

**Depressão Pós-Parto depois de uma Gravidez com  
Complicações associadas: qual a relação?**

Relatório de Estágio

Ana Lúcia Teixeira da Silva

Porto | 2020



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstétrica

---

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO DEPOIS DE UMA GRAVIDEZ  
COM COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS: QUAL A  
RELAÇÃO?**

**POSTPARTUM DEPRESSION AFTER A HIGH-RISK  
PREGNANCY: WHAT CONNECTION?**

Relatório de Estágio de natureza profissional orientado pela  
Professora Doutora Cândida Koch

Ana Lúcia Teixeira da Silva

Porto, 2020



*“O que acontece entre o momento que surgem as primeiras contrações  
e aquele em que os pais chegam a casa com o seu novo bebé?  
Levante-se a cortina e dê-se voz às mães. Sem julgamentos”*

(Freire, 2019, p. 19)



## AGRADECIMENTOS

A todas as Professoras que contribuíram para a minha aprendizagem e crescimento, desde a Licenciatura até à Especialidade e Mestrado, o meu muito obrigada. Que continuem assim, sempre, a inculcar o espírito crítico, a curiosidade e a vontade de crescer, como pessoas e como profissionais.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Cândida Koch, pelo tempo despendido na orientação deste relatório, pela compreensão nos momentos de aflição e por todo o apoio oferecido durante este longo ano.

Às EESMO que me orientaram, ensinaram e proporcionaram momentos de reflexão e aprendizagem, que levo comigo para o resto da vida.

A ti, minha Mãe, que sempre foste Mãe e Pai, e que mesmo sozinha criaste duas crianças que, apesar das dores de cabeça, sei que te deixam orgulhosa todos os dias, por onde chegamos. Sem o teu esforço, a tua dedicação, a tua paciência e o teu amor infinito e incondicional nada disto seria possível. Devo-te o mundo!

Ao João, que me incentivou, apoiou e ajudou ao longo destes dois anos. A tua compreensão, apoio e amor são inestimáveis. Sempre disseste que chegaria aqui, e cá estou eu. Tinhas razão.

Ao Ivo, meu irmão, por me teres ensinado a dar os primeiros passos (literalmente!) e por todo o apoio, por todo o amor, e por tudo o que me ensinaste ao longo destes anos.

À Cláudia, à Marta, à Isabel, à Inês (e à tua Irís), por todo o apoio incansável nesta caminhada, durante estes dois anos especialmente atípicos, por serem companheiras de estudo, de pesquisa, de noitadas e de Congressos.

E, por fim, o maior agradecimento vai para todas as mães, pais e recém-nascidos, que aceitaram cruzar a sua caminhada especial com a minha, e que a tornaram cheia de luz e felicidade. Desejo-vos o melhor do mundo.



## RESUMO

Este documento, sob a forma de relatório, descreve o percurso realizado durante o Estágio de natureza profissional enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, entre 12 de setembro de 2019 e 6 de novembro de 2020. O presente relatório contém uma análise retrospectiva acerca de todo o processo de aquisição de competências inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O estágio foi dividido em três módulos, que espelham três áreas de intervenção específica, a Gravidez com Complicações, o Trabalho de Parto e Parto e o Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade. Ao longo desses módulos desenvolveram-se intervenções e atividades conducentes ao desenvolvimento e aquisição de competências naquele que é o domínio específico da prestação de cuidados especializados a grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos, tendo sido descritas as várias experiências ao longo do estágio, as intervenções desenvolvidas, a confrontação das mesmas com a evidência científica e uma análise crítico-reflexiva que potenciou o desenvolvimento enquanto profissional de enfermagem, futura enfermeira especialista, cidadã e pessoa.

O ano de 2020 foi pautado pela pandemia de coronavírus, e algumas práticas carecem de reflexão apoiando-se na altura atravessada, que implicou uma adaptação à nova situação, às novas regras e a um “novo normal”, que se refletiu na proximidade dos cuidados oferecidos às utentes, especialmente no capítulo sobre o Trabalho de Parto e Parto.

O presente relatório contém uma revisão integrativa da literatura, sobre a depressão pós-parto após uma gravidez com complicações, por terem sido acompanhadas situações que suscitaram reflexão acerca da possibilidade de desenvolvimento desta patologia no período puerperal. Realizou-se uma revisão da literatura, de forma a compreender a ligação entre estas duas situações, no sentido de desenvolver práticas cuja finalidade seja a melhoria dos cuidados dos enfermeiros especialistas da área de saúde materna e obstétrica à grávida com complicações, principalmente no âmbito da promoção da saúde mental, ligação mãe-filho e adaptação à parentalidade, através da promoção da reflexão acerca dos resultados encontrados. Esta revisão toma particular relevância quando inserida em plena pandemia, pois estas grávidas, pelas regras impostas relativamente às visitas hospitalares, encontraram ainda mais entraves à reparação da sua saúde mental, por serem afastadas da família durante um maior período de tempo, pelo que se exige um foco ainda maior por parte dos profissionais na avaliação dos sinais e sintomas indicativos de depressão pós-parto nestas mulheres.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica; Saúde Materna; Gravidez com Complicações; Depressão Pós-Parto.



## ABSTRACT

This document, in the form of a report, describes the journey taken during the Professional internship as a student of the Midwifery Course, which took place at the Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, between 12<sup>th</sup> of September 2019 and 6<sup>th</sup> of November 2020. The present report contains a retrospective analysis about all the process of acquisition of competences inherent to the professional practice of the Nurse Specialist in Maternal and Gynecological Health also known as Midwife.

The professional internship was divided in three modules that mirror three areas of specific intervention, namely High-risk Pregnancy, Labor and Delivery and Selfcare in the Postpartum period and Parenthood. Throughout these modules was possible to develop interventions and activities conducing to the development and acquisition of competences in what is the specific domain of specialized health care delivery to pregnant women, women in labor, postpartum women and newborns, having been described the various experiences during the internship, the developed interventions, the confrontation between those interventions with the scientific evidence and a critical-reflexive analysis that potentialized the growth as a nurse, future midwife, citizen and person.

The year 2020 was marked by the coronavirus pandemic, and some practises need to be analysed with this timing in mind, which implied adaptation to the new situation, the new rules and a “new normal”, which ended up reflecting on the proximity of the care offered to these women, specially in the chapter about Labor and Delivery.

The present report contains an integrative review of literature, about postpartum depression after a complicated pregnancy, because some situations accompanied brought up the need to reflect about the possibility of developing this pathology in the puerperal period. A review of literature was conducted, that allowed to comprehend the connection between these situations, with the purpose to develop practices conducing to the increment of the quality of care that specialist nurses in the maternal and obstetric health area can offer to the woman with a complicated pregnancy, in the scope of promoting mental health, mother-son connection and adaptation to parenting, through the findings. This review takes particular relevance when inserted in the midst of the global pandemic, because these pregnant women, due to the rules imposed about hospital visits, found even more barriers to the repair of their mental health, because they were apart from their families during a bigger time period, making it even more important to focus on the signals and symptoms indicative of postpartum depression in these women.

**Keywords:** Obstetrical Nursing; Midwifery; Complicated Pregnancy; Postpartum Depression.



## CHAVE DE SIGLAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists  
APA – American Psychological Association  
APN – Associação Portuguesa de Nutricionistas  
APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo  
BDI – Inventário de Depressão de Beck  
CES-D – Center for Epidemiological Studies Depression Scale  
CHTS – Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
COVID-19 – CoronaVirus Disease 2019/Coronavírus  
CTG – Cardiotocografia  
CU – Contração Uterina  
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde  
DG – Diabetes Gestacional  
DGS – Direção Geral da Saúde  
DPP – Depressão pós-parto  
DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais 5ª Edição  
EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica  
EPDS – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo  
ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto  
FC – Frequência Cardíaca  
FCF – Frequência Cardíaca Fetal  
FMD – Filhos de Mães Diabéticas  
HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale  
HTA – Hipertensão Arterial  
ICN – International Council of Nurses  
IG – Idade Gestacional  
IMG – Interrupção Médica da Gravidez  
ITP – Indução do Trabalho de Parto  
IU – Infecção Urinária

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

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

MeSH – Medical Subject Headings

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NHIRD – National Health Insurance Research Database

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Experiência

PHQ-2 – Patient Health Questionnaire-2

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PRAMS – Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RN – Recém-nascido

SCL-90-R – Symptom Checklist-90-Revised

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

SGB – Estreptococos do Grupo B

SMSL – Síndrome de Morte Súbita do Lactente

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TAD – Tensão Arterial Diastólica

TAS – Tensão Arterial Sistólica

TP – Trabalho de Parto

TPPT – Trabalho de Parto Pré-Termo

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

ZDS – Zung Depression Scale

# Índice

INTRODUÇÃO .....	19
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES ... .....	23
1.1. Contextualização do Estágio .....	25
1.2. Cuidar da mulher grávida com complicações .....	27
1.3. Revisão integrativa da literatura: Depressão pós-parto depois de uma gravidez com complicações associadas: qual a relação? .....	46
1.3.1. Formulação do problema de pesquisa: contextualização e pergunta norteadora . .....	50
1.3.2. Metodologia: pesquisa e inclusão de artigos .....	54
1.3.3. Análise dos artigos .....	57
1.3.4. Discussão dos resultados .....	68
1.3.5. Conclusão .....	72
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO ..... .....	75
2.1. Contextualização do estágio .....	76
2.2. Admissão no serviço de urgência obstétrica .....	78
2.3. Indução do trabalho de parto .....	80
2.4. Primeiro estadio do trabalho de parto – fase latente e fase ativa .....	83
2.5. Segundo estadio do trabalho de parto – fase expulsiva .....	95
2.6. Terceiro estadio do trabalho de parto – dequitação .....	99
2.7. Quarto estadio do trabalho de parto – período de hemóstase .....	101
2.8. Receber e assistir o recém-nascido .....	102
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE .....	107
3.1. Contextualização do estágio .....	108
3.2. Cuidar da mulher no período pós-parto e promover o autocuidado .....	109
3.3. Cuidar da puérpera com complicações associadas .....	114
3.4. Cuidar do recém-nascido e promover a adaptação à parentalidade .....	116
3.5. Prevenir as complicações no recém-nascido de risco .....	127
3.6. Preparação para a alta .....	129
ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA .....	135
CONCLUSÃO .....	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	145



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> Metodologia de pesquisa da revisão integrativa da literatura	48
<b>FIGURA 2:</b> Níveis de evidência	49
<b>FIGURA 3:</b> Fluxograma da seleção bibliográfica	56

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>QUADRO 1:</b> Formulação da pergunta de pesquisa utilizando a estratégia PEO	54
<b>QUADRO 2:</b> Conceitos principais da pesquisa	55
<b>QUADRO 3:</b> Análise dos artigos selecionados	67
<b>QUADRO 4:</b> Consultas, grávidas e trabalhos de parto acompanhados	142
<b>QUADRO 5:</b> Partos executados, participados e prática de sutura	142
<b>QUADRO 6:</b> Puérperas e recém-nascidos vigiados	142



## INTRODUÇÃO

O Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) preconiza a realização de um Estágio de natureza profissional e a elaboração e discussão de um Relatório de Estágio, com vista à sua conclusão e obtenção do grau académico.

O Relatório de Estágio é o documento onde o estudante relata todo o processo de aquisição e desenvolvimento das competências profissionais especializadas, apresenta a sua reflexão sobre as mesmas, à luz da evidência científica, constituindo ainda, um contributo para a progressão do conhecimento na área de estudo específica. Todos os relatos da prática clínica implementada devem evidenciar a mais atual evidência científica, bem como os ganhos em saúde dos clientes.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), divulgado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, define Enfermeiro Especialista como:

*“enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a, p. 99)

Nesse sentido, o enfermeiro especialista é aquele que, dentro de uma área específica de atuação, é dotado de uma série de competências técnicas e científicas, que lhe conferem autonomia para a prestação de cuidados especializados aos seus clientes. Essas competências são, também, orientadas por regulamentos específicos elaborados pelos colégios de especialidade. Assim, a prática clínica do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) rege-se pelo respetivo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019). Neste regulamento, o principal alvo dos cuidados do EESMO é a mulher, no âmbito do seu ciclo reprodutivo, e todos aqueles com quem ela desenvolve relações, assim como o ambiente em que se insere. Desta forma, podemos verificar que o EESMO tem vários contextos de atuação específicos, quando consideramos o seu grupo-alvo, destacando-se: o

planeamento familiar e pré-concepcional; a gravidez; o trabalho de parto e o parto; o puerpério e a adaptação à parentalidade; os aspetos ginecológicos inerentes às etapas do ciclo de vida da mulher, incluindo o climatério; e a própria comunidade.

Em cada um desses contextos, o EESMO desenvolve um conjunto de intervenções específicas, autónomas e/ou interdependentes, que visam a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde da mulher ao longo da sua vida sob o ponto de vista ginecológico e reprodutivo.

O principal objetivo na realização deste estágio foi o desenvolvimento dessas competências específicas, na área de saúde materna e obstétrica, principalmente nos contextos da gravidez com complicações, do trabalho de parto (TP) e parto e no período pós-parto e de adaptação à parentalidade.

O estágio decorreu no Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa (CHTS), na Unidade Hospitalar Padre Américo, em Penafiel, no período compreendido entre 12 de setembro de 2019 e 6 de novembro de 2020, tendo sido dividido em três módulos: “Gravidez com Complicações”, realizado de 12 setembro a 31 de outubro, num total de 100 horas; “Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade”, realizado de 16 de dezembro a 28 de fevereiro, totalizando 100 horas; “Trabalho de Parto e Parto”, de 2 de março a 6 de novembro, num total de 500 horas, tendo sido interrompido pelas restrições impostas pela pandemia de Coronavírus (COVID-19).

O CHTS tem como missão a “prestação de cuidados de saúde à população da sua área geodemográfica de influência” (CHTS, 2019a, s.p.), que inclui a região do Vale do Sousa e Baixo Tâmega, juntando os concelhos de Penafiel, Paredes, Castelo de Paiva, Lousada, Felgueiras, Paços de Ferreira, Amarante, Baião, Marco de Canaveses, Celorico de Basto, Cinfães e Resende (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2016), sem nunca recusar assistência a doentes originários de outras áreas geográficas. Para além dos cuidados de saúde, incentiva a investigação e o desenvolvimento científico e apoia a formação de profissionais de saúde no ensino pré e pós-graduado.

Este centro hospitalar tem como visão e valor a prestação de cuidados humanizados, oferecendo ações de formação aos seus profissionais com vista ao aperfeiçoamento das competências relacionais. Isto é visível, também, na área da saúde materna e parentalidade com a criação de programas para o apoio ao “casal grávido”, como “*A Mãe e o Bebê – As Primeiras Semanas*” e o Curso de Preparação para o Parto, assim como o projeto “*Crescer com Afetos*” que visa a promoção da saúde dos recém-nascidos (RN) que necessitam de cuidados especializados em Neonatologia, bem como o apoio aos pais desses bebés (CHTS,

2019b, 2019c). No entanto, o CHTS não é, ainda, considerado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) um Hospital Amigo dos Bebés.

A iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés é um programa para a promoção do aleitamento materno, lançado em 1991 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com a UNICEF, que visa “proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando a prática dos profissionais de saúde e cuidadores” (UNICEF, 2019, s. p.). Para que uma instituição seja considerada Hospital Amigo dos Bebés necessita cumprir dez medidas essenciais, e passar por um rigoroso processo de avaliação realizado pela Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés.

Ao longo do percurso do estágio, foram desenvolvidas competências teóricas e práticas na área da saúde materna e obstétrica, que serão descritas e analisadas, de forma crítico-reflexiva ao longo deste relatório. As intervenções foram planeadas e implementadas sob supervisão de um EESMO. Em todos os contextos da prática, as intervenções foram apoiadas pela evidência científica mais atual e são descritas ao longo do Relatório com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), elaborado pelo International Council of Nurses (ICN), tendo sido consultada a sua versão mais recente pelo *browser* online na versão de 2019.

A partir da realidade experienciada na prática clínica, no contexto da “Gravidez com Complicações”, verificou-se que a vivência da gravidez com complicações associadas se apresentou como um evento gerador de alterações na família e na saúde mental da mulher, que passa a viver com sentimentos acrescidos de medo, ansiedade/angústia, solidão, culpa e stresse, acabando isso por interferir no processo de adaptação à maternidade e, eventualmente, na construção da ligação mãe-filho. Assim, no pós-parto, estas mulheres vêem-se confrontadas com a necessidade de cuidar de um bebé ao qual não se sentem ligadas ou tão preparadas para dele cuidar, o que acaba por potenciar os sentimentos de insegurança, medo, tristeza e inadaptação, culminando, por vezes, em depressões pós-parto (DPP). Considerando que a prevalência da depressão pós-parto em Portugal apresenta valores entre 10,6% e 23,3% (Costa, Pacheco & Figueiredo, 2007, Ferreira, 2007, citados por Sousa, 2012; Ferreira, Silva, Guerra, Silva & Rosário, 2018), torna-se necessário compreender a relação entre a gravidez com complicações e o desenvolvimento de depressão no período pós-parto, para que o EESMO possa intervir atempadamente, promovendo a adaptação à parentalidade e, dessa forma, contribuir para a prevenção de depressão pós-parto.

Nesse sentido, foi realizada uma revisão da literatura para mapear o conhecimento existente sobre a relação entre a gravidez com complicações e o desenvolvimento de depressão pós-parto. No final, pretende-se que esta investigação contribua para a melhoria dos cuidados à mulher grávida com complicações associadas, no âmbito da promoção da saúde mental, promoção da ligação mãe-filho e da adaptação à parentalidade.

O presente relatório foi dividido em quatro capítulos. Devido a impossibilidades dos serviços, nem sempre é possível a realização dos estágios pela ordem que seria mais desejável, ou seja, cumprindo a ordem natural do processo reprodutivo, nomeadamente gravidez-parto-pós-parto. No entanto, apesar de o estágio não ter ocorrido nesta ordem cronológica, os capítulos foram ordenados nesse sentido. Assim, no primeiro capítulo descreve-se todo o processo do desenvolvimento das competências no âmbito da gravidez com complicações, apresentando-se um subcapítulo dedicado à revisão da literatura realizada; no segundo capítulo são relatadas as atividades desenvolvidas no âmbito do trabalho de parto e parto; o terceiro capítulo refere-se às competências adquiridas para a promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto e na transição para a parentalidade; o quarto capítulo engloba uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso desenvolvido.

A investigação foi desenvolvida com recurso a pesquisa em agregadores de conteúdo e bases de dados, assim como a conteúdos científicos disponíveis na Biblioteca da ESEP. O relatório de estágio foi elaborado segundo o guia orientador para elaboração de dissertações e trabalhos escritos, disponível na ESEP para o ano letivo 2019/2020, seguindo as normas da sexta edição da American Psychological Association (APA) para as citações e referências.

## 1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

O Regulamento das Competências Específicas do EESMO (OE, 2019) contempla, como competência específica, o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, definindo-a como “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (OE, 2019, p. 13562). As unidades de competência descritas para esta habilitação específica são a promoção da saúde materna, diagnóstico e prevenção de complicações durante o período pré-natal, englobando as situações de abortamento, assim como providenciar cuidados e potenciar a adaptação da mulher e da respetiva família à gravidez e parentalidade.

A gravidez entende-se como um processo fisiológico, culturalmente associada à continuidade familiar, que implica um processo de adaptação, uma mudança no seio familiar e em cada indivíduo envolvido nesse processo, facto que depende de cada fase da gravidez, e em que a sua evolução não acarreta desvantagens para a mulher ou feto (Amorim, Souza, Moura, Queiroz & Salimena, 2017).

Apesar de ser um fenómeno natural e fisiológico, por ser imprevisível, comporta sempre algum nível de risco, classificado em baixo, médio e alto. Risco, neste sentido, refere-se à probabilidade estatística de ocorrer um resultado desfavorável para a saúde, demonstrado pela evidência científica através de uma relação causa-efeito (Oliveira & Mandú, 2015).

O risco perinatal deve ser avaliado em todas as consultas de vigilância pré-natal, de forma a detetar complicações da gravidez atempadamente e a intervir de forma adequada. A gravidez de alto risco, ou com complicações associadas, é aquela que ocorre na presença de fatores epidemiológicos ou biológicos de origem materna ou fetal, tratando-se de uma gravidez cujo prognóstico materno-fetal é pior do que o de uma gravidez de baixo risco (Abdelhdy, Howeedy & Abdelsalam, 2015; Carvajal & Ralph, 2017; Fernandes, Campos & Francisco, 2019; Janighorban, Heidari, Dadkhah & Mohammadi, 2018) e que pode, por vezes, culminar em morte materno-fetal (Costa, Perondi, França & Bortoloti, 2016).

As complicações associadas a uma gravidez são um problema *major* na saúde mundial, conducentes a um aumento do risco da mortalidade materna, fetal e neonatal, pelo que a identificação precoce e a atuação nas situações de risco é um trabalho desafiante para o profissional de saúde que contacta com mulheres e famílias nesta situação (Abdelhdy et al., 2015). Estima-se que, ao nível mundial, 10 a 20% das gravidezes apresentem fatores de risco que contribuem para cerca de 80% dos casos de morbimortalidade materno-fetal (Carvajal & Ralph, 2017).

O EESMO é o profissional que, no seu exercício, possui competências para vigiar e intervir em todas as situações de gravidez de baixo risco, autonomamente, e aquele que, em casos de desvio da normalidade da gravidez, detém o conhecimento técnico e científico para avaliar o risco e orientar para um profissional mais qualificado, potenciando a saúde e a adaptação da mulher face à sua nova condição (OE, 2019).

