie programas, projetos e intervenções de

promoção da saúde mental na vivência da gravidez e do puerpério potenciando a parentalidade responsável.

Desta forma, tendo em conta as minhas motivações pessoais e o impacto da saúde mental na gravidez e pós-parto, surge a vontade de realizar a investigação a incluir no relatório de estágio no âmbito da prevenção da depressão pós-parto.

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental de alta prevalência, que atinge 10 a 15% das mulheres e provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, pode surgir durante todo o primeiro ano após o parto, sendo mais frequente a partir do 2.º mês. (DGS, 2006; Piovesan, Gandin & Hildebrandt, 2020).

A DGS (2006), no manual de orientação para profissionais de saúde acerca da Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância, refere alguns fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, nomeadamente: antecedentes psiquiátricos pessoais ou familiares, como a depressão; fatores biológicos - diminuição dos níveis hormonais; fatores obstétricos - parto complicado, ou dificuldade em amamentar; fatores psicossociais - gravidez não desejada, falta de suporte sociofamiliar, mãe solteira, mãe adolescente, adversidade socioeconómica, problemas laborais; fatores da criança - prematuridade, morte do bebé, patologia somática, deficiência, temperamento difícil.

Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante (2016), referem a depressão e a ansiedade como comorbidades durante o período pré-natal, apontando a ansiedade elevada durante a gravidez como um dos maiores fatores de risco de depressão. Silva, Junior, Sampaio, Rodrigues, & Fronza (2019) comprovam esta afirmação no seu estudo, verificando que as mulheres com moderado nível de ansiedade tinham 17,38 vezes maior probabilidade de desenvolver depressão quando comparadas às de baixo nível de ansiedade; e que mulheres com elevado nível de ansiedade quando comparadas às de baixo nível de ansiedade tinham 273 vezes mais probabilidade de vir a desenvolver depressão, existindo assim uma correlação positiva entre elevada ansiedade e depressão pós-parto.

No que diz respeito aos sintomas, DGS (2006) refere: irritabilidade; perturbações alimentares e do sono; sintomas psicossomáticos; choro frequente, desânimo, desespero, sentimento de incapacidade; falta de energia e motivação; desinteresse sexual; ideação suicida.

No que concerne ao referencial teórico foi adotada a teoria das transições de Afaf Meleis (2010) que define a transição como “a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções.” (Meleis, 2010, p. 25-26). Segundo Meleis (2010) é

um processo psicológico envolvido na adaptação a um evento de mudança, por forma a incorporá-lo. Quanto à sua natureza, a transição pode ser: desenvolvimental como é o caso da transição para a maternidade/paternidade, situacional, de saúde-doença e organizacional. A Enfermagem preocupa-se com o processo e as experiências dos seres humanos submetidos às transições e a sua intervenção deve funcionar como o processo facilitador da transição que promove o bem-estar (Meleis, 2010).

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No âmbito da componente de investigação, será desenvolvida uma scoping review (SR) baseada na metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI, 2020), com o objetivo de mapear a evidência científica relativa ao papel do EEESMO na prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez. A questão de investigação que orientará este estudo é: Qual o papel do EEESMO na prevenção da depressão pós-parto durante a gravidez?

Complementarmente, será realizado um trabalho de campo que visa analisar o impacto de um programa de educação pré-natal na prevenção da depressão pós-parto.

O programa de educação pré-natal estudado consiste num programa de preparação para o nascimento e parentalidade pelo método *gentlebirth* que oferece ferramentas estruturadas, seguras e comprovadas por estudos para ajudar mulheres e casais durante a gravidez, parto e pós-parto a gerir o *stress*, compreender os medos e cultivar a resiliência emocional. Reconhece a importância da preparação mental aliada a outros aspetos relacionados com a gestação, parto e pós-parto. Destaca-se por ter uma abordagem prática centrada nas experiências, incentivando a expressão e a partilha de ideias, emoções e sentimentos e por utilizar metodologias como a escuta ativa, dinâmicas de grupo, expressão e criatividade, sendo ministrado por um EEESMO com formação.

Alves, Barbosa & Silva (2021), defende a realização de atividades educativas cujos conteúdos vão além das questões fisiológicas da gravidez e que também se foquem nos aspetos emocionais, devendo ser um espaço de reflexão, escuta, diálogo, troca de saberes, aprendizagens e experiências entre as grávidas.

Este trabalho envolverá a aplicação de duas escalas de avaliação, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) (Anexo I) e a Escala de Rastreo de Ansiedade Perinatal (ERAP) (Anexo II), às grávidas que participarem no curso *GentleBirth*. As escalas serão aplicadas no início e no final do curso, permitindo uma análise comparativa da evolução dos indicadores de saúde mental. A população do estudo será constituída por grávidas que frequentem este curso e aceitem participar voluntariamente.

