

“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente.”

Mahatma Gandhi

## **AGRADECIMENTOS**

Em especial aos meus pais, por tudo.

Ao meu marido, pelo constante apoio e incentivo.

Ao meu filho, pelos momentos que lhe privei.

À restante família, pela compreensão sobre os momentos de ausência.

À Conceição, pela paciência e interesse em me ouvir.

Aos colegas de curso, destacando a Barbosa, Vale e Vera, pela entreatajuda.

Aos colegas de trabalho que acompanharam este meu percurso.

À Prof<sup>a</sup> Irene Soares, docente orientadora, pelas suas contribuições enriquecedoras para o desenvolvimento deste relatório e, acima de tudo, por estimular o meu interesse pelo saber científico.

À Enfermeira EESMO, Ana Ferreira, orientadora local, pelo apoio e exemplo de actuação profissional.

À restante equipa de enfermeiros do serviço, pelo acolhimento e acompanhamento do meu percurso.

Às prof<sup>as</sup>, salientando a prof<sup>a</sup> Luísa Sotto-Mayor, pela transmissão, de forma tão apaixonada, calorosa, emotiva, sobre o que é ser enfermeira EESMO.

Às mulheres/pessoas significativas/RNs e famílias, pois este caminho foi feito com e para eles.

## RESUMO

Este relatório surge no âmbito da unidade curricular - estágio com relatório, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), a qual teve um total de 750 horas e decorreu nos serviços, Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica, do Hospital Garcia de Orta.

Neste ensino clínico pretendeu-se o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para o cuidar especializado dirigido à mulher/RN/pessoa significativa, inserida numa família e comunidade, no período pré-natal, parto e pós-parto imediato, conforme o consignado no regulamento nº 127/2011 e de acordo com as competências descritas pela International Confederation of Midwives (ICM).

Debrucei-me sobre a problemática da grávida obesa tendo efectuado uma revisão sistemática da literatura, centrada nas intervenções do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), perante a grávida obesa, durante o parto e puerpério imediato, visando a minimização dos riscos de complicações para a mulher e seu filho.

A obesidade na mulher é considerada como factor de risco que contribui para a morbilidade e mortalidade da mulher e seu filho. Para além da consciencialização sobre este problema por parte de uma equipa interdisciplinar, importa desenvolver a investigação sobre as intervenções efectivas, que contribuam para a obtenção de bons resultados, ou seja, ganhos em saúde.

O referencial teórico, subjacente a este relatório, assenta no modelo de Roper Logan e Thierney.

**Palavras-Chave:** Grávida obesa, cuidar do enfermeiro EESMO, minimização de riscos

## ABSTRACT

This work appears in the scope of the curricular unit - period of training with report, of 2<sup>o</sup> Course of Masters in Maternal and Obstetrician Health Nursing (CMESMO), which had a total of 750 hours and was developed in maternity and Obstetric and Gynecologic Unit, of the Hospital Garcia de Orta.

In this clinical education it was intended the development of scientific, practice and relational abilities to a specialized care directed to the woman/newborn/significant person, inserted in a family and community, in the prenatal period, childbirth and immediate postpartum, as consigned in the regulation n<sup>o</sup> 127/2011 and according to the skills described by the International Confederation of Midwives (ICM).

I leaned over myself on the problematic of the obese pregnant woman having made a systematic revision of literature, centered in the specialist nurse in Maternal and Obstetric health (EESMO) interventions, before the obese pregnant woman, during the childbirth and immediate postpartum, aiming the risks minimizations of complications for the women and its son.

The obesity in woman is considered as risk factor that contributes for the morbidity and mortality of the woman and its son. Beyond the consciousness about this problem by an interdisciplinary team, it matters to develop the research about the effective interventions, which contribute for the attainment of good results, that is, profits in health.

The underlying theoretical referential, to this report, seats in Roper, Logan and Thierney model.

**Keywords:** Obese pregnant, midwifery care, low risks.

**ÍNDICE**

	<b>Fls.</b>
<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</b> .....	13
1.1. Objectivo Específico 1.....	13
1.2. Objectivo Específico 2.....	16
1.3. Objectivo Específico 3.....	18
1.4. Objectivo Específico 4.....	27
1.5. Objectivo Específico 5.....	29
1.5.1. Enquadramento teórico.....	29
1.5.2. Conceptualização do projecto.....	35
1.5.3. Intervenções do enfermeiro EESMO.....	40
<b>2. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	50
<b>ANEXOS</b> .....	55
ANEXO 1 – Prevalência da Obesidade a nível mundial – dados da Organização Mundial de saúde (OMS)	
ANEXO 2 – Distribuição da população por classes de Índice de Massa Corporal (IMC), sexo e grupo etário referentes aos anos 1998/1999 e 2005/2006 – dados do Instituto Nacional de Estatística e do Instituto Nacional da Saúde (INE/INSA)	
ANEXO 3 – Classificação de IMC (OMS)	
ANEXO 4 – Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento materno (OMS/UNICEF)	
<b>APÊNDICES</b> .....	68
APÊNDICE 1 – Cronograma	
APÊNDICE 2 – Projecto de Estágio	
APÊNDICE 3 – Diário de Aprendizagem I	
APÊNDICE 4 – Diário de Aprendizagem II	
APÊNDICE 5 – Folheto elaborado no âmbito do EC III	

**APÊNDICE 6 – Powerpoint e Plano da Sessão de Formação realizado para os Enfermeiros do EC no HGO**

## **ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS**

<b>QUADRO 1</b> – Estudos incluídos na revisão sistemática da literatura .....	31
<b>QUADRO 2</b> – Percurso da segunda revisão sistemática da literatura.....	33
<b>QUADRO 3</b> – Estudo incluído na segunda revisão sistemática da literatura.....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABCF** – Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais

**APEO** – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

**APPT** – Ameaça de Parto Pré-termo

**BP** – Bloco de Partos

**Cm** – Centímetros

**CMESMO** – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**CTG** – Cardiotocografia

**DGS** – Direcção -Geral da Saúde

**DPP** – Data Provável de Parto

**DUM** – Data da Última Menstruação

**EC** – Ensino Clínico

**EESMO** – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**ENF<sup>a</sup>** – Enfermeira

**EV** – Endovenosa

**FCF** – Frequência Cardíaca Fetal

**HGO** – Hospital Garcia de Orta

**HTA** – Hipertensão Arterial

**IG** – Idade Gestacional

**IM** – Intramuscular

**IO** – Índice Obstétrico

**ITP** – Indução do Trabalho de Parto

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RABA** – Rotura Artificial da Bolsa de Águas

**REBA** – Rotura Espontânea da Bolsa de Águas

**RN** – Recém-nascido

**SAP** – Serviço de Atendimento Permanente

**SUOG** – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

**TP** – Trabalho de Parto

## **0. INTRODUÇÃO**

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) foi solicitado a elaboração de um relatório final sobre as actividades desenvolvidas no ensino clínico – estágio com relatório, o qual decorreu no Bloco de Partos (BP) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), do Hospital Garcia de Orta, no período de 27 de Fevereiro a 27 de Julho de 2012.

Este ensino clínico final correspondeu a um total de 750 horas repartidas em 500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e as restantes horas para estudo autónomo, necessárias para a consecução da pesquisa, elaboração de diários de aprendizagem solicitados, apresentação do projecto de estágio aos enfermeiros do BP/SUOG e realização do relatório final.

De acordo com Serrano (1996, p.263), um relatório visa “fornecer, de uma forma global e coerente, um relato sintético do trabalho realizado por um profissional, um Serviço, ou uma instituição, ao longo de um período determinado de tempo”. Este autor salienta que os princípios aos quais um relatório deve obedecer assentam na simplicidade, clareza, precisão e brevidade.

Com este relatório pretendo proceder a um relato escrito relativamente às actividades desenvolvidas, face aos objectivos a que me propus no meu projecto de estágio, reflectir sobre os contributos que este ensino clínico proporcionou em termos de aquisição e desenvolvimento de competências, contribuindo assim para a avaliação desta unidade curricular.

O trabalho de projecto “desenvolve capacidades pessoais de pesquisa na medida em que incita a observar, a recorrer a técnicas diversificadas (...) a analisar a realidade (...) a antecipar hipóteses interpretativas, desenvolver estratégias, produzir conhecimentos, criar.” (LEITE, 1991, p.142). A elaboração do meu projecto de estágio pressupôs, portanto, reflexão sobre os interesses pessoais, pedagógicos e do local de estágio, visando construção de saberes.

Neste estágio cuidei a mulher inserida na família e comunidade durante a gravidez, o trabalho de parto até ao puerpério imediato, abarcando ainda a ginecologia, conforme o disposto no regulamento nº127/2011, impondo o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas visando um exercício de enfermagem de

excelência estando conforme o disposto no art.º 88º do estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009).

Relativamente ao tema a desenvolver durante este estágio final, pretendia que fosse aplicável ao local de estágio, interessante, actual e pertinente. Após pesquisa e reflexão vislumbrei a premência em evidenciar a importância do cuidado do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), perante a grávida obesa durante o parto e puerpério imediato.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a obesidade atingiu proporções de epidemia à escala global.

É alarmante o número de mulheres em idade fértil com excesso de peso ou obesidade (MORIN E REILLY, 2007).

A obesidade encontra-se associada a múltiplos riscos de complicações para a mulher obesa e seu filho, as quais podem ocorrer nos períodos perinatal, intraparto e pós-parto (VEERAREDDY, KHALIL E O'BRIEN, 2009).

O modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney, adequa-se a esta temática por focar os problemas potenciais, para além dos reais, incorporando a promoção e manutenção da saúde. De facto, o enfermeiro EESMO deve estar atento à problemática da obesidade, promover a saúde, mesmo quando o problema está instalado, minimizando o risco de complicações durante todo o processo, não só do parto e pós-parto mas desde início da idade reprodutiva.

Sendo a obesidade considerada uma doença, compete ao enfermeiro EESMO, conforme consta no regulamento nº127/2011, providenciar cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto e, para além desta, diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período de puerpério imediato.

A minha **finalidade** primordial centrou-se na contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher, recém-nascido, pessoa significativa, inserida numa família e comunidade, no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Para tal, defini como objectivo geral:

- ✚ Desenvolver competências facilitadoras para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido, pessoa significativa, inseridos numa família e comunidade, de forma a potenciar a saúde, detectar

e tratar precocemente complicações e a promover o bem-estar no âmbito ginecológico, pré-natal, trabalho de parto e puerpério imediato, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Delineei como objectivos específicos:

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/ família, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica que recorra ao SUOG;
2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados à mulher inserida na família, a vivenciar situação de risco materno-fetal, no período pré-natal e que recorra ao SUOG;
3. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido/pessoa significativa, inserida numa família e comunidade, durante os quatro estádios do trabalho de parto;
4. Desenvolver competências sobre os cuidados especializados prestados ao recém-nascido e sua família promovendo a adaptação à vida extra-uterina;
5. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados, à mulher obesa/pessoa significativa, inserida numa família e comunidade, de forma a prevenir e minorar os riscos específicos associados.

Relativamente à estruturação deste relatório engloba: uma introdução, na qual incluo a minha finalidade, objectivo geral e específicos delineados; um desenvolvimento, que reúne a descrição, análise e avaliação das actividades desenvolvidas, salientando o estudo e conceptualização referente à temática por mim escolhida; uma conclusão, onde procedo a algumas considerações finais e por fim as referências bibliográficas utilizadas para a sua fundamentação teórica.

## 1. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

A metodologia de projecto, como processo dinâmico, implica ajustes e alterações dependentes de toda a aprendizagem que se desenvolve ao longo do ensino clínico, competindo a cada formando desempenhar o papel de “actores na construção do saber” (LEITE, 1989, p.142).

De acordo com esta metodologia, e perante os objectivos propostos planeei actividades para a sua consecução.

Esta reflexão e análise das actividades que foram colocadas em prática, as aprendizagens adquiridas e desenvolvidas, as estratégias tomadas face às dificuldades sentidas, traduzem o percurso por mim efectuado, neste ensino clínico.

Importa ter presente que as dificuldades constituem barreiras que implicam aquisição de novos conhecimentos para as poder transpor, contribuindo assim, para a evolução do saber.

### 1.1. Objectivo Específico 1

**Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/ família, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica que recorra ao SUOG;**

Seguindo a escala mensal da minha orientadora local realizei seis turnos no SUOG e pude constatar que o número de mulheres que recorre a este serviço devido a situações do foro ginecológico é menor, comparativamente ao número de mulheres que recorre por situações do foro obstétrico.

Assim, neste âmbito, pude prestar cuidados directos e globais a seis mulheres que recorreram a este serviço, e cujos motivos mais apontados foram: metrorragias, prurido e ardor vaginal, polaquiúria e disúria (relacionadas com eventuais patologias do foro genito-urinário).

O primeiro contacto efectuado pela mulher/pessoa significativa, quer seja por sua iniciativa ou com referência do centro de saúde, SAP ou médico particular, é junto da administrativa, cujo pequeno gabinete se situa à entrada do serviço. Depois

aguardam pela chamada da enfermeira para a realização da triagem de Manchester. Esta triagem depende de uma observação atenta, rápida mas objectiva por parte da enfermeira, o que implica responsabilidade e competência profissional pois a ordem do atendimento, pela equipa médica, depende da atribuição de uma cor consoante a determinação do grau de gravidade, aferido pela enfermeira.