Existem vários fatores que podem influenciar o risco gestacional, podendo ter origem prévia à gravidez ou surgir durante a gestação. Os principais fatores de risco de origem materna dividem-se em diversas categorias: epidemiológicos – gravidez em idade precoce (inferior a 17 anos) ou em idade avançada (acima dos 35 anos); socioeconómicos – pobreza, consumo de drogas ilícitas e álcool, trabalhos pesados; antecedentes obstétricos – multiparidade elevada, infertilidade, abortos recorrentes; nutricionais – desnutrição ou obesidade materna; patologias médicas crónicas – hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, asma, etc.; condições de natureza obstétrica – gravidez gemelar, ameaça de parto pré-termo, etc. Ao nível fetal, os principais fatores de risco prendem-se com anomalias na formação da placenta e do cordão umbilical, como placenta prévia ou acreta, inserção velamentosa do cordão umbilical; hidrâmnios ou oligoâmnios; marcadores fetais de aneuploidias; patologias do crescimento – macrossomia fetal ou restrição de crescimento intrauterino e síndromas malformativos. Os fatores de risco relatados mais comuns, no geral, são a vulnerabilidade social, o tabagismo, o alcoolismo, a diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial, as cardiopatias, a epilepsia, a pré-eclâmpsia, a isoimunização e a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) (Abdelhdy et al., 2015; Aquino & Souto, 2015; Amorim et al., 2017; Costa et al., 2016; Fernandes, Campos et al., 2019).

Há situações que são passíveis de ser identificadas, ainda cedo, na gravidez e que, por isso, podem ser vigiadas, monitorizadas e controladas para minimizar as suas consequências, como é o caso das incompatibilidades sanguíneas, diabetes *mellitus* ou epilepsia. No entanto, situações imprevisíveis como a gravidez múltipla, pré-eclâmpsia ou a rotura prematura de

membranas não podem ser diagnosticadas *a priori*, pelo que os seus efeitos e desfechos são sempre uma incógnita (Janighorban et al., 2018).

Em casos classificados como gravidez de médio/alto risco ou com complicações o profissional de saúde deve assegurar o acesso da grávida aos recursos de que necessita, nomeadamente os cuidados de saúde especializados, tendo em vista a manutenção e a promoção da saúde.

O objetivo principal da determinação do grau de risco ou de complicações durante a gravidez será implementar atempadamente as intervenções que possam diminuir e controlar a morbimortalidade materno-infantil. Os cuidados pré-natais disponibilizados a estas mulheres contemplam características e protocolos específicos, de acordo com a situação, e devem ser discutidos e decididos em conjunto com a gestante, visando o seu esclarecimento e o seu consentimento informado (Fernandes, Campos et al., 2019), bem como a sua adesão ao plano terapêutico necessário.

### **1.1. Contextualização do Estágio**

De forma a desenvolver competências nesta área, realizou-se o ensino clínico “Gravidez com Complicações”, no serviço de Obstetrícia/Ginecologia do CHTS, sob a supervisão de duas EESMO, entre o dia 12 de setembro de 2019 e 31 de outubro de 2019, num total de 100 horas.

O serviço de Obstetrícia/Ginecologia do CHTS é composto por vinte e uma camas, sendo as primeiras treze destinadas a clientes de Obstetrícia e as restantes oito a clientes de Ginecologia. Existem cinco quartos individuais, que são destinados para situações complicadas, em que é necessário isolamento devido à existência de alguma infeção, ou quando é necessário dar maior privacidade à mulher por motivos emocionais como o luto, no decurso de casos de abortamento, interrupção voluntária da gravidez (IVG), interrupção médica da gravidez (IMG), ou casos de nados-mortos.

Devido à estrutura partilhada do serviço houve oportunidade de contactar, também, com mulheres portadoras de patologias do foro ginecológico, desenvolvendo-se outras

competências específicas como “cuida[r] a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” (OE, 2019, p. 13564). Embora com contactos mais breves, a experiência com estas utentes motivou um aprofundar de conhecimentos teóricos e de diferentes protocolos que permitiu observar, implementar e discutir as práticas com os profissionais de saúde do serviço.

Este período do estágio possibilitou o contacto com um variado número de patologias da gravidez, sendo que cada caso era diferente do outro, devido às características individuais de cada mulher/família com as quais foi possível contactar, pelas suas características sociodemográficas, motivadas pela localização geográfica do CHTS, verificando-se que abrange uma população bastante heterogénea.

No total, foi possível cuidar de 44 mulheres, das quais 40 apresentavam situações de gravidez com complicações, e somente quatro apresentavam uma gravidez de baixo risco, encontrando-se todas em pré-operatório para cesariana eletiva por incompatibilidade feto-pélvica.

Os motivos de internamento foram vários. O mais frequente foi por pré-eclâmpsia, verificando-se uma taxa de ocorrência de 22% (n=9). A seguir, com uma frequência relativa de 20% (n=8), a ameaça de parto pré-termo (APPT). O internamento por pielonefrite aguda e por placenta prévia, apresentaram ambos taxas de 12% (n=5). Os casos de restrição de crescimento intrauterino (RCIU) motivaram 10% dos internamentos (n=4). A cólica renal, apesar de ser uma ocorrência rara na gravidez, motivou 7% dos internamentos (n=3). As suspeitas de gravidez ectópica corresponderam a 5% (n=2). Por fim, com uma taxa de ocorrência de 3% (n=1) cada, houve internamentos por colestase gravídica, infeção ativa por herpes-zóster, suspeita de rotura do corpo amarelo e hipostasias. Todas estes casos proporcionaram momentos de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional, tendo contribuído para a aquisição e desenvolvimento de competências essenciais para cuidar de mulheres com gravidezes com complicações.

Importa, ainda, caracterizar a população cuidada relativamente às condições de saúde secundárias, nomeadamente antecedentes ou outras situações previamente diagnosticadas, que suscitaram cuidados acrescidos durante o internamento.

O diagnóstico secundário mais frequente foi de diabetes gestacional (DG), com uma taxa de 38% (n=8). Seguidamente, a hipertensão arterial (HTA) crónica em 14% dos casos (n=3). Com uma frequência de 9% (n=2), mulheres com anemia, gravidez gemelar e vigilância tardia da gravidez. Por último, empatados com uma taxa de 5% (n=1) casos de asma, infeção pelo vírus

da imunodeficiência humana (VIH), gravidez em idade precoce e tabagismo durante a gravidez.

## **1.2. Cuidar da mulher grávida com complicações**

O internamento durante a gravidez é, para muitas mulheres, o primeiro contacto com os cuidados de saúde diferenciados. Este acontecimento, em conjunto com a confirmação de uma gravidez de risco, acarreta um número infinito de dúvidas e medos que acometem estas mulheres, num período que, já de si, é conturbado.

O facto de terem de passar 24 horas ou mais, num local que para elas é estranho, afastadas da família, no meio de pessoas que lhe são desconhecidas, em ambiente frenético, tecnológico, estéril e frio, é uma realidade para a qual não estão preparadas, o que pode provocar receios e retraimento na hora de contactar com os profissionais de saúde.

O acolhimento é uma “técnica assistencial, ou seja, processo de escuta qualificada direccionado à assistência, que implica mudanças na relação entre profissional e usuário, . . . melhorando a qualidade da assistência” (Costa, Garcia & Toledo, 2016, p. 2), e é o primeiro momento de contacto da equipa de enfermagem com estas gestantes, sendo uma altura propícia à integração e ambientação da mulher, de forma a que esta se sinta segura e cuidada.

O acolhimento não ocorre apenas no processo de triagem, e no caso das mulheres grávidas, estas devem ser acolhidas em todas as unidades pelas quais passam durante a sua estadia hospitalar, pois as instalações, rotinas e formas de cuidar são diferentes em cada um dos serviços. Este acolhimento, quando realizado de forma afetuosa e disponível, dita o início de uma boa relação terapêutica, não só entre o profissional específico responsável por acolher determinada mulher, mas com todo o serviço, visto que esta se vai sentir integrada, apoiada e segura (Pelisoli, Sacco, Barbosa, Pereira & Cecconello, 2014).

A prática de Enfermagem, qualquer que seja a sua área de atuação, implica o cuidado holístico e humanizado, a qualquer utente e em qualquer condição. Assim, o enfermeiro é

um elemento importante no acolhimento ao serviço, momento em que realiza a sua primeira avaliação e identifica necessidades em saúde e as intervenções adequadas, proporcionando cuidados humanizados e responsáveis, que viabilizam a continuidade de cuidados e iniciam a relação terapêutica (Oliveira, Albuquerque, Brêda, Barros & Lisbôa, 2015).

Para além de uma apresentação do serviço, a grávida deve sentir que a pessoa que a acolhe é, acima de tudo, alguém que se preocupa com o seu bem-estar, e do seu bebé, e que irá trabalhar com ela para que o resto da gestação decorra sem problemas, assegurando-a de que a equipa tudo fará para que corra pelo melhor.

O acolhimento deve ser visto como um momento primordial para a valorização da pessoa, enquanto ser humano, com as suas próprias características e subjetividades, sendo que o enfermeiro deve recorrer à escuta ativa, contacto visual, cordialidade e respeito, para melhorar a avaliação do risco e das necessidades de cada um (Oliveira et al., 2015), é uma forma de humanização das práticas, que visa fomentar relações de confiança e compromisso entre os profissionais de saúde e os utentes, que se baseia na escuta ativa e na prestação de informações importantes no momento de internamento (Pelisoli et al., 2014), quer estas se prendam com o seu diagnóstico de entrada, ou com quaisquer outros assuntos, aos quais o EESMO possa ser de utilidade.

Armanelli e Luz (2003, citados por Pelisoli et al., 2014) realizaram um estudo sobre as expectativas de mulheres grávidas face ao acolhimento hospitalar e à relação com os profissionais. Os autores observaram que estas mulheres esperam uma “relação amigável, com comunicação verbal e não verbal, com assuntos agradáveis, expressões de apoio e manifestações verbais acolhedoras, com toques, olhares e sorrisos” (p.227) que se pauta na disponibilidade, aceitação, empatia, diálogo, cordialidade e respeito por parte do EESMO, representando, assim, tranquilidade e segurança para a mulher.

A atitude de um enfermeiro pode ser de elevada importância para quem precisa dos cuidados desse profissional. Quando a relação entre o cliente e o profissional de saúde é realizada de forma automática e robotizada, igual para todos, o primeiro sentir-se-á alienado, um objeto num ambiente estranho, que não é o seu contexto familiar (Costa, Toledo & Garcia, 2016).

No momento de chegada da utente ao serviço, a apresentação pessoal era o passo inicial, sendo realizada quer como enfermeira quer como aluna do MESMO. O consentimento, por parte dos utentes, na colaboração da formação de profissionais de saúde é fundamental. Nunes (2016) refere que do ponto de vista ético e deontológico, a exposição destas mulheres

a estudantes sem que esta seja informada e consinta colaborar, não é aceitável, incorrendo em desrespeito pela sua dignidade e autonomia.

Posteriormente, apresentava-se o serviço, assim como o quarto, indicando a localização do chuveiro, da casa de banho, e do local onde poderiam guardar os seus pertences. De seguida, apresentava-se a unidade da cliente, nomeadamente o funcionamento da cama e a localização da campainha e dos interruptores das luzes. Os horários dos turnos, das refeições e das visitas médicas e dos familiares eram comunicados igualmente. Quando, na mesma enfermaria, estavam presentes outras grávidas já internadas, fazia-se questão de as apresentar, de forma a que a recém-chegada se sentisse mais integrada no ambiente.

Sempre que possível, previamente à chegada da utente, era realizada uma colheita de dados a partir do processo clínico *online*. Isto permitia chegar junto da utente já com algumas informações, que poderiam ser úteis caso esta colocasse questões ou dúvidas acerca do seu estado de saúde ou do internamento. No processo clínico físico, verificava-se se o consentimento informado estava devidamente assinado e identificado pelo obstetra (OE, 2015b).

Previamente à colheita de dados junto da pessoa, questionava-se a mesma sobre se necessitava de algum tempo para se ambientar ou para realizar alguma chamada para os familiares, por forma a que não se sentisse tão assoberbada pela presença dos profissionais de saúde.

De forma a prestar os cuidados mais indicados a cada caso e adequados a cada pessoa, a colheita de dados é essencial. Assim, para além da utilização do processo clínico, que proporciona conhecimento sobre o motivo de internamento, os sinais e sintomas presentes, a idade gestacional (IG) e algumas informações importantes, como a idade e antecedentes pessoais, a colheita de dados junto da pessoa é um passo essencial do processo de enfermagem. Assim, inquiria-se sobre possíveis alergias, medicação habitual, comportamentos (como alimentação, tabagismo, padrão de sono), frequência do Curso de Preparação para a Parentalidade e Parto, avaliação da estrutura familiar (com questões sobre com quem mora e onde), e solicitava-se o contacto de alguém significativo. Para além disso, eram realizadas uma avaliação física inicial e a monitorização dos sinais vitais.

Ao longo desta entrevista era avaliado o “conhecimento sobre a doença” e “conhecimento sobre [sinais de alarme]”, fornecendo-lhe todas as informações que esta requisitasse ou necessitasse, de forma a assegurar que a informação diagnóstica tinha sido convenientemente compreendida e assimilada como é defendido pela OE (2015b). Ao

mesmo tempo, era fornecida uma explicação sobre os cuidados e atividades de vigilância a que seria sujeita durante o internamento, assim como os horários em que iriam ocorrer, de forma a estabelecer uma relação de interajuda entre profissional e utente, para que esta se sentisse envolvida nos seus cuidados de saúde.

Independentemente do motivo de admissão, a “monitorização dos sinais vitais” (monitorização da tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC) e temperatura corporal) era comum a todas as mulheres, tendo sido realizada uma vez por turno, preferencialmente no início do mesmo, ou sempre que se justificasse por alguma alteração verificada no bem-estar materno-fetal.

A “monitorização da dor”, recorrendo a escala numérica para classificação do nível da mesma, assim como a “avaliação de sinais de desconforto da gravidez”, eram, também, intervenções realizadas junto de todas as mulheres. Consoante o seu resultado, surgiu, por vezes, necessidade de avaliar o “conhecimento sobre gestão da dor” e o “conhecimento sobre gestão dos desconfortos da gravidez”. Algumas clientes, pela frequência dos Cursos de Preparação para a Parentalidade e Parto, detinham já conhecimentos sobre a gestão da dor e dos desconfortos da gravidez, necessitando apenas de auxílio para realização de massagem terapêutica ou de técnicas de relaxamento. Houve, no entanto, a necessidade de ensinamentos junto de algumas utentes, assim como necessidade de “gerir analgesia”, quando as técnicas não farmacológicas não surtiam o efeito necessário.

A “vigilância de perda sanguínea” e a “vigilância de perda de [líquido amniótico]” eram, também, intervenções realizadas todos os turnos, sendo estas duas atividades de vigilância instruídas à cliente, de forma a que esta pudesse realizar automonitorização, no sentido de potenciar a interajuda nos cuidados, mantendo a vigilância dos sinais de alarme.

O bem-estar fetal foi avaliado através da “monitorização dos movimentos fetais” e da realização de cardiotocografia (CTG) ou de auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF), com recurso a Doppler. A monitorização dos movimentos fetais era realizada pela grávida, sendo que o objetivo não era contar os movimentos fetais, mas perceber se o feto mantinha a atividade padrão ou se esta sentia algum desvio da normalidade.

A cardiotocografia é o método de monitorização eletrónica fetal não invasivo que permite avaliar, com uma pequena margem de erro, o bem-estar fetal, através da interpretação da FCF. Ao mesmo tempo, permite uma vigilância da atividade uterina e, quando disponível, monitorização dos movimentos fetais através da actografia. A sua realização e interpretação é uma competência exclusiva do EESMO (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem

de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO], 2012), e deve ser realizada a todas as mulheres, a partir das 37 semanas na gravidez de feto único ou a partir das 34 semanas, na gravidez gemelar monocoriónica, e a partir das 36 semanas na bicoriónica (Ramalho, 2014; Rodrigues, Ramos, Matias, Pires & Carraca, 2014), sendo que nas restantes IG esta avaliação deverá ser feita com recurso à auscultação da FCF.

Ao longo do estágio foram várias as oportunidades para realizar CTG, sendo que, de acordo com a prescrição médica, estas eram realizadas com a frequência de uma vez dia, duas vezes dia ou uma vez turno. As IG, no entanto, não foram de encontro ao que é evidenciado na literatura, sendo que todas as grávidas com 27 semanas ou mais, tinham indicação para realização de CTG, facto que foi questionado junto da tutora. A justificação prendeu-se com a necessidade de manter documentação física justificativa de algumas intervenções, o que não é possível com recurso à auscultação da FCF. De facto, verificou-se que a realização de CTG foi essencial no despiste de alguns casos emergentes com IG inferior a 37 semanas, especialmente no caso de uma mulher, de 42 anos, IG de 30 semanas, admitida no serviço por pré-eclâmpsia; aquando a realização de CTG foram verificadas bradicardias de repetição, com duração superior a dois minutos cada, mas que espaçavam entre si mais de cinco minutos, o que, com recurso apenas à auscultação da FCF poderia facilmente não ser detetado.

A pré-eclâmpsia foi o motivo de internamento mais frequente nas mulheres assistidas durante o período de estágio. O aumento da pressão arterial é uma causa significativa de morbilidade e mortalidade materna e neonatal em todo o mundo. Estima-se que, globalmente, atinja entre dois e oito por cento das gravidezes, sendo responsável por cerca de 16% das mortes maternas (Rocha, Lopes, Pereira & Pinto, 2014). Estudos sugerem que o atraso no tratamento da elevação tensional está associado ao aumento da taxa de mortalidade nesta fase (Iriye, Gregory, Saade, Grobman & Brown, 2017).

A HTA na gravidez define-se como TA sustentada acima de 140/90 mmHg, em medições ocasionais. O diagnóstico deve ser baseado em duas medições de TA elevadas em ocasiões diferentes, com distanciamento entre ambas de, pelo menos, quatro a seis horas (Monteiro & Leite, 2016; Rocha et al., 2014; Silva & Machado, 2014a; Sousa & Cabrita, 2016).

Existem quatro distúrbios hipertensivos *major* durante a gravidez, que diferem entre si relativamente ao momento de diagnóstico e à presença de proteinúria. Assim, quando ocorre elevação tensional antes das 20 semanas de gestação e que persiste 12 semanas após o parto, estamos perante HTA crónica, também classificada como essencial, primária ou pré-

existente (Rocha et al., 2014; Silva & Machado, 2014a). A maioria das mulheres diagnosticadas com HTA crónica mostra um bom controlo da pressão arterial e, quando adequadamente controladas, evoluem nas suas gestações sem quaisquer intercorrências, mas têm, mesmo assim, um risco superior associado de complicações na gravidez (Aquino & Souto, 2015).

Casos em que a elevação tensional só é verificada após as 20 semanas de gestação, sem qualquer outra intercorrência, como aparecimento de proteinúria, denomina-se HTA gestacional. Nestes casos, durante o período puerperal, os valores de TA revertem e assemelham-se ao padrão tensional da mulher prévio à gravidez (Monteiro & Leite, 2016; Rocha et al., 2014; Silva & Machado, 2014a).

A ocorrência de proteinúria marcada (valores iguais ou superiores a 300mg em urina de 24h ou ratio proteínas/creatinina igual ou superior a 0,3 em amostra ocasional sem infeção urinária (IU), em associação à elevação tensional, é sinónimo de pré-eclâmpsia (Rocha et al., 2014; Silva & Machado, 2014a). No entanto, segundo normas recentes, a elevação tensional, mesmo quando não associada a proteinúria, mas associada a manifestações clínicas ao nível do sistema nervoso central, cardiovascular, alterações hepáticas, hematológicas, renais ou do complexo fetoplacentar, após as 20 semanas de gestação é, atualmente, considerado pré-eclâmpsia, de forma a não protelar os cuidados a estas mulheres por não apresentarem proteinúria (Monteiro & Leite, 2016). Quando esta situação evolui com ocorrência de convulsões generalizadas ou coma, estamos perante uma situação de eclâmpsia (Rocha et al., 2014; Silva & Machado, 2014a).

Finalmente, nos casos de HTA crónica com surgimento de proteinúria durante a gravidez, situações de HTA com proteinúria antes das 20 semanas, HTA subitamente sintomática, com alterações analíticas ou aumento súbito da TA ou dos valores de proteinúria, estamos perante uma pré-eclâmpsia sobreposta a uma HTA crónica (Rocha et al., 2014; Silva & Machado, 2014a).

A pré-eclâmpsia é uma situação que compreende vários sistemas do organismo e está associada a algum grau de falência do funcionamento da placenta. Cerca de 2% das gestações diagnosticadas com pré-eclâmpsia poderão evoluir para uma situação mais grave de eclâmpsia (Silva & Machado, 2014b). Em termos de desfecho obstétrico, a pré-eclâmpsia associa-se à ocorrência de parto pré-termo e a restrição de crescimento intrauterino (Aquino & Souto, 2015).

Quando a pré-eclâmpsia evolui com alterações do sistema nervoso central, estamos perante uma eclâmpsia, que se caracteriza pela ocorrência de convulsões tónico-clónicas generalizadas na mulher, que podem causar coma e evoluir de forma negativa, cursando com hemorragia cerebral, edema pulmonar agudo e falência multiorgânica (Silva, Machado & Faria, 2014).

A instituição de medicação na elevação tensional da grávida é uma área controversa, principalmente nas que apresentam valores ligeiros ou moderados, devido aos efeitos adversos que a hipotensão pode provocar na perfusão uteroplacentária e no desenvolvimento fetal, sendo aconselhada apenas em casos de elevação tensional grave, com recurso a agentes farmacológicos que se mostrem seguros para a mãe e para o feto (Rocha et al., 2014). Assim, sugere-se intervenção em situações de tensão arterial sistólica (TAS) superior a 160 mmHg e tensão arterial diastólica (TAD) superior a 110 mmHg, em medições distanciadas por um período de 30 minutos (Iriye et al., 2017), o que corresponde ao protocolado no CHTS. Mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia moderada sem critérios de gravidade foram internadas no serviço até ao momento de interrupção do parto (programado para as 37 semanas, não havendo alterações), com indicação para monitorização dos sinais vitais uma vez turno e CTG, para vigiar o bem-estar fetal, duas vezes dia. Perante valores elevados, as grávidas eram incentivadas a deitar-se e relaxar, e a TA era monitorizada de novo num período entre 15 a 30 minutos após a primeira medição, altura em que, caso fosse necessário, era gerida e administrada a medicação em SOS que estas tinham prescritas.