O estudo adota um desenho descritivo exploratório, com recurso a uma abordagem quantitativa. A recolha de dados será realizada através da aplicação das escalas referidas,

cujos instrumentos são amplamente validados para o contexto português. A escala de depressão pós-parto de Edimburgo foi desenvolvida em 1987 por Cox, Holden & Sagivsky, tendo sido traduzida para português e validada para Portugal em 1996 por Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, é um questionário de rastreio que tem sido utilizado para avaliar sintomas de depressão durante a gravidez e puerpério. Consiste numa escala com 10 itens, que avalia a presença de sintomas relacionados com a depressão nos 7 dias anteriores, com pontuações que variam de 0 a 3 para cada item, culminando num resultado final que pode variar entre 0 e 30 (Oliveira, Luzetti, Rosalém & Neto, 2022).

A DGS (2006; 2015) recomenda a sua aplicação para a deteção precoce da depressão pós-parto, o que é corroborado por Alves, Barbosa & Silva (2021) que referem ser uma ferramenta utilizada nas consultas pré-natal para identificar de forma mais rápida e apropriada sinais e sintomas de depressão puerperal, sendo utilizado como um modelo de triagem que, não deve, no entanto, substituir a avaliação clínica realizada pelos profissionais de saúde na confirmação do diagnóstico da depressão puerperal.

No que diz respeito à escala de rastreio da ansiedade perinatal, optou-se por aplicá-la em conjunto com a EDPE pelo peso que a ansiedade tem, enquanto fator de risco para a depressão, como mencionado no capítulo anterior. Esta escala foi desenvolvida na Austrália em 2014 por Somerville et al., e traduzida para português e validada para Portugal no âmbito da gravidez em 2019 por Pinto. É composta por 31 itens que permitem avaliar quatro dimensões de sintomas de ansiedade no período perinatal, com referência ao último mês, nomeadamente: preocupação excessiva / medos específicos; perfeccionismo / controlo / trauma; ansiedade social; ansiedade aguda e ajustamento. A escala de resposta, de frequência, varia de “Nunca” (0) a “Quase Sempre” (3), pelo que a pontuação total pode variar de 0 a 93, sendo tanto mais grave a sintomatologia quanto mais elevada a pontuação (Pinto, 2019).

A análise dos dados será realizada com recurso ao software SPSS, garantindo uma análise estatística descritiva que permita identificar padrões e correlações relevantes.

O presente projeto, ao integrar as componentes teórica e prática, visa contribuir para a compreensão aprofundada do papel do EEESMO na promoção da saúde mental perinatal e para a identificação de intervenções baseadas em evidência científica que sejam eficazes, adaptáveis e sustentáveis no contexto da saúde materna e obstétrica em Portugal. As atividades a desenvolver no âmbito do projeto de investigação e a sua calendarização podem ser consultadas no cronograma elaborado que se apresenta em anexo (anexo III).

## 2.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao longo do desenvolvimento do relatório e do trabalho de campo, serão rigorosamente respeitados os princípios éticos e deontológicos estabelecidos no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2005) e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015). Antes do início do estudo, será solicitado um pedido formal de aprovação à comissão de ética da instituição onde o trabalho de campo será realizado, assegurando o cumprimento das normas éticas em vigor.

Todas as grávidas que aceitarem participar no estudo serão informadas sobre os objetivos e procedimentos envolvidos, sendo-lhes fornecido um termo de consentimento informado (Anexo IV) para assinatura. Este documento garantirá a participação voluntária, explicando detalhadamente o propósito do estudo, as metodologias utilizadas e a garantia de confidencialidade e privacidade dos dados recolhidos. A confidencialidade dos dados das participantes será assegurada em todas as fases do estudo, garantindo que não sejam identificáveis, reforçando o compromisso ético e profissional do investigador.

Estas medidas éticas sublinham o rigor e a responsabilidade necessários ao desenvolvimento do estudo, salvaguardando os direitos das participantes e assegurando uma condução ética e de qualidade da investigação.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, O., Barbosa, S., & Silva, Z. (2021). Assistência de enfermagem às mulheres com depressão pós-parto: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 16, e9362. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9362.2021>

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological medicine*, 26(1), 135–141. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033778>

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>

Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Direção Geral da Saúde. (2006) *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde;

Joanna Briggs Institute. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Pub. Co.