O facto de recorrer a uma urgência envolve algum estado de ansiedade na mulher/pessoa significativa, devido ao ambiente que lhe é estranho e a receios e medos relacionados com a eventual gravidade da situação, complicação de saúde ou necessidade de internamento. Conforme refere Hesbeen (2000, p. 105) “(...) a primeira etapa que conduz à confiança é a que permite diminuir a ansiedade associada a um ambiente que não se conhece ou a uma situação inquietante”. Para isso, o acolhimento a prestar à mulher/pessoa significativa é sempre importante, independentemente do local de atendimento.

Tive sempre o cuidado de me apresentar, considerando este procedimento como um elemento de boas práticas e facilitador da relação de ajuda e atendi a aspectos como: promover um ambiente calmo; respeito pela privacidade; estar ao mesmo nível da mulher; remover barreiras; prestar atenção; dedicar tempo, necessário para a percepção do problema e identificação das necessidades e tocar de forma apropriada, sempre que se justificasse e informando sobre essa necessidade.

De acordo com Lowdermilk (2008) todos estes aspectos, supra citados, correspondem a uma utilização correcta da comunicação não-verbal útil, a qual contribui para a promoção de um clima de confiança, essencial para a relação empática. Só assim é possível chegar ao outro, alvo dos nossos cuidados.

A comunicação, a relação de ajuda são parte integrante dos cuidados de enfermagem, que utilizei e utilizo na minha prática diária e que posso mobilizar nos vários contextos, e constituem factores importantes da humanização dos cuidados, conforme salienta Phaneuf, (2005).

Importa ter presente que, tal como refere Hesbeen (2000, p. 106) “ (...) quando se consegue instaurar um clima de confiança, já não é preciso fazer perguntas, pois o paciente exprime-se de bom grado espontaneamente” contribuindo assim para uma correcta colheita de dados. Relativamente à colheita de dados, englobou: motivo da ida ao SUOG, antecedentes pessoais, ginecológicos, avaliação do estado emocional, dos parâmetros vitais e física (quando necessário).

Houve cooperação com a equipa multidisciplinar e realização de actividades interdependentes, tais como: colheitas de urina e/ou sangue para estudo laboratorial, punção de acesso venoso periférico para a infusão de soro prescrito. Uma das situações implicou internamento, devido a anemia relacionada com a perda de sangue intensa, envolvendo as actividades inerentes a esse facto.

A prestação de cuidados, por mim efectuada, implicou a informação e esclarecimento de dúvidas da mulher/pessoa significativa com realização de educação para a saúde, de acordo com as necessidades identificadas e articulação com a equipa multidisciplinar de saúde.

Reconheço a importância dos registos como instrumento útil, facilitador da continuidade dos cuidados, permitindo a partilha de informação entre a equipa interdisciplinar e não esquecendo a sua eventual utilização para fins legais. Os registos foram efectuados no sistema informatizado existente no SUOG (programa Alert®) ao qual me fui progressivamente adaptando, desenvolvendo a capacidade de precisão e concisão, obedecendo a uma organização parametrizada.

**Avaliação:** Como enfermeira a exercer funções a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), senti algumas dificuldades (pois tudo era novidade para mim) concretamente o ambiente de urgência, por vezes com vários atendimentos em espera o que implicava ser-se rápida mas eficaz, sucinta e principalmente proceder aos registos num sistema informatizado que me era totalmente desconhecido.

Considerando importante ter-se uma atitude positiva perante as adversidades desenvolvi essa estratégia, habilidade e competência que se designa por resiliência (NORONHA, ET AL; 2009), a qual permitiu-me superar as dificuldades sentidas.

Percepcionei o meu desenvolvimento gradual, em termos de competências enquanto futura EESMO. Inicialmente desenvolvi uma observação participante na prestação de cuidados efectuados pela minha orientadora local. Posteriormente fiquei responsável pela triagem e seguimento das situações por mim triadas, mas com a presença da minha orientadora, a acompanhar a minha prestação. Com a continuação do ensino clínico, a minha orientadora reconheceu-me a competência para realizar a triagem e seguimento das situações, de forma autónoma, mas mostrando-se sempre disponível para qualquer esclarecimento de dúvida, tendo sido com agrado que pude verificar a minha evolução em termos de gestão e autonomia na prestação de cuidados.

No SUOG são fundamentais a rápida mobilização dos conhecimentos teóricos e adequação destes às necessidades identificadas da mulher/pessoa significativa. A minha prestação de cuidados neste serviço permitiu-me aperfeiçoar a percepção das situações urgentes, estabelecimento de prioridades face aos cuidados, actuação com rapidez mas de forma segura, eficaz e eficiente.

Apesar das dificuldades inicialmente descritas considero que as actividades que desenvolvi permitiram atingir com sucesso este objectivo.

Face ao exposto e conforme o regulamento nº 127/2011, saliento o desenvolvimento das minhas competências no âmbito da ginecologia, nomeadamente: diagnóstico e monitorização de potencial risco da mulher para afecções, ou já com afecções presentes, do aparelho genito-urinário e/ou mama; implementação de medidas de suporte emocional da mulher/pessoa significativa; referenciação das situações que estão para além da área de actuação; implementação e avaliação das intervenções; cooperação com outros profissionais no tratamento; informação e orientação da mulher quanto ao tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.

## **1.2. Objectivo específico 2**

**Desenvolver competências para a prestação de cuidados à mulher inserida na família, a vivenciar situação de risco materno-fetal, no período pré-natal e que recorra ao SUOG;**

O percurso efectuado pela mulher/pessoa significativa que se desloca ao SUOG relacionada com problemas do foro obstétrico é semelhante ao anteriormente descrito para aquelas que se deslocam devido a problemas do foro genito-urinário, embora existam algumas especificidades no que se refere, concretamente à colheita de dados que envolve: DUM, IG, IO, DPP, grupo sanguíneo, antecedentes pessoais, obstétricos, local onde efectuava a vigilância pré-natal e intercorrências relevantes.

Os aspectos relacionados com o acolhimento da mulher/pessoa significativa, conforme descritos anteriormente, não foram descurados.

Neste âmbito, pude prestar cuidados directos e globais a vinte e sete mulheres/pessoas significativas, mas colaborei na prestação de cuidados a um número superior de utentes não se encontrando esta porção contabilizada.

Os motivos mais frequentes para o recurso ao SUOG, da mulher/pessoa significativa, no período pré-natal foram: algias pélvicas, hemorragia vaginal, percepção de diminuição dos movimentos fetais, náuseas e vômitos (com ou sem diarreia), contractilidade dolorosa, REBA e HTA.

Importa ter presente que “a identificação dos riscos, juntamente com a intervenção adequada e oportuna durante o período pré-natal, pode prevenir a morbidade e mortalidade materna e fetal” (LOWDERMILK, 2008, p. 682).

Assim, foi possível a prestação de cuidados especializados à mulher/pessoa significativa com complicações na gravidez e/ou com patologia associada (APPT, HTA induzida pela gravidez ou prévia, despiste de hiperemese gravídica, gastroenterite, infecções urinárias, diabetes gestacional).

De acordo com as situações e IG procedi a avaliação do bem-estar fetal: com ABCF e monitorização e vigilância da FCF e dinâmica uterina através de cardiotocografia.

Pude cooperar no tratamento de algumas situações, realizando actividades interdependentes, tais como: administração de terapêutica analgésica ou antiemética IM ou EV, infusão de soro prescrito (para diminuição da contractilidade uterina), entre outras.

Perante a mulher em TP espontâneo, sem riscos associados, constatei de forma autónoma a necessidade de internamento no BP. Saliento a situação de uma mulher que veio acompanhado pelos bombeiros e chegou ao SUOG referindo REBA superior a doze horas, sem vigilância pré-natal, alegando tratar-se de uma gravidez não desejada e quando a observei apresentava dez cm de dilatação, apresentação cefálica, indiquei para não realizar esforços expulsivos e procedi a transferência rapidamente para o BP, enquanto a minha orientadora local procedia aos registos no sistema informatizado e preenchimento do processo para internamento.

Das utentes atendidas três eram puérperas que recorreram ao SUOG devido a: desconforto relacionado com a episiorrafia, mastite, ingurgitamento mamário.

Tive ainda oportunidade de prestar cuidados especializados a mulheres a vivenciar situações de aborto (espontâneo, voluntário ou terapêutico) tendo colaborado na realização de curetagem uterina.

Todas as situações envolveram a educação para a saúde adequada às necessidades identificadas.

**Avaliação:** A consecução deste objectivo, exigiu da minha parte a adaptação e integração ao serviço, concretamente ao equipamento específico existente, como o cardiocógrafa, estetoscópio de ultrassons (Doppler), para além da integração quanto aos locais de armazenamento do material para poder responder de forma rápida perante a necessidade de colheita de sangue ou para punção de veia periférica para a infusão de um soro prescrito, entre outros.

Contornados estes obstáculos penso ter gerido de forma eficiente e eficaz as situações com as quais me deparei, atendendo às prioridades e ao cuidado especializado exigido.

O cuidar no SUOG envolve a articulação entre os conhecimentos científicos, o domínio em termos das competências técnicas e instrumentais para dar uma resposta efectiva perante as situações com as quais nos deparamos, salientando-se a competência relacional, em termos do apoio emocional a prestar à mulher/pessoa significativa, que na sua maioria das vezes se encontra fragilizada.

### **1.3. Objectivo Específico 3**

**Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido/pessoa significativa, inserida numa família e comunidade, durante os quatro estádios do trabalho de parto;**

Durante este ensino clínico pude prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/pessoa significativa e sua família, nos quatro estádios do trabalho de parto, implementando as actividades a que me propus no projecto de estágio.

O período de integração foi bastante exigente pois esta realidade do BP era completamente nova para mim, uma vez que desempenho funções a nível dos CSP e o meu percurso em meio hospitalar fez-se em serviços distintos (no Hospital de São José, serviços de neurocirurgia enfermagem de homens durante dois anos e oito anos na unidade de queimados).

A integração envolveu uma rápida aquisição de conhecimentos referentes à estrutura física, orgânica e dinâmica do serviço, bem como aos recursos humanos, materiais e documentação relevante (protocolos e normas), existente no serviço.

Considero como elemento facilitador da minha integração a forma como fui acolhida, durante estes cinco meses, no seio da equipa de enfermagem, a qual contribuiu para a consecução dos meus objectivos.

Outro elemento fundamental e facilitador da minha integração foi a minha orientadora local, a qual, através do incentivo, momentos de reflexão e desafios que proporcionou contribuiu para o meu desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira EESMO.

No decurso deste processo de integração e progressivamente ao longo do ensino clínico, foi essencial a mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática do cuidar, tendo sido imprescindível a realização de pesquisa bibliográfica.

Prestei cuidados de enfermagem especializados à mulher/pessoa significativa, ao longo do **primeiro estágio do TP**, a 91 parturientes. Este primeiro estágio do TP inicia-se com o aparecimento de contracções uterinas regulares e termina com o apagamento e dilatação total do colo. Consiste em três fases: fase latente (até aos 3cm de dilatação), fase activa (dos 4 até aos 7cm de dilatação) e a fase de transição (8 aos 10cm de dilatação), (LOWDERMILK, 2008).

Na fase latente a mulher/pessoa significativa vivencia algum estado de ansiedade relacionado com o trabalho de parto, encontrando-se mais exacerbado quando não houve uma preparação prévia, proporcionada pelos programas educacionais existentes sobre preparação para o nascimento ou quando houve experiências negativas num parto anterior.

De acordo com APEO (2009), não se recomenda a admissão hospitalar nesta fase do TP, de modo a evitar-se o intervencionismo e a iatrogenia, salvaguardando-se as situações clínicas ou sociais particulares. A admissão no BP de mulheres em fase latente do TP esteve relacionada com ITP, necessidade de vigilância devido a resultados de CTG não tranquilizadores realizados no SUOG, ou perante estados de contractilidade dolorosa intensa. Estas mulheres encontravam-se, na maioria das vezes, na sala designada de dilatação, com três camas obstétricas articuladas (algumas automáticas), mas tive sempre em consideração o ambiente físico assegurando a privacidade e o respeito pela intimidade.

O acolhimento que realizei a todas as mulheres/pessoas significativas teve em consideração os aspectos anteriormente focados, relacionados com a comunicação, estabelecimento do clima de confiança, essenciais para a relação de ajuda e empática.

Durante o acolhimento procedi à colheita de dados, assente na consulta do processo clínico da grávida, boletim de saúde da grávida, exames laboratoriais e complementares de diagnóstico efectuados, entrevista à mulher/pessoa significativa para complementar alguma informação inexistente ou duvidosa (tendo o cuidado de não efectuar perguntas desnecessárias, cujas respostas já se encontrassem no seu processo). A análise dos dados obtidos permitiu o planeamento dos cuidados, adequados a cada situação. Os cuidados foram prestados atendendo às prioridades, de acordo com as necessidades individuais da mulher/pessoa significativa, respeitando sempre a sua autonomia, capacidade de decisão e expectativas quanto ao seu parto.

Embora não tenha prestado cuidados a mulher/pessoa significativa com plano de parto formalizado, tive sempre a atenção de auscultar os seus desejos e expectativas referentes ao parto e nascimento do seu filho, advertindo para a possibilidade de ser preciso alterar esse “plano não formal” de parto caso surgisse alguma alteração na condição materna ou fetal.

Tendo presente que este período é o ideal para orientar a mulher/pessoa significativa sobre o que vai acontecer (BURROUGHS, 1995), tive a responsabilidade de responder às questões formuladas pela mulher/pessoa significativa, efectuar educação para a saúde, prestar cuidados de suporte.

Conforme salienta Lowdermilk (2008, p. 449), citando Davies & Hodnett (2002) e Miltner (2000), “o suporte durante o trabalho de parto e o nascimento engloba o apoio emocional, cuidados físicos e medidas de conforto, aconselhamento e informação à mulher”.