Em casos de elevação tensional acima dos parâmetros referidos anteriormente, os fármacos mais utilizados são alfa-metildopa, labetalol e antagonistas do cálcio (nifedipina) (Rocha et al., 2014; Silva & Machado, 2014b). O labetalol e a nifedipina devem, no entanto, ser utilizados com atenção, e não devem ser administrados em situações de eclâmpsia, por terem um efeito sinérgico com o sulfato de magnésio e aumentarem a ocorrência de hipotensão arterial, prejudicando a perfusão uteroplacentária (Rocha et al., 2014).

Para além das monitorizações referidas anteriormente, devido às manifestações clínicas associadas à elevação tensional, eram feitas outras vigilâncias, nomeadamente “avaliar edema”, “avaliar visão” e “monitorizar dor”, principalmente cefaleias e dor epigástrica, devido aos efeitos secundários da elevação tensional. Concomitantemente, eram avaliados o “conhecimento sobre o regime terapêutico”, que incluía o regime medicamentoso, dietético e de exercício físico e realizados ensinamentos consoante as necessidades, de forma a

potenciar a autonomia das clientes durante o internamento, assim como preparação para a alta, visto que, apesar de estas não saírem do hospital antes do parto, a pré-eclâmpsia pode prolongar-se algumas semanas no pós-parto e torna-se, assim, importante preparar estas mulheres para o regresso a casa ainda com elevação tensional.

Uma outra medida aplicada e amplamente recomendada nestas mulheres, é o repouso no leito. No entanto, poucos são os estudos que avaliem os benefícios deste repouso, e vários os que referem as desvantagens a ele associadas. A restrição de atividade é uma componente perturbadora para a maioria das mulheres, estando associada a um risco aumentado de problemas tromboembólicos. Esta intervenção não é aconselhada a todas as mulheres, principalmente aquelas cuja TA, apesar de elevada, se encontra estável (Rocha e et al., 2014).

O parto pré-termo, como referido anteriormente, é uma consequência frequente da pré-eclâmpsia. No entanto, esse não é o único fator de risco para que uma gravidez termine antes do tempo. Cerca de 10% das gestações culminam num parto pré-termo, sendo esta a principal causa de morbimortalidade neonatal (Carvalho, 2012), visto ocorrer antes das 37 semanas de gestação, altura em que a maturidade fetal ainda não foi atingida. O trabalho de parto pré-termo (TPPT) é difícil de prevenir pela sua etiologia multifatorial ou, muitas vezes, desconhecida (Bittar & Zugaib, 2009).

Na presença de uma mulher grávida com idade gestacional compreendida entre as 20 e as 37 semanas, que chega até nós com queixas de contratilidade uterina, importa diferenciar se estamos perante um verdadeiro TPPT ou uma ameaça de parto pré-termo. A principal diferença entre estas duas situações é a ocorrência de modificações ao nível do colo do útero, ou seja, em situações com contratilidade uterina palpável ou registada em cardiotocografia, mediante a realização de um toque vaginal o profissional faz o diagnóstico diferencial consoante os valores de dilatação e extinção (ou apagamento) do colo uterino (Bittar & Zugaib, 2009). Os critérios de diagnóstico do TPPT são variados e dependem dos autores, pois de acordo com a evidência ainda não há consenso relativamente a quais as alterações de contratilidade e do colo uterino que justificam intervenção tocolítica. Segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), os critérios incluem a persistência de contração uterina (CU) de pelo menos quatro CU em 20 minutos ou oito em 60 minutos, dilatação cervical de um centímetro e extinção cervical; quando estes critérios não estão presentes, ou seja, presença de CU, mas sem modificação do colo uterino, nem formação do segmento inferior, estamos perante uma APPT. Em caso de dúvida, o profissional de saúde

deve aguardar cerca de duas horas, de forma a reavaliar a situação e decidir de acordo. (Bittar & Zugaib, 2009)

A atuação médica, nestas ocasiões, visa a correção da causa desencadeante da APPT, quando esta é possível reconhecer; identificar quais as mulheres que beneficiam de tocolise; assegurar a maturação pulmonar fetal; proceder à profilaxia da infeção neonatal por estreptococo-hemolítico do grupo  $\beta$ ; prevenir a paralisia cerebral infantil; otimizar a equipa de apoio ao RN (Carvalho, 2012).

Sendo o TPPT responsável pela maioria dos nascimentos antes das 37 semanas de gestação, a única forma de prevenção da evolução deste TP é a tocolise, ou seja, a inibição das CU que, ao pararem ou diminuírem de intensidade, retardam a dilatação e extinção do colo do útero e, por isso, retardam o parto. Esse tempo é essencial para a unidade materno-fetal, especialmente para o feto, pois permite a realização de maturação pulmonar fetal com recurso a corticoterapia, de forma a que, após o parto, o recém-nascido esteja apto a iniciar a respiração e não apresente síndrome de dificuldade respiratória (SDR), e a incidência de hemorragia cerebral, enterocolite necrosante e morte sejam diminutas (Bittar & Zugaib, 2009).

A tocolise só é justificada perante o diagnóstico de trabalho de parto. A IG que justifica esta medida é ainda controversa (Júnior, Patrocínio & Félix, 2013). Assim, considera-se que a inibição do trabalho de parto pode ser realizada a partir do limite da viabilidade, ou seja, em Portugal desde as 24 semanas e até às 35 semanas e 6 dias.

A escolha do fármaco deve ser baseada na sua eficácia e segurança para a mulher, feto e recém-nascido. Atualmente, no serviço de Obstetrícia do CHTS utilizam-se dois tocolíticos: nifedipina (bloqueador dos canais de cálcio) e atosiban (antagonista do recetor de ocitocina).

A nifedipina, sendo um bloqueador dos canais de cálcio, atua através da inibição da entrada de cálcio extracelular na membrana citoplasmática, impede a libertação do cálcio intracelular do retículo sarcoplasmático e aumenta a saída do cálcio da célula do miométrio. Este composto mostra-se eficaz na redução do risco de parto pré-termo nos sete dias após a avaliação inicial, o que é essencial quando se fala da manutenção de um feto *in útero*, e da evolução da sua maturidade. Após o nascimento, verificou-se redução da incidência de SDR, assim como dos restantes riscos apresentados anteriormente (Bittar & Zugaib, 2012).

O atosiban, por ser um antagonista dos recetores de ocitocina, impede a ligação desta aos seus recetores ao nível miometrial, reduzindo os efeitos fisiológicos da hormona, ou seja,

reduzindo a CU. O atosiban revela-se tão eficaz como outras terapêuticas utilizadas, sendo mais seguro e melhor tolerado (Bittar & Zugaib, 2012).

No CHTS, a escolha do fármaco depende, também, da idade gestacional, sendo que até às 28 semanas se opta pela nifedipina e após esse período pelo atosiban. Esta decisão pode ser explicada por estudos em que se verificou que a utilização de atosiban em IG inferiores a 28 semanas aumentou a ocorrência de parto nas 48 horas após o início do tratamento (Bittar & Zugaib, 2012).

Nos casos de APPT que seguimos, o fármaco utilizado foi o atosiban, pois apresentavam IG superior a 28 semanas. A dose inicial e o início da segunda perfusão foram realizados no bloco de partos, sendo a cliente transferida para o serviço de grávidas com complicações após o início da tocólise. Dessa forma, avaliou-se o seu “conhecimento sobre a [tocólise]” e “conhecimento sobre o regime terapêutico”, onde se englobou o conhecimento sobre os fármacos, os seus objetivos e efeitos secundários, assim como a necessidade de repouso no leito. Os sinais vitais foram monitorizados, pois um dos efeitos secundários mais frequentes do atosiban é a hipotensão arterial. A “monitorização de efeitos secundários da medicação” foi realizada com especial atenção, pois o atosiban apresenta efeitos secundários importantes, como náusea, rubor facial, cefaleias e tonturas que ameaçam o bem-estar materno-fetal.

A realização de CTG de forma intermitente, assim como a avaliação da presença de contrações uterinas e da possível dor, foram intervenções também realizadas a estas mulheres, que suscitaram a “gestão de analgesia”.

Há, no entanto, contraindicações absolutas a esta prática, nomeadamente infeção intrauterina, rotura prematura de membranas, insuficiência placentária, sofrimento fetal (como em casos de RCIU ou oligoâmnios), malformações fetais incompatíveis com a vida, doença materna grave ou morte fetal (Júnior, Patrocínio & Félix, 2013).

As recomendações da OMS (2015), referem quatro medidas essenciais em caso de APPT: administração de corticoterapia antenar, entre as 24 semanas e 0 dias e as 34 semanas e 6 dias, a mulheres em que se possa avaliar, de forma precisa, a IG, o risco de parto iminente nos sete dias subsequentes e sem evidência clínica de sépsis materna; internamento em unidades de saúde, de forma a providenciar cuidados de parto adequados, nomeadamente reconhecimento dos sinais de trabalho de parto pré-termo e condução do mesmo, assim como facilidade em providenciar os cuidados adequados ao recém-nascido (ressuscitação neonatal, cuidados térmicos, tratamento de infeção e oxigénio); antibioterapia no caso de

rotura prematura de membranas; administração de sulfato de magnésio em casos de IG inferior a 32 semanas, com previsão de parto nas 24 horas seguintes, visando neuroproteção fetal.

Entre as mais preocupantes complicações associadas à prematuridade, estão as sequelas neurológicas. Nesse sentido, o sulfato de magnésio parece promover alguma neuroproteção fetal e diminui a incidência de lesões relacionadas com hipoxia fetal, principalmente nas gestações com menos de 28 semanas (Júnior, Patrocínio & Félix, 2013).

A corticoterapia antenatal está protocolada no serviço de Obstetrícia do CHTS e é realizada a praticamente todas as gestantes hospitalizadas, a partir das 24 semanas de gestação, pelo receio de ocorrer um TPPT. A corticoterapia antenatal possui benefícios significativos para o recém-nascido, sem acarretar efeitos indesejáveis relevantes. Os seus benefícios principais envolvem a diminuição da frequência e da gravidade da depressão respiratória, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e mortalidade neonatal. Consequentemente, há melhorias ao nível da função pulmonar, circulação, sistema nervoso e, consequentemente, dos valores do Apgar. O seu efeito máximo é descrito entre as 48 horas e os sete dias seguintes (Iriye et al., 2017; Júnior, Patrocínio & Félix, 2013). Mesmo que o parto ocorra antes do protocolo terapêutico ter terminado, existe benefício para o feto, pelo que é vantajoso realizar pelo menos uma administração sempre que possível (Clode & Graça, 2012).

A administração do corticoide é uma intervenção interdependente do EESMO, visto que necessita de prescrição médica para a sua realização. Atualmente, no serviço de Obstetrícia do CHTS, é utilizada dexametasona, 6 mg de 12/12 horas, via intramuscular, até finalizar quatro tomas. Antes do início do referido protocolo, foi explicado a cada grávida cuidada a finalidade da corticoterapia, os seus benefícios e potenciais riscos, assim como, o planeamento dos horários de administração, pois o facto de ser administrada de 12/12 horas implicava, por vezes, administrações noturnas e perturbação do sono da utente.

A partir da experiência foi possível verificar que as mulheres se sentiam particularmente responsáveis por levar a cabo este procedimento, lembrando frequentemente *“está na hora da injeção”* (sic.), sentindo que dessa forma poderiam ajudar o seu bebé.

Apesar da etiologia do TPPT ser, na maioria dos casos, desconhecida ou multifatorial, sabe-se que as IU durante a gravidez contribuem largamente para a ocorrência de partos antes das 37 semanas de gestação. Os diagnósticos encontrados mais frequentemente, relacionados com as IU, foram a pielonefrite aguda e a cólica renal.

A pielonefrite aguda é uma infecção urinária alta, que cursa com febre, calafrios, náuseas, vômitos, dor na região lombar, flanco ou pelve e sinal de Murphy renal positivo. As queixas urinárias nem sempre estão presentes e pode haver referência a contratilidade uterina (Passos, 2012a). Associa-se a uma morbidade materna grave, podendo progredir para quadros de sépsis, disfunção respiratória, insuficiência renal e anemia (Pereira, Costa, Costa & Guimarães, 2014).

Contrariamente às demais infecções urinárias baixas, a pielonefrite aguda é uma situação que exige, na maioria das vezes, internamento, pelo mal-estar que causa à mulher grávida. As prescrições passam por hidratação, avaliação analítica e antibioterapia. A alta é realizada após 24 horas de apirexia, sustentada com terapêutica oral, tendo a mulher de completar 14 dias de antibioterapia no domicílio (Passos, 2012a).

A ocorrência de cólica renal durante a gravidez é uma situação rara (afeta 0,03 e 0,35% ou seja, 1/2000 gestações), pois durante este período ocorre uma dilatação fisiológica dos ureteres que permite a passagem e expulsão dos cálculos renais. Os casos são mais frequentes nos segundo e terceiro trimestres e a maioria das mulheres afetadas não tem qualquer história de litíase renal (Passos, 2012b). Apesar de não estar relacionada com desfechos obstétricos adversos, há um aumento do risco de ocorrência de IU.

Os sintomas mais comuns são a dor tipo cólica, no flanco afetado, com irradiação para a zona pélvica e virilhas, e hematúria micro ou macroscópica. Em alguns casos, as mulheres podem referir dor abdominal espasmódica, náuseas e vômitos, disúria e polaquiúria. O tratamento passa pela hidratação endovenosa e analgesia, que resolve cerca de dois terços das ocorrências. Em casos mais graves – como sépsis, dor severa e persistente ou obstrução de rim único –, é necessário tratamento invasivo, com colocação de cateter uretral em duplo J, nefrostomia percutânea ou remoção do cálculo por ureteroscopia (Passos, 2012b).

O acompanhamento dos casos de pielonefrite aguda ou de cólica renal, passou pela administração de antibioterapia e analgesia, monitorização fetal através de CTG 1x/dia, monitorização de sinais vitais 1x/turno, incentivo à hidratação oral, registo de diurese e monitorização da dor e dos sinais e sintomas urinários.

Algumas das mulheres por nós cuidadas apresentaram, simultaneamente, outras condições consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de uma gravidez saudável. Apesar de, na sua maioria, serem situações despoletadas ou conhecidas antes do internamento, também foram motivo de atenção e de algum tipo de intervenção específica durante a prática clínica, pelo que se apresentam de seguida.

A comorbilidade mais frequente foi a diabetes gestacional. A gravidez é, por si mesma, um estado diabetogénico, sendo, por isso, importante a vigilância cuidada e adequada das gestantes que têm propensão para o seu desenvolvimento (Aquino & Souto, 2015).

A DG consiste numa anomalia da tolerância aos hidratos de carbono, detetada pela primeira vez durante a gestação e que resulta em níveis variáveis de hiperglicemia materna (Ferreira, Silva, Antunes et al., 2018). A DG diferencia-se da diabetes na gravidez através dos valores glicémicos. O diagnóstico de DG depende de valores de glicemia, que se situam num patamar intermédio, entre os valores glicémicos normais da gravidez e aqueles que excedem os limites diagnósticos para a restante população. A diabetes na gravidez é considerada uma patologia mais grave, pois pode refletir diabetes *mellitus* prévia à gravidez, ainda não diagnosticada, o que implica um rastreio mais assertivo das complicações obstétricas (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2017).

O excesso de glicose circulante no organismo materno é transmitido diretamente ao feto, que, por sua vez, vai aumentar a produção de insulina fetal, de forma a equilibrar os seus valores glicémicos (Aquino & Souto, 2015). Esta produção exagerada de insulina vai incentivar o aumento de peso fetal, assim como organomegalia. Apesar de se saber que o principal estimulador de crescimento fetal é o aumento dos níveis glicémicos maternos, outros fatores associados à diabetes, que ocorrem em grávidas diabéticas normoglicémicas, como a circulação de cetonas, algumas hormonas, insulina, etc. podem estimular o aumento do crescimento fetal (Aquino & Souto, 2015). A DG é, assim, fator de risco para a ocorrência de macrossomia fetal, assim como atraso da maturação pulmonar, cardiomiopatias hipertróficas, policitemia que contribui para a hiperbilirrubinemia neonatal, distocias no momento do parto, assim como hipoglicemias após o nascimento e hipopotassemia. Na grávida, a DG pode cursar com elevação tensional e maior risco de traumatismos durante o TP e parto (Aquino & Souto, 2015; Ferreira, Silva, Antunes et al., 2018; SPD, 2017). As complicações obstétricas não estão dependentes do tipo de diabetes *mellitus*, mas do seu rigoroso controlo glicémico e metabólico e, quando diagnosticada e tratada atempadamente, as complicações podem ser prevenidas com alteração do estilo de vida ou com recursos farmacológicos.

Na admissão da utente, quando se verificava uma situação de DG prévia, era avaliado o “conhecimento sobre a patologia” e o “conhecimento sobre o regime terapêutico”, questionando-se sobre o regime dietético, a prática de exercício físico, a utilização de medicação antidiabética, assim como a frequência da pesquisa de glicemia. A avaliação da

técnica de realização da pesquisa de glicemia e, no caso de necessidade de correção com insulina, a avaliação da técnica de autoadministração, eram realizadas na primeira refeição após a admissão no internamento.

Mulheres diagnosticadas com DG devem efetuar pesquisa de glicemia quatro vezes por dia, sendo a primeira em jejum e as restantes uma hora após o início das três refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar). Este esquema deve ser ajustado às necessidades da grávida, consoante o estilo de vida e a terapêutica instaurada (SPD, 2017). As grávidas internadas no serviço, com diagnóstico secundário de DG, cumpriam o esquema descrito anteriormente, sendo autónomas na realização da picada capilar e na leitura dos valores, que comunicavam posteriormente. Apenas as diabéticas gestacionais insulíndependentes realizavam monitorização da glicemia antes e após a refeição, e cumpriam esquema próprio de insulina, com autoadministração, pois já o faziam no domicílio.

Estas mulheres, devido à comorbilidade, apenas tinham alta hospitalar no período puerperal, sendo o parto programado para as 37 semanas sempre que possível. Assim, no dia do parto eram necessários alguns cuidados adicionais, tendo em consideração o tipo de regime terapêutico instituído, do qual dependeriam as intervenções. Assim, em grávidas com DG sem terapêutica farmacológica, os cuidados peri-parto envolveram a pesquisa de glicemia capilar de quatro em quatro horas e devida correção, segundo algoritmo de correção próprio da SPD (2017), até ao momento do parto. Nas grávidas cujo tratamento passava por terapêutica farmacológica, era necessário efetuar uma pesquisa glicémica de hora a hora, cuja correção era realizada segundo esquema próprio, com recurso a uma perfusão de soro fisiológico (SF) com insulina, preparada previamente, e administrada por seringa infusora (SPD, 2017).

A preparação para a alta de todas as grávidas, independentemente do motivo de internamento, ou se têm alta para domicílio ou são transferidas para o bloco de partos, é de elevada importância, visto ser necessário realizar uma “preparação da utente à sua fase de vida, seja em termos sexuais e reprodutivos, seja com a alta hospitalar, . . . de acordo com as necessidades identificadas e os recursos da comunidade existentes”, assim como otimizar “as capacidades da utente para gerir o regime terapêutico prescrito e os recursos comunitários, através da . . . informação dada” (OE, 2015b, p. 26).

As mulheres que tiveram alta para o domicílio foram incentivadas a manter o calendário de consultas de vigilância da gravidez nos cuidados de saúde primários, acrescentando as novas consultas a nível hospitalar decorrentes da complicação obstétrica.

Os ensinamentos relativamente à sua condição de saúde, comportamentos a adotar (como abstinência sexual nos casos de APPT que tiveram alta para o domicílio, importância da higiene pessoal para prevenir IU, realização de exercício físico), ou aos cuidados a ter com o bebé após o nascimento, pois a prematuridade compromete certas situações como a amamentação, devido ao precário desenvolvimento do reflexo de sucção, foram realizados, consoante as necessidades identificadas junto de cada mulher e respetiva família.

Ao longo das páginas anteriores foi relatada uma atuação de carácter mais clínico, relacionado com a monitorização da gravidez, saúde da grávida e vigilância de complicações. No entanto, num serviço de Medicina-Materno Fetal, a atuação do EESMO não se relaciona apenas a intervenções dependentes de prescrições, mas principalmente, a intervenções que se relacionam com o bem-estar emocional da mulher grávida e da família.

Na gravidez com complicações há uma exacerbação das questões emocionais. Quando se vêm confrontadas com este diagnóstico de risco, há a necessidade, por parte das mulheres “(re)organiz[arem] suas vidas, e esse processo de ajustamento pode potencializar a ansiedade sentida por elas” (Wilhelm et al., 2015, p. 288). A ansiedade é uma resposta natural que ocorre quando o indivíduo se sente confrontado com ameaça ou perigo, sendo parte da experiência humana (Deklava, Lubina, Circenis, Sudraba & Millere, 2015).

O grau de ansiedade sentido pela mulher depende das suas características psicológicas individuais (Bjelica, Cetkovic, Trninic-Pjevic & Mladenovic-Segedi, 2018), sendo que muitas vezes há dificuldade na adaptação à sua nova condição, visto que

*“quando a condição de risco é diagnosticada durante a gestação, a gestante passa por reações agregadas à vivência do luto pela «morte da gravidez idealizada», surgindo sentimentos de tristeza, culpa e raiva. Dessa forma, a ausência de informação e diálogo pode ser relatada como negativa, despertando e reforçando sentimentos como o medo, a tristeza e a ansiedade”* (Wilhelm et al., 2015, p. 290).

A ocorrência de ansiedade durante a gravidez pode ser um fator negativo para o desenvolvimento da mesma, trazendo consequências como

*“afetar negativamente a gestação, uma antecipação no parto, nascimento do bebê abaixo do peso . . . distúrbios de carácter e perturbações de comportamento, déficit de atenção e atraso neuromotor . . . problemas de adaptação social, ou a dificuldade de adaptação social”* (Ròlla, Pena & Bailon, 2014, p. 3).

Estudos de diversos autores sobre as consequências da ansiedade durante a gravidez referem que os fatores psicológicos negativos, como a ansiedade, tristeza e stresse contribuem para a adoção de maus hábitos de vida, em termos de nutrição, tabagismo,

exercício físico que, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de complicações durante a gravidez (Deklava et al., 2015; Omidvar, Faramarzi, Hajian-Tilak & Amiri, 2018; Schetter & Tanner, 2012), tornando-se assim, um ciclo vicioso.