Oliveira, T., Luzetti, G., Rosalém, M. & Neto, C. (2022). Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rastreamento da depressão perinatal através da escala de depressão pós-parto de Edinburgh*. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 44(5), 452–457. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 13560 – 13565;

Ordem dos Enfermeiros. (2005) Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE e estatutos da ordem dos enfermeiros. Lisboa, Portugal: OE;

Pinto, A. (2019). Escala de rastreio da ansiedade perinatal – validação portuguesa para a gravidez. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Piovesan, C., Gandin, P., Hildebrandt, L. (2020) Depressão Pós-Parto e o Papel da Enfermagem: Uma Análise Reflexiva. XXVIII Seminário de Iniciação Científica;

Silva, R., Junior, R., Sampaio, V., Rodrigues, K., & Fronza, M. (2019). Postpartum depression: a case-control study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 34(17), 2801–2806. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1671335>

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, et al. The perinatal anxiety screening scale: development and preliminary validation. *Archives of women's mental health*. 2014;17(5), 443-454

**ANEXOS**

**ANEXO I – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO**

### **Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo**

Nome (Colocar apenas as iniciais):

Data:

Pontuação:

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

#### **Nos últimos 7 dias:**

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

Tanto como dantes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

Tanta como sempre tive

Menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

Sim, a maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

Não, nunca

Quase nunca

Sim, por vezes

Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

Sim, muitas vezes

Sim, por vezes

Não, raramente

Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Raramente

Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Só às vezes

Não, nunca

**10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.**

Sim, muitas vezes

Por vezes

Muito raramente

Nunca

**EDPE – Orientações para cotação**

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EDPE foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Adaptado de Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Versão Portuguesa: Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological medicine*, 26 (1), 135–141. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033778>

**ANEXO II – ESCALA DE RASTREIO DA ANSIEDADE PERINATAL**

**Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal**

Nome (Colocar apenas as iniciais):

Data:

Pontuação:

Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência, em todas as questões. **Ao longo do último mês**, com que frequência experienciou o seguinte?

	<b>0</b> Nunca	<b>1</b> Algumas vezes	<b>2</b> Muitas vezes	<b>3</b> Quase sempre
1. Preocupar-me com a gravidez/bebé	0	1	2	3
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	0	1	2	3
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	0	1	2	3
4. Preocupar-me com muitas coisas	0	1	2	3
5. Preocupar-me com o futuro	0	1	2	3
6. Sentir-me assoberbada/ esmagada	0	1	2	3
7. Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, o parto, da dor, etc...)	0	1	2	3
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	0	1	2	3
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	0	1	2	3
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	0	1	2	3
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	0	1	2	3
12. Querer que as coisas sejam perfeitas	0	1	2	3
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	0	1	2	3
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	0	1	2	3
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	0	1	2	3
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	0	1	2	3
17. Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	0	1	2	3
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonhos ou pesadelos	0	1	2	3
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	0	1	2	3
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	0	1	2	3
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	0	1	2	3
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	0	1	2	3
23. Evitar coisas que me preocupam	0	1	2	3
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	0	1	2	3
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	0	1	2	3
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	0	1	2	3
27. Sentir que a ansiedade afecta a minha capacidade de fazer as coisas	0	1	2	3
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	0	1	2	3
29. Medo de perder o controlo	0	1	2	3
30. Sentir-me em pânico	0	1	2	3
31. Sentir-me agitada	0	1	2	3

**ERAP – Orientações para cotação**

A pontuação total pode variar de 0 a 93, sendo tanto mais grave a sintomatologia quanto mais elevada a pontuação.

Adaptado de Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, et al. The perinatal anxiety screening scale: development and preliminary validation. *Archives of women's mental health*. 2014;17(5), 443-454

Versão Portuguesa: Pinto, A. (2019). Escala de rastreio da ansiedade perinatal – validação portuguesa para a gravidez. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

**ANEXO III – CRONOGRAMA**

MÊS QUINZENA	Setembro 2023		Outubro 2023		Novembro 2023		Dezembro 2023		Janeiro 2024		Fevereiro 2024		Março 2024		Abril 2024		Maio 2024		Junho 2024		Julho 2024	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
	ETAPAS DO ESTUDO																					
Pesquisa bibliográfica																						
Elaboração do projeto de estágio																						
Elaboração do projeto de Investigação																						
Elaboração da <u>scoping review</u>																						
Pedido de autorização à administração do CHMT																						
Aplicação do instrumento de colheita de dados																						
Análise dos dados colhidos																						
Elaboração do relatório de estágio																						
Defesa pública do relatório de estágio (a definir)																						

**ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO**

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante,

No âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém realizo investigação na temática: “O EEESMO na prevenção da depressão pós-parto”. Esta investigação tem como objetivo identificar a importância da intervenção do EEESMO na prevenção da depressão pós-parto, durante a gravidez. Para esse efeito, e para contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, a sua colaboração é fundamental.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de questionários anónimos e escritos. Os seus dados pessoais são confidenciais, pelo que não serão revelados a terceiros, nem publicados. A sua participação neste estudo é voluntária. Caso necessite de algum esclarecimento adicional poderá contactar-me através do seguinte contacto de correio eletrónico: [150408055@essaude.ipsantarem.pt](mailto:150408055@essaude.ipsantarem.pt).