Pude constatar que na fase activa as contracções tornam-se mais frequentes e intensas causando um maior desconforto e inquietação na mulher (BURROUGHS, 1995), com repercussão na pessoa significativa, sendo fundamentais os cuidados de suporte prestados.

Na fase de transição foi notório, em algumas mulheres que não pretenderam analgesia loco-regional, ou perante partos precipitados, (mais frequente em múltiparas) um agudizar da dor, maior desconforto e comportamentos descontrolados, de pânico, conforme descrito por Burroughs (1995).

Assim, neste estágio de TP, atendi às seguintes necessidades: hidratação oral (promovi a ingestão de líquidos, por via oral, oferecendo pequenos goles de água, chá ou sumo); cuidados de higiene (possibilitando o duche, e cuidados perineais);

eliminação vesical (encorajando a mulher a urinar espontaneamente no WC ou arrastadeira, uma vez que a bexiga distendida interfere com a descida da apresentação, inibindo as contracções uterinas, para além disso estive atenta ao risco de retenção urinária nas mulheres que foram submetidas a analgesia loco-regional, procedendo, quando se justificava, a esvaziamento urinário); mobilidade (incentivando a deambulação e a utilização de bola de partos pelos benefícios das posições verticais para o TP, mantendo-se a monitorização cardiotocográfica externa por telemetria).

Parto humanizado implica, para além do proporcionar os cuidados supra citadas, assistir a mulher durante o processo de dor nas várias fases do TP (OMS, 1996; LOWDERMILK, 2008; APEO, 2009). De acordo com os vários autores, a dor é uma experiência subjectiva, vivenciada de forma diferente pelas mulheres, sendo influenciada por factores fisiológicos, psicológicos e ambientais e que interfere negativamente no TP.

Atendendo sempre às preferências da mulher, tive o cuidado de proporcionar medidas não farmacológicas para o alívio da dor (através da utilização de: técnicas respiratórias, de relaxamento, música suave, massagem lombar, duche, deambulação, uso da bola de parto), bem como medidas farmacológicas (administração, de acordo com protocolo, de analgesia EV e de analgesia loco-regional) estando desperta e informando a mulher/pessoa significativa sobre os potenciais efeitos da medicação na condição materna e fetal.

Sendo reconhecidamente considerada uma prática assistencial humanizada, com benefícios comprovados em termos de apoio emocional à mulher, a presença da pessoa significativa durante o TP e nascimento não foi descurada. Está consignado na lei nº 14/85, no seu artigo 1º, o direito da grávida ao acompanhamento durante o TP e na fase do nascimento, pelo futuro pai ou outro familiar, respeitando a vontade expressa pela mulher. A OMS (1996) recomenda que a mulher durante o parto deve estar acompanhada por uma pessoa da sua confiança e com a qual se sinta confortável podendo ser o seu companheiro, melhor amiga, doula. No BP do HGO pude incluir a pessoa significativa como parceiro na prestação de alguns cuidados de suporte à mulher (explicando os circuitos internos, o espaço físico, envolvendo na realização de medidas de conforto, informando quanto à progressão do TP e procedimentos realizados e lembrando-lhe sobre a necessidade de se alimentar e a possibilidade de períodos de repouso junto da mulher).

A **vigilância e condução do TP** implicaram uma rigorosa interpretação do traçado cardiotocográfico, tomada de decisão perante alterações detectadas no bem-estar materno-fetal, implementando intervenções adequadas (colocação de oxigénio por máscara facial, alternância de decúbitos, entre outros). Pude realizar 4 colocações de electrodo no escalpe fetal, para monitorização fetal interna, quando o traçado CTG era preocupante ou quando existiam muitas interferências na monitorização cardiotocográfica externa. Foram referenciadas aquelas situações que estavam para além da minha área de actuação.

Para a colocação de monitorização fetal interna ou visando a progressão do TP pude realizar 11 roturas artificiais da bolsa de águas (RABA) ou amniotomias, constatando não ser esta uma prática rotineira, envolvendo análise e ponderação das situações para a tomada de decisão.

Para a avaliação da progressão do TP fui aperfeiçoando a realização do exame vaginal, tendo o devido cuidado de o limitar ao estritamente necessário e efectuando apenas: com o consentimento informado pela mulher; antes da administração de analgesia; após verificação de um aumento da intensidade e frequência das contracções; perante rotura de membranas, sensação de pressão perineal ou vontade em realizar esforços expulsivos (OMS, 1996; LOWDERMILK, 2008). É através do exame vaginal que se consegue perceber a variedade fetal e o plano da apresentação, factores que podem afectar a progressão do TP e que implicam a tomada de decisão referentes aos cuidados a dedicar.

Tive ainda oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o TP, ou que se encontravam no BP para vigilância do bem-estar materno-fetal, tais como: HTA prévia ou induzida pela gravidez; pré-eclâmpsia; diabetes prévia ou gestacional; rotura prematura de membranas; hidrâmnios; oligoâmnios; trombocitopenia purpura idiopática; hipotireoidismo; lúpus eritematoso sistémico; hepatite B e C; asma e anemia.

Um dos sinais frequentes, e que indiciava o início do **segundo estágio do TP**, era a vontade incontrolável das mulheres para iniciar esforços expulsivos, a vontade de “fazer força”, ou Reflexo de Ferguson. Este facto deve-se à pressão exercida pela cabeça do feto sobre a enervação sacra e o recto (BURROUGHS, 1995). Nas mulheres submetidas a analgesia loco-regional esta percepção encontrava-se limitada.

O segundo estágio do TP começa com a dilatação completa do colo (10cm) e termina com o nascimento do bebé (LOWDERMILK, 2008).

A duração deste estágio do TP depende de vários factores, tais como: eficácia das contracções primárias e secundárias; tipo e quantidade de analgesia; condição física e emocional da mulher; paridade; tamanho, apresentação e situação do feto; tipo de suporte fornecido à mulher (LOWDERMILK, 2008).

Ao enfermeiro EESMO são reconhecidas competências para a aplicação de técnicas adequadas na execução de parto de apresentação cefálica (REGULAMENTO Nº 127/2011), sendo responsável pela realização do parto de baixo risco.

Ao longo do EC realizei 60 partos. Para atingir a autonomia ambicionada exigiu da minha parte aquisição e consolidação progressiva de competências científicas, técnicas e relacionais.

Através da relação empática que criei com as mulheres/pessoas significativas, o profissionalismo e segurança demonstrados, estabeleceu-se o clima de confiança necessário para este momento único – o parto.

Neste estágio procedi a: manutenção de um ambiente calmo, seguro e tranquilo; monitorização do bem-estar materno-fetal; avaliação da descida da apresentação; ajuda no posicionamento (embora as mulheres tenham demonstrado vontade em assumir nesta fase outras posições, como de cócoras ou de Sims, todas pariram na posição supina, alegando desconforto nas outras posições); orientação quanto à respiração correcta durante e após os esforços expulsivos; promoção do relaxamento entre as contracções; informação sobre a progressão dos acontecimentos; encorajamento e elogio da mulher face ao seu desempenho; promoção da participação da pessoa significativa no apoio à mulher. Momentos houve nos quais tive que assumir uma postura firme até conseguir que a mulher recuperasse a confiança e o controlo.

As 4 episiotomias, médio-laterais, que realizei estiveram relacionadas com a necessidade em abreviar o período expulsivo, por se verificar comprometimento na condição materna e fetal. Constatei que esta não é uma prática rotineira no serviço actuando-se de acordo com a evidência (OMS, 1996; LOWDERMLK, 2008; APEO, 2009).

Perante a detecção da existência de circular cervical actuei em conformidade (se circular cervical larga, fazia deslizar o cordão suavemente pela cabeça do RN; se circular cervical apertada, clampava o cordão em dois pontos e depois cortava e

removia o cordão do pescoço. Tive uma situação em que o RN trazia quatro circulares cervicais).

Foi um privilégio a minha participação neste momento de felicidade na vida das mulheres/pessoas significativas. Imediatamente após o nascimento do bebé: assegurei a avaliação imediata do RN, disponibilizei a oportunidade de laqueação do cordão umbilical pela pessoa significativa ou a própria mulher; felicitei a mulher/pessoa significativa; promovi o estabelecimento de contacto precoce pele a pele entre mãe e seu bebé (desde que a condição deste o permitisse e respeitando a decisão da mulher); promovi o vínculo entre a díade/tríade; proporcionei a amamentação ainda durante o contacto pele a pele entre mãe e filho.

De acordo com González (2005) o contacto imediato pele a pele entre mãe/RN para além de facilitar a amamentação, diminui o risco de hipoglicémia, desconforto respiratório e hipotermia. Este autor salienta ainda a importância do contacto precoce pele a pele na colonização do RN com a flora saprófita da mãe e não com a flora patogénica do hospital, da qual os profissionais de saúde são portadores.

Pude participar activamente em 12 partos distócicos (5 cesarianas, 1 por fórceps e 6 com recurso a ventosa).

Nesta sucessão de acontecimentos, inicia-se o **terceiro estágio do TP**, o qual decorre desde o nascimento do bebé até à expulsão da placenta (LOWDERMILK, 2008).

Antes da expulsão da placenta procedi a colheita de sangue do cordão para determinação do grupo sanguíneo do bebé (para determinação de incompatibilidade Rh ou ABO) e para colheita de células estaminais para criopreservação (obedecendo esta a algumas exigências relacionadas não só com a técnica mas também burocráticas).

O grande objectivo neste estágio prende-se com a expulsão da placenta da forma mais eficaz e segura. Para isso aguardava pelos sinais que indicavam o descolamento da placenta (saída súbita de sangue pela vagina; mais cordão visível), depois aplicava tracção controlada do cordão umbilical controlando em simultâneo o fundo do útero (de modo a evitar o risco de inversão uterina e rotura do cordão), segurava a placenta com as duas mãos e rodava até à sua extração completa. Após a sua expulsão examinava com atenção a integridade da placenta e das membranas.

Apesar destes cuidados identifiquei 2 situações de dequitação natural com suspeita de membranas fragmentadas tendo sido comunicado à equipa médica a qual procedeu a controlo ecográfico, sem outras manobras. Diagnosticuei uma situação de retenção placentária tendo comunicado à equipa médica a qual procedeu, sob anestesia, a dequitação manual e revisão instrumental, sem outras intercorrências.

Após a dequitação era administrada ocitocina, de acordo com o protocolo do serviço, confirmava a formação do globo de segurança de Pinard, vigiava as perdas hemáticas vaginais e a integridade da mucosa vaginal e períneo.

Dos 60 partos realizados, 20 resultaram em períneos intactos, 30 apresentaram lacerações de grau I, em 6 verificou-se lacerações de grau II e em 4 partos houve necessidade em se efectuar episiotomia.

Tendo presente que “a reparação imediata promove a cicatrização, limita a lesão residual e diminui a possibilidade de infecção” (LOWDERMILK, 2008, p. 469) procedi a perineorrafia e episiorrafia. Apresentei dificuldades iniciais para a realização desta técnica. Fui progressivamente adquirindo e desenvolvendo esta competência instrumental. De acordo com Benner (2001, p. 33) “o conhecimento prático adquire-se com o tempo”. A orientadora local foi fundamental neste processo de aquisição desta competência específica, mostrando-se sempre disponível para analisar conjuntamente comigo as lacerações (por se tratarem de lesões irregulares) orientando na reconstrução, principalmente nas episiorrafias.

As primeiras 2 horas após o nascimento correspondem ao designado **4º estágio do TP** (LOWDERMILK, 2008).

Este período envolve o reajustamento dos órgãos maternos para o estado não gravídico, adaptação do RN à vida extra-uterina, interacção entre mãe e seu bebé não descurando o estabelecimento da relação com os restantes membros da família. Atendendo a todos estes aspectos, a vigilância atenta da mulher e RN é imperativa.

Sempre que possível, após a realização do parto, e visando a continuidade dos cuidados e a própria relação empática que se estabeleceu, prossegui com a vigilância da mulher e RN, neste estágio do TP. Também cuidei de mulheres com as quais estive envolvida no seu período expulsivo, concretamente quando era eu a responsável por receber e prestar os cuidados imediatos ao bebé.

Neste estágio providenciava a hidratação e alimentação ligeira para a puérpera e posteriormente colocava o seu bebé junto a si favorecendo a vinculação entre eles.

Tinha o cuidado sempre de questionar qual era a intenção da mulher relativamente à alimentação do RN e perante a manifestação de desejo em amamentar apoiava a mulher na sua decisão. Tendo presente o formulário para observação da mamada, (OMS/UNICEF, 2007) por ter frequentado em 2010 um curso de conselheiras para o aleitamento materno, dirigi a minha atenção para o estado da mulher e RN, as mamas e mamilos da mulher, a posição da mulher e RN, a pega e os reflexos de sucção e deglutição do RN facultando assim, a tomada de decisão relativamente às intervenções adequadas às dificuldades detectadas.

Sendo este hospital certificado pela OMS/UNICEF como “hospital amigo dos bebés”, desde 2005, são colocadas em prática as medidas de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno, cumprindo-se, sempre que possível, praticamente a totalidade dos “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (Anexo 4) preconizados pela OMS/UNICEF.

Outro aspecto importante neste estágio prendeu-se com a implementação de intervenções relativas à promoção da vinculação entre a mulher/RN/pessoa significativa, alargando aos familiares que se encontrassem na sala de espera junto ao BP. Para isso, encorajei a mãe/pai a segurar o bebé no seu colo, favoreci a privacidade elemento que facilitava o reconhecimento do seu bebé através da observação, toque, fala com o bebé (LOWDERMILK, 2008).