Algumas mulheres diagnosticadas com complicações durante a gravidez acabam por ser hospitalizadas, o que tem um impacto negativo nelas próprias e na família (Rodrigues, Zambaldi, Cantilino & Sougey, 2016). O internamento, qualquer que seja a sua duração, aumenta a percepção de stresse e ansiedade por parte da grávida, principalmente nas que ficam hospitalizadas até às 37 semanas, altura em que a sua gravidez é interrompida.

O hospital é um lugar desconhecido para estas mulheres e respetivas famílias. Quando crescem as complicações e a necessidade de cuidados de saúde específicos, estas mulheres passam a conviver com o risco constante da sua vida e, mais importante, da do feto que trazem consigo, experienciando situações que as aterrorizam (Arruda & Marcon, 2007).

A hospitalização é, também, um fator de ambivalência de sentimentos na grávida. O facto de estarem afastadas da família e do seu lar, conduz a sentimentos contraditórios, entre a tristeza e a esperança, expressando níveis baixos de bem-estar mental e qualidade de vida (Janighorban et al., 2018).

No CHTS, este afastamento familiar é mais evidente, não devido às políticas de visita do hospital, mas pela grande área geográfica abrangente. Assim, perante algumas situações mais complicadas, como o caso de uma mulher de Mirandela, transferida para o CHTS por RCIU, ou casos de maior proximidade geográfica, mas com outros filhos mais velhos, ou outras situações que impossibilitavam as visitas diárias ou mais frequentes do companheiro e da família, o nível de tristeza e ansiedade era notório.

Sempre que possível, foi incentivada a presença de visitas e familiares junto das utentes, sendo que o tempo que estes partilhavam era respeitado ao máximo, oferecendo-lhes privacidade, dentro do que era possível. A “gestão do ambiente” foi uma intervenção importante para estas mulheres, providenciando-se um ambiente mais agradável, privado e confortável, tendo em consideração as possibilidades do CHTS e a prestação de cuidados.

Atualmente, a evidência salienta que o repouso no leito, por rotina, não apresenta benefícios comprovados para muitas das complicações da gravidez. No entanto, esta prescrição ainda é utilizada pela maioria dos Obstetras, limitando a atividade da grávida durante o dia, trazendo sérias consequências à condição de saúde, quer a curto quer a longo prazo. Para além dos fatores psicológicos imediatos, quando o repouso é prolongado, como em casos

em que a mulher espera pelo término da gravidez, internada num serviço de Medicina Materno-Fetal, situação que pode durar desde uns dias até várias semanas, começam a surgir outras consequências como perda da função muscular e atrofia, perda de peso e de massa óssea, tromboembolismo, fadiga e alterações no padrão de sono e descanso, que começam a tornar-se evidentes e a condicionar a sua situação física, psíquica e social (Janighorban et al., 2018). A gestão do horário para a realização das intervenções foi vista como positiva pelas mulheres cuidadas, pois apesar da obrigação de repouso no leito e da necessidade de supervisão no autocuidado, permitia que estas realizassem os seus autocuidados quando pretendiam, potenciando a sua autonomia.

À medida que o tempo passa, a mulher começa a acumular sentimentos negativos, preocupações com o seu futuro e do seu bebé, ansiedade e depressão. Em estudos realizados por Nakamura & Yoshizawa (2011, citado por Janighorban et al., 2018), há uma diminuição significativa na aceitação da gravidez e na preparação para a parentalidade. De forma a reduzir a ansiedade destas mulheres e das respetivas famílias, é necessário avaliar as suas necessidades e planear intervenções de forma a colmatá-las (Janighorban et al., 2018).

Ao longo da prática clínica, implementaram-se algumas técnicas de distração, de forma a diminuir a ansiedade e os sentimentos negativos experienciados por estas mulheres. As sessões de preparação para a parentalidade realizadas sobre a amamentação e a prevenção de acidentes do RN e a realização de algumas atividades lúdicas e de relaxamento, foram encaradas pelas grávidas como uma forma positiva de esclarecerem dúvidas e diminuírem a sua ansiedade relativamente aos cuidados ao RN.

Essas atividades possibilitaram um canal de comunicação entre profissional-utente, que as deixou à vontade para colocarem outras dúvidas, nomeadamente sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como o funcionamento do serviço de puerpério, a presença do pai na sala de partos ou na cesariana, e incentivarem as companheiras de enfermaria, que iam chegando e saindo, a fazerem o mesmo, evidenciando-se a importância da “escuta ativa” como uma intervenção terapêutica do EESMO – importa dar atenção às emoções destas mulheres, e consciencializa-las dos seus processos de transição simultâneos, desenvolvimental (adaptação à parentalidade) e de saúde-doença (gravidez com complicações), facilitando a adaptação à nova fase de vida.

O EESMO acompanha a mulher numa das fases mais importantes da sua vida, na qual a mulher se sente mais vulnerável. É durante a gravidez e puerpério que a mulher se sente

mais dependente dos cuidados de saúde, olhando para os enfermeiros de saúde materna como seus confidentes.

No ano de 2019, em Portugal, somaram-se inúmeras vítimas de violência doméstica, física e verbal. Segundo dados da Procuradoria Geral da República noticiados por Miranda (2019), 53% das vítimas mantinha algum tipo de relação íntima com o autor dos atos de violência. Mais se relata que a maioria dos casos apresentara queixas anteriores de violência doméstica na relação. Estudos realizados ao nível internacional destacam que mulheres vítimas de violência doméstica recorrem menos aos serviços de saúde do que as restantes, o que, no caso da gravidez, se traduz em menor assistência pré-natal e início tardio da vigilância da gravidez (Aquino & Souto, 2015).

Estima-se que uma em cada três mulheres poderá sofrer de alguma forma de violência de cariz físico, sexual ou ambos, por parte do parceiro, ou violência sexual de alguém que não o parceiro durante a sua vida (García-Moreno et al., 2015). A violência contra mulheres é considerada uma violação dos direitos humanos, um problema de saúde pública e um impedimento para o desenvolvimento sustentável da sociedade, afetando negativamente a saúde física e mental das mulheres, assim como o seu bem-estar (OMS, 2019).

Relata-se o caso de uma mulher, internada por pielonefrite aguda, IG de 32 semanas e 3 dias, fumadora, com vigilância tardia da gravidez. À chegada ao serviço, encontrava-se chorosa e cabisbaixa, facto que, apesar de não passar despercebido, foi atribuído à confirmação recente da complicação na gravidez e à necessidade de internamento. Por ser hora de jantar e a senhora se encontrar há várias horas na urgência, foi feita uma breve apresentação do serviço e da unidade, e deixada a jantar à vontade, ficando combinado que a colheita de dados seria realizada assim que terminasse.

Durante esse período, a grávida manteve-se recatada, cabisbaixa e chorosa. Enquanto realizava uma chamada, evitava o contacto visual com os profissionais e com as restantes senhoras presentes na enfermaria. No momento em que foi possível realizar a colheita de dados, a senhora mostrou-se reticente a responder às questões, principalmente as do foro mais pessoal (como com quem vivia e onde), e quando lhe foi questionado se poderia fornecer o contacto de alguém próximo, esta recusou prontamente, dizendo que não sabia nenhum contacto de cor e que não havia gravado no telemóvel.

Devido à escassez de informações obtidas junto da utente, e, por no processo clínico constar que esta tivera uma visita ao serviço de urgência (SU) no mês anterior, decidiu-se consultar o seu processo *online*, na esperança de que fossem encontradas mais algumas informações

ou um contacto de alguém próximo. Assim, verificou-se um historial de idas às urgências por traumatismos *minor*, um acidente de viação nesse ano, duas tentativas de suicídio no ano transato, assim como historial de consultas de Psiquiatria no CHTS, relacionadas com um processo familiar complicado, cujos relatórios não se encontravam disponíveis. Devido à dificuldade em comunicar com a grávida, após discussão do caso clínico com a tutora, decidiu-se encaminhar para a Assistente Social, para análise e avaliação de apoio extra específico.

No dia seguinte, na chegada ao serviço, constatou-se que a utente já não se encontrava internada. Pelos relatos dos colegas e das outras grávidas internadas, percebeu-se que a senhora realizou uma tentativa de fuga do serviço, sendo delatada pelas suas companheiras de enfermaria. Perante a tentativa falhada, e quando confrontada pelo EESMO que se encontrava de serviço, percebeu-se que a gestante pretendia ir embora, visto estar grávida do novo companheiro, mas ter medo que o ex-marido descobrisse, pois o casamento, pautado por casos de agressões, terminou mal, e ficar internada chamaria a atenção sobre si. O receio pelo que o ex-marido pudesse fazer-lhe quando descobrisse a gravidez terá sido a motivação para o início tardio dos cuidados pré-natais. No entanto, assinou termo de responsabilidade e abandonou o serviço, tendo sido explicados os riscos que corria com essa decisão e propostas medidas de proteção.

Segundo a evidência, mulheres vítimas de violência doméstica, frequentemente, escondem estes acontecimentos, por medo da opinião da sociedade, o que passa despercebido às instituições, principalmente às de saúde, que poderiam fornecer algum tipo de apoio (García-Moreno et al., 2015), como se pôde verificar no caso relatado, em que a mulher apenas revelou as suas preocupações para poder sair do hospital. Os profissionais de saúde desempenham um papel vital na luta contra a violência. Para além do tratamento das consequências físicas, provocadas pelas agressões, devem incentivar as mulheres a revelar que são vítimas de violência doméstica, e ajudá-las a compreender a realidade daquilo por que estão a passar. No entanto, é necessário que o profissional implemente os seus cuidados sem juízo de valor ou de carácter, de forma respeitável e empática (Samarasekera & Horton, 2015).

Os efeitos físicos e mentais da violência contra mulheres são profundos, mantendo-se a curto e longo prazo. Mulheres vítimas de abusos ou violência, por parte do parceiro, têm três vezes mais hipóteses de vir a desenvolver algum tipo de problema ginecológico do que as restantes, pelas agressões físicas e sexuais contínuas, e pelo receio de se dirigirem a uma instituição de

saúde. Na área da saúde reprodutiva, estas mulheres apresentam maior risco de desenvolver gestações não desejadas, abortamentos clandestinos, infecções sexualmente transmissíveis, e recém-nascidos de baixo peso à nascença, devido ao stresse crónico que experienciam (García-Moreno et al., 2015). A violência íntima durante a gravidez é um fator de risco mais significativo para o desenvolvimento de complicações na gestação do que qualquer outro fator de risco para os quais as gestantes são avaliadas rotineiramente, como HTA ou diabetes, estando comprovadamente associada ao atraso na vigilância pré-natal, aumento do tabagismo e uso de álcool ou outras substâncias, aumento ponderal materno diminuto e depressão (Shane & Ellsberg, 2002).

Desta forma, torna-se necessário aumentar o número de profissionais de saúde treinados e capacitados para dar resposta a situações de mulheres vítimas de violência física e sexual. Repensar os currículos dos cursos frequentados por médicos, enfermeiros, principalmente EESMO e Obstetras, de forma a que estes sejam capazes de identificar precocemente estas situações, realizar uma colheita de dados assertiva e encaminhar para os serviços mais adequados, oferecendo, por vezes, o primeiro apoio a estas mulheres, é essencial (García-Moreno et al., 2015).

### **1.3. Revisão integrativa da literatura: Depressão pós-parto depois de uma gravidez com complicações associadas: qual a relação?**

A prática baseada na evidência (PBE) surge no seguimento da expansão da medicina baseada na evidência, respondendo à necessidade crescente de aproximar os sucessivos avanços clínicos e a prática (Pompeio, Rossi & Galvão, 2009). Assim, a PBE pode ser definida como a procura da melhor evidência disponível, através de métodos sistemáticos e bem delineados, que auxilia o profissional na tomada de decisão clínica e na resolução de problemas. Essa evidência deverá ser incorporada no processo de decisão, sem nunca esquecer os conhecimentos e a experiência individual dos profissionais, assim como os desejos e vontades do utente (Mendes, Silveira & Galvão, 2008; Pompeo et al., 2009; Pereira & Veiga, 2014; Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Evidência pode ser definida de diversas formas consoante o contexto em que pretendemos utilizá-la. No contexto da saúde, faz-se uso da evidência científica, que consiste em dados obtidos através de pesquisas científicas e objetivas, que permitem confirmar ou negar hipóteses ou teorias científicas (Ânima Educação, 2014). Sugere-se que, já Florence Nightingale, no século XIX, utilizava conceitos de PBE, apesar de estes lhe serem desconhecidos dessa forma, tendo usado métodos estatísticos para construir recomendações para a reforma dos cuidados assistenciais, assim como para comprovar a natureza das infeções nos hospitais e campos de batalha (Nightingale, 1969 citada por Pereira & Veiga, 2014).

Os objetivos principais da PBE passam, essencialmente, por incentivar a utilização dos resultados da pesquisa na prestação de cuidados, reforçando a sua importância na prática clínica; reduzir a incerteza associada ao diagnóstico, através da avaliação realizada sobre a validade das relações e associações encontradas, assim como o poder de generalização dos dados.

Para responder aos objetivos da PBE existem dois tipos principais de revisão da literatura: a revisão narrativa e a revisão bibliográfica sistemática. A metodologia escolhida foi a revisão bibliográfica sistemática, na qual a pesquisa é planeada e orientada, de forma a responder a uma questão pertinente para o investigador, utilizando métodos organizados e sistemáticos de pesquisa, de forma a identificar, seleccionar e avaliar os dados colhidos através dos artigos. Uma das principais diferenças entre a revisão narrativa e a revisão sistemática é a discriminação de todos os passos seguidos durante o processo, o que a torna reprodutível, característica essencial para a viabilidade e fiabilidade dos resultados (Botelho, Cunha & Macedo, 2011; Crossetti, 2012; Emeis, 2012; Pompeo et al., 2009).

A revisão bibliográfica sistemática divide-se em quatro grupos, sendo eles a meta-análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa da literatura (RIL), sendo esta última a metodologia escolhida para o desenvolvimento da presente pesquisa. A RIL é uma metodologia que permite agregar o conhecimento, empírico e teórico, sobre um determinado assunto, tema, intervenção, medicação, etc. Permite obter uma visão mais abrangente sobre a questão de interesse do investigador, pois integra, na mesma pesquisa, artigos do âmbito experimental e não experimental, assim como paradigmas diferentes, nomeadamente qualitativo e quantitativo. O objetivo principal deste tipo de estudo é mapear o conhecimento existente sobre determinado tema, e, assim, formular teorias ou obter respostas às questões que são o ponto de partida do investigador. Dessa forma, a RIL

torna-se uma ferramenta importante no avanço da enfermagem como ciência, possibilitando a identificação de lacunas de conhecimento sobre determinados fenômenos ou, pelo contrário, a saturação da investigação em determinada área; permite também servir de apoio à formulação de protocolos baseados em evidências e auxiliar a tomada de decisão e o processo de enfermagem (Botelho et al., 2011; Crossetti, 2012; Emeis, 2012; Pompeo et al., 2009).

Alguns dos autores que se debruçaram sobre a pesquisa com recurso à RIL discordam, ainda, sobre a metodologia a seguir durante a pesquisa. Há, no entanto, uma harmonização no que concerne às fases principais, sendo estas: identificação do tema e da pergunta de pesquisa; procura na literatura; avaliação e categorização dos artigos; avaliação dos artigos incluídos na RIL; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento e apresentação da revisão integrativa (Botelho et al., 2011; Crossetti, 2012; Emeis, 2012; Pompeo et al., 2009).

Após análise dos vários modelos sugeridos na literatura, optou-se por seguir a metodologia proposta por Botelho e colegas (2011), ilustrada na figura 1, por se considerar ser a mais organizada e a mais fácil de seguir.

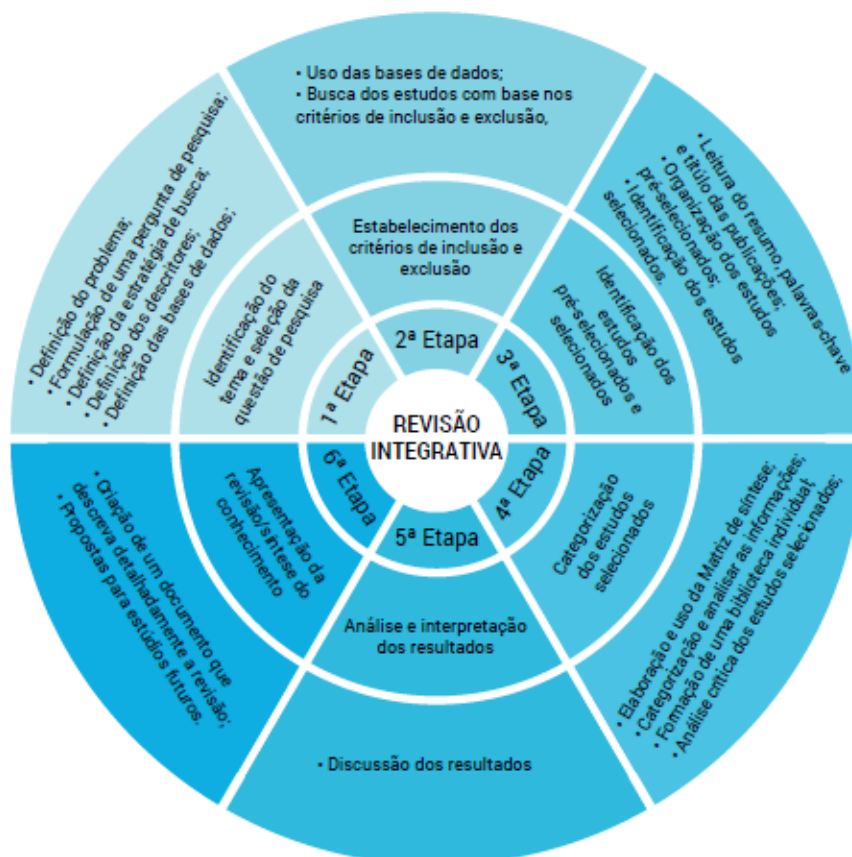


Figura 1 - Metodologia de pesquisa na RIL, adaptado de Botelho, Cunha e Macedo (2011, p. 11)

No processo de análise e seleção dos artigos, de forma a assegurar a veracidade dos dados e a fidelidade e validade dos resultados, é necessário avaliar a qualidade da evidência científica. Para tal, dispõe-se, atualmente, de várias formas de classificação e avaliação dos mesmos, através da classificação em níveis hierárquicos. Na presente pesquisa, utilizam-se os níveis de evidência recomendados por Galvão (2006) e Stillwell, Fineout-Overholt, Melnyk e Williamson (2010, citados por Ânima Educação, 2014) apresentados na figura 2.

Tipo de evidência	Nível de evidência	Descrição
Revisão Sistemática ou Metanálise	I	Evidência proveniente de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos a controlados;
Estudo randomizado controlado	II	Evidência obtida de pelo menos um ensaio clínico com aleatorização, controlado e bem delineado;
Estudo controlado com randomização	III	Evidência proveniente de um estudo bem desenhado e controlado sem aleatorização;
Estudo caso-controlado ou estudo de coorte	IV	Evidência proveniente de um estudo com desenho de caso-controlado ou coorte;
Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos	V	Evidência proveniente de uma revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos.
Estudo qualitativo ou descritivo	VI	Evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo;
Opinião ou consenso	VII	Evidência proveniente da opinião de autoridades e/ou relatórios de comissões de especialistas/peritos.

Figura 2 - Níveis de evidência, sugeridos por Galvão (2006) e Stillwell, Fineout-Overholt, Melnyk e Williamson (2010 citados por Ânima Educação 2014, p. 34)

### **1.3.1. Formulação do problema de pesquisa: contextualização e pergunta norteadora**

A gravidez é geralmente descrita como um período prazeroso e agradável, sendo simultaneamente uma altura de elevada instabilidade emocional, recheada de momentos de preocupação, incertezas, medos e ansiedades relativamente ao bem-estar do bebé e à saúde da mulher, ao trabalho de parto e parto que se aproxima ou às responsabilidades parentais, sendo que esta situação se agrava quando se insere no contexto de uma gravidez com complicações (Cihan, Dirilen-Gumus & Erkenekli, 2017).

A confirmação e posterior vivência de uma gravidez com complicações traz uma maior instabilidade, e exacerba as questões emocionais sentidas pelo casal e, principalmente, pela mulher. Estudos conduzidos com mulheres em situação de gravidez com complicações associadas sugerem que os níveis de depressão, stresse e ansiedade são mais elevados do que aqueles apresentados por mulheres grávidas de baixo risco (Cihan et al, 2017).

A mulher com gravidez de médio/alto risco desenvolve respostas emocionais características dessa situação, passando por um processo complexo que envolve algumas fases: vulnerabilidade da gravidez; perceção de que o resultado da gravidez está em risco; elevação da ansiedade, devido à restrição de atividade; inevitabilidade de parto pré-termo (Rodrigues, Zambaldi et al., 2016). Ao longo deste percurso, as grávidas estão sujeitas a níveis de stresse elevados e emoções negativas e encaram a possibilidade de a família, que imaginaram e desejaram, poder nem chegar a existir, ou de o bebé poder vir a necessitar de cuidados de saúde complexos (Price et al, 2007).

A gravidez é o momento privilegiado para a construção da ligação entre mãe e filho. A grávida atravessa um processo de imaginação e conhecimento do ser que está a gerar, imaginando-o, sentindo-o e planeando os cuidados que o filho irá necessitar nos longos anos que se seguem ao seu nascimento, sendo este elo algo único e especial. Existem diversos fatores que condicionam a forma como a mulher desenvolve a sua identidade como mãe e a ligação com o filho. Entre esses fatores, destacam-se as complicações médicas associadas à gravidez, devido ao acréscimo do nível de ansiedade experienciado, antecipação e intensificação de preocupações, nomeadamente com os cuidados ao bebé e os problemas que possam advir

da situação fetal, assumido assim uma dinâmica emocional particular (Meireles & Costa, 2005).