Depois de informada e esclarecida, declaro que aceito participar voluntariamente neste estudo de investigação.

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a enfermeira Mariana Lopes Mendes a colher dados para o desenvolvimento do seu estudo, não me opondo à utilização dos mesmos no seu estudo, desde que seja garantido o anonimato.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (data)

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

Assinatura da Enfermeira \_\_\_\_\_

**APÊNDICE X – TABELAS ESTATÍSTICAS (SPSS)**

## ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO - RESUMO

### Estatísticas Descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1.Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas_inicial	8	0	1	0,13	0,354
1.Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas_final	8	0	0	0,00	0,000
2.Tenho tido esperança no futuro_inicial	8	0	1	0,25	0,463
2.Tenho tido esperança no futuro_final	8	0	1	0,13	0,354
3.Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal_inicial	8	0	3	1,38	0,916
3.Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal_final	8	0	3	1,50	1,309
4.Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo_inicial	8	0	2	1,00	0,926
4.Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo_final	8	0	1	0,63	0,518
5.Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo_inicial	8	1	3	2,38	0,744
5.Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo_final	8	2	3	2,63	0,518
6.Tenho sentido que são coisas demais para mim_inicial	8	1	3	2,13	0,641
6.Tenho sentido que são coisas demais para mim_final	8	2	3	2,63	0,518
7.Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal_inicial	8	1	3	2,63	0,744

7.Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal_final	8	3	3	3,00	0,000
8.Tenho-me sentido triste ou muito infeliz_inicial	8	2	3	2,75	0,463
8.Tenho-me sentido triste ou muito infeliz_final	8	2	3	2,75	0,463
9.Tenho-me sentido tão infeliz que choro_inicial	8	2	3	2,38	0,518
9.Tenho-me sentido tão infeliz que choro_final	8	1	3	2,63	0,744
10.Tive ideias de fazer mal a mim mesma_inicial	8	3	3	3,00	0,000
10.Tive ideias de fazer mal a mim mesma_final	8	3	3	3,00	0,000
N válido (de lista)	8				

**ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO - DISCRIMINADO**

	N		Média	Mediana	Erro Desvio	Variância	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso						
1.Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas_inicial	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
1.Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas_final	8	0	0,00	0,00	0,000	0,000	0	0
2.Tenho tido esperança no futuro_inicial	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
2.Tenho tido esperança no futuro_final	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
3.Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal_inicial	8	0	1,38	1,00	0,916	0,839	0	3
3.Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal_final	8	0	1,50	2,00	1,309	1,714	0	3
4.Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo_inicial	8	0	1,00	1,00	0,926	0,857	0	2
4.Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo_final	8	0	0,63	1,00	0,518	0,268	0	1

5.Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo_inicial	8	0	2,38	2,50	0,744	0,554	1	3
5.Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo_final	8	0	2,63	3,00	0,518	0,268	2	3
6.Tenho sentido que são coisas demais para mim_inicial	8	0	2,13	2,00	0,641	0,411	1	3
6.Tenho sentido que são coisas demais para mim_final	8	0	2,63	3,00	0,518	0,268	2	3
7.Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal_inicial	8	0	2,63	3,00	0,744	0,554	1	3
7.Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal_final	8	0	3,00	3,00	0,000	0,000	3	3
8.Tenho-me sentido triste ou muito infeliz_inicial	8	0	2,75	3,00	0,463	0,214	2	3
8.Tenho-me sentido triste ou muito infeliz_final	8	0	2,75	3,00	0,463	0,214	2	3
9.Tenho-me sentido tão infeliz que choro_inicial	8	0	2,38	2,00	0,518	0,268	2	3
9.Tenho-me sentido tão infeliz que choro_final	8	0	2,63	3,00	0,744	0,554	1	3

10.Tive ideias de fazer mal a mim mesma_inicial	8	0	3,00	3,00	0,000	0,000	3	3
10.Tive ideias de fazer mal a mim mesma_final	8	0	3,00	3,00	0,000	0,000	3	3

Tabela de Frequências

**1.Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas\_inicial**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Tanto como antes	7	87,5	87,5	87,5
	Menos do que antes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**1.Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas\_final**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Tanto como antes	8	100,0	100,0	100,0

**2.Tenho tido esperança no futuro\_inicial**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Tanta como sempre foi	6	75,0	75,0	75,0
	Bastante menos do que costumava ter	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**2.Tenho tido esperança no futuro\_final**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Tanta como sempre foi	7	87,5	87,5	87,5
	Bastante menos do que costumava ter	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**3.Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal\_inicial**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
--	--	------------	-------------	--------------------	-------------------------