Decorridas as 2 horas após o parto procedia a avaliação física e hemodinâmica da mulher: avaliação da pele e mucosas; avaliação da dor; avaliação dos parâmetros vitais; vigilância da eliminação vesical; verificação da involução uterina e perdas hemáticas vaginais; observação do períneo (perante presença de edema procedia a colocação de gelo no local); prestação de cuidados perineais e remoção de cateteres epidural e periférico (excepto perante detecção de alterações hemodinâmicas ou em múltiparas).

Os cuidados prestados a mulheres submetidas a cesarianas passavam por vigilância do estado de consciência (quando anestesia geral) e da dor, vigilância da mobilidade a nível dos membros inferiores; administração de repicagens analgésicas; vigilância do penso cirúrgico, lóquios e da drenagem vesical.

Salientar ainda os registos efectuados com precisão e concisão, incluindo o boletim de saúde da grávida visando facilitar a continuidade dos cuidados.

Na transferência para o internamento ou passagem de turno, tive o cuidado de transmitir a informação pertinente, de forma sucinta, atendendo aos aspectos relevantes dos cuidados prestados à puérpera /RN no BP.

**Avaliação:** Para a consecução deste objectivo senti dificuldades, as quais relaciono primeiramente com o facto de esta ser uma realidade distinta da minha prática. O BP é um serviço com cuidados e equipamentos muito específicos, o que exigiu da minha parte muita perseverança, empenho, dedicação, pesquisa para atingir o “saber”. Considero que neste EC é mais notória a evolução entre o “não saber fazer” até ao “saber fazer”. Mas principalmente, com esta aquisição e desenvolvimento progressivo de competências científicas, técnicas e relacionais, salienta-se o “saber ser”. A autonomia, confiança, segurança que conquistei ao longo do EC permitiram-me prestar os cuidados à mulher/pessoa significativa, conforme sempre ambicionei, com a calma, tranquilidade, apenas a presença do casal e duas enfermeiras (eu e a minha orientadora), contribuindo para que este momento fosse único e lembrado com agrado. Claro que nem todos foram assim, por razões relacionadas com a condição materno-fetal, mas mesmo nesses estive com a mulher/pessoa significativa.

Revejo a minha prestação em termos de cuidados especializados nas palavras de Lowdermilk (2008, p. 415)

“os prestadores de cuidados que respeitam a mulher, que a apoiam, protegem, encorajam, que estão disponíveis e são pacientes, simpáticos, calmos, profissionais e que a confortam, ajudam estas mulheres a recordar a experiência do nascimento dos seus filhos de uma forma positiva.”

#### **1.4. Objectivo Específico 4**

**Desenvolver competências sobre os cuidados especializados prestados ao recém-nascido e sua família promovendo a adaptação à vida extra-uterina**

O RN suporta inúmeras mudanças biológicas durante a sua transição para a vida extra-uterina, dependendo o seu bem-estar dos cuidados que lhe são prestados. (LOWDERMILK, 2008).

Durante este EC pude desenvolver cuidados específicos a 72 recém-nascidos.

É fundamental a recolha prévia de informações referentes à gravidez: as serologias, intercorrências no decurso da gravidez, alguma patologia prévia ou

concomitante com a gravidez ou alguma alteração detectada no feto, de modo a anteciparem-se os cuidados facilitadores da adaptação do RN à vida extra-uterina. Perante os partos distócicos ou alguma alteração diagnosticada no feto era solicitada a presença do pediatra na sala de parto.

Antes do nascimento, solicitava à pessoa significativa para confirmar os dados que constavam nas pulseiras de identificação que seriam colocadas (uma na mãe e duas no bebé), assim como mostrava a pulseira electrónica que também seria colocada no RN, de modo a contribuir para a segurança do mesmo durante a sua permanência no hospital.

Após o nascimento, é exigida uma avaliação imediata do RN implicando uma observação rápida, atenta e uma actuação atempada. Para isso implementei os seguintes cuidados: verificação da permeabilidade das vias aéreas (auxiliando a sua desobstrução), verificação de uma respiração e função cardíaca eficaz, observação do tónus muscular, coloração da pele e a irritabilidade reflexa, baseada na resposta à estimulação do pé (estes últimos cinco sinais indicam o estado fisiológico do RN e constam do índice de Apgar que é realizado ao 1º, 5º e 10º minutos de vida, permitindo este uma rápida avaliação sobre a necessidade de reanimação); manutenção da temperatura corporal (sempre que a condição do RN o permitia e a mãe manifestava esse interesse, secava a pele do RN com o lençol no qual o tinha recebido, promovia o contacto pele a pele entre mãe/bebé, colocava o gorro e um lençol aquecido); colocação das pulseiras de identificação no RN e junto dos pais; promoção da vinculação entre os pais e o bebé.

Antes de se transferir a mulher da cama obstétrica para a cama articulada ou quando o RN não se encontrava estável, conduzia o bebé para o berçário para proceder aos cuidados imediatos, neste último caso colaborando com o pediatra. Pude prestar cuidados a RN: prematuros, com dificuldade respiratória, alterações metabólicas (hipoglicémia). Dos RN que cuidei nenhum careceu de transferência para o serviço de Neonatologia.

Os cuidados imediatos, prestados no berçário consistiram na: verificação da permeabilidade das vias aéreas (poucas situações careceram de aspiração da vias aéreas); avaliação física (fontanelas planas, caput succedaneum, moldagem, marca da ventosa ou fórceps, olhos simétricos e límpidos, palato integro, clavículas intactas, expansão torácica simétrica, cordão umbilical com duas artérias e uma veia, manchas

de nascença, abertura vaginal, meato urinário na extremidade do pénis, dedos das mãos e pés, ânus aparentemente perfurado); avaliação dos reflexos; avaliação ponderal; administração profilática de vitamina K (para prevenção da doença hemorrágica do RN) e profilaxia ocular (para prevenção da oftalmia neonatal).

Após a prestação dos cuidados imediatos o RN era transportado até junto da mãe/pessoa significativa. Quando a mulher manifestava essa vontade o RN era apresentado aos familiares que se encontrassem na sala de espera junto ao BP.

Apoiei a mãe/RN na amamentação, conforme mencionei anteriormente, tendo numa situação administrado leite por copo devido a RN apresentar hipoglicémia.

Tive em atenção os registos referentes ao RN visando a continuidade dos cuidados.

**Avaliação:** Tendo realizado as actividades planeadas, progressivamente de forma autónoma, considero ter atingido este objectivo a que me propus. É de salientar o contributo fundamental do enfermeiro EESMO para a diminuição da mortalidade e morbilidade perinatal e neonatal através da prestação dos cuidados com qualidade durante a vigilância pré-natal, intra-parto e pós-parto, sendo o elemento privilegiado que está presente desde os primeiros minutos de vida do RN, implementando medidas facilitadoras da adaptação à vida extra-uterina.

## **1.5. Objectivo Específico 5**

**Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados, à mulher obesa/pessoa significativa, inserida numa família e comunidade, de forma a prevenir e minorar os riscos específicos associados.**

Sendo este objectivo referente à temática à qual me dediquei, antes mesmo deste EC, importa transmitir a fundamentação teórica e conceptual que suporta o seu contributo para a prática dos cuidados especializados.

### **1.5.1 Enquadramento teórico**

Como já foi referido anteriormente, neste estágio decorreu a implementação de um projecto individual, no âmbito da prestação de cuidados especializados à mulher

obesa/pessoa significativa visando contribuir para a minimização do risco de complicações, durante o trabalho de parto e puerpério imediato.

Para a obtenção do respeito e reconhecimento por parte da sociedade há que definir e transmitir os “pilares” sobre os quais assenta esta ciência – a enfermagem. É imperativo a clarificação e delimitação das funções da Enfermagem, para a qualidade dos cuidados e autonomia profissional.

Como refere Adams (1994, p.22) “um esquema de referência (...) permite clarificar o contributo da enfermagem para o vasto domínio da saúde. A prática, a formação e a investigação baseiam-se, de facto, num esquema conceptual”.

Torna-se necessário definir os conceitos e estruturar os conhecimentos que estão na base teórica deste projecto, estabelecendo para isso uma conceptualização, que permita uma imagem nítida do trabalho.

Tendo presente que, para maximizar a possibilidade de evidência relevante de alta qualidade, é necessária a formulação cuidadosa de uma questão, utilizei o esquema de referência PICOD elaborado por Sackett et al (1997) citado por Craig e Smyth (2004).

Assim formulei a seguinte questão:

- ✓ Quais as intervenções que o enfermeiro EESMO pode desenvolver, perante grávidas obesas, de modo a minimizar as complicações no trabalho de parto e puerpério imediato?

A população-alvo prendeu-se com as grávidas obesas, em termos de intervenções referiu-se aos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista e relativamente aos resultados ou “outcomes” visaram a minimização das complicações durante o trabalho de parto e puerpério imediato.

Esta questão norteou a revisão sistemática da literatura efectuada, que procurou sistematizar o estado do conhecimento sobre as intervenções do enfermeiro perante grávidas obesas.

Com o intuito de perceber a pertinência desta temática e pretendendo a melhor evidência, efectuei pesquisa em bases de dados electrónicas entre Junho e Julho de 2011, utilizando como critérios de inclusão: idioma inglês, onde procurei, entre os anos 2006 e 2010, textos completos cruzando essencialmente as palavras “obesity”, “labour” e “intrapartum”.

As pesquisas foram efectuadas a partir do motor de busca EBSCO HOST (CINAHL, with Full Text e MEDLINE, with Full Text). O resultado da pesquisa foi de dezoito artigos.

Os estudos obtidos foram selecionados por critérios de inclusão e exclusão (artigos com pouca relação com o tema e metodologia pouco clara) dos quais, após leitura utilizei três referências para sustentar a conceptualização do meu projecto, resumidos no quadro 1.

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão sistemática da literatura

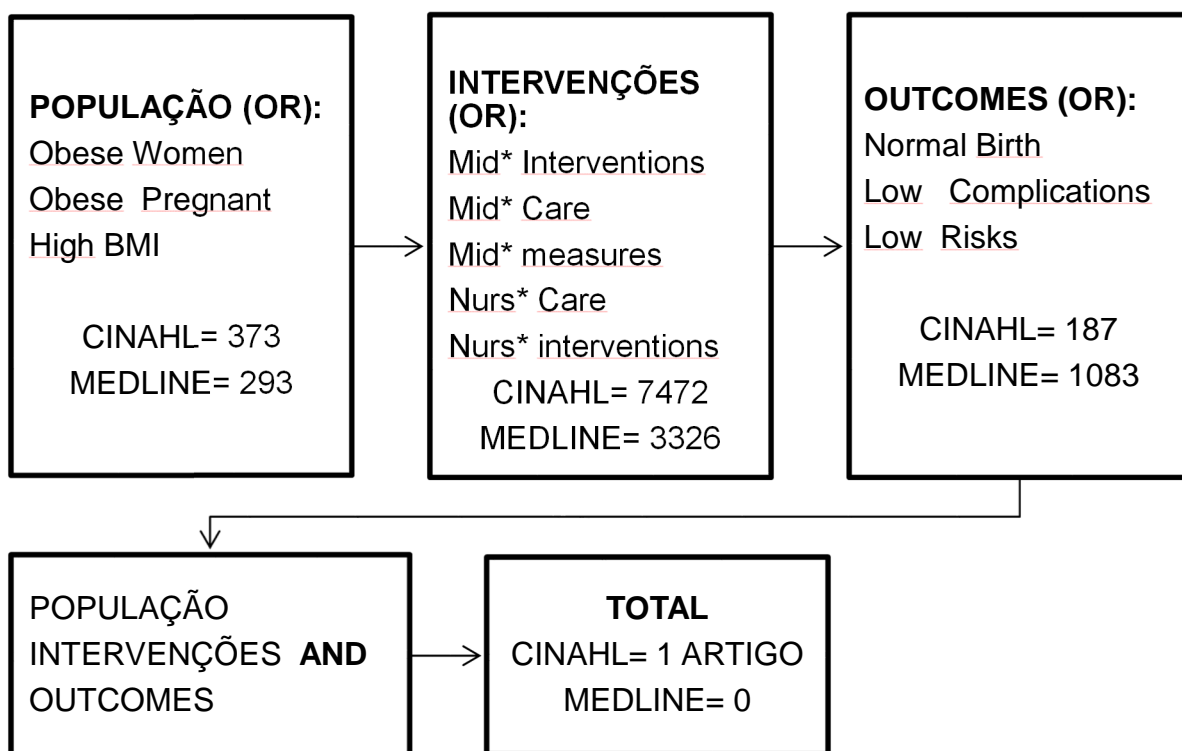
Autor, Título do estudo, Ano, Publicação	Participantes	Objectivo (s) do estudo	Orientações metodológicas	Resultados
Karen H. Morin and Lyn Reilly; Caring for Obese Pregnant Women; 2007; JOGNN Clinical Issues	50 artigos publicados entre 1992 e 2006	Discussão sobre os recentes achados relacionados com os problemas que enfrentam a grávida obesa e o seu filho.	Revisão sistemática da literatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obesidade durante a gravidez implica, para a mulher e seu filho, um elevado risco de complicações;</li> <li>- Essencial a intervenção da equipa interdisciplinar;</li> <li>- Escassez de informação, acerca das intervenções de enfermagem efectivas durante os períodos pré-parto, intraparto e pós-parto, demonstra a necessidade de investigação.</li> </ul>
Sukrutha Veerareddy, Asma Khalil, Patrick O'Brien; Obesity: implications for	34 artigos publicados entre 1992 e 2008	Descrição das implicações da obesidade para a gravidez e	Revisão sistemática da literatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obesidade está associada a riscos significativos para a mãe e para o seu filho;</li> <li>- Essencial o</li> </ul>