Uma gravidez afetada por complicações pode constituir uma experiência stressante e cheia de incertezas para a mulher e a sua família e trazer consequências graves para o desenvolvimento do trabalho de parto e parto, assim como do puerpério, ameaçando a ligação mãe-filho e a construção da relação entre ambos, que fica interrompida (Price et al., 2007). Há evidência científica que corrobora, e casos em que o problema se prolonga para além do período pós-parto e a mulher não consegue desenvolver uma relação de cuidado e carinho para com o filho, experienciando ausência de afeição, negligência e impulsos de magoar a criança (Deklava et al., 2015).

O bebé imaginado é, maioritariamente, um bebé saudável e perfeito que vem ao mundo sem intercorrências. Quando ocorrem desvios do processo fisiológico da gravidez, e esta se torna uma gravidez patológica, há uma necessidade de reestruturar as expectativas parentais e da família relativamente a este bebé, que pode afigurar-se como um ataque à autoestima materna, destituindo-a da vivência de uma maternidade saudável, acarretando pensamentos menos positivos, de culpa, insegurança e descrença no seu próprio corpo (Arruda & Marcon, 2007), sendo que “as experiências e sentimentos negativos vividos nesta fase da vida podem marcar profundamente a mulher em toda a sua existência” (Arruda & Marcon, 2007, p. 124).

No pós-parto, estas mulheres veem-se confrontadas com a necessidade de cuidar de um bebé ao qual não se sentem ligadas ou preparadas para cuidar, potenciando sentimentos de insegurança, medo, tristeza e inadaptação que poderão culminar no desenvolvimento de depressão pós-parto.

A depressão pós-parto é, ainda, um tema controverso, na medida em que não se definiu se se trata de uma doença, por si só, ou de um episódio depressivo que se desenvolve em determinado momento da vida de uma mulher (Kettunen, 2019). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 5ª Ed., 2013 citado por Hadi & Hadi, 2015), o diagnóstico de depressão pós-parto refere-se a um episódio depressivo que ocorre no período puerperal, imediatamente após o parto ou até quatro semanas depois.

Alguns autores discordam desta janela temporal, considerando possível desenvolver sintomas compatíveis com depressão até dois anos após o parto (Hadi & Hadi, 2015; Lanes, Kuk & Tamim, 2011; Kettunen, 2019). Assim, muitas depressões pós-parto podem estar mal classificadas, por não se inserirem na janela temporal recomendada, o que é comprovado pelo estudo realizado por Kettunen (2019), em que 46% da população estudada que sofria

de depressão pós-parto apresentou sintomas até 10 dias pós-parto, e 84% nas primeiras seis semanas, o que vai para além das quatro semanas preconizadas pelos critérios de diagnóstico.

A etiologia da depressão pós-parto mantém-se desconhecida, mas cada vez mais estudos suportam a teoria de ser uma alteração recorrente das variações hormonais características da gravidez e puerpério (Patel et al., 2012). No entanto, os preditores de depressão pós-parto variam consoante o contexto em que cada mulher se insere. Ao nível global, emergem quatro categorias principais: características socioeconómicas, características demográficas, fatores maternos e apoio social (Lanes, Kuk & Tamim, 2011).

Os sintomas mais frequentes são humor depressivo, diminuição do prazer e interesse no dia-a-dia, agitação psicomotora ou letargia, fadiga, sentimentos de inutilidade, incapacidade de se concentrar, sintomas obsessivo-compulsivos, fobias, ansiedade, défices de sono superiores aqueles provocados pelos cuidados normais ao recém-nascido, irritabilidade e ideação paranoide (Barbosa & Margareth, 2016; Gjerdingen & Yawn, 2007; Hadi & Hadi, 2015; Kettunen, 2019; Lanes et al., 2011; Patel et al., 2012).

A identificação e o tratamento adequados da depressão pós-parto são de elevada importância, visto que a ausência de cuidados nesta situação acarreta consequências graves para a mulher, a criança e a família. Estas mulheres veem a sua capacidade de lidar com eventos de vida normais comprometida, principalmente aqueles que se relacionam com as atividades parentais, levando a comportamentos sociais e emocionais inadequados entre mãe e filho; acarreta implicações negativas na vinculação, pelos comportamentos de evitamento e afastamento da mãe para com o filho ou comunicação hostil entre ambos, sobressaindo comportamentos de vinculação insegura e consequências negativas no desenvolvimento emocional, cognitivo, comportamental, social e físico da criança, que se podem prolongar até à idade adulta (Gjerdingen & Yawn, 2007; Kettunen, 2019; Lanes et al., 2011; Patel et al., 2012; Sharma & Sharma, 2012).

O medo de não ser compreendida, leva a que imensas mulheres não revelem os sentimentos negativos que as acometem, principalmente por se sentirem culpadas dessas emoções numa altura em que apenas deveriam sentir felicidade. Acrescentando o estigma associado às doenças do foro mental, as mulheres que sofrem desta condição sentem-se frequentemente retraídas e não procuram ajuda em tempo oportuno. Do mesmo modo, mulheres que se encontram a amamentar podem ter outras questões que as afastam de procurar ajuda ou

realizar o tratamento necessário, por preocupações associadas à utilização de medicação durante a lactação.

Num estudo, Song e colegas (2004, citado por Boyd, Mogul, Newman & Coyne, 2011) examinaram os registos de utilização de serviços de saúde mental, e verificaram que aproximadamente 57% das mulheres que apresentaram sintomatologia moderada a severa, consistente com a de depressão pós-parto, não procuraram qualquer tipo de ajuda junto dos profissionais de saúde. Os autores referem que a ausência de procura de ajuda pode dever-se a sentimentos de vergonha, falha no seu papel de mãe, o facto de terem de tomar conta dos filhos e não terem tempo para se dedicarem a si mesmas, responsabilidades familiares, falta de conhecimento sobre onde procurar ajuda, que tratamentos existem e mesmo sobre a patologia em si, estigma social, dúvidas sobre a eficácia do tratamento e perceção de falta de tempo para se deslocarem aos locais corretos (Boyd et al., 2011).

Estima-se que, em países desenvolvidos, a depressão pós-parto atinja entre 10 a 15% das mulheres no período pós-parto (Lanes et al., 2011). Em Portugal, esta condição afeta entre 10,6% e 23,3% das puérperas (Costa et al., 2007, Ferreira, 2007 citados por Sousa, 2012; Ferreira, Silva, Guerra, et al., 2018). Entre as variáveis maternas, o facto de desenvolverem complicações médicas durante a gravidez aparenta ter alguma relação com o desenvolvimento de depressão no período pós-parto, assim como os níveis elevados de stresse durante o período pré-natal, o que é corroborado por Patel e colegas (2012), que referem como fatores de risco importantes a história de depressão major no pós-parto ou durante a gravidez, sintomas depressivos antenatais, baixo nível de apoio social, eventos de vida importantes ou stressores durante a gravidez, estatuto socioeconómico baixo e complicações obstétricas.

Toda a equipa de cuidados de saúde tem responsabilidades na área da saúde mental, nomeadamente ao nível do reconhecimento dos sintomas, orientação para cuidados especializados, apoio psicológico à mulher, assistir a família, promover o *coping* e ensinar as futuras mães e respetivos acompanhantes e famílias, antes do parto, no sentido de prevenir ou antecipar, algumas das complicações nefastas explicitadas anteriormente. Assim, e por a gravidez ser um período em que existe um contacto mais frequente com os profissionais de saúde, especialmente o EESMO, importa compreender se as mulheres, cuja gravidez tem complicações associadas ou é de alto risco, se encontram em maior risco de desenvolver depressão pós-parto, de forma a intervir atempadamente, promovendo uma ligação mãe-filho mais precocemente e, assim, prevenir a depressão no período puerperal.

As revisões da literatura, para serem bem-sucedidas, necessitam de uma pergunta norteadora, que permita encaminhar a pesquisa e procurar as respostas necessárias que respondam aos objetivos propostos pelos investigadores. Atualmente, a estratégia PICO é das mais utilizadas, mas pode tornar-se redutora nas pesquisas qualitativas, como é o caso da RIL. Assim, segundo o guia da Universidade de Suffolk (University Campus Suffolk, s.a.), a estratégia PEO é comumente utilizada nas pesquisas qualitativas, sendo que “P” representa a população e os seus problemas, “E” representa a exposição e “O” remete para o resultado ou a experiência da população que pretendemos avaliar. Assim, definiu-se como questão norteadora “As grávidas com complicações associadas têm maior risco de desenvolver depressão pós-parto?” (tabela 1).

<b>P – População/Problema</b>	Grávidas
<b>E – Exposição</b>	Gravidez com complicações associadas
<b>O – Resultado</b>	Depressão pós-parto

Quadro 1 – Formulação da pergunta de pesquisa utilizando a estratégia PEO.

Esta revisão teve como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos EESMO, no âmbito da promoção da saúde mental, ligação mãe-filho e adaptação à parentalidade, à mulher com complicações associadas à gravidez, sendo os objetivos principais mapear o conhecimento existente sobre a relação entre a gravidez com complicações e o desenvolvimento de depressão pós-parto e perceber de que forma o EESMO pode intervir para melhorar a saúde mental, a ligação mãe-filho e a adaptação à parentalidade da mulher.

### **1.3.2. Metodologia: pesquisa e inclusão de artigos**

Após a definição da pergunta norteadora, partiu-se para a pesquisa. Para atingir os objetivos propostos, foi necessário pesquisar a evidência científica de forma a encontrar os resultados

que satisfaçam as nossas necessidades. Assim, o primeiro passo foi encontrar os termos científicos que melhor definem aquilo que procuramos. Nesse sentido, identificaram-se os conceitos principais da pesquisa e, a partir daí, corresponderam-se esses conceitos com os termos existentes no *MESHbrowser* e no *DeCS Server*, como apresentado no Quadro 2.

Conceito	<i>MESHbrowser</i>	<i>DeCS server</i>
Gravidez com complicações	Pregnancy complications	Pregnancy complications
	Obstetric complications	Obstetric complications
	High-risk pregnancy	
Depressão pós-parto	Postpartum depression	Postpartum depression

Quadro 2 – Correspondência dos conceitos principais da pesquisa com os termos dos servidores de termos científicos.

O passo anterior revelou-se importante, pois o processo de indexamento de artigos nas bases de dados requer a utilização de descritores universais, de forma a que as pesquisas sejam realizadas facilmente e de forma mais intuitiva e para que haja certeza de que a temática analisada corresponde à temática que é mostrada na pesquisa. Da mesma forma, para que o sistema de pesquisa identifique o que pretendemos, utiliza-se a linguagem booleana, que combina os descritores encontrados nos servidores com os operadores booleanos disponíveis. Estes operadores permitem-nos juntar descritores (OR), restringir resultados (AND) ou excluir por completo conceitos (NOT), traduzindo a pergunta de investigação numa frase compreensível para os motores de busca (Bernardo, Nobre & Jatene, 2004 citados por Ânima Educação, 2014). Assim, foi colocada a frase (“pregnancy complications” OR “obstetric complications” OR “high-risk pregnancy”) AND “postpartum depression” nos motores de busca de diversas bases de dados, acessíveis entre os meses de outubro de 2019 e julho de 2020.

No processo de pesquisa, a definição de critérios de inclusão e exclusão, assim como a definição de um período temporal a pesquisar, podem ser benéficas para o processo de filtragem e escolha dos artigos a analisar.

A nossa pesquisa realizou-se no período compreendido entre 2013 e 2020, por ser um período relativamente recente, em que a evidência científica continua atual. Os artigos foram

pesquisados em três idiomas, português, inglês e espanhol. Como critérios de inclusão consideramos artigos que abordassem a relação entre DPP e uma complicação específica da gravidez (pré-eclâmpsia, hiperêmese gravídica, DG, outras complicações.), o diagnóstico clínico de depressão pós-parto segundo critérios do DSM-V ou utilização de uma escala de avaliação de sintomas que permitisse obter um *score* representativo de DPP. Como critérios de exclusão consideraram-se amostras com problemas psiquiátricos, grávidas ou mães adolescentes, refugiados, migrantes, gravidezes gemelares ou problemas de saúde prévios à gravidez, como diabetes *mellitus* ou HTA crónica.

A pesquisa foi realizada em diversas bases de dados, estando o processo para seleção dos artigos descrito na figura abaixo (Figura 3).

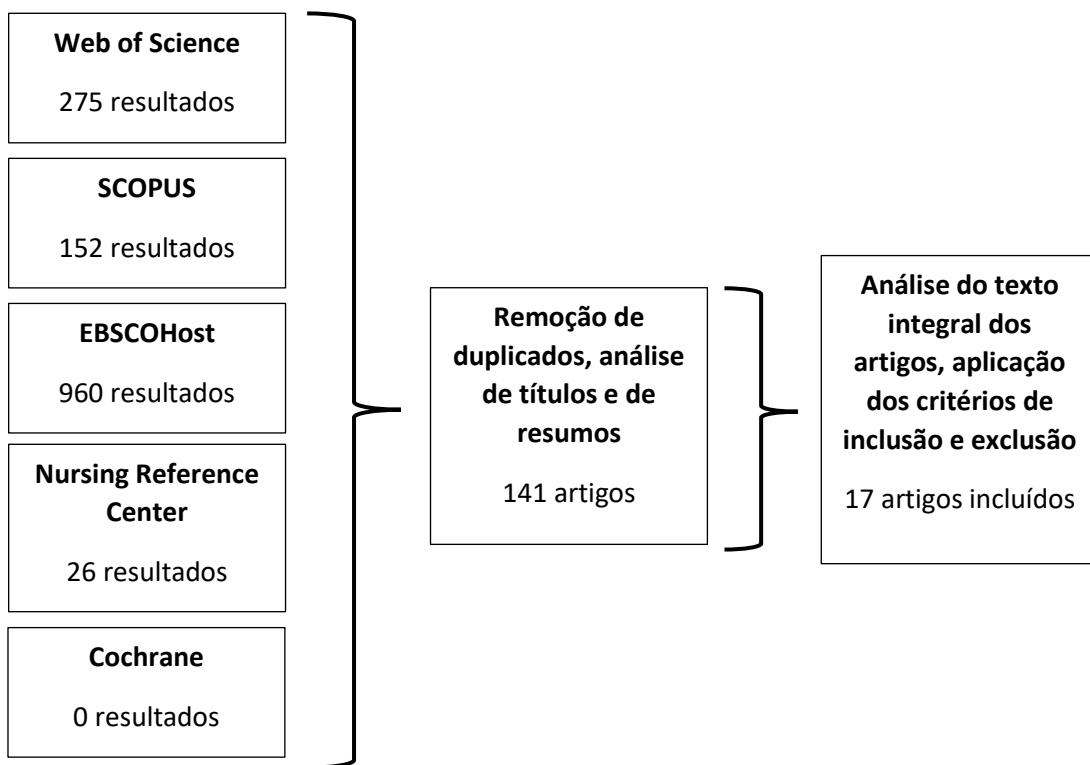


Figura 3 – Fluxograma da seleção bibliográfica

### **1.3.3. Análise dos artigos**

Os artigos foram lidos e analisados, sendo elegíveis para o nosso estudo dezassete. Esses artigos foram analisados, apresentando-se os principais resultados no quadro 3. A forma de organização dos dados, permite uma procura mais eficaz da informação e uma comparação facilitada, visto que toda a informação se encontra num mesmo local. Os artigos foram analisados tendo em conta o ano e o país, os seus objetivos principais, metodologia e amostra, assim como os resultados e/ou principais conclusões, conforme se apresentam no quadro 3.

Artigo	Nível de Evidência	Objetivo(s)	Metodologia/Amostra	Resultados
<p><i>Maternal Morbidities and Postpartum Depression: An Analysis Using the 2007 and 2008 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System</i></p> <p><b>Sundaram, S., Harman, J. S. &amp; Cook, R. L.</b></p> <p>2014, EUA</p>	IV	Examinar a associação de várias morbidades antenatais e a DPP em dois grupos de mulheres: 1) mulheres com sintomas de DPP e 2) mulheres com diagnóstico efetivo de DPP.	<p><b>Estudo de caso-controlo exploratório</b></p> <p>Foram utilizados dados da plataforma PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System) dos anos 2007 e 2008. A amostra recolhida envolveu dados de 62 733 gravidezes divididas em dois grupos, um em que as mulheres apenas reportavam sintomas de DPP e o outro em que, efetivamente, havia um diagnóstico médico de DPP.</p> <p><u>Escala de depressão: Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) e questionário do PRAMS.</u></p>	Da amostra, 13,8% das mulheres revelaram sintomas de DPP enquanto 7,6% delas foi efetivamente diagnosticada com DPP. Os autores encontraram 13 morbidades antenatais descritas nos dados da plataforma utilizada. De acordo com este estudo, mulheres com hemorragia vaginal, infeção renal/bexiga, náuseas, TPPT, HTA, ou sujeitas a repouso durante a gravidez parece terem um risco acrescido de desenvolver DPP. A diabetes <i>mellitus</i> prévia à gravidez, foi também um fator predisponente para o desenvolvimento de sintomas depressivos.
<p><i>Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados</i></p> <p><b>Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A. &amp; Cesar, J. A.</b></p> <p>2017, Brasil</p>	IV	Medir a incidência de depressão pós-parto e verificar quais os fatores associados.	<p><b>Estudo de caso-controlo transversal</b></p> <p>Foram entrevistadas 2687 mulheres, 48 horas após o parto, recorrendo-se a questionário sociodemográfico e à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). A amostra foi dividida de acordo com o resultado obtido na EPDS, um sem sintomas depressivos pós-parto e o outro, em que as mulheres nele inseridas</p>	O grupo da DPP representa 14% da amostra. Verificou-se um risco aumentado de 55% de depressão nas mulheres com complicações na gravidez. Este risco era progressivamente superior, consoante o número de comorbidades que apresentavam (duas ou mais apresentam um risco 127% superior ao da gravidez saudável), sendo a

			<p>apresentavam um resultado na EPDS coincidente com DPP. Os grupos foram depois entrevistados e as suas respostas analisadas em relação a variáveis demográficas, socioeconómicas, psicossociais, comportamentais, obstétricas, suporte social, suporte profissional, morbilidade e intercorrências na gestação atual.</p> <p><u>Escala de depressão: EPDS.</u></p>	<p>hospitalização um fator acrescido para o desenvolvimento de DPP.</p> <p>Os autores referem, também, que o acompanhamento feito pelos profissionais de saúde e percebido pela puérpera, ao longo de toda a gestação, parto e puerpério parece ter um efeito protetor no desenvolvimento de DPP.</p>
<p><i>Association between perinatal anemia and postpartum depression: A prospective cohort study of Japanese women</i></p> <p><b>Maeda, Y., Ogawa, K., Morisaki, N., Tachibana, Y., Horikawa, R. &amp; Sago, H.</b></p> <p>2019, Japão</p>	IV	<p>Clarificar a associação entre DPP e anemia no segundo e terceiro trimestres da gravidez e no pós-parto.</p>	<p><b>Estudo de coorte</b></p> <p>A amostra constituiu-se por 977 mulheres, recrutadas na primeira consulta e antes das 14 semanas de gestação. Foram colhidas amostras sanguíneas nos trimestres considerados e no puerpério, sendo aplicada a EPDS no final do primeiro mês pós-parto. Posteriormente, os dados foram organizados em dois grupos, consoante o resultado na EPDS, e foi realizada análise estatística para comparar os níveis de hemoglobina entre o grupo sem DPP e o grupo cujo <i>score</i> na EPDS sugere DPP.</p>	<p>Os autores concluíram que, da amostra analisada, 20,1% das mulheres desenvolveram DPP, sendo que a anemia, no período pós-parto, foi a comorbidade mais significativa para o diagnóstico de DPP. Já a anemia durante a gravidez não se revelou significativa para o desenvolvimento de depressão no período puerperal.</p>

			Esca la de depress ̃o: <b>EPDS.</b>	
<p><i>Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants of postpartum depression: the Rhea mother–child cohort in Crete, Greece</i></p> <p><b>Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Kogevinas, M. &amp; Chatzi, L.</b></p> <p>2016, Grécia</p>	<b>IV</b>	Identificar complicaç ̃es da gravidez, do parto ou do puerp ́rio que possam contribuir para a DPP.	<p><b>Estudo de coorte</b></p> <p>Foram analisadas 1037 mulheres, contactadas tr ́s vezes: no terceiro trimestre de gesta ̃o, no parto e oito semanas p ́s-parto. As autoras realizaram entrevistas, pessoalmente, e recorreram aos dados cl ́nicos das mulheres. Na oitava semana de puerp ́rio, foi aplicada a EPDS ̃s mulheres, dividindo-se depois a amostra em dois grupos de acordo com o <i>score</i> obtido. Posteriormente foi realizada an ́lise estatística, para compreender a influ ́ncia das variáveis demográficas, socioecon ́micas, obst ́tricas e de sa ́de.</p> <p>Esca la de depress ̃o: <b>EPDS.</b></p>	<p>Neste estudo, a preval ́ncia de DPP ́ de 13,6%. Os resultados da an ́lise estatística sugerem que a ocorr ́ncia de HTA gestacional ou pr ́-eclâmpsia est ́o significativamente associados com o desenvolvimento de DPP, com risco associado de 1,69 vezes superior. As m ́s experi ́ncias no in ́cio da amamenta ̃o parecem aumentar o risco de desenvolver DPP em 1,27 vezes.</p> <p>Para al ́m disso, a priva ̃o de sono durante a gravidez (risco aumentado 3,57 vezes) e o desmame precoce (abandono da amamenta ̃o antes dos dois meses de idade do lactente, com um aumento de risco de 1,77), tamb ́m influenciaram o desenvolvimento de sintomas depressivos no per ́odo p ́s-parto, nomeada.</p>
<p><i>Development of Postpartum Depression in Pregnant Women with Preeclampsia: A Retrospective Study</i></p> <p><b>Chen, L., Wang, X., Ding, Q., Shan, N. &amp; Qi, H.</b></p>	<b>IV</b>	Determinar a incid ́ncia de DPP em mulheres com pr ́-eclâmpsia e identificar a associa ̃o entre DPP e a severidade de pr ́-eclâmpsia.	<p><b>Estudo de caso-controlo retrospectivo</b></p> <p>Foi aplicado um questionário para caracteriza ̃o sociodemográfica e a EPDS em 180 mulheres (90 com gravidez de baixo risco e 90 com pr ́-eclâmpsia), que foram</p>	<p>Neste estudo, 26,67% das mulheres com pr ́-eclâmpsia tiveram DPP, o dobro dos resultados obtidos junto do grupo sem pr ́-eclâmpsia (12,22%), representando um risco tr ́s vezes superior. Este risco aparenta aumentar conforme a severidade da doen ̃a, sendo que mulheres com pr ́-eclâmpsia severa</p>