Válido	Sim, a maioria das vezes	1	12,5	12,5	12,5
	Sim, algumas vezes	4	50,0	50,0	62,5
	Raramente	2	25,0	25,0	87,5
	Não, nunca	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 3.Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim, a maioria das vezes	3	37,5	37,5	37,5
	Raramente	3	37,5	37,5	75,0
	Não, nunca	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 4.Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não, nunca	3	37,5	37,5	37,5
	Quase nunca	2	25,0	25,0	62,5
	Sim, por vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 4.Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não, nunca	3	37,5	37,5	37,5
	Quase nunca	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 5.Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim, por vezes	1	12,5	12,5	12,5
	Não, raramente	3	37,5	37,5	50,0

	Não, nunca	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 5.Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não, raramente	3	37,5	37,5	37,5
	Não, nunca	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 6.Tenho sentido que são coisas demais para mim\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	1	12,5	12,5	12,5
	Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	5	62,5	62,5	75,0
	Não, resolvo-as tão bem como dantes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 6.Tenho sentido que são coisas demais para mim\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	3	37,5	37,5	37,5
	Não, resolvo-as tão bem como dantes	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 7.Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
--	--	------------	-------------	--------------------	-------------------------

Válido	Sim, por vezes	1	12,5	12,5	12,5
	Raramente	1	12,5	12,5	25,0
	Não, nunca	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 7.Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não, nunca	8	100,0	100,0	100,0

### 8.Tenho-me sentido triste ou muito infeliz\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Raramente	2	25,0	25,0	25,0
	Não, nunca	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 8.Tenho-me sentido triste ou muito infeliz\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Raramente	2	25,0	25,0	25,0
	Não, nunca	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 9.Tenho-me sentido tão infeliz que choro\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Só às vezes	5	62,5	62,5	62,5
	Não, nunca	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 9.Tenho-me sentido tão infeliz que choro\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
--	--	------------	-------------	--------------------	-------------------------

Válido	Sim, muitas vezes	1	12,5	12,5	12,5
	Só às vezes	1	12,5	12,5	25,0
	Não, nunca	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 10.Tive ideias de fazer mal a mim mesma\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	8	100,0	100,0	100,0

### 10.Tive ideias de fazer mal a mim mesma\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	8	100,0	100,0	100,0

## ESCALA DE RASTREIO DA ANSIEDADE PERINATAL - RESUMO

### Estatísticas Descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1. Preocupar-me com a gravidez/ bebê_inicial	8	1	3	1,88	0,991
1. Preocupar-me com a gravidez/ bebê_final	8	0	3	1,38	1,061
2. Medo que algo aconteça ao bebê_inicial	8	1	2	1,50	0,535
2. Medo que algo aconteça ao bebê_final	8	0	3	1,13	0,991
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para a contecer_inicial	8	0	1	0,38	0,518
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para a contecer_final	8	0	1	0,25	0,463
4.Preocupar-me com muitas coisas_inicial	8	1	1	1,00	0,000
4.Preocupar-me com muitas coisas_final	8	0	1	0,63	0,518
5.Preocupar-me com o futuro_inicial	8	1	2	1,38	0,518
5.Preocupar-me com o futuro_final	8	0	2	0,88	0,835
6.Sentir-me assoberbada/ esmagada_inicila	8	0	2	0,50	0,756
6.Sentir-me assoberbada/ esmagada_final	8	0	1	0,13	0,354
7.Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, o parto, da dor, etc...)_inicial	8	0	1	0,25	0,463
7.Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, o parto, da dor, etc...)_final	8	0	1	0,25	0,463

8.Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso_inicial	8	0	1	0,13	0,354
8.Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso_final	8	0	0	0,00	0,000
9.Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar_inicial	8	0	1	0,25	0,463
9.Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar_final	8	0	1	0,13	0,354
10.Dificuldade em dormir, mesmo quando tem oportunidade para o fazer_inicial	8	0	2	0,75	0,886
10.Dificuldade em dormir, mesmo quando tem oportunidade para o fazer_final	8	0	2	0,88	0,641
11.Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem_inicial	8	0	2	0,88	0,835
11.Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem_final	8	0	1	0,25	0,463
12.Querer que as coisas sejam perfeitas_inicial	8	0	2	1,25	0,707
12.Querer que as coisas sejam perfeitas_final	8	0	2	0,75	0,707
13.Precisar de ter as coisas sob controlo_inicial	8	0	2	1,25	0,707
13.Precisar de ter as coisas sob controlo_final	8	0	2	1,00	0,756
14.Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta_inicial	8	0	1	0,50	0,535
14.Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta_final	8	0	1	0,38	0,518