<p>labour and puerperium; 2009; British Journal of Midwifery</p>		<p>parto; Intervenções para a prevenção de complicações no peri parto, neste grupo de mulheres</p>		<p>planeamento e gestão por uma equipa multidisciplinar, de modo a garantir resultados seguros, para ambos; - Importante que os profissionais de saúde estejam conscientes das dificuldades e das boas práticas envolvidas no cuidar a mulher obesa na gravidez.</p>
<p>U Krishnamoorthy, CMH Schram, SR Hill; Maternal obesity in pregnancy: is it time for meaningful research to inform preventive and management strategies? 2006; BJOG: International Journal of Obstetrics &amp; Gynaecology</p>	<p>71 artigos publicados entre 1980 e 2008</p>	<p>Sumarizar as implicações da obesidade na mulher sobre a saúde materna, fetal e neonatal; Indicações para a gestão da obesidade na mulher grávida</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p>	<p>- Obesidade materna condiciona riscos maternos e fetais desde o período pré-concepcional estendendo-se para além do nascimento do bebé; - Importância do envolvimento da equipa de saúde multidisciplinar; - Necessidade urgente de investigação sobre a obesidade na gravidez (escassez de estudos sobre intervenções); - Envolvimento governamental com implementação de</p>

				medidas a nível nacional
--	--	--	--	--------------------------

Estes artigos permitiram-me consciencializar acerca dos riscos envolvidos devido à obesidade na mulher mas, por pretender encontrar evidência científica sobre intervenções concretas para o período intraparto e pós parto imediato, realizei nova pesquisa em base de dados electrónica, EBSCO HOST (CINAHL, with Full Text e MEDLINE, with Full Text), no período de Março e Abril de 2012, tendo alterado apenas no critério de inclusão os anos da pesquisa (de Janeiro de 2006 até Abril 2012), utilizando os mesmos critérios de exclusão. O quadro seguinte mostra o percurso efectuado, os termos que foram utilizados para a pesquisa até ao resultado final de um artigo.

Quadro 2 – Percurso da segunda revisão sistemática da literatura



Os artigos anteriormente obtidos conjuntamente com este (resumido no quadro 3) serviram de sustentação para o desenvolvimento da minha temática e para o suporte teórico da sessão de formação que dirigi aos enfermeiros do local de estágio onde realizei o EC (Apêndice 6).

Quadro 3 – Estudo incluído na segunda revisão sistemática da literatura

Autor, Título do estudo, Ano, Publicação	Participantes	Objectivo (s) do estudo	Orientações metodológicas	Resultados
Lynne Swann e Sarah Davies; The role of the midwife in improving normal birth rates in obese women; 2012; British Journal of Midwifery	43 artigos publicados entre 1989 e 2010	Examinar intervenções de enfermeira especialista em saúde materna durante o período pré-natal e intraparto que contribuem para parto normal neste grupo de mulheres	Revisão sistemática da literatura	- Importância da concepção da mulher enquanto conhecedora do seu próprio corpo com o direito de tomar decisões informadas; . Essencial a investigação, pela enfermeira especialista em saúde materna, sobre as práticas efectivas que contribuem para melhoria dos resultados.

Enquadrei esta temática da obesidade com o modelo de Roper Logan e Thierney uma vez que este problema é transversal à área profissional. Como as próprias autoras definem o seu modelo é “suficientemente amplo e flexível para ser usado como um enquadramento do processo de enfermagem (...) seja em contexto comunitário ou hospitalar o que é um meio de valorizar a unidade subjacente aos diversos ramos da actividade” (ROPER, LOGAN E THIERNEY, 2001, p. 85).

Actuar sobre a obesidade não se cinge apenas ao próprio indivíduo em si. Implica estender o nosso foco de acção englobando a família e outras pessoas significativas. A intervenção do enfermeiro EESMO estende-se desde os Cuidados de Saúde Primários até ao Hospitalar.

A mulher obesa está sob múltiplos riscos de desenvolver complicações no decurso da sua vida. O enfermeiro especialista atende a mulher ao longo do seu ciclo da vida, identifica e actua perante os problemas reais e potenciais, passíveis de ocorrerem em qualquer actividade de vida.

Roper, Logan e Tierney identificam “o papel do enfermeiro enquanto professor de saúde, mesmo nos serviços de doença” (2001, p.88). Ao pretender minimizar as complicações decorrentes da obesidade concebem-se problemas potenciais ou auscultam-se os problemas reais.

Estabelecendo um paralelismo com o modelo de Roper, perante a obesidade o enfermeiro especialista desenvolve as suas competências visando “ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver ou lidar positivamente com os problemas (reais ou potenciais) relacionados com as actividades de vida” (ROPER, LOGAN E THIERNEY, 2001, p.88).

### **1.5.2 Conceptualização do projecto**

A obesidade é considerada um problema de saúde pública e a sua prevalência tem vindo a aumentar, particularmente nos países desenvolvidos (OMS).

Em 2008 1,5 biliões de adultos, com mais de vinte anos apresentavam excesso de peso. Destes cerca de 200 milhões de homens e perto de 300 milhões de mulheres eram obesos. (Anexo 1)

Krishnamoorthy, Schram e Hill (2006) referem que apesar de existir uma alta taxa de homens na categoria de excesso de peso, globalmente mais mulheres se situam na categoria de obesidade.

Em Portugal, de acordo com os dados colhidos do Instituto Nacional de Estatística em colaboração com o Instituto Nacional da Saúde, em 2005 15,2% dos residentes adultos (18 e mais anos) em Portugal, eram obesos. A prevalência de mulheres com obesidade (16,0%) era superior à verificada nos homens (14,3%). Sobressaindo a evolução da prevalência de obesos entre o grupo etário 35-44anos (12,8%).

O inquérito efectuado em 1998/1999 não englobou as regiões autónomas da Madeira e dos Açores, pelo que, para efeitos comparativos, se utilizam os dados relativos ao Continente os quais demonstraram que a prevalência de obesos aumentou 3,2 pontos percentuais entre 1999 (12,0%) e 2005 (15,2%). (Anexo 2).

Tratando-se a obesidade por ser entendida como um excesso de acumulação de massa gorda que pode prejudicar a saúde (OMS), para a classificar no adulto é utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), o qual divide o peso em quilos por a altura

em metros elevada ao quadrado ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ), sendo considerado excesso de peso quando  $\text{IMC} \geq 25$  e obesidade quando  $\text{IMC} \geq 30$  (Anexo 3).

Dada a variabilidade dos processos de crescimento e maturação, na criança e no adolescente o IMC deve ser percentilado existindo tabelas de referência, correspondendo os valores de  $\text{IMC} \geq$  ao percentil 95 o diagnóstico de obesidade (DGS, 2005).

Outro aspecto importante refere-se à identificação da tipologia morfológica, ou seja: obesidade androide, abdominal ou visceral, quando se verifica um acúmulo de tecido adiposo na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen (típico do homem obeso) e obesidade do tipo ginóide quando a distribuição de gordura é na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas (típico da mulher obesa).

Esta identificação da distribuição da gordura corporal tem importância dado estar demonstrada a associação entre obesidade abdominal e complicações metabólicas, como a diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial e doença vascular cerebral (DGS, 2005).

A determinação de um perímetro de cintura  $\geq$  a 88 cm na mulher e  $\geq$  a 102 cm no homem corresponde a um risco muito aumentado de complicações metabólicas, requerendo intervenção da equipa de saúde.

O excesso de gordura é devido a sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia gasta. Este desequilíbrio é determinado por factores complexos que se incluem factores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais (DGS, 2005). “Este desequilíbrio tende a perpetuar-se, pelo que a obesidade é uma doença crónica” (DGS, 2005, p. 10).

Importa ter presente que para a determinação do risco todos os factores, socioeconómicos, demográficos, culturais, psicológicos são tão ou mais importantes que a condição biológica adversa ou doenças envolvidas (Netto, 2004; Ricardo, 2004).

Também conforme Roper (2001), para a concretização de uma enfermagem individualizada para a pessoa, família, comunidade, surge uma diversidade de factores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos que importa atender.

Todos os estudos obtidos da revisão sistemática da literatura efectuada referem um conjunto de riscos a que a mulher obesa e seu filho se encontram sujeitos,

encontrando-se estes incluídos nos seguintes subtemas: riscos no período pré-natal; riscos no período intraparto; risco anestésico e riscos no período pós-parto.

### **Riscos no período pré-natal**

A obesidade interfere com a vontade em engravidar sendo apontada como uma das causas para a infertilidade por alteração da ovulação na mulher e a uma síndrome de ovários poliquísticos (ANDREELLI, 2004).

Segundo Sarwer et al., (2006) citado por Morin e Reilly (2007) a mulher obesa, para além de apresentar mais dificuldade em conceber, experiencia um aumento de abortos espontâneos.

De acordo com a DGS (2005), uma perda de 5% do peso traduz-se numa melhoria da função ovárica, tendo reflexos favoráveis na mulher obesa com ovário poliquístico e hirsutismo, manifestando-se na recuperação dos ciclos menstruais e, algumas vezes, na ovulação e conseqüente fertilidade.

Alcançada a gravidez, o risco de complicações continua, tais como: aborto no primeiro trimestre e recorrente, anomalias no feto, diabetes gestacional, desordens hipertensivas incluindo pré-eclâmpsia. (KRISHNAMOORTHY, SCHRAM E HILL, 2006, MORIN E REILLY, 2007).

O excesso de acumulação de massa gorda pode dificultar a palpação abdominal para avaliação da apresentação e situação do feto, assim como implicar potenciais erros de diagnóstico ultrassonográfico pré-natal (KRISHNAMOORTHY, SCHRAM E HILL, 2006).

### **Riscos no período intraparto**

A obesidade materna aumenta o risco de parto induzido, cesariana, falha no parto instrumental e hemorragia pós-parto (VEERAREDDY, KHALIL E O'BRIEN, 2009). Estes autores apontam um conjunto de estudos que sugerem que a obesidade aumenta o tecido mole pélvico o que condiciona um estreitamento dos diâmetros pélvicos contribuindo para a distócia e incompatibilidade feto pélvica.

Zhang et al (2007) citado por Veerareddy, Khalil e O'Brien (2009) descobriu que, na mulher obesa, o miométrio contrai com menos força e frequência, argumentando

que este facto pode contribuir para um progresso mais lento do trabalho de parto e aumento da incidência de hemorragia no pós-parto.

Alguns estudos (MOYNIHAN ET AL, 2006; ZHANG ET AL, 2007), citados por Veerareddy, Khalil e O'Brien (2009) descreveram a relativa ineficiência da estimulação pela ocitocina em mulheres obesas.

Vahratian, Zhang, Troendle, Savitz and Siega-Riz (2004) citados por Morin e Reilly (2007) descobriram que a fase activa do trabalho de parto (a partir dos 4cm de dilatação), em nulíparas, foi mais prolongada nas mulheres obesas quando comparada com as mulheres com peso considerado normal. Assim, a média de horas da fase activa para as mulheres obesas foi de 7,9 horas e para as mulheres com peso normal foi de 6,2 horas, controlando várias variáveis, tais como: altura materna, uso de epidural, indução, entre outros.

Com o elevar do IMC também se eleva o risco de macrossomia fetal aumentando, por este motivo, a possibilidade de ocorrência de distócia de ombros.

A obesidade materna também está associada à redução do sucesso de parto vaginal após cesariana.

Estudos (CHAUHAN ET AL, 2001; CARROL ET AL, 2003; CEDERGREN ET AL, 2004; DURNWALD ET AL, 2004; JUHASZ ET AL, 2005) citados por Veerareddy, Khalil e O'Brien, (2009) demonstraram que existe associação entre obesidade e o aumento de lacerações perineais, parto instrumental e cesarianas de emergência.

A profundidade do tecido adiposo materno pode interferir com a monitorização fetal por cardiotocografia (CTG) resultando em má qualidade no traçado de CTG o que dificulta a sua interpretação. Esta situação condiciona a recorrência a colocação de eléctrodo no escalpe fetal (VEERAREDDY, KHALIL E O'BRIEN, 2009).

### **Risco anestésico**

A obesidade materna e a morbilidade associada aumentam o risco da anestesia e constituem um desafio, não só para os anestesistas, bem como para os enfermeiros.

De acordo com SaravanaKumar et al (2006) a administração de analgesia epidural encontra-se comprometida devido a maior dificuldade no posicionamento da mulher grávida obesa, e na identificação do espaço epidural. (MORIN E REILLY, 2007).

O assumir a posição lateral flectida torna-se mais difícil para a grávida obesa sendo a posição sentada a melhor para este procedimento.

A função respiratória pode estar prejudicada devido à obesidade e esta pode contribuir também, para uma maior dificuldade na entubação endotraqueal, quando necessária (VEERAREDDY, KHALIL E O'BRIEN, 2009).

### **Riscos no período pós-parto**

Na puérpera obesa, depois de um parto vaginal poderá ser difícil a verificação da involução uterina, através da palpação do fundo do útero, devido ao excesso de camada adiposa (VEERAREDDY, KHALIL E O'BRIEN, 2009).

Os estudos de Myles, Gooch e Santolaya (2002), citados pelos vários autores recolhidos na revisão da literatura efectuada, (KRISHNAMOORTHY, SCHRAM E HILL, 2006; MORIN E REILLY, 2007; VEERAREDDY, KHALIL E O'BRIEN, 2009), demonstraram que após cesariana existe risco acrescido de infecção na sutura e endometrite, apesar da administração de terapêutica antibiótica profilática.