2019, China			posteriormente divididas em dois grupos: com depressão e sem depressão. Posteriormente os autores analisaram estatisticamente as amostras, para encontrar as diferenças entre os grupos, de acordo com as variáveis analisadas.  <u>Escala de depressão: EPDS.</u>	apresentaram um risco quatro vezes superior de desenvolver DPP quando comparadas com grávidas saudáveis.
<i>Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors</i>  <b>Dmitrovic, B. K., Dugalic, M. G., Balkoski, G. N., Dmitrovic, A. &amp; Soldatovic, I.</b>  2014, Sérvia	<b>IV</b>	Identificar a prevalência de sintomas depressivos na gravidez e no pós-parto.	<b>Estudo de coorte transversal</b>  Foi efetuado um questionário semiestruturado para caracterização sociodemográfica e obstétrica e aplicada a EPDS a 212 grávidas no terceiro trimestre de gestação. No pós-parto 195 foram seguidas, razão pela qual apenas essas voltaram a responder à EPDS.  Os autores, posteriormente, realizaram análise estatística, de forma a avaliar a evolução dos sintomas depressivos e analisar as variáveis com maior influência para o desenvolvimento de DPP.  <u>Escala de depressão: EPDS.</u>	Os autores concluíram que a prevalência de sintomas depressivos diminuiu desde o último trimestre da gravidez até ao pós-parto. No entanto, é visível que complicações durante a gravidez (não especificadas pelos autores)/gravidez de alto risco aumentam o risco de DPP três vezes, enquanto que sintomas depressivos no período antenatal contribuem para um risco dez vezes superior de desenvolver DPP.
<i>Gestational diabetes and postnatal depressive</i>	<b>IV</b>	Determinar a associação provável entre DG e	<b>Estudo de coorte prospetivo</b>	A hiperglicemia na gravidez e a DG associaram-se a resultados superiores na

<p><i>symptoms: A prospective cohort study in Western China</i></p> <p><b>Mak, J. K. L., Lee. A. H., Pham, N. M., Tang, L., Pan, X., Binns, C. W. &amp; Sun, X.</b></p> <p>2019, China</p>		<p>sintomas depressivos no pós-parto.</p>	<p>Foram recolhidos dados sobre 1449 grávidas, assim como os resultados da prova de tolerância oral à glicose</p> <p>A EPDS foi aplicada entre as 32-37 semanas de gestação, e novamente um mês e três meses pós-parto.</p> <p><u>Escala de depressão: EPDS.</u></p>	<p>escala de depressão, quer no primeiro, quer no terceiro mês pós-parto.</p> <p>Segundo os autores, estes resultados podem ser atribuídos ao stresse do diagnóstico e de aprender a viver com a doença, assim como às alterações bioquímicas associadas à desregulação glicémica (pela desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, que cursa com elevação dos níveis de cortisol, conducente a maiores níveis de stresse).</p>
<p><i>Antepartum urinary tract infection and postpartum depression in Taiwan – a nationwide population-based study</i></p> <p><b>Liu, J., Chiu, F., Liu, Y., Chen, S., Chan, H., Yang, J., Chang, F. &amp; Hsu, R.</b></p> <p>Taiwan, 2018</p>	<p><b>IV</b></p>	<p>Determinar se existe relação entre a infeção urinária na gravidez e DPP e se a sintomatologia varia de acordo com as diferentes localizações da IU (alta ou baixa).</p>	<p><b>Estudo de coorte retrospectivo</b></p> <p>Os autores recorreram à base de dados nacional NHIRD (National Health Insurance Research Database) para recolher informação sobre 55087 mulheres grávidas, que foram divididas em dois grupos: com DPP e sem DPP.</p> <p>Posteriormente, os autores analisaram estatisticamente os dois grupos, comparando-os relativamente às variáveis encontradas.</p> <p><b>DPP avaliada através de diagnóstico clínico.</b></p>	<p>Os autores concluíram que ambos os tipos de IU contribuem para o desenvolvimento de sintomas depressivos no puerpério. No entanto, foi evidente a associação entre as IU altas, havendo um risco quatro vezes superior de desenvolver DPP.</p> <p>Devido à grande amostra, os autores constataram que a doença renal crónica, a epilepsia, as doenças cardíacas e IU foram as quatro principais patologias associadas à DPP, com resultados significativos após análise estatística.</p>

<p><i>Pregnancy Hyperglycemia and Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms</i></p> <p><b>Huang, T., Rifas-Shiman, S. L., Ertel, K. A., Rich-Edwards, J., Kleinman, K., Gillman, M. W., Oken, E. &amp; James-Todd, T.</b></p> <p>2015, EUA</p>	<p>IV</p>	<p>Verificar a hipótese da hiperglicemia, durante a gravidez, estar associada a sintomas depressivos durante a gravidez e no período pós-parto.</p>	<p><b>Estudo de coorte longitudinal</b></p> <p>Foram analisadas 1686 mulheres que participaram no Projeto Viva. Estas mulheres completaram testes de tolerância oral à glicose, que implicavam várias fases, consoante os resultados obtidos, e que preencheram a EPDS seis meses após o parto, cujo resultado foi utilizado para diferenciar a amostra em grupos: com sintomas de DPP e sem sintomas de DPP.</p> <p>Os dados foram, depois, analisados estatisticamente.</p> <p><u>Escala de depressão: EPDS.</u></p>	<p>As mulheres com hiperglicemia/DG durante a gravidez apresentaram um risco duas vezes superior de desenvolver depressão, ainda durante o período pré-natal. Em contrapartida, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre os valores glicémicos e a DPP.</p>
<p><i>Association between gestational diabetes and perinatal depressive symptoms: evidence from a Greek cohort study</i></p> <p><b>Varela, P., Spyropoulou, A. C., Kalogerakis, Z., Vousoura, E., Moraitou, M. &amp; Zervas, I. M.</b></p> <p>2017, Grécia</p>	<p>IV</p>	<p>Determinar a associação de DG com sintomas depressivos pré e pós-natais.</p>	<p><b>Estudo de coorte</b></p> <p>Amostra consistiu de 117 mulheres, no terceiro trimestre de gravidez, que preencheram o inquérito sociodemográfico e a EPDS entre as 32-35 semanas de gestação e repetiram uma semana pós-parto.</p> <p><u>Escala de depressão: EPDS.</u></p>	<p>O estudo mostra que 12% das mulheres avaliadas tinham probabilidade de serem diagnosticadas com depressão na gravidez e 15,1% com DPP, devido à pontuação obtida na EPDS. A prevalência de DG foi de 14,5%, sendo que essas mulheres apresentaram resultados superiores na EPDS durante o período pós-parto, havendo uma associação significativa entre as duas patologias. Isto foi observado na análise dos dados, visto que 35,7% das mulheres com DG foram diagnosticadas com DPP quando</p>

				comparadas com 11,4% das mulheres sem DG. Por outro lado, não se encontrou nenhuma associação estatisticamente significativa entre DG e depressão durante a gravidez.
<p><i>Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study</i></p> <p><b>Mathisen, S. E., Glavin, K., Lien, L. &amp; Lagerlov, P.</b></p> <p>2013, Argentina</p>	IV	<p>Descrever a prevalência de sintomas depressivos no período pós-parto e identificar as possíveis associações com potenciais fatores de risco.</p>	<p><b>Estudo de coorte</b></p> <p>Foram inquiridas 86 mulheres, às 6 semanas pós-parto, que preencheram um questionário sociodemográfico e a EPDS.</p> <p><u>Escala de depressão: EPDS.</u></p>	<p>Da amostra analisada, 69,9% apresentavam sintomas depressivos, variando entre ligeiros e severos. Das 23 mulheres com complicações da gravidez, 19 evidenciaram resultados compatíveis com DPP nas respostas à EPDS, sugerindo, por isso, uma associação significativa entre DPP e complicações na gravidez, apresentado, segundo a análise estatística, um risco 3,40 vezes superior de desenvolver DPP.</p> <p>As complicações associadas à gravidez referidas no estudo foram DG, HTA, insuficiência renal, colestase, anemia, hemorragia vaginal, APPT e necessidade de <i>cerclage</i>.</p> <p>Os autores concluíram que multiparidade, complicações durante o trabalho de parto e parto, cesarianas e complicações com a amamentação (início tardio, desmame antes dos seis meses de idade, complicações relacionadas com a mama,</p>

				mamilo e pega, e menor percepção de autoeficácia).
<p><i>Associations between postpartum depression and hypertensive disorders of pregnancy</i></p> <p><b>Strapasson, M. R., Ferreira, C. &amp; Ramos, J. G. L.</b></p> <p>Brasil, 2018</p>	IV	Identificar as possíveis relações entre DPP e HTA gestacional, assim como os fatores de risco associados ao desenvolvimento de DPP.	<p><b>Estudo de coorte prospectivo descritivo</b></p> <p>Foram analisados dois conjuntos de mulheres, um com alterações hipertensivas da gravidez e outro de grávidas normotensas, num total de 168 participantes que responderam à EPDS no primeiro dia pós-parto, ficando rearranjadas em dois grupos, um grupo com sintomas depressivos e outro sem sintomas depressivos, de acordo com o <i>score</i> obtido na EPDS.</p> <p>Os dados dos grupos foram, depois, analisados estatisticamente e os resultados comparados entre si.</p> <p><u>Escala de depressão: EPDS.</u></p>	O grupo que apresentava sintomas depressivos correspondia a 23,8% da amostra. Dentro desse grupo, 37,5% havia sido diagnosticada com desordens hipertensivas da gravidez, face a 21,1% no grupo sem sintomatologia depressiva, diferença que se revelou estatisticamente significativa.
<p><i>Depression, Anxiety, and Post-traumatic Stress Disorder Following a Hypertensive Disorder of Pregnancy: A Narrative Literature Review</i></p>	I	Examinar a relação entre depressão, ansiedade e stresse pós-traumático no pós-parto e mulheres com alterações hipertensivas da gravidez.	<p><b>Revisão narrativa da literatura</b></p> <p>Foram analisadas 17 publicações, após uma pesquisa exaustiva em bases de dados.</p> <p><u>Escalas e instrumentos utilizados nos vários estudos analisados: EPDS, Inventário de Depressão de Beck</u></p>	Verificou-se uma maior incidência de depressão em mulheres com problemas tensionais na gravidez, sendo que os resultados sugerem que há um aumento de casos/sintomas conforme o aumento da severidade do problema, sendo questionada a sua etiologia – a alteração

<p><b>Roberts, L., Davis, G. K., Homer, C. S.E.</b></p> <p>2019, Austrália</p>			<p>(BDI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), PHQ-9, Zung Depression Scale (ZDS), Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D).</p>	<p>hipertensiva em si ou as sequelas da mesma (como o parto pré-termo).</p> <p>O estudo refere também um aumento de casos de stresse pós-traumático em mulheres com gravidez complicada por HTA, mas não se verificou o mesmo relativamente à ansiedade.</p>
<p><i>Postpartum Depression and its Associated Factors: A Community-based Study in Nepal</i></p> <p><b>Chalise, A. &amp; Bhandari, T. R.</b></p> <p>2019, Nepal</p>	IV	<p>Determinar a prevalência e os fatores associados de DPP.</p>	<p><b>Estudo de coorte</b></p> <p>Foram realizadas entrevistas presenciais a 195 mulheres no período pós-parto, recorrendo a um guião estruturado e à EPDS.</p> <p><u>Escala de depressão: EPDS.</u></p>	<p>Das 195 participantes, 19% apresentavam DPP, sendo que 2,1% referiram já ter tido pensamentos suicidas nos seis meses que antecederam as entrevistas. As autoras concluíram que sofrer de complicações na gravidez aumenta a probabilidade de depressão nos seis meses após o parto, com um risco até seis vezes superior ao considerado na gravidez de baixo risco.</p>
<p><i>A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar</i></p> <p><b>Burgut, F. T., Bener, A., Ghuloum, S. &amp; Sheikh, J.</b></p> <p>2013, Quatar</p>	IV	<p>Investigar a associação entre complicações maternas e DPP.</p>	<p><b>Estudo de coorte</b></p> <p>Foram inquiridas 1379 mulheres nos primeiros seis meses após o parto, através de um questionário estruturado e da EPDS.</p> <p><u>Escala de depressão: EPDS.</u></p>	<p>O estudo permitiu concluir que 17,6% das mulheres estudadas apresentavam DPP, sendo que as mulheres com complicações na gravidez, como DG, HTA, ameaça de abortamento e doenças cardíacas, aparentavam enfrentar um maior risco de desenvolver DPP.</p>
<p><i>Prevalence and factors associated with depressive symptoms among post-partum mothers in Nepal</i></p>	IV	<p>Calcular a prevalência de sintomas de DPP e identificar os fatores associados.</p>	<p><b>Estudo de coorte</b></p> <p>Foi aplicado um questionário semiestruturado e a EPDS a 346</p>	<p>A prevalência de sintomas de DPP, neste estudo, foi de 30,3%. Dessas mulheres que manifestaram sintomas depressivos, 45,2% apresentaram algum tipo de</p>

<p><b>Giri, R. K., Khatri, R. B., Mishra, S. R., Khanal, V., Sharma, V. D. &amp; Gartoula, R. P.</b></p> <p>2015, Nepal</p>			<p>mulheres no pós-parto, entre a sexta e a décima semana de puerpério.</p> <p><u>Escala de depressão: EPDS.</u></p>	<p>complicação médica da gravidez. Os autores concluíram que a ocorrência de complicações na gravidez contribui para o desenvolvimento de DPP, duplicando o risco.</p>
<p><i>The relationship between hyperemesis gravidarum and maternal psychiatric well-being during and after pregnancy: controlled study</i></p> <p><b>Senturk, M. B., Yildiz, G., Yildiz, P., Yorguner, N. &amp; Çakmak, Y.</b></p> <p>2016, Turquia</p>	<p><b>IV</b></p>	<p>Avaliar a relação entre hiperémese gravídica, sintomas de stress psicológico no primeiro trimestre e DPP.</p>	<p><b>Estudo controlado prospetivo</b></p> <p>Os autores criaram dois grupos, o de caso, com gravidezes complicadas por hiperémese gravídica e o de controlo, com gravidezes saudáveis, num total de 384 mulheres. Utilizaram uma escala de sintomas de stresse psicológico aplicada no primeiro trimestre de gravidez (Symptom Checklist-90-Revised [SCL-90-R]) e a EPDS no pós-parto, para avaliar o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos e a DPP.</p> <p><u>Escala utilizadas: EPDS e SCL-90-R.</u></p>	<p>Os resultados mostraram que as mulheres que sofriam de hiperémese gravídica, no primeiro trimestre da gravidez, estão em maior risco de desenvolver DPP, com um risco aumentado em 6,5 vezes. Acrescenta-se, ainda, que para estas mulheres o momento em que são diagnosticadas e tratadas comporta mais stresse e ansiedade, verificado pelos resultados da SCL-90-R.</p>

Quadro 3 - Análise dos artigos seleccionados

#### **1.3.4. Discussão dos resultados**

A ocorrência de depressão pós-parto após uma gravidez com complicações associadas foi corroborada por vários autores, que, apesar de não distinguirem as diversas patologias da gravidez, encontraram relações significativas entre as variáveis (Dmitrovic et al., 2014; Giri et al., 2015; Mathisen et al., 2013).

Hartmann e colegas (2017) verificaram que as morbidades da gravidez aumentam o risco de desenvolver depressão no pós-parto em 55% e, quando ocorre mais do que uma complicação simultaneamente (por exemplo pré-eclâmpsia e DG), esse risco sobe para 127% quando comparadas com gravidezes saudáveis, especialmente se acompanhadas de necessidade de internamento. Os autores explicam este risco pela maior fragilidade emocional em que a mulher se encontra, por ter de lidar com a incerteza e o stresse associado às complicações gestacionais.

O estudo conduzido por Sundaram e colegas (2014), visou a relação de várias morbidades antenatais e a ocorrência de depressão no período pós-parto. Estes autores verificaram que mulheres que experienciaram hemorragia vaginal, infecção do trato urinário, náuseas ou ameaça de parto pré-termo detêm um risco superior de desenvolver depressão no período puerperal. Esses achados são corroborados por outros autores, mas nenhuma explicação para essas associações é adiantada (Burgut et al., 2013; Chalise & Bhandari, 2019).

#### **Anemia**

A ocorrência de anemia durante a gravidez é frequente e pode cursar com cansaço generalizado, cuja severidade depende dos valores de hemoglobina apresentados pela grávida. Esses valores, quando muito baixos, podem colocar em risco a vida da mulher durante o parto, devido à perda sanguínea que é normal ocorrer, pelo que necessita de ser corrigida através de medicação ou, em casos mais graves, transfusões sanguíneas.

Maeda e colegas (2019), concluem que a anemia durante a gravidez não parecer ter associação com a ocorrência de depressão no período pós-parto, ao contrário da anemia pós-parto que parece associar-se com frequência ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Os autores encontram justificação para tal na ocorrência de sintomas como fadiga, irritação

e apatia, que comprometem os cuidados ao RN e a amamentação, submetendo a mulher a um estado de maior vulnerabilidade, sentimentos de incapacidade e insegurança.

### **Desordens hipertensivas da gravidez, pré-eclâmpsia e eclâmpsia**

Uma revisão narrativa da literatura conduzida por Roberts e colegas (2019) conclui que, apesar de não existir uma certeza definitiva de que as complicações hipertensivas durante a gravidez conduzem à ocorrência de depressão pós-parto, existe um risco aparentemente superior de essas mulheres virem a desenvolver algum problema do foro mental.

Num estudo de grande abrangência populacional na Grécia, os autores concluíram que as desordens hipertensivas da gravidez (HTA gestacional) e casos de pré-eclâmpsia aparentam estar mais associados à ocorrência de DPP (Koutra et al. 2018).

Chen e colegas (2019) concluem, no seu estudo, que mulheres com pré-eclâmpsia enfrentam um risco três vezes superior de desenvolver DPP quando comparadas com mulheres com gravidez de baixo risco. Estes autores referem que a expressão de sintomatologia exacerbada e as consequências para o RN poderão ser fatores influenciadores da ocorrência de sintomas depressivos no pós-parto, o que vai de encontro aos achados de Hoedjes e colegas (2011), que analisaram a ocorrência de DPP em dois grupos de mulheres com pré-eclâmpsia (um com sintomatologia moderada e outro com sintomatologia severa) e concluíram que, apesar de as mulheres com sintomas severos terem mais frequentemente depressão pós-parto, tal não se deve à severidade da doença em si, mas sim ao grau de consequências que acarreta para o RN, como a necessidade de reanimação neonatal ou internamento na Neonatologia.

Strapasson e colegas (2018) acrescentam, ainda, que a necessidade de terapia com sulfato de magnésio parece influenciar o desenvolvimento de DPP, pela potencial ocorrência de eclâmpsia. A mulher sente-se assoberbada pelo medo de piorar o seu estado de saúde, o que aumenta, significativamente, o seu nível de stresse, potenciando os sintomas depressivos no pós-parto.

Sundaram e colegas (2014) referem que mulheres com distúrbios hipertensivos da gravidez parecem referir mais sintomas depressivos, quando comparadas com outras complicações.

As conclusões são coincidentes com resultados obtidos em estudos anteriores, citados pelos autores, que sugerem que essas alterações de humor se prendem com alterações hormonais – nomeadamente um aumento dos níveis circulantes de serotonina e uma diminuição nos níveis desta hormona a nível cerebral – e com alterações físicas e morbilidades que ocorrem

no período pós-parto. Uma outra explicação prende-se com a libertação de fatores inflamatórios pela placenta para a corrente sanguínea materna.

### **Diabetes gestacional**

O estudo de Mak e colegas (2019), conclui que mulheres com diabetes gestacional reportam valores mais elevados de sintomatologia depressiva até três meses pós-parto, o que parece desafiar a janela temporal da DPP. Os autores consideram que isto se deve à desregulação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal e aos níveis elevados de cortisol durante a gravidez, que conduzem ao aumento do stresse, inflamação, alteração dos biomarcadores e consequências fetais e neonatais.

A mesma conclusão foi observada no estudo de Varela e colegas (2017), em que foi encontrada uma associação significativa entre DG e DPP, mas não entre DG e depressão durante a gravidez.

Contrariamente, o estudo de Huang e colegas (2015) conclui que não existe uma associação significativa com sintomas depressivos no pós-natal, mas que, cerca de 35% das mulheres estudadas com alterações glicémicas ou DG, manifestaram sintomas depressivos ainda durante a gravidez.

### **Hiperémese gravídica**

Um estudo realizado junto da população obstétrica com hiperémese gravídica por Senturk e colegas (2016), conclui que os sintomas psicológicos são comuns, quer durante a ocorrência da patologia no primeiro trimestre, quer posteriormente, no puerpério. Assim, os autores referem um risco de 6,5 vezes superior de desenvolver DPP, quando comparado a uma gravidez saudável. Os autores acrescentam que estas mulheres podem sofrer, frequentemente, de fobias e raiva, aumentando cumulativamente o risco de DPP em 1,4 e 1,5 vezes, nomeadamente.

### **Infeções urinárias**

As IU são uma patologia frequente durante a gravidez. A recorrência de infeções urinárias pode acarretar riscos para o feto e desconforto para a grávida. A IU alta (pielonefrite, cistite) é uma das complicações mais frequentes na segunda metade da gravidez e, também, uma das mais severas, causando 12% dos casos de *sepsis* associada à gravidez, que resultam em internamentos em unidades de cuidados intensivos (Liu et al., 2018). A patologia cursa com dor lombar, febre e fadiga, aumentando o stresse mental da mulher e o risco de parto pré-

termo. O estudo de Liu e colegas (2018) concluiu que o risco de desenvolver DPP em mulher cuja gravidez foi complicada por ITU alta é de 2,97 vezes superior ao de uma mulher cuja gravidez decorreu sem problemas.