15.Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada_inicial	8	0	1	0,13	0,354
15.Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada_final	8	0	1	0,25	0,463
16.Preocupar-me com os pensamentos que se repetem_inicial	8	0	1	0,38	0,518
16.Preocupar-me com os pensamentos que se repetem_final	8	0	1	0,25	0,463
17.Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado_inicial	8	0	1	0,38	0,518
17.Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado_final	8	0	2	0,63	0,744
18.Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos_inicial	8	0	2	0,38	0,744
18.Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos_final	8	0	2	0,50	0,926
19.Preocupar-me com a possibilidade de fazer má figura em frente aos outros_inicial	8	0	2	0,38	0,744
19.Preocupar-me com a possibilidade de fazer má figura em frente aos outros_final	8	0	1	0,38	0,518
20.Medo de que os outros me irão julgar negativamente_inicial	8	0	2	0,50	0,756
20.Medo de que os outros me irão julgar negativamente_final	8	0	1	0,38	0,518
21.Sentir-me muito desconfortável em multidões_inicial	8	0	1	0,13	0,354

21.Sentir-me muito desconfortável em multidões_final	8	0	2	0,38	0,744
22.Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa_inicial	8	0	1	0,13	0,354
22.Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa_final	8	0	1	0,13	0,354
23.Evitar coisas que me preocupam_inicial	8	0	2	0,75	0,707
23.Evitar coisas que me preocupam_final	8	0	1	0,75	0,463
24.Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme_inicial	8	0	1	0,13	0,354
24.Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme_final	8	0	1	0,25	0,463
25.Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu_inicial	8	0	1	0,38	0,518
25.Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu_final	8	0	0	0,00	0,000
26.Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes_inicial	8	0	1	0,25	0,463
26.Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes_final	8	0	1	0,38	0,518
27.Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas_inicial	8	0	1	0,25	0,463
27.Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas_final	8	0	1	0,38	0,518

28.Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração_inicial	8	0	0	0,00	0,000
28.Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração_final	8	0	1	0,63	0,518
29.Medo de perder o controlo_inicial	8	0	1	0,38	0,518
29.Medo de perder o controlo_final	8	0	1	0,50	0,535
30.Sentir-me em pânico_inicial	8	0	1	0,13	0,354
30.Sentir-me em pânico_final	8	0	0	0,00	0,000
31.Sentir-me agitada_inicial	8	0	1	0,38	0,518
31.Sentir-me agitada_final	8	0	1	0,13	0,354
N válido (de lista)	8				

## ESCALA DE RASTREIO DA ANSIEDADE PERINATAL - DISCRIMINADO

	N		Média	Mediana	Erro Desvio	Variância	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso						
1. Preocupar-me com a gravidez/ bebê_inicial	8	0	1,88	1,50	0,991	0,982	1	3
1. Preocupar-me com a gravidez/ bebê_final	8	0	1,38	1,00	1,061	1,125	0	3
2. Medo que algo aconteça ao bebê_inicial	8	0	1,50	1,50	0,535	0,286	1	2
2. Medo que algo aconteça ao bebê_final	8	0	1,13	1,00	0,991	0,982	0	3
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para a contecer_inicial	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para a contecer_final	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
4.Preocupar-me com muitas coisas_inicial	8	0	1,00	1,00	0,000	0,000	1	1
4.Preocupar-me com muitas coisas_final	8	0	0,63	1,00	0,518	0,268	0	1

5.Preocupar-me com o futuro inicial	8	0	1,38	1,00	0,518	0,268	1	2
5.Preocupar-me com o futuro final	8	0	0,88	1,00	0,835	0,696	0	2
6.Sentir-me assoberbada/esmagada_inicial	8	0	0,50	0,00	0,756	0,571	0	2
6.Sentir-me assoberbada/esmagada_final	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
7.Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, o parto, da dor, etc...)_inicial	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
7.Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, o parto, da dor, etc...)_final	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
8.Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso_inicial	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
8.Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso final	8	0	0,00	0,00	0,000	0,000	0	0

9.Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar_inicial	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
9.Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar_final	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
10.Dificuldade em dormir, mesmo quando tem oportunidade para o fazer_inicial	8	0	0,75	0,50	0,886	0,786	0	2
10.Dificuldade em dormir, mesmo quando tem oportunidade para o fazer_final	8	0	0,88	1,00	0,641	0,411	0	2
11.Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem_inicial	8	0	0,88	1,00	0,835	0,696	0	2
11.Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem_final	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
12.Querer que as coisas sejam perfeitas_inicial	8	0	1,25	1,00	0,707	0,500	0	2

12. Querer que as coisas sejam perfeitas_final	8	0	0,75	1,00	0,707	0,500	0	2
13. Precisar de ter as coisas sob controlo_inicial	8	0	1,25	1,00	0,707	0,500	0	2
13. Precisar de ter as coisas sob controlo_final	8	0	1,00	1,00	0,756	0,571	0	2
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta_inicial	8	0	0,50	0,50	0,535	0,286	0	1
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta_final	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada_inicial	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada_final	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
16. Preocupar-me com os pensamentos que se repetem_inicial	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1