Também foi descrito por Bodnar et al, (2004) e Usha et al, (2005) um maior risco de incidência de anemia e infecção do tracto urinário, no pós-parto (KRISHNAMOORTHY, SCHRAM E HILL, 2006; VEERAREDDY, MORIN E REILLY, 2007).

De acordo com Rasmussen e Kjolhede (2004) citados por Krishnamoorthy, Schram e Hill (2006) e Veerareddy, Khalil e O'Brien (2009), neste período pós-parto, verificaram um aumento do risco de falha ou atraso no estabelecimento da lactação, resultando numa elevada taxa de alimentação com leite de fórmula, contribuindo esta para a obesidade infantil.

Veerareddy, Khalil e O'Brien (2009) alertam para o risco acrescido, na puérpera obesa, de desenvolvimento de tromboembolismo venoso.

Outro aspecto a ser tido em consideração prende-se com a relação entre obesidade e insatisfação com a imagem corporal condicionando uma baixa auto-estima (NARCISO, 2006). Conforme esta autora, a baixa auto-estima, a dificuldade na expressão dos seus sentimentos pode levar a menor assertividade, dificuldade na resolução de problemas podendo gerar dificuldades relacionais.

Todos os riscos acrescidos que a mulher obesa apresenta, acarretam **consequências económicas**. O Recurso a técnicas de procriação medicamente assistida para poder engravidar, complicações durante a gravidez, evolução para parto instrumental e complicações no pós-parto encarecem a despesa do sector da saúde sendo este um aspecto a ser tido em conta perante a instabilidade económica que o país e o mundo atravessam.

Segundo Pereira e Mateus (2003) em Portugal os custos directos, relacionados com as despesas do sistema de saúde, dos utentes e das suas famílias com a prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade, referente ao ano de 1996, foram estimados em 230 milhões de euros, correspondendo a 3,5% das despesas totais do sector da saúde.

Relativamente ao custo indirecto da obesidade em Portugal, relacionado com valor da produção perdido devido à doença ou morte prematura, foi estimado em cerca de 200 milhões de euros (PEREIRA E MATEUS, 2003).

De acordo com Soltani (2009) citado por Swann e Davies (2012) o custo dos cuidados durante a gravidez é cinco vezes maior para a mulher obesa comparativamente com a mulher com peso normal.

Importa pois que os profissionais de saúde, e concretamente os enfermeiros, estejam despertos para esta problemática e que actuem, tendo em vista a minimização das complicações, em prol do bem-estar materno-fetal, contribuindo, assim, para a redução dos custos.

### **1.5.3. Intervenções do enfermeiro EESMO**

Desde os primórdios da humanidade que reconhecidamente existe um conjunto de acontecimentos na vida da mulher que determinam a necessidade de cuidados. “O corpo das mulheres, lugar de expressão da fecundidade, conhece períodos de cuidados mais atentos nestes momentos decisivos da sua vida que são a puberdade, a gestação, o parto, o nascimento” (COLLIÉRE, 1999, p.41).

Antigamente as mães ensinavam as filhas, aprendendo-se principalmente pela observação, no seio de famílias extensas e os partos realizavam-se no domicílio. Presentemente, e também relacionado com a melhoria das condições socioeconómicas, assiste-se a famílias nucleares, que realizam uma assistência pré-

natal periódica, em instituições públicas ou privadas, ocorrendo a maioria dos partos em meio hospitalar. Estes avanços também ditaram uma melhoria nos cuidados e consequente diminuição da morbidade e mortalidade materna e perinatal (APEO, 2009; GONZÁLEZ, 2005).

Muitas das vezes é devido à gravidez, sobretudo aquela que envolve algum risco materno-fetal, e ao parto que a mulher/pessoa significativa toma um primeiro contacto com o hospital.

Para além da detecção da obesidade, e dos conhecimentos sobre os riscos e as implicações desta, em termos de morbidade e mortalidade materna e fetal, importa a actuação.

O enfermeiro EESMO, ao estar desperto para esta problemática encontra-se bem posicionado para a gestão e a implementação de intervenções efectivas (Morin e Reilly, 2007).

O regulamento nº 127/2011 vem consignar as várias áreas de exercício das competências do enfermeiro EESMO, como sejam: planeamento familiar, período pré-concepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e na comunidade.

Embora o projecto compreendesse as intervenções do enfermeiro EESMO perante a grávida obesa no período intraparto e pós parto imediato, importa transmitir, também, as intervenções do enfermeiro EESMO em algumas áreas da sua competência, perante esta problemática da obesidade na mulher, por estas terem repercussões positivas nos períodos mencionados no âmbito deste projecto.

Estabelecendo um paralelismo entre Roper (2001) e as competências do enfermeiro EESMO, este deverá actuar de acordo com as suas competências visando sempre a promoção e a manutenção da saúde.

Exercendo funções a nível dos CSP constato, de forma empírica baseada na minha prática, que a população, concretamente a mulher/pessoa significativa, não está educada para a procura e realização de consulta pré-concepcional.

Na prática são inúmeras as oportunidades para informar/educar a mulher para esta problemática da obesidade: nas consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil e nas consultas de planeamento familiar.

As consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil, nas datas chave, permitem o acompanhamento da criança, e pais, desde o nascimento com a avaliação da

evolução ponderal, estatura e transmissão dos cuidados antecipatórios dos quais a alimentação assume parte preponderante.

Em outra frente, também a alimentação, prática de exercício físico são dos vários temas abordado pela equipa de saúde escolar, que se desloca às escolas, sendo este um momento privilegiado para a actuação sobre o grupo alvo.

Relativamente aos objectivos do Planeamento familiar, emanados pela DGS incluem-se “reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil” e “melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família” (2008, p. 6). A prestação de cuidados pré-concepcionais visando a redução do risco numa futura gravidez e a promoção da adopção de estilos de vida saudáveis são apenas duas das várias actividades a desenvolver no âmbito desta consulta.

O recurso da mulher/pessoa significativa ao centro de saúde, afirmando estar a planear a sua gravidez e pretendendo efectuar consulta pré-concepcional ainda é pontual mas, quando tal acontece, verifica-se que a mulher/pessoa significativa se encontra mais receptiva e motivada para a educação para a saúde e para a eventualidade da mudança nos seus hábitos de vida.

A consulta pré-concepcional permite através da colheita de dados, a avaliação do risco reprodutivo e sistematizar as recomendações pertinentes (DGS, 2006).

Quando perante uma mulher obesa impõe-se obter a sua história (à quanto tempo é obesa, antecedentes familiares e pessoais, hábitos alimentares, entre outros). Esta história é importante particularmente para avaliação do sistema cardíaco (MORIN E REILLY, 2007).

Importa alertar para os potenciais riscos de complicações advindos da obesidade e incentivar a perda de peso assente na educação para a saúde relacionada com a transmissão dos cuidados antecipatórios, tais como: alimentação saudável associada a prática de exercício físico regular.

Dada a relação existente entre obesidade materna e o aumento do risco de defeitos no tubo neural do feto é fundamental a suplementação com ácido fólico no período pré-concepcional. Ainda não está demonstrada a necessidade de aumento da dose da suplementação na mulher obesa (KRISHNAMOORTHY, SCHRAM E HILL, 2006).

Quando a mulher obesa engravida, e não está alerta para os riscos que podem advir da obesidade, no decurso e após a gravidez, é essencial a informação, para além

da vigilância da gravidez e o incentivo quanto à adopção e manutenção de medidas relacionadas com hábitos de vida saudáveis.

A informação a prestar neste período envolve o desmistificar a necessidade da mulher “comer por dois” e o salientar os benefícios de uma alimentação saudável, associada à prática de exercício físico moderado, durante 30 minutos, cinco vezes na semana (SWANN E DAVIES, 2012).

O envolvimento da pessoa significativa e família como rede de parceiros e colaboradores no suporte da implementação e manutenção das medidas supra citadas, é essencial com vista a obtenção dos bons resultados, que passam por minimização dos riscos e ganhos em saúde.

Hesbeen ao referir-se aos cuidados de enfermagem salientou esta inerência:

“a atenção particular prestada por uma enfermeira (...) a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando (...) as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem” (2000, p. 67).

Essa essencialidade do cuidar a mulher como um todo, atendendo à pessoa significativa, família e comunidade é um aspecto bem enraizado no regulamento das Competências do Enfermeiro EESMO nº 127/2011.

Durante a vigilância da gravidez, são transmitidos um conjunto de cuidados antecipatórios contribuindo para o “empowerment” da mulher/pessoa significativa. Este esclarecimento contribui para a tomada de decisão com consciência, para que assuma uma maior responsabilidade pela sua saúde. Assim, todas as intervenções deverão ser discutidas com a mulher/pessoa significativa, tais como eventuais:

- ✓ Dificuldades técnicas na realização da analgesia epidural mas, para além da existência de outras medidas farmacológicas, transmitir um conjunto de medidas não farmacológicas para o alívio da dor;
- ✓ Dificuldades na monitorização externa por cardiotocografia, relacionada com a profundidade da camada adiposa, o que poderá causar interferência no sinal Doppler que condicionará má qualidade do traçado de CTG conduzindo a má interpretação. Perante esta situação poder-se-á ponderar o recurso a monitorização interna com colocação de electrodo no escalpe fetal;
- ✓ Necessidade de suporte de oxigénio devido à detecção de comprometimento na função respiratória com implicações para o feto.

Ainda existe pouca investigação concreta sobre as intervenções, conduzidas pelo enfermeiro EESMO, que permitam cuidar a mulher obesa (SWANN e DAVIES, 2012).

É importante focar os aspectos da normalidade no cuidar a mulher obesa. Conforme alerta Warwick (2010) “se a mulher começa a pensar na sua gravidez como sendo de alto risco ou anormal, este facto poderá afectar as suas decisões sobre os cuidados. No entanto, uma vez tomadas, essas decisões poderão de facto reduzir as suas hipóteses para parto normal” (SWANN E DAVIES, 2012, p. 9).

De acordo com a revisão sistemática da literatura efectuada, existe pouca evidência sobre intervenções do enfermeiro EESMO perante a mulher obesa, concretamente no período intraparto.

O artigo de Swann e Davies (2012) salienta a necessidade de mais investigação sobre esta problemática e contribui, através do conjunto de intervenções apontadas, para potenciar a normalidade para a mulher obesa, evitando as repercussões negativas no parto. Assim, estas autoras descreveram um conjunto de estratégias a serem atendidas no período intraparto:

- Tratar a mulher obesa como indivíduo, não categorizando de acordo com o IMC;
- Providenciar escolha à mulher, assegurando informação suficiente para que possa tomar decisões com conhecimento potenciando a sua força e habilidade para o parto;
- Promover a mobilidade e adopção de posições verticais neste grupo de mulheres;
- Proporcionar ambiente seguro, com privacidade, tranquilidade, favorecendo o equilíbrio nas hormonas do parto, contribuindo para a progressão efectiva do parto;
- Criar ambiência atendendo à luminosidade e colocação de música (ajustadas à preferência da mulher);
- Proporcionar a presença de acompanhante, de acordo com a escolha da mulher;
- Facultar, quando possível, o uso de imersão na água, pela facilidade que esta proporciona nas mudanças de posição, aumentando a mobilidade. No entanto existe necessidade de mais investigação centrada nos benefícios da hidroterapia no parto para a mulher obesa.

Conhecendo os riscos existentes no período pós parto imediato importa uma vigilância rigorosa relativamente às perdas hemáticas, relacionada com a dificuldade na verificação da involução uterina devido à camada adiposa.

O risco acrescido de tromboembolismo impõe a implementação de medidas, para além da vigilância de sinais e sintomas, a promoção da deambulação precoce, o uso de meias elásticas e a administração profilática de terapêutica anticoagulante (VEERAREDDY, MORIN E REILLY, 2007).

Outra intervenção fundamental prende-se com o apoio, suporte e protecção do aleitamento materno perante a falha ou atraso na lactação, na mulher obesa (MORIN E REILLY, 2007; VEERAREDDY, KHALIL E O'BRIEN, 2009).

A maior propensão para a depressão pós parto na mulher obesa (MORIN E REILLY, 2007) condiciona uma maior vigilância e disponibilidade para com esta mulher.

Durante o puerpério tardio, e para além deste, dever-se-á acompanhar e incentivar a implementação e manutenção de hábitos de vida saudáveis.

Os benefícios da perda intencional de peso, mantida a longo prazo, podem pronunciar-se na: saúde em geral, melhoria da qualidade de vida, redução da mortalidade, na melhoria das doenças crónicas associadas (DGS, 2005).

**Avaliação:** Para a consecução deste objectivo, referente à problemática sobre a qual me debrucei, em muito contribuiu a revisão da literatura e revisão sistemática da literatura que efectuei.

Este conhecimento prévio, quanto ao estado de arte sobre esta temática, conferiu-me o “saber” e permitiu-me consciencializar sobre a escassez de evidência científica relativa a medidas concretas, em termos das intervenções efectivas, a desenvolver perante a mulher obesa.

Desde ensinamentos clínicos anteriores que este tema tem sido alvo da minha atenção e actuação, tendo concretizado a elaboração de um folheto informativo a ser entregue à mulher, ainda no período de vigilância pré-natal (Apêndice 5).

Neste último EC, com a transmissão do objectivo principal do meu projecto, não só à orientadora local mas estendendo à restante equipa de enfermagem, na qual fui inserida, toda a equipa ficou desperta para a minha população alvo e, sempre que oportuno, encaminhavam para mim, ficando sob minha responsabilidade, com

supervisão da orientadora local, a prestação de cuidados directos e globais à mulher obesa/pessoa significativa.