### **Repouso no leito**

A necessidade de repouso no leito é, como já analisado anteriormente, uma atitude terapêutica expectante, prescrita com frequência, quando ocorre alguma complicação na gravidez que possa resultar em parto pré-termo ou outro tipo de emergências obstétricas. Sundaram e colegas (2014) perceberam que, independentemente da altura da gravidez em que este repouso é imposto, estas mulheres se encontram mais vulneráveis e fragilizadas emocionalmente no período pós-parto, colocando-as em situações de suscetibilidade e tristeza, que podem culminar numa depressão.

### **Limitações dos artigos analisados**

Apesar das conclusões serem, maioritariamente, concordantes entre si, algumas limitações têm de ser apontadas, que podem não permitir a uniformidade dos dados e a sua generalização.

Uma das principais limitações é a heterogeneidade das escalas de avaliação dos sintomas depressivos utilizadas e, mesmo quando utilizado o mesmo instrumento, a sua forma de aplicação (auto *versus* heteroaplicação) pode enviesar os resultados obtidos ao longo dos vários artigos.

Nos casos em que se utilizou a mesma escala, os pontos de corte para o *score* que traduz sintomas depressivos foram diferentes de país para país, o que pode traduzir alguma variabilidade nos resultados.

O momento de avaliação dos sintomas no período pós-parto foi, também, muito variado e entre os diversos artigos. Essa avaliação pode, por vezes, ter sido demasiado precoce ou demasiado tardia, sendo que alguns artigos referiam uma avaliação aos sete dias pós-parto e outros uma primeira avaliação apenas seis meses pós-parto.

A heterogeneidade das participantes, nomeadamente na idade, paridade, cultura, situação socioeconómica e apoio recebido pode, também, influenciar os resultados obtidos, mesmo quando os estudos analisaram as co-variáveis e os fatores de confusão.

O tamanho da amostra era, em alguns artigos, pequeno, devido à escassez de mulheres com determinadas patologias, ou à capacidade dos investigadores de colher dados a uma grande amostra.

O estigma social também pode funcionar como limitação, visto que as participantes poderiam sentir-se intimidadas a revelar toda a profundidade dos seus sentimentos e emoções, com receio de serem julgadas ou rotuladas como “má mãe”.

Algumas patologias, como a DG, aparentam diferir no momento de início dos sintomas depressivos, o que pode indicar influência cultural, crenças de saúde e estigmas sociais específicos do país de origem do estudo, que influenciam os resultados obtidos. Não obstante a isso, as conclusões retiradas são interessantes e permitem a reflexão e uma ponte de pensamento e melhoria das práticas dentro da nossa cultura e meio social.

### **1.3.5. Conclusão**

A depressão pós-parto é, ainda, um tema a debater, visto o seu diagnóstico ainda não ser muito claro. Apesar de no DSM-V existir uma definição e critérios diagnósticos, vários estudos apontam para a necessidade de revisão do conceito, muito devido à frequência de subdiagnósticos encontrada na população obstétrica, que pode acarretar sérias complicações para a mulher, criança e respetiva família, pelo fardo psicológico e emocional que é ter de lidar com uma depressão, especificamente do pós-parto, que condiciona muito as ligações familiares.

Atualmente, a depressão pós-parto tem taxas de subdetecção e subtratamento elevadas, sendo que de acordo com Pereira e colegas (2014) 75% dos casos não chegam a ser identificados e, da percentagem que efetivamente é diagnosticada, apenas 10% recebe o tratamento de que necessita, chegando frequentemente tarde demais. A DPP é, de acordo com os mesmos autores, um dos problemas de saúde pública mais dispendiosos do período perinatal (Flynn et al., 2010 citado por Pereira et al., 2014).

Assim, torna-se cada vez mais evidente a necessidade da abordagem da sintomatologia depressiva, através de rastreio universal, quer no pós-parto quer durante a gravidez, visto

que, frequentemente, estes sintomas já estão presentes no último trimestre e podem transitar e exacerbar no período puerperal.

Não sendo, ainda, possível o rastreio universal de sintomatologia depressiva em todas as mulheres grávidas, pois muitas não são vigiadas por EESMO e o primeiro contacto que têm com uma enfermeira especialista é, com frequência, no momento do parto, esta revisão permite chamar a atenção para a gravidez com complicações. Por ser uma gravidez mais vigiada e com necessidade de contacto mais frequente com os profissionais de saúde, especialmente os EESMO, o estabelecimento de uma relação de confiança EESMO-utente é mais fácil, o que permite uma avaliação desta sintomatologia mais honesta e sem tantos receios de estigmatização por parte da mulher. Vale salientar uma das conclusões do estudo de Hartmann e colegas (2017), que referem um efeito protetor entre o apoio oferecido pelos profissionais de saúde, percebido pela grávida, e a depressão pós-parto, contribuindo para o fortalecimento da necessidade de interações positivas entre utente e EESMO, favorecendo a escuta ativa e a resolução de problemas que sejam relevantes para a mulher.

Alguns dos artigos analisados, concluem que esta depressão pós-parto surgirá, não pela complicação da gravidez em si, mas pelas consequências e limitações que trazem consigo e por ser mais um fator stressante na vida destas mulheres. Assim, o apoio deve ser universal, em todas as fases do acompanhamento da utente e respetiva família e, em casos de morte fetal, necessidade de cuidados intensivos neonatais ou alguma complicação que surja para com o RN, os sentimentos da puérpera não devem ser ignorados, e esta deve ser incentivada a comunicá-los, a expressar as suas emoções e a receber tratamento, se necessário.

Em conclusão, a gravidez com complicações associadas acarreta risco elevado de desenvolvimento de depressão no pós-parto, independentemente do tipo de patologia que lhe está associada. Tendo isto em conta, importa a aplicação de um procedimento rotineiro e universal de rastreio desta sintomatologia, por exemplo através da aplicação da EPDS, nas visitas pré e pós-natais, de forma a intervir atempadamente em situações de risco eminente de depressão pós-parto, contribuindo para a promoção da saúde mental durante a gravidez e o pós-parto, promovendo a ligação mãe-filho e facilitando as transições destas mulheres e suas famílias.



## 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O momento do parto é, possivelmente, o momento mais aguardado durante a gravidez, por ser o momento de excelência em que a transição para a parentalidade verdadeiramente ocorre. Simultaneamente, revela-se como o momento que mais medo e ansiedade provoca no casal, por ser recheado de incertezas sobre a sua duração e o seu decurso, entre outros.

O trabalho de parto é um processo fisiológico, que, através de mecanismos próprios, conduz à extinção e apagamento do colo do útero, à progressão do feto pelo canal de parto e culmina no nascimento (Fatia & Tinoco, 2016). Pode ser dividido em quatro estadios bem definidos – o primeiro estadio, correspondente à fase latente e fase ativa, altura em que ocorre maturação, apagamento e dilatação cervical; o segundo estadio, corresponde à expulsão fetal e nascimento; o terceiro estadio, momento em que se dá a expulsão da placenta; e o quarto estadio, o período importante de hemóstase e vigilância materna.

Esses estadios carecem de vigilância e procedimentos próprios, sendo monitorizados, acompanhados e vigiados pelo EESMO, que detém competências para a vigilância, acompanhamento e realização dos partos resultantes de gravidez de baixo risco. Em todos os outros casos, o EESMO tem um papel de vigilância e colaboração com os restantes profissionais, no sentido de providenciar uma experiência de parto segura e positiva para a parturiente, casal e feto, sendo o profissional de saúde de referência na sala de parto e aquele que maior relação terapêutica estabelece com a grávida e acompanhante.

O EESMO transmite segurança, calma e confiança, comunicando de forma a ser compreendido em todos os momentos, envolvendo quer a mulher quer o seu acompanhante em todas as decisões.

Amaral e Martins (2016) referem-se ao suporte contínuo à parturiente como uma “interação humana intencional entre o EESMO e a parturiente, com o objetivo de promover uma forma positiva de encarar todo o processo de nascimento” (p. 402). As autoras referem quatro categorias de suporte – físico e conforto, emocional, informação/instrução e proteção (*advocacy*).

O suporte físico foi atingido através da otimização da luminosidade da sala, temperatura adequada, cortinas corridas de forma a proporcionar privacidade à parturiente/casal, decúbitos de acordo com a preferência e tolerância, o toque terapêutico, aplicação de compressas frias ou quentes, de acordo com a preferência da parturiente, realização de massagem para alívio da dor, etc.

O suporte emocional é a capacidade de demonstrar empatia, compreendendo os sentimentos da parturiente. Para atingir este nível de assistência e apoio, o EESMO necessita estabelecer uma relação de confiança forte com a utente, comunicando de forma eficaz e sem juízos (Amaral & Martins, 2016). De forma a alcançar uma visão positiva sobre o apoio emocional recebido, foi demonstrada disponibilidade, tempo e compreensão dos sentimentos e receios, assim como foram realizadas algumas tentativas de distração, nomeadamente conversar com a parturiente e acompanhante sobre os temas que mais lhes interessassem, recorrendo ao humor sempre que apropriado.

Informar e educar durante o trabalho de parto é essencial para que a parturiente compreenda todas as fases que vai atravessar. Segundo Amaral e Martins (2016) este apoio permite “uma experiência positiva para todos os envolvidos” (p. 403).

Durante o trabalho de parto, o EESMO é o profissional que mais se relaciona com a parturiente, estabelecendo-se uma relação de confiança e de interajuda. Assim, é ao EESMO que a mulher confia os seus desejos para o parto, as suas necessidades e é dele que espera respeito e proteção dos seus interesses e direitos.

Amaral e Martins (2016) argumentam que o suporte contínuo, de qualidade, é essencial para a diminuição de intervenções médicas, promove o parto normal e desenvolve a capacidade de adaptação ao papel de mãe, pelo que, para além das competências de monitorização, vigilância e realização do parto, houve um foco no desenvolvimento destas capacidades, visto serem essenciais a uma prática humanizada e respeitosa.

## **2.1. Contextualização do estágio**

O módulo de estágio “Trabalho de Parto e Parto” foi realizado no Bloco de Partos do CHTS, no período compreendido entre 2 de março e 6 de novembro de 2020, sendo marcado por duas interrupções, uma devido à situação de pandemia mundial e outra por férias letivas.

O ano de 2020 foi pautado por condições atípicas devido à COVID-19. Decretada situação de pandemia em março de 2020 pela OMS, o estágio foi interrompido, devido ao estado de emergência em que o nosso país se encontrava e à imposição de confinamento. A retoma foi realizada em julho de 2020, sendo, novamente, interrompida durante o mês de agosto, para férias letivas, e retomada em setembro. Isto implicou a necessidade de uma integração múltipla no serviço, perdendo-se alguma da continuidade no processo de aquisição de competências especializadas.

O estágio foi supervisionado por uma enfermeira tutora principal, inserida numa equipa composta por quatro EESMO, cujos métodos de trabalho são similares.

Devido à situação pandémica, muitos serviços foram suspensos, um dos quais as sessões de Preparação para a Parentalidade e Parto oferecidas pelas Unidades de Cuidados na Comunidade e Centros Hospitalares, por serem possíveis focos de contágio. Dessa forma, foi possível assistir a uma enchente de grávidas com muitas dúvidas e incertezas e pouco planeamento daquilo que desejavam para o seu parto. Para além disso, a situação do acompanhante foi também muito discutida, por algumas maternidades e hospitais não permitirem o acompanhamento, o que se revelou como mais um fator de ansiedade para as mulheres que chegavam ao serviço.

Em 2018 a OMS emitiu um documento com as recomendações mais recentes para a melhoria da experiência da mulher durante o trabalho de parto e parto (OMS, 2018). De acordo com esse documento, a mulher tem direito a um acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto e parto, sendo este acompanhante qualquer pessoa que a parturiente deseje, devendo ser respeitada a decisão de quem não deseje ser acompanhada neste momento (OMS, 2018, p. 29). No CHTS, neste período, o acompanhante era autorizado a entrar, assim que se soubesse o resultado negativo para a COVID-19 da parturiente, o que resultou em alguns partos sem a presença deste.

Esta situação gerou ainda algum stresse nas equipas, quer de EESMO quer na equipa médica, notando-se o abandono de alguma proximidade até aí praticada, por receio de contágio, assim como uma gestão mais difícil dos espaços disponíveis, sendo que, frequentemente, na impossibilidade de isolamento até se conhecer o resultado da zaragatoa nasal, as utentes, com possibilidade de esperarem, ficavam na sala de espera do serviço de admissão até saída

do resultado e só posteriormente eram recebidas no Bloco de Partos. Este serviço é composto por sete salas de parto (uma inativa, cinco em utilização e uma de isolamento), três enfermarias de expectantes, com duas unidades cada, para induções do trabalho de parto (ITP) ou internamento em fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto, e duas enfermarias de vigilância, com duas unidades cada (para trabalhos de abortamento, situações ginecológicas, vigilâncias da gravidez, entre outros).

Ao longo do estágio foi possível realizar o acompanhamento do trabalho de parto de 130 parturientes, em 32 partos eutócicos, e participar em 33 partos distócicos por ventosa, o que permitiu o desenvolvimento de diversas atividades de diagnóstico e de vigilância relacionadas com o trabalho de parto e parto, que serão exploradas ao longo deste capítulo.

Relativamente à prática da sutura, foi possível em 23 ocasiões, sendo 15 resultantes de episiotomia, e as restantes oito a lacerações de primeiro e segundo grau.

## **2.2. Admissão no serviço de urgência obstétrica**

No Bloco de Partos do CHTS a equipa diária é composta por quatro EESMO, que estão encarregues das salas de parto, das salas de vigilância, das salas das expectantes e da admissão/SU. Um desses EESMO é atribuído à admissão, sendo responsável pela triagem inicial das mulheres que chegam ao CHTS e por todas as intervenções interdependentes que sejam necessárias até ao internamento da utente.

Em 2017, a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica publicou um guia orientador para a triagem em Obstetrícia e Ginecologia, que permite classificar as situações em Emergente, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente e Não Urgente. O objetivo do documento é a “identificação adequada do nível de risco das utentes (. . .) intervenção assistencial/terapêutica em tempo útil pelo EESMO (. . .) encaminhamento (. . .) para uma das valências de obstetrícia/ginecologia” (p. 2).

Esta triagem revelou-se particularmente importante devido à situação pandémica experienciada, visto que o tempo de análise e libertação do resultado do teste COVID-19

dependia da emergência da situação, para proteção das restantes utentes e dos profissionais de saúde.

Na sala de triagem era questionado o motivo de vinda ao SU, os antecedentes obstétricos (gestações, paridade, abortamentos) e monitorizados os sinais vitais (FC, TA e temperatura corporal), bem como a avaliação de sintomas respiratórios e o contacto com doentes COVID-19 positivos. No caso de uma grávida, determinava-se a IG, a existência de complicações durante a gravidez e era realizado CTG, até observação médica, sempre que IG superior a 30 semanas, para monitorizar o bem-estar fetal.

Os casos mais frequentemente triados foram grávidas em parto iminente, diminuição da perceção de movimentos fetais, rotura prematura de membranas com líquido amniótico claro, mulheres com hemorragia vaginal, na gravidez e fora da gravidez, encaminhamentos das consultas externas, reavaliação de grávidas de termo com o médico assistente, processos de IMG ou IVG e respetiva reavaliação.

Sempre que necessário, após requisição médica, foram realizadas intervenções interdependentes como punção venosa para colheita de produtos para análise, realização de rastreios de COVID-19 para internamento, monitorização CTG, inserção de cateteres venosos periféricos e administração de medicação. Quando a utente tinha indicação para internamento, a EESMO da admissão dirigia-se à área das salas de parto e de expectantes, passando a utente ao colega que iria ficar responsável por esta.

O acolhimento no bloco de partos é um momento crucial para estabelecer uma boa relação entre utente e EESMO, visto o trabalho de parto ser um fator stressante para a maioria das mulheres, e estas se verem colocadas num ambiente estranho, frequentemente sem acompanhante durante as primeiras horas, devido à situação pandémica. Dessa forma, aquando da receção de uma utente, o serviço era apresentado, nomeadamente as enfermarias e os vários espaços por onde iria passar, assim como as casas de banho, que ficavam fora das enfermarias. As rotinas e procedimentos necessários eram explicados, de forma a diminuir a ansiedade pelo desconhecido.

Após a utente se familiarizar e acomodar na enfermaria, foi realizada a avaliação inicial, nomeadamente a anamnese, os antecedentes obstétricos (gestações, paridade, tipos de parto anteriores, patologias concomitantes com a gravidez), os antecedentes pessoais e os dados da gravidez atual (idade gestacional, motivo de internamento, complicações e medicação durante a gravidez e utilização de substâncias).

Com recurso ao processo clínico confirmava alguns dados junto da utente, como os dados sociodemográficos, resultado do teste para estreptococos do grupo B (SGB), que vai ditar a necessidade de antibioterapia durante o trabalho de parto, e o grupo de sangue, mais precisamente em relação ao fator RhD.

Rotineiramente, a utente era monitorizada para avaliação do bem-estar fetal, através de CTG, e puncionada para colocação de cateter venoso periférico e administração de soroterapia ou outra medicação necessária durante a sua estadia no internamento, quando não havia sido puncionada previamente no SU.

### **2.3. Indução do trabalho de parto**

A indução de trabalho de parto é a tentativa de iniciar artificialmente a contratilidade uterina, no sentido de despoletar o trabalho de parto antes do que seria suposto fisiologicamente (Fonseca, 2016a). É a solução nos casos em que existe evidência de que mãe e feto beneficiam mais do início do trabalho de parto, do que da espera para que este inicie de forma autónoma.

As indicações principais para a realização de indução do trabalho de parto dividem-se em duas categorias: maternas e fetais. A nível materno a gravidez pós-termo (após as 41 semanas), rotura prematura de membranas, complicações da gravidez – eclâmpsia ou pré-eclâmpsia, HTA gestacional, síndrome de HELLP, DG não controlada, RCIU, entre outras –, corioamnionite e gestações gemelares revelam-se como as indicações principais para o término da gravidez (Fonseca, 2016a). Relativamente às indicações fetais a ITP é recomendada em casos de morte fetal ou malformações incompatíveis com a vida.

O casal, mais precisamente a mulher, deve ser informado do que é a ITP e quais as opções disponíveis, sendo que o método escolhido varia consoante o Índice de Bishop presente no momento de admissão (Fonseca, 2016a). Dessa forma, na chegada ao serviço, as mulheres cujo objetivo era induzir o trabalho de parto, foram informadas sobre a ITP, esclarecendo-se algumas dúvidas.

Devido à situação de pandemia, frequentemente estas utentes entravam no serviço sem acompanhante por terem de aguardar o resultado do teste de rastreio COVID-19, pelo que, aquando a entrada do acompanhante no serviço, foi oferecida nova oportunidade para esclarecimento de questões ao casal.

A decisão da ITP e da medicação a aplicar está dependente do valor do Índice de Bishop. O Índice de Bishop é obtido através de exame vaginal realizado pelo médico, e oferece informações sobre o estado do colo do útero – dilatação, consistência, apagamento e posição – e sobre a altura da apresentação fetal (planos de Hodge) (Fonseca, 2016a).

A ITP pode ser realizada através de métodos mecânicos ou de métodos farmacológicos. Durante o período de estágio apenas foi possível acompanhar mulheres em indução de trabalho de parto com recurso a métodos farmacológicos, dependendo do objetivo: para maturação do colo do útero utilizam-se o misoprostol ou a dinoprostona; para aceleração posterior do trabalho de parto é utilizada a ocitocina.

O misoprostol apresenta como vantagem maior eficácia na ITP e menor necessidade de utilização posterior de ocitocina (Fonseca, 2016b). No entanto há maior ocorrência de taquissístolia e, por isso, um risco aumentado de rotura uterina (Fonseca, 2016b). Segundo o protocolo institucional, as aplicações dos comprimidos vaginais devem ser realizadas de quatro em quatro horas, sendo que deverá haver um período de quatro horas de intervalo quando necessário iniciar ocitocina.

Por outro lado, o dispositivo de libertação prologada de dinoprostona poderá ser utilizado durante 12 horas, diminuindo a necessidade de toques vaginais e, em caso de taquissístolia ou desacelerações fetais, este é rapidamente removido do fundo de saco vaginal, suspendendo o seu efeito. Quando removido, a aceleração com ocitocina pode ser iniciada 30 minutos após.

A ocitocina é um neuropeptídeo que ocorre naturalmente no organismo, cujo potencial máximo de ação é atingido durante o trabalho de parto, servindo para aumentar a contratilidade uterina e, posteriormente, para ejeção de leite durante a amamentação. Quando administrado sinteticamente, por via endovenosa, torna-se um agente uterotómico poderoso, podendo diminuir o tempo do trabalho de parto.

A sua administração pressupõe utilização de bomba infusora para um controlo rigoroso do débito horário, sendo esse ritmo alterado de 30 em 30 minutos. No CHTS existem protocolos para a administração de ocitocina, que diferem relativamente ao tipo de parto anterior. Em

cesarianas anteriores existe um risco acrescido de rotura uterina, pelo que, nestes casos, o ritmo/hora é mais baixo relativamente ao protocolo geral de aceleração ocitócica.

A aceleração do trabalho de parto com ocitocina implica monitorização fetal contínua e da contratilidade uterina, através de CTG, e monitorização frequente dos sinais vitais maternos, pelos riscos inerentes à medicação, como hipertonia, taquissistolia, descolamento prematuro da placenta, lacerações do colo uterino, rotura uterina, diminuição da FCF, efeitos antiuréticos e hiponatremia (Fonseca, 2016b).

Atualmente a realização de enema de limpeza intestinal antes do parto não é uma prática recomendada por rotina (OMS, 2018). No entanto, às mulheres internadas para indução do trabalho de parto, no momento de acolhimento no serviço, era questionado o desejo de realizarem um clister, de forma deixar a ampola retal limpa e livre de fezes, que se poderiam exteriorizar no momento do parto, sendo prática comum incentivar a sua aceitação. Quando o procedimento era aceite, eram-lhes fornecidas as bisnagas, explicada a sua colocação e indicada a casa de banho, de forma a que elas próprias fizessem a aplicação, caso se sentissem mais confortáveis.