16.Preocupar-me com os pensamentos que se repetem_final	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
17.Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado_inicial	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1
17.Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado_final	8	0	0,63	0,50	0,744	0,554	0	2
18.Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos_inicial	8	0	0,38	0,00	0,744	0,554	0	2
18.Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos_final	8	0	0,50	0,00	0,926	0,857	0	2
19.Preocupar-me com a possibilidade de fazer má figura em frente aos outros_inicial	8	0	0,38	0,00	0,744	0,554	0	2
19.Preocupar-me com a possibilidade de fazer má figura em frente aos outros_final	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1

20.Medo de que os outros me irão julgar negativamente_inicial	8	0	0,50	0,00	0,756	0,571	0	2
20.Medo de que os outros me irão julgar negativamente_final	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1
21.Sentir-me muito desconfortável em multidões_inicial	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
21.Sentir-me muito desconfortável em multidões_final	8	0	0,38	0,00	0,744	0,554	0	2
22.Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa_inicial	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
22.Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa_final	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
23.Evitar coisas que me preocupam_inicial	8	0	0,75	1,00	0,707	0,500	0	2
23.Evitar coisas que me preocupam_final	8	0	0,75	1,00	0,463	0,214	0	1

24.Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme_inicial	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
24.Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme_final	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
25.Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu_inicial	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1
25.Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu_final	8	0	0,00	0,00	0,000	0,000	0	0
26.Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes_inicial	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
26.Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes_final	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1

27.Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas_inicial	8	0	0,25	0,00	0,463	0,214	0	1
27.Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas_final	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1
28.Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração_inicial	8	0	0,00	0,00	0,000	0,000	0	0
28.Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração_final	8	0	0,63	1,00	0,518	0,268	0	1
29.Medo de perder o controle_inicial	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1
29.Medo de perder o controle_final	8	0	0,50	0,50	0,535	0,286	0	1
30.Sentir-me em pânico_inicial	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
30.Sentir-me em pânico_final	8	0	0,00	0,00	0,000	0,000	0	0
31.Sentir-me agitada_inicial	8	0	0,38	0,00	0,518	0,268	0	1

31.Sentir-me agitada final	8	0	0,13	0,00	0,354	0,125	0	1
-------------------------------	---	---	------	------	-------	-------	---	---

Tabela de Frequências

**1. Preocupar-me com a gravidez/ bebê\_inicial**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Algumas vezes	4	50,0	50,0	50,0
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	62,5
	Quase sempre	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**1. Preocupar-me com a gravidez/ bebê\_final**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	1	12,5	12,5	12,5
	Algumas vezes	5	62,5	62,5	75,0
	Quase sempre	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**2. Medo que algo aconteça ao bebê\_inicial**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Algumas vezes	4	50,0	50,0	50,0
	Muitas vezes	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**2. Medo que algo aconteça ao bebê\_final**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	2	25,0	25,0	25,0
	Algumas vezes	4	50,0	50,0	75,0
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	87,5
	Quase sempre	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para a contecer\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para a contecer\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 4.Preocupar-me com muitas coisas\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Algumas vezes	8	100,0	100,0	100,0

### 4.Preocupar-me com muitas coisas\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	3	37,5	37,5	37,5
	Algumas vezes	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 5.Preocupar-me com o futuro\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Algumas vezes	5	62,5	62,5	62,5
	Muitas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 5.Preocupar-me com o futuro\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	3	37,5	37,5	37,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	75,0
	Muitas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 6.Sentir-me assoberbada/ esmagada\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	87,5
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 6.Sentir-me assoberbada/ esmagada\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	7	87,5	87,5	87,5
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 7.Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, o parto, da dor, etc...)\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 7.Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, o parto, da dor, etc...)\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	100,0

Total		8	100,0	100,0
-------	--	---	-------	-------

### 8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	7	87,5	87,5	87,5
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	8	100,0	100,0	100,0

### 9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	7	87,5	87,5	87,5
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tem oportunidade para o fazer\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	4	50,0	50,0	50,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	75,0
	Muitas vezes	2	25,0	25,0	100,0

Total		8	100,0	100,0
-------	--	---	-------	-------

### 10.Dificuldade em dormir, mesmo quando tem oportunidade para o fazer\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	2	25,0	25,0	25,0
	Algumas vezes	5	62,5	62,5	87,5
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 11.Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	3	37,5	37,5	37,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	75,0
	Muitas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 11.Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 12.Querer que as coisas sejam perfeitas\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	1	12,5	12,5	12,5
	Algumas vezes	4	50,0	50,0	62,5
	Muitas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 12.Querer que as coisas sejam perfeitas\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	3	37,5	37,5	37,5
	Algumas vezes	4	50,0	50,0	87,5
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 13.Precisar de ter as coisas sob controlo\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	1	12,5	12,5	12,5
	Algumas vezes	4	50,0	50,0	62,5
	Muitas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 13.Precisar de ter as coisas sob controlo\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	2	25,0	25,0	25,0
	Algumas vezes	4	50,0	50,0	75,0
	Muitas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 14.Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	4	50,0	50,0	50,0
	Algumas vezes	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 14.Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5