Pude cuidar de cinco parturientes obesas, nos vários estádios do trabalho de parto o que me permitiu, para além da constatação na prática, das implicações da obesidade na mulher/RN, a implementação de intervenções efectivas, com o intuito de minimização de risco de complicações para ambos.

Assim, constatei:

- O impedimento na realização de epidural tendo propiciado as medidas não farmacológicas para o alívio da dor, para além de medidas farmacológicas (como foi a administração de petidina, conforme protocolo existente no serviço);
- Dificuldade na monitorização por CTG, traduzindo um mau traçado, de difícil interpretação, condicionando a realização de RABA para colocação de electrodo no escalpe fetal;
- Dificuldade na percepção da involução uterina implicando vigilância das perdas hemáticas vaginais, pele e mucosas e estado hemodinâmico.

Um dos casos por mim acompanhados terminou, no turno seguinte, em parto distócico. Esta mulher com 40 anos, tinha história de infertilidade primária, com um aborto espontâneo em 1998, e o seu índice obstétrico era 0-0-1-0.

Neste hospital são reconhecidas a privacidade, ambiência, favorecimento de posições verticais e mobilizações na bola de parto como medidas facilitadoras do trabalho de parto e, portanto, são implementadas na generalidade das mulheres, respeitando sempre a sua decisão.

Visando a sensibilização dos enfermeiros do serviço, para a minha temática, bem como, a evidência quanto à implementação de medidas não farmacológicas, facilitadoras da progressão do trabalho de parto, adequadas á mulher obesa, realizei duas sessões de formação, nos dias 24 e 25 de Maio (Apêndice 6).

Para além dos contributos que pude conferir à equipa de enfermagem, também obtive ganhos, relacionados com o perceber as considerações dos enfermeiros da prática, quanto a esta problemática. Houve um reconhecimento por parte destes quanto à importância da prevenção e da actuação a nível dos CSP.

A equipa de enfermeiros não denota a maior susceptibilidade dos partos, na mulher obesa, evoluírem para distócia.

Houve uma intervenção que considero marcante, de uma enfermeira que deu o seu testemunho pessoal, por ter sido grávida obesa, e alvo de juízos de valor, por parte de profissionais de saúde.

Lembrar, o que deveria ser tido como indiscutível, o dever dos profissionais de saúde quanto à essencialidade do reconhecimento e defesa do consignado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, nos seus artigos 1º e 2º: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos (...) sem distinção alguma nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra (...)” (SERRÃO E NUNES, 1998, p. 186).

A mais-valia, resultante da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento destas competências específicas, foi, preponderantemente, para a mulher/pessoa significativa/RN que vivencia esta problemática da obesidade, uma vez que foi alvo de cuidados de enfermagem diferenciados, com a devida atenção e respeito para com as suas particularidades.

Face ao trabalho que desenvolvi considero ter atingido positivamente este objectivo a que me propus.

## **2. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A construção deste relatório permitiu a conjugação entre um olhar retrospectivo sobre a evolução dos vários saberes, adquiridos ao longo do EC, e o vislumbrar as implicações que decorrem do ser enfermeira EESMO.

Antes de mais, considero que este EC constituiu um privilégio, pelo facto de poder cuidar a mulher/pessoa significativa/RN, neste momento único das suas vidas, que se prende com a progressão do trabalho de parto e o parto em si. O fazer parte da sua história marcou a minha história profissional e pessoal.

Saliento a forma como fui acolhida no seio da equipa de enfermagem, onde senti o carinho e a vontade de todos em contribuírem para a consecução dos meus objectivos. Pude constatar a humanização dos cuidados prestados, centrados no respeito pela pessoa, pela sua decisão com consciência, com a devida atenção para com os aspectos relacionados com o bem-estar da tríade.

Foi neste local de estágio, BP e SUOG do HGO, onde obtive uma variedade de experiências enriquecedoras mas importa valorizar os profissionais que aí exercem as suas funções. São as pessoas que formam uma organização, que trazem consigo as habilidades, conhecimentos, comportamentos, experiências, motivações, de modo a alcançar os objectivos pessoais e organizacionais (FREDERICO E LEITÃO, 1999).

Pude constatar que realmente existem vários caminhos para se atingir o mesmo fim, sem que um seja menos correcto que o outro, ou seja pode observar várias formas de prestação de cuidados, relacionadas com a individualidade de cada enfermeira EESMO, as suas experiências, o carácter pessoal que cada uma confere ao cuidar da mulher/pessoa significativa/RN, sem descurem o mesmo objectivo que se centra no otimizar a saúde da mulher/RN.

Até atingir a autonomia, a tomada de decisão, houve um percurso com algumas contrariedades e dificuldades, inerentes ao processo de aprendizagem, mas que foram contornadas com a pesquisa, a mobilização de conhecimentos teóricos, o desenvolvimento dos conhecimentos práticos, os momentos de reflexão não só com a enf<sup>a</sup> orientadora, com a docente orientadora e outros elementos da equipa interdisciplinar. Os diários de aprendizagem (apêndices 3 e 4) constituíram uma ferramenta reflexiva fundamental, não só para a contextualização situacional mas, para

a projecção do caminho a ser percorrido, enquanto futura enfermeira EESMO ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Ao elaborar o meu projecto de estágio considero que foquei uma realidade transversal, que se encontra presente quer a nível dos CSP como hospitalar. A obesidade é reconhecidamente um problema da actualidade e em franca ascensão. Esta doença afecta cada vez mais mulheres em idade fértil, interferindo com o seu desejo de ser mãe e acarretando riscos a curto, médio e longo prazo.

Uma vez que a implementação do projecto seria no BP, focalizei as intervenções pelo enfermeiro EESMO, para com a mulher obesa, durante o trabalho de parto e puerpério imediato, visando a minimização do risco de complicações.

Ao enfermeiro EESMO, uma vez que atende a mulher, ao longo do seu ciclo de vida, inserida na sua família e comunidade, compete reconhecer este flagelo, prestar cuidados especializados desde a montante, na génese do problema e actuar muito para além deste, na minimização do risco de complicações associadas, antecipando os acontecimentos.

De acordo com a OMS (2004) a obesidade é um problema global que tem tendência a agravar se não se agir sem demora e com um sentido de urgência (KRISHNAMOORTHY, SCHRAM E HILL, 2006).

Através da formação que realizei (apêndice 5), dirigida aos enfermeiros do BP do HGO, penso ter sensibilizado cada profissional para a pertinência desta temática.

Ao longo deste CMESMO foram-me proporcionadas as ferramentas fundamentais para o meu desenvolvimento, ainda como iniciada, em termos de competências científicas, técnicas e humanas, assentes em princípios éticos e deontológicos, ferramentas essas relacionadas com o aguçar o pensamento crítico, reflexivo, e a obtenção de conhecimentos baseados na evidência científica.

Tendo presente que a competência é um fenómeno evolutivo que carece de tempo e experiências que se vão adquirindo (BENNER, 2001), enquanto futura enfermeira EESMO, vislumbro a necessidade de dedicação, perseverança até atingir a excelência no cuidar.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, E. (1994) – **Ser Enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget, ISBN 972-9295-86-7

ANDREELLI, Fabrizio (2004) – **Obesidade do Adulto: Fisiopatologia e tratamento. Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 52, nº 6. (Novembro-Dezembro 2004) p. 298-304

(APEO) Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009) – **Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-49-3

BURROUGHS, A. (1995) – **Uma Introdução à Enfermagem Materna**. 6ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-059-5.

BENNER, Patricia (2001) – **De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem** (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

BOTELHO, J.R. (1996) – O Trabalho de projecto na prática do enfermeiro. **Enfermagem em foco**. Lisboa. SEP. ISSN 0871-8008. Nº 23, (Maio-Julho 1996) p.43-46.

CIRCULAR NORMATIVA nº 2/DSMIA, DGS, (16-01-06)

COLLIÈRE, M.F. (1999) – **Promover a Vida**. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, ISBN 972-757-109-3

CRAIG, J.; SMYTH, R. (2004) – **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4

DICIONÁRIO (1985) – **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Círculo de Leitores. Lexicoteca, tomo II.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005) – **Programa Nacional de Combate à Obesidade**. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-128-4

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008) – **Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar**. Lisboa: DGS. ISBN 978-972-675-182-3

FAWCET, J.;RUSSELL, G. A Conceptual Model of Nursing and Health Policy, **Policy, Politics, & Nursing Practice**, Vol. 2 nº 2, (Maio 2001) p.108-116

FREDERICO, M.; LEITÃO, M. (1999) – **Princípios de Administração para Enfermeiros**. Coimbra. Formasau. ISBN 972-8485-09-3

GONZÁLEZ, C. (2005) – **Manual Prático do Aleitamento Materno**. Lisboa. Mama Mater – Associação, IBCLC Nº 306-73745

GUIA ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO ESTÁGIO COM RELATÓRIO, Ano Lectivo 2011/2012 – 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

HESBEEN, Walter (2000) - **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-11-8.

<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos00.aspx?menuid=143&exmenuid=142&SelMenuId=141> Acedido a 2012/06/12

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Acedido a 2011/06/28

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA e INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2009) – **Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006**. INE. ISBN 978-972-673-845-8

KRISHNAMOORTHY, U; SCHRAM, CMH; HILL, S. - Maternal obesity in pregnancy: is it time for meaningful research to inform preventive and management strategies? **BJOG** [em linha], (July 2006), p. 1134-1140. Acedido em 2011/06/27. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&hid=108&sid=5b0ca8ec-d3da-4a4a-9bcb-eb5b39722950%40sessionmgr104>

LEI nº 111/2009. **D.R., 1ª Série.** 180 (09-09-16) 6528-6550

LEITE, E.; MALPIQUE, M.; SANTOS, M. R. (1991) – **Trabalho de Projecto.** 2ª Edição, Porto: Edições Afrontamento.

LOWDERMILK, D.; PERRY S. (2008) – **Enfermagem na Maternidade.** Loures, Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1

MORIN, K.; REILLY, L. – Caring for obese pregnant women. **AWHONN** [em linha], Vol. 36, nº5 (September-October 2007), p. 482-489. Acedido em 2011/06/27. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=43&hid=108&sid=5b0ca8ec-d3da-4a4a-9bcb-eb5b39722950%40sessionmgr104>

NARCISO, I. (2006) – Um Olhar Psicológico sobre a Obesidade: O Papel das Competências Sócio-Afectivas. **Comportamento Alimentar.** Lisboa. ISSN 1645-9172. Vol. 3, nº 8. (Maio-Agosto 2006) p. 31-42

NETTO, Hermógenes, C. (2004) – **Obstetrícia Básica.** São Paulo: Editora Atheneu 857-379-954-4

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; CARDOSO, Paloma Sodrê; MORAES, Tatiana Nemoto Piccoli and CENTA, Maria de Lourdes. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 497-506. ISSN 1413-8123 acedido em: 11/07/2012 disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n2/a18v14n2.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) – **Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide**. Geneva Acedido a 08/06/2012. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; UNICEF. (2007) – **Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treino. Manual do Participante**. São Paulo: Instituto da Saúde

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Conselho de Enfermagem. **Caderno Temático**. p.1-45

PEREIRA, J.; MATEUS, C. (2003) – Custos Indirectos Associados à Obesidade em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 3 p. 65-80

PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-84-3

REGULAMENTO nº 127/2011. D.R. 2ª Série. 35 (11-02-18) 8662-8666

RICARDO, Orlando R. (2004) – **Obstetricia y Ginecología**. Habana: Editorial Ciências Médicas. ISBN 959-7132-98-2

ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A. (2001) – **O modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney**. Lisboa, Editora Climepsi. ISBN 972-796-013-8

SERRÃO, D.; NUNES, R. (1998) – **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-06033-6.

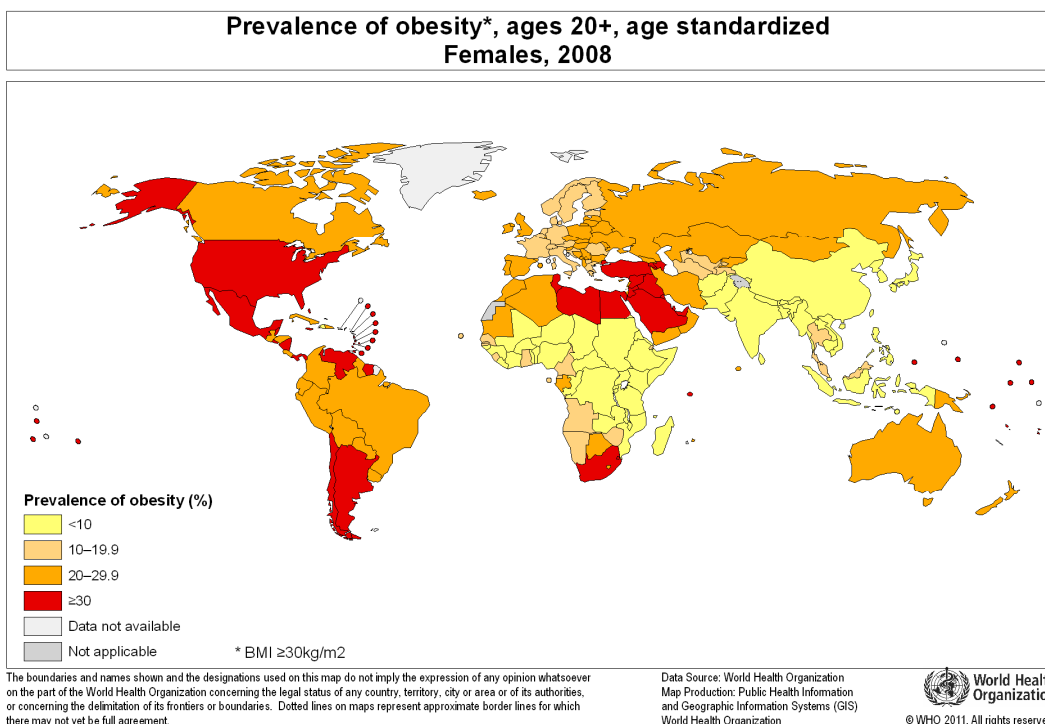
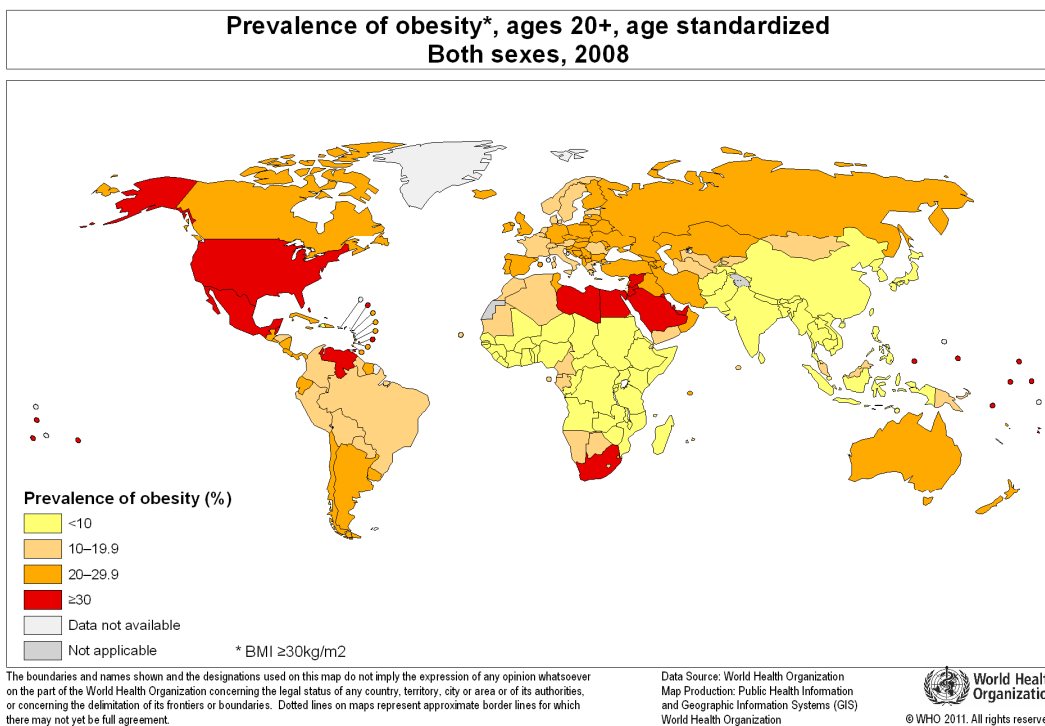
STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999) – **Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-05-3

SWANN, L.; DAVIES, S. The role of the midwife in improving normal birth rates in obese women. **British Journal of Midwifery** [em linha]. Vol. 20, nº1 (Janeiro, 2012) p. 7-12. Acedido em 2012/04/26. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=110&sid=5bf6f75e-9120-4601-81fb-f1b5e63830b9%40sessionmgr111>

VEERAREDDY, S.; KHALIL, A.; O'BRIEN, P. Obesity: Implications for labour and puerperium. **British Journal of Midwifery** [em linha]. Vol. 17, nº6 (Junho, 2009) p. 360-632. Acedido em 2011/06/27. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&hid=108&sid=5b0ca8ec-d3da-4a4a-9bcb-eb5b39722950%40sessionmgr104>

**ANEXOS**

**Anexo 1: Prevalência da Obesidade a nível mundial – dados da Organização Mundial de saúde (OMS)**



**Anexo 2:** Distribuição da população por classes de Índice de Massa Corporal (IMC), sexo e grupo etário referentes aos anos 1998/1999 e 2005/2006 – dados do Instituto Nacional de Estatística e do Instituto Nacional da Saúde (INE/INSA)

## CONTINENTE 1998/1999

## Distribuição percentual da população residente com 18 e mais anos, por classes de Índice de Massa Corporal (IMC), sexo e grupo etário

Unidade: %

Sexo/ Grupo etário	População residente com 18 anos ou mais	Baixo Peso	Peso Normal	Excesso de Peso		Obesidade	Não sabe / não responde
		IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup>	IMC ≥ 18,5 Kg/m <sup>2</sup> e < 25 kg/m <sup>2</sup>	Grau I: IMC ≥ 25 Kg/m <sup>2</sup> e < 27 kg/m <sup>2</sup>	Grau II: IMC ≥ 27 Kg/m <sup>2</sup> e < 30 kg/m <sup>2</sup>	IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	
<b>Homens e Mulheres</b>	<b>100,0</b>	<b>2,4</b>	<b>48,3</b>	<b>17,5</b>	<b>18,1</b>	<b>12,0</b>	<b>1,8</b>
18 a 24 anos	100,0	5,8	74,3	9,7	5,5	2,7	1,9
25 a 34 anos	100,0	3,1	59,8	15,5	13,3	6,7	1,6
35 a 44 anos	100,0	1,4	46,8	20,0	19,1	11,5	1,3
45 a 54 anos	100,0	0,8	37,1	19,8	23,9	17,1	1,3
55 a 64 anos	100,0	1,0	34,3	21,1	23,7	18,2	1,6
65 a 74 anos	100,0	1,6	36,3	19,1	23,7	17,3	2,1
75 a 84 anos	100,0	2,8	42,7	17,5	19,7	13,0	4,3
85 anos ou mais	100,0	6,6	50,7	13,3	15,5	9,6	4,3
<b>Homens</b>	<b>100,0</b>	<b>1,0</b>	<b>45,0</b>	<b>20,9</b>	<b>20,3</b>	<b>10,8</b>	<b>2,1</b>
18 a 24 anos	100,0	2,1	72,3	13,5	6,6	3,0	2,6
25 a 34 anos	100,0	1,1	53,7	19,5	16,5	7,0	2,2
35 a 44 anos	100,0	0,3	40,2	24,4	22,1	11,3	1,7
45 a 54 anos	100,0	0,5	34,0	22,8	26,2	14,8	1,7
55 a 64 anos	100,0	0,6	32,1	23,8	25,5	16,2	1,7
65 a 74 anos	100,0	1,2	34,5	21,4	26,3	14,5	2,0
75 a 84 anos	100,0	1,2	41,6	21,3	21,2	10,5	4,2
85 anos ou mais	100,0	3,9	49,0	13,8	20,1	10,2	3,0
<b>Mulheres</b>	<b>100,0</b>	<b>3,6</b>	<b>51,3</b>	<b>14,4</b>	<b>16,2</b>	<b>13,0</b>	<b>1,6</b>
18 a 24 anos	100,0	9,6	76,4	5,9	4,5	2,3	1,2
25 a 34 anos	100,0	5,2	65,9	11,4	10,2	6,3	1,0
35 a 44 anos	100,0	2,4	53,1	15,7	16,3	11,6	0,9
45 a 54 anos	100,0	1,0	39,9	17,0	21,8	19,2	1,0
55 a 64 anos	100,0	1,4	36,2	18,7	22,2	20,0	1,6
65 a 74 anos	100,0	1,9	37,7	17,3	21,6	19,5	2,1
75 a 84 anos	100,0	3,8	43,4	14,9	18,8	14,7	4,5
85 anos ou mais	100,0	7,8	51,4	13,0	13,5	9,3	4,9

Fonte: INSA - Inquérito Nacional de Saúde (1998-1999)

## CONTINENTE 2005/2006

## Distribuição percentual da população residente com 18 e mais anos, por classes de Índice de Massa Corporal (IMC), sexo e grupo etário

Unidade: %

Sexo/ Grupo etário	População residente com 18 anos ou mais	Baixo Peso	Peso Normal	Excesso de Peso		Obesidade	Não sabe / não responde
		IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup>	IMC ≥ 18,5 Kg/m <sup>2</sup> e < 25 kg/m <sup>2</sup>	Grau I: IMC ≥ 25 Kg/m <sup>2</sup> e < 27 kg/m <sup>2</sup>	Grau II: IMC ≥ 27 Kg/m <sup>2</sup> e < 30 kg/m <sup>2</sup>	IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	
<b>Homens e Mulheres</b>	<b>100,0</b>	<b>2,2</b>	<b>45,6</b>	<b>17,1</b>	<b>18,6</b>	<b>15,2</b>	<b>1,3</b>
18 a 24 anos	100,0	5,6	73,3	7,4	7,7	3,8	2,3
25 a 34 anos	100,0	3,4	56,1	16,4	14,3	8,5	1,2
35 a 44 anos	100,0	1,3	48,9	19,0	17,1	12,7	1,0
45 a 54 anos	100,0	0,7	35,5	20,1	21,6	20,9	1,2
55 a 64 anos	100,0	1,0	30,6	18,8	25,3	23,2	1,1
65 a 74 anos	100,0	1,0	32,9	19,3	24,2	21,7	0,9
75 a 84 anos	100,0	2,6	39,7	16,5	22,5	16,7	1,9
85 anos ou mais	100,0	7,2	49,7	13,1	12,2	14,4	3,5
<b>Homens</b>	<b>100,0</b>	<b>1,0</b>	<b>42,3</b>	<b>20,0</b>	<b>20,8</b>	<b>14,4</b>	<b>1,6</b>
18 a 24 anos	100,0	3,2	71,5	8,4	9,4	4,2	3,3
25 a 34 anos	100,0	1,0	49,8	21,7	17,9	7,8	1,8
35 a 44 anos	100,0	0,2	42,2	23,9	19,8	12,8	1,2
45 a 54 anos	100,0	0,1	30,6	22,3	23,8	21,6	1,7
55 a 64 anos	100,0	0,5	30,5	20,2	25,4	22,0	1,4
65 a 74 anos	100,0	0,6	32,6	19,9	26,4	19,6	0,9
75 a 84 anos	100,0	2,4	38,3	18,3	26,9	13,3	0,9
85 anos ou mais	100,0	6,7	40,4	17,0	18,1	16,8	0,9
<b>Mulheres</b>	<b>100,0</b>	<b>3,3</b>	<b>48,6</b>	<b>14,5</b>	<b>16,6</b>	<b>15,9</b>	<b>1,0</b>
18 a 24 anos	100,0	8,0	75,2	6,3	6,0	3,4	1,1
25 a 34 anos	100,0	5,9	62,4	11,0	10,8	9,3	0,6
35 a 44 anos	100,0	2,5	55,4	14,2	14,4	12,7	0,8
45 a 54 anos	100,0	1,4	40,3	18,0	19,4	20,2	0,7
55 a 64 anos	100,0	1,5	30,6	17,5	25,3	24,3	0,7
65 a 74 anos	100,0	1,4	33,1	18,9	22,3	23,5	0,8
75 a 84 anos	100,0	2,7	40,5	15,4	19,7	19,0	2,6
85 anos ou mais	100,0	7,4	54,1	11,2	9,4	13,2	4,7

Fonte: INSA/INE - Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006)

**Anexo 3: Classificação de IMC (OMS)**

WHO

<b>BMI classification</b>	
<b>Underweight</b>	<b>&lt; 18.5</b>
<b>Normal range</b>	<b>18.5 - 24.9</b>
<b>Overweight</b>	<b>≥ 25.0</b>
<b><i>Preobese</i></b>	<b>25.0 - 29.9</b>
<b>Obese</b>	<b>≥ 30.0</b>
<b><i>Obese class I</i></b>	<b>30.0 - 34.9</b>
<b><i>Obese class II</i></b>	<b>35.0 - 39.9</b>
<b><i>Obese class III</i></b>	<b>≥ 40.0</b>

WHO

**ANEXO 4 – Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno  
(OMS/UNICEF)**

## DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Todas as maternidades e unidades que prestam assistência ao recém-nascido devem:

- 1 Ter uma norma escrita que seja regularmente transmitida a toda a equipa de saúde.
- 2 Formar toda a equipa de saúde nas competências necessárias para implementar esta norma.
- 3 Informar todas as mulheres grávidas sobre as vantagens e o manuseamento do aleitamento materno.
- 4 Ajudar as mães a iniciar a amamentação nos primeiros 30 minutos após o nascimento.
- 5 Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos.
- 6 Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado por médico.
- 7 Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24h por dia.
- 8 Incentivar o aleitamento materno em regime de horário livre.
- 9 Não dar os mamilos artificiais ou chupetas a bebês amamentados.
- 10 Estimular o estabelecimento de grupos de apoio a amamentação, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar ou do ambulatório.

OMS e UNICEF (2007)

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1: Cronograma**



## ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

### 2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

#### CRONOGRAMA

ANOS	2011					2012						
MESES	JUNHO	JULHO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEBREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
ELABORAÇÃO DO PROJECTO DE ESTÁGIO												
PESQUISA BIBLIOGRÁFICA												
REUNIÕES COM DOCENTE ORIENTADOR												
ENTREGA DO PROJECTO		29 JUL.										
MELHORAMENTO DO PROJECTO DE ESTÁGIO												
ESTÁGIO C/ RELATÓRIO (IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO)							27 DE FEVEREIRO A 27 DE JULHO					
ENTREGA DO RELATÓRIO												23 A 27

**APÊNDICE 2: Projecto de Estágio**