A ITP não é isenta de riscos. Como tal, estes devem ser explorados com o casal/utente e explicados os sinais que possam ser preditivos de alguma alteração na evolução do trabalho de parto.

Devido às características farmacológicas da medicação utilizada no processo de maturação cervical e de aceleração do trabalho de parto, os principais riscos durante a ITP são a ocorrência de taquissistolias – atividade contrátil uterina em excesso, definida como cinco ou mais CU em 10 minutos, e hipertonia – contração uterina com duração superior a 120 segundos, que, pela diminuição da perfusão placentária, pode resultar em hipoxia fetal (Fonseca, 2016; Machado & Graça, 2017a).

No CHTS, a monitorização cardiotocográfica durante a ITP é realizada de forma contínua, apenas sendo interrompida para idas à casa de banho ou para períodos de deambulação inferior a 30 minutos. Nessa altura, a mulher é informada sobre os aspetos a ter em consideração e que deve vigiar – na ida à casa de banho, avisar se sentir que a medicação se deslocou ou, inclusive, foi expulsa durante a micção ou dejeção; estar atenta à frequência e intensidade das contrações uterinas e avisar se sentir que são muito frequentes, pouco espaçadas ou intensas e demoradas.

## **2.4. Primeiro estadio do trabalho de parto – fase latente e fase ativa**

O primeiro estadio do TP inicia-se com as contrações uterinas regulares, terminando quando atinge a dilatação e apagamento completo do colo. Friedman, no século XX, divide este estadio em fase latente e fase ativa, de acordo com aquele que é o padrão mais comum de evolução do TP (Friedman citado por Fatia & Tinoco, 2016).

Este período é prolongado e pode causar cansaço na utente e acompanhante e alguns sentimentos de revolta e desistência para com os profissionais de saúde, por sentirem que o parto se está a prolongar e que não se toma nenhuma atitude perante a situação.

Posto isto, frequentemente o casal estranhava o tempo que demorava até ao momento de expulsão, sentindo que o parto se estava a arrastar ou preocupavam-se se haveria algum problema ou alteração que estivesse a tornar o parto moroso. Segundo a recomendação seis da OMS (2018), a mulher deve ser informada sobre os tempos possíveis da duração expectável do primeiro estadio do trabalho parto, pelo que os casais, sempre que surgiam dúvidas ou preocupações nesse sentido, eram informados que, apesar de não haver um tempo certo estipulado e de este ser variável de mulher para mulher, a fase latente do trabalho de parto pode durar até 20 horas e, posteriormente, em primíparas a fase ativa do trabalho de parto pode demorar até doze horas, e em múltíparas dez horas (OMS, 2018).

### **Fase latente**

A fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto caracteriza-se por um período em que as contrações uterinas começam a ser frequentes, mas arritmicas, podendo acarretar alguma dor, e que provocam alterações no colo do útero, nomeadamente algum apagamento e dilatação até aos cinco centímetros, apesar do progresso ser lento (OMS, 2018). Esta fase pode durar mais de seis horas na nulípara (Fatia & Tinoco, 2016), mesmo com recurso a medicação para maturação do colo do útero.

Nesta fase, o EESMO assiste a parturiente a identificar estratégias facilitadoras da maturação cervical e da progressão fetal. Nesse sentido, foram combinados com a mulher períodos de deambulação, de forma a promover a progressão do trabalho de parto, e realizadas sugestões de métodos de distração, de acordo com as preferências do casal, de modo a

diminuir a ansiedade. As restantes intervenções realizadas incluem a monitorização dos sinais vitais (TA, FC e temperatura) uma vez por turno e realização de exame vaginal.

O exame vaginal permite perceber a evolução do trabalho de parto através da monitorização da dilatação e extinção do colo do útero, assim como informações sobre a apresentação, posição e variedade fetal e sua relação com a pelve materna, devendo ser realizado apenas quando justificável (inserir ou remover medicação vaginal, alterações da contratilidade ou da dor referida pela parturiente, estado fetal não tranquilizador) ou para monitorização da progressão do trabalho de parto. Segundo a OMS (2018), o exame vaginal deve ser realizado com intervalos de, pelo menos, quatro horas, o que durante a fase latente foi possível cumprir no CHTS.

Em situações de complicações da gravidez ou patologias anteriores, como HTA ou DM, os sinais vitais eram monitorizados de quatro em quatro horas e era realizada pesquisa de glicemia capilar segundo o mesmo horário.

A frequência cardíaca fetal é um indicador importante do bem-estar fetal e deve ser monitorizada durante o trabalho de parto. Essa vigilância pode ser realizada de forma intermitente ou através de monitorização CTG contínua (Prada & Rafael, 2016a).

Em gravidezes de baixo risco, a monitorização fetal contínua, através de cardiotocografia, não é recomendada pela OMS (2018), sendo dada como alternativa, a vigilância da FCF através de Doppler ou da auscultação com estetoscópio de Pinard. Apesar de essa intervenção já não ser recomendada, especialmente antes da realização da epidural, no CHTS, em todas as parturientes era realizada monitorização fetal contínua durante todos os períodos de trabalho de parto.

Graça e Santo (2017) descrevem o registo contínuo – em formato eletrónico ou papel – da FCF e das CU, a avaliação da variabilidade da FCF, a deteção e identificação dos padrões de vigilância e repouso, a vigilância de vários fetos simultaneamente por apenas um profissional, através da telemetria, e a possibilidade de rever o comportamento fetal durante todo o trabalho de parto como vantagens da monitorização cardiotocográfica contínua. No entanto, os mesmos autores, referem que uma das desvantagens deste tipo de monitorização é a menor humanização do parto, pela limitação de movimentos e posições que é imposta à parturiente.

Para a ACOG (2005, citado por Graça & Santo, 2017) a monitorização cardiotocográfica contínua intraparto deve ser realizada em todas as gravidezes consideradas de alto risco.

Tendo em consideração, ainda, que a monitorização contínua da FCF fetal permite detetar atempadamente alterações sugestivas de sofrimento fetal, que podem falhar quando apenas se recorre à monitorização intermitente (Graça & Santo, 2017), importa repensar práticas e manter a monitorização contínua, ao mesmo tempo que se permite maior liberdade de movimentos à parturiente – isto pode ser atingido através da aquisição de sondas portáteis, cabos mais longos e treino na colocação adequada das sondas tocográficas em posições verticais.

Esta monitorização contínua dificulta, como já referido, a liberdade de movimentos e, apesar de no CHTS a deambulação durante a fase latente ser defendida e posta em prática por algumas EESMO, não é uma prática consensual, quer entre EESMO quer entre a equipa médica. No entanto, é a única fase em que a parturiente é autorizada a estar em pé, mesmo que recuse a epidural posteriormente, o que deveria ser aproveitado, visto que, de acordo com a evidência, as posições verticais são benéficas para a evolução e progressão do trabalho de parto, pelo que deveriam ser encorajadas em todas as fases, especialmente na fase latente, visto reduzir o tempo do trabalho de parto (Amaral & Morais, 2016), e também o desconforto sentido pela parturiente.

A utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante esta fase é, também, controversa. Os métodos não farmacológicos disponíveis no serviço são limitados, especialmente durante a fase da pandemia por COVID-19, por serem métodos que envolvem maior proximidade e toque (como a massagem), o uso de materiais de utilização por várias utentes (apenas existe uma bola de Pilates no serviço e, pela necessidade de desinfeção adequada entre utentes, nem sempre é oferecida a sua utilização, pois apenas uma utente pode usufruir da mesma) e os métodos de respiração constituem uma maior libertação de aerossóis, pelo que são relegados apenas para o momento de expulsão.

A utilização de métodos farmacológicos, nomeadamente analgesia sistémica, foi também posta em causa por algumas equipas médicas, por considerarem que, nesta fase, as parturientes não tinham, ainda, CU que fossem suficientemente valorizáveis para o grau de dor referido, pelo que a sua prescrição e administração foi protelada com frequência, o que resultou em maior ansiedade da mulher/casal, desconfiança para com os profissionais de saúde e aumento das distocias de progressão.

Para Amaral e Martins (2016), a prestação de cuidados em Obstetrícia deve responder às necessidades da mulher, e não se centrar no cumprimento de protocolos, procedimentos ou

normas. Cada mulher é uma mulher e cada parto é um parto, e devem ser encarados e entendidos na sua individualidade, respeitando as características específicas de cada um.

De acordo com a OMS (2018), nos partos resultantes de gravidez de baixo risco, a alimentação e ingestão hídrica oral são recomendadas, visto que nos estudos realizados não se verificaram casos de perturbação da evolução do trabalho de parto devido à alimentação nem Síndrome de Mendelson – aspiração de alimentos ou líquidos durante a anestesia geral, em caso de cesariana emergente.

No CHTS a ingestão de alimentos e de líquidos durante o TP é, ainda, restrita. A partir do momento em que a mulher inicia indução do trabalho de parto ou que passa para a sala de parto, é colocada em pausa alimentar, permanecendo assim até ao final do período de hemóstase. Há, no entanto, uma percentagem pequena de profissionais que, mesmo atendendo à norma institucional, permitem a ingestão de gelatinas e água em pouca quantidade.

Esta prática é, no entanto, risco dependente. Cada situação deve ser avaliada, tendo em consideração os fatores de risco que possam ser indicativos de uma futura cesariana. Nesses casos, poderá haver um benefício quando a parturiente é mantida em jejum, apesar da evidência mostrar que o risco de aspiração durante a anestesia geral é escasso.

Amaral e Martins (2016) reviram vários autores acerca desta temática e arguem que a ingestão de alimentos e de líquidos claros durante o trabalho de parto pode potenciar os níveis de energia e minimizar complicações provocadas pela exaustão materna, pelo que se pode concluir que há uma necessidade na revisão das práticas e dos protocolos institucionais no que se refere a esta temática.

### **Fase ativa**

A partir dos cinco centímetros de dilatação, a mulher entra na fase ativa do primeiro estadió do trabalho de parto; esta fase é, geralmente, mais rápida que a anterior, progredindo até à dilatação e extinção completa do colo do útero, sendo acompanhada de contrações uterinas mais dolorosas e rítmicas (OMS, 2018).

No CHTS, considera-se que a fase ativa do trabalho de parto se inicia aos três centímetros de dilatação, pelo que, nesse momento, se procedia à mudança da utente da enfermaria de expectantes para uma sala de partos, tarefa que, por vezes, se tornava difícil devido à dor associada à CU sentida pela utente.

Nesta fase, após a passagem para a sala de parto, questionavam-se as parturientes acerca das suas expectativas face ao parto e relativamente ao seu plano de parto. O plano de parto é um “manifesto das escolhas do casal” (Lopes, 2016, p. 167), sendo muito mais do que uma mera lista de opções e escolhas. Este deve refletir um casal informado, envolvido e que se sinta seguro e confiante no parto, criando uma relação terapêutica muito mais eficiente entre EESMO e casal. Dentro do ambiente hospitalar, certas escolhas da parturiente e do casal podem entrar em colisão com os protocolos, as rotinas e as necessidades em termos ético-legais (nomeadamente registos de monitorizações e avaliações) hospitalares, pelo que o plano de parto é “respeitado desde que não colida com os procedimentos de vigilância e segurança técnica impostos pelos meios hospitalares” (Lopes, 2016, p. 168)

A pandemia por COVID-19 veio alterar também esta dinâmica, sendo que, frequentemente, os casais chegavam até ao Bloco de Partos sem plano de parto formulado, visto não terem o apoio e a vigilância da gravidez que existia previamente, nomeadamente pela alteração da forma das consultas, de presencial para teleconsulta, e da não realização de Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade.

A dor de trabalho de parto é definida por alguns autores como uma experiência “sensorial e emocional desagradável, única, complexa e multifatorial, que tende a intensificar-se à medida que o trabalho de parto progride” (Pedro & Oliveira, 2016). Esta dor é essencial ao decorrer do trabalho de parto e tem como origem as contrações uterinas, a dilatação do colo do útero, distensão do pavimento pélvico e a moldagem fetal ao canal de parto, que pode provocar pontos específicos de dor ao realizar os movimentos cardinais.

É frequente as grávidas manifestarem elevados índices de medo e ansiedade relacionados com o trabalho de parto e a dor a ele associada. Essa ansiedade pode originar tensão nos ligamentos redondos uterinos e rigidez cervical, que atuam como resistência à progressão do trabalho de parto (Pedro & Oliveira, 2016).

O alívio da dor do trabalho de parto é uma decisão individual e cada mulher deve sentir-se confortável na sua escolha, assumindo o controlo do seu trabalho de parto e parto.

A situação pandémica impediu a frequência dos Cursos de Preparação para o Parto, o que se fez notar na sala de partos, pela forma como a dor é encarada e vivenciada, assim como pelo conhecimento demonstrado relativamente aos métodos não farmacológicos para alívio da dor.

No CHTS esses métodos de alívio da dor, como já referido, passam pela massagem, uso da bola de Pilates e técnicas de respiração, que no atual momento não foram passíveis de ser oferecidos a todas as utentes.

O relaxamento durante o trabalho de parto é importante, pois a tensão muscular e o estado psicológico e emocional da parturiente podem influenciar negativamente a progressão do trabalho de parto.

Nesse sentido, de acordo com as preferências da parturiente, e sempre que o acompanhante estivesse disponível, era incentivada a realização de massagem para alívio da dor, tendo sido demonstrada, e explicados os principais pontos de alívio, a técnica de respiração ou a utilização de música, vídeos ou jogos para a parturiente se distrair da dor e do desconforto, sendo que os métodos sugeridos estavam dependentes da vontade de cada enfermeiro, visto que nem todos os métodos eram aceites de forma consensual.

Para além disso, o ambiente na sala era otimizado, de forma a proporcionar o conforto da utente e seu acompanhante. Assim, as luzes do teto e foco cirúrgico apenas eram ligadas quando necessária alguma intervenção, sendo que durante o dia se privilegiava a luz natural, e durante a noite mantinha-se apenas a luz de exame do reanimador ligada, para proporcionar um ambiente mais acolhedor, propício ao descanso, mas mantendo a segurança da circulação dos profissionais.

O EESMO deve ser um agente facilitador do trabalho de parto e, desse modo, uma das intervenções que pode implementar é o incentivo à adoção de posições confortáveis para a parturiente.

A medicalização do parto contribuiu para a adoção de posições horizontais, nomeadamente a litotomia ou decúbito dorsal, durante todo o trabalho de parto, prática cada vez menos defendida, pelas desvantagens a ela associadas, como compressão dos grandes vasos maternos, potenciando hipotensão e bradicardia; alterações na circulação uteroplacentária, com diminuição da quantidade de oxigénio recebida pelo feto; menor eficácia das contrações uterinas; ausência da ação da gravidade, que torna os esforços expulsivos mais difíceis; diminuição dos diâmetros da bacia; posição de litotomia, com as pernas nas pernasas, pode ser menos confortável e causar mais dor e restrição de movimentos (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016).

Acrescenta-se, ainda, que a limitação à cama da parturiente pode resultar num aumento do tempo do trabalho de parto e, por isso, contribuir para um aumento da quantidade de exames vaginais realizados, aos quais acresce o risco de infeção (Prada & Rafael, 2016b).

Por outro lado, as posições verticais, como cócoras, ajoelhada, em pé, sentada ou de gatas, anulam praticamente todas as desvantagens da posição horizontal: há uma retificação do canal de parto, diminuindo o ângulo da curva da escavação pélvica; os diâmetros da bacia aumentam; parece haver uma diferença na perceção da dor e desconforto do trabalho de parto; permite um maior envolvimento da mulher no seu próprio trabalho de parto, potenciando a vinculação e a ligação mãe-filho (Mineiro et al., 2016).

A mobilização e a adoção de posições verticais são benéficas nesta fase do trabalho de parto, por aliviarem o desconforto e a dor visto permitirem a mobilização corporal e, conseqüentemente a adoção de posições antiálgicas, sendo inclusive uma recomendação da OMS (2018) para a gravidez de baixo risco. No entanto, as posições predominantes no CHTS, são as horizontais, sendo incentivada, apenas, a alternância de decúbitos.

Quando o controlo da dor não era eficaz através de métodos não farmacológicos, havia a necessidade de administrar medicação com efeito analgésico. Neste momento, para além da intervenção interdependente de preparar e administrar a medicação, o EESMO deve “informar e esclarecer a grávida/casal sobre a analgesia (. . .) para que possam tomar as suas decisões de forma consciente e informada” (Guerra, 2016). A decisão do casal deve ser sempre apoiada e respeitada.

Após administração da terapêutica analgésica, verificou-se ainda a ocorrência de efeitos adversos da medicação, a vigilância do traçado CTG, para verificar a resposta fetal e foram monitorizados os sinais vitais maternos.

No CHTS a analgesia sistémica mais frequentemente utilizada durante a fase latente ou em mulheres que não pretendem analgesia epidural, é a petidina. A petidina é um opióide, de início de ação rápido (entre cinco a dez minutos), com elevada eficácia analgésica e semivida curta (duas horas e meia na grávida), que pode ser utilizada com segurança em Obstetria (Guerra, 2016).

Após a administração da petidina, importa a monitorização fetal através de CTG, visto que é um fármaco que passa a barreira placentar e tem uma semivida mais prolongada no feto/RN (entre 18 a 23 horas), podendo provocar diminuição da variabilidade (Guerra, 2016).

A analgesia epidural é defendida pela OMS (2018) em todas as mulheres, desde que esta seja requisitada pela parturiente, e que esta compreenda, de forma informada e esclarecida, os riscos inerentes a esse procedimento. Como alternativa é oferecida a utilização de algésicos opióides, nomeadamente petidina, para controlo da dor do trabalho de parto, caso a mulher não pretenda epidural ou até ao momento em que esta seja passível de ser realizada.

A nível nacional, a analgesia epidural é a mais frequentemente pedida para alívio da dor no trabalho de parto (Guerra, 2016).

A administração precoce de analgesia via epidural parece prolongar o trabalho de parto e ter mais desfechos instrumentados, pelo que deve ser protelada até à fase ativa do trabalho de parto (Guerra, 2016). No entanto foi frequente a realização de analgesia epidural precoce, principalmente nos turnos noturnos, por insistência dos profissionais.

Quando a parturiente atinge a fase ativa do TP, tem o desejo expresso de realizar analgesia epidural e a solicita, é contactada a equipa de Anestesiologia de forma a solicitar a sua colaboração na analgesia epidural. Previamente à chegada dos anestesistas ao serviço, colocava-se um soro fisiológico simples ou um lactato de ringer a profundir lentamente, com o objetivo de prevenir a hipotensão materna, um efeito secundário frequente da analgesia epidural devido ao bloqueio do sistema nervoso simpático. Simultaneamente monitorizavam-se os sinais vitais, e preparava-se o material e a parturiente para o procedimento.

Durante a realização da analgesia, o EESMO colabora com o Anestesista, no sentido de facilitar o procedimento, otimizando a posição da parturiente, mantendo a monitorização cardiocográfica e preparando o material necessário para o procedimento.

Após a epidural, pelo risco de retenção urinária, todas as parturientes eram algaliadas e permaneciam com cateter vesical até ao momento de expulsão.

De acordo com Fatia e Tinoco (2016), o EESMO deve procurar incentivar a utente a utilizar o sanitário frequentemente, de forma a promover o esvaziamento vesical, protelando o cateterismo vesical para situações absolutamente necessárias, em que a distensão vesical impeça a descida do feto.

Sempre que possível tentou-se protelar a algaliação, recorrendo ao incentivo, mas, visto que neste momento a parturiente deixa de se poder mobilizar (devido à epidural e ao uso frequente de aceleração ocitócica), torna-se necessária a utilização da aparadeira que, por vezes, é uma situação constrangedora para a utente, pela presença do acompanhante na

sala, por receio de fazer barulho, ou por simplesmente não se sentir confortável com a utilização do dispositivo, pelo que a algáliação foi uma intervenção frequente. Nessa fase era explicado o porquê da necessidade de cateterização vesical e qual o procedimento a realizar.

Acrescenta-se, mais uma vez, que a necessidade de algáliação era também influenciada pela equipa médica de serviço, visto que para alguns profissionais esta é uma intervenção obrigatória em todas as parturientes.

A colonização por *streptococcus agalactae* – ou estreptococos do grupo B – implica a realização de antibioterapia durante o trabalho de parto, pelo risco de transmissão vertical da infeção da mãe para o recém-nascido. A infeção precoce no RN, ocorre na primeira semana de vida e é a forma mais comum (77% dos casos), sendo caracterizada por um quadro de dificuldade respiratória do RN, apneia ou outros sinais de sépsis nas primeiras 24 a 48 horas de vida (Baptista, 2016).

A antibioterapia carece de prescrição médica, pelo que a sua administração é uma intervenção interdependente do EESMO. No CHTS, o protocolado para grávidas com SGB positivo que não fossem alérgicas à Penicilina, é uma toma de Penicilina sódica, de quatro em quatro horas, sendo que a primeira dose é de cinco milhões de unidades e as subsequentes, de dois milhões e meio. A antibioterapia inicia-se no momento de rotura de membranas ou no início da fase ativa do primeiro estadio de TP, sendo que o fator decisor é o evento que ocorrer primeiro.

A utilização de ocitocina, com intenção de encurtar o trabalho de parto, não é recomendada devido aos efeitos secundários da ocitocina sintética (OMS, 2018).

O mesmo se aplica ao uso de antiespasmódicos (como a butilescopolamina), que, por ainda não estar devidamente estudado o seu efeito, ou provado o seu benefício, deve ser utilizado com precaução, pois pode atrasar o parto, contribuindo para a redução da contratilidade uterina (OMS, 2018).

A utilização de soroterapia intraparto por rotina é desaconselhada pela OMS (2018). Tendo em conta a proibição de ingestão de líquidos e alimentos durante o parto, em vigor no CHTS, a soroterapia torna-se imprescindível de forma a hidratar a parturiente, repor eletrólitos e manter níveis controlados de glicemia. No entanto restringe-se a mobilidade da parturiente, devido à necessidade de manter sistemas de perfusão contínuos, o que reforça a ideia de que as mulheres