	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 15.Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	7	87,5	87,5	87,5
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 15.Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 16.Preocupar-me com os pensamentos que se repetem\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 16.Preocupar-me com os pensamentos que se repetem\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 17.Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
--	--	------------	-------------	--------------------	-------------------------

Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 17.Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	4	50,0	50,0	50,0
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	87,5
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 18.Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	87,5
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 18.Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Muitas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 19.Preocupar-me com a possibilidade de fazer má figura em frente aos outros\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	87,5
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**19.Preocupar-me com a possibilidade de fazer má figura em frente aos outros\_final**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**20.Medo de que os outros me irão julgar negativamente\_inicial**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	87,5
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**20.Medo de que os outros me irão julgar negativamente\_final**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**21.Sentir-me muito desconfortável em multidões\_inicial**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	7	87,5	87,5	87,5
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**21.Sentir-me muito desconfortável em multidões\_final**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0

	Algumas vezes	1	12,5	12,5	87,5
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 22.Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	7	87,5	87,5	87,5
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 22.Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	7	87,5	87,5	87,5
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 23.Evitar coisas que me preocupam\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	3	37,5	37,5	37,5
	Algumas vezes	4	50,0	50,0	87,5
	Muitas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 23.Evitar coisas que me preocupam\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	2	25,0	25,0	25,0
	Algumas vezes	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 24.Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	7	87,5	87,5	87,5
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

#### 24.Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

#### 25.Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

#### 25.Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	8	100,0	100,0	100,0

#### 26.Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

#### 26.Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 27.Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	75,0	75,0	75,0
	Algumas vezes	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 27.Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 28.Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	8	100,0	100,0	100,0

### 28.Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	3	37,5	37,5	37,5
	Algumas vezes	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 29.Medo de perder o controle\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 29.Medo de perder o controle\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	4	50,0	50,0	50,0
	Algumas vezes	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 30.Sentir-me em pânico\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	7	87,5	87,5	87,5
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 30.Sentir-me em pânico\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	8	100,0	100,0	100,0

### 31.Sentir-me agitada\_inicial

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	5	62,5	62,5	62,5
	Algumas vezes	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

### 31.Sentir-me agitada\_final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	7	87,5	87,5	87,5
	Algumas vezes	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**ANEXOS**

**ANEXO I – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS**

## Síntese de Registo de Atividades Práticas/*Registration of Practice Activities*

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	276
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	325
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	40
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	20
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	10
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorraphy</i>	35
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	58
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	8
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	7
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	100
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	124
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	11
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	164
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	X
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	X
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	X
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	X
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	X

Santarém, 12/07/2024

Estudante/*Student*

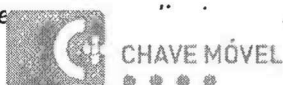
Mariana Lopes Mendes

Professor/*Teacher*

Assinado por: Teresa Margarida Inácio Silva  
Carreira  
Num. de Identificação: 07026484  
Data: 2024.12.02 23:48:15+00'00'

Coordenador do curso/*The*

Assinado por: Maria da Conceição Fernandes  
Santiago  
Num. de Identificação: 08560601



**ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA ERAP**

Cara Mariana,

Bom dia!

Obrigada pelo seu interesse na ERAP. É com todo o gosto que autorizamos a sua utilização, no âmbito do seu trabalho de Mestrada intitulado “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na Prevenção da Depressão Pós-Parto”.

Segue em anexo a escala e dois trabalhos sobre a mesma.

Estarei ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Cumprimentos e votos de bom trabalho!

ATP

**ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULS PARA  
REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Boa tarde Sr<sup>a</sup>. Enf.<sup>a</sup> Mariana Mendes,

Na sequência do seu pedido de estudo - *O Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Prevenção da Depressão Pós-Parto*, a desenvolver no [ ] informamos que o estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração a 28/03/2024.

Para os devidos efeitos, anexamos a Informação de Despacho nº 45/PCA/CA do Conselho de Administração que contém também Nota Interna nº 05/24 do Centro de Investigação e Inovação Clínica (CIIC), o Parecer da Comissão de Ética (CES) e do Encarregado da Proteção de Dados (EPD).

Caso necessite de algum apoio na implementação do estudo, poderá contactar o CIIC e que dispõe do software IBM SPSS *Statistics* para o tratamento de dados

Relembramos que ao abrigo do Artigo 19.º da Lei da Investigação Clínica, Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, terá de comunicar a conclusão do estudo, assim como disponibilizar os resultados finais sob a forma de relatório final, de publicações ou apresentações.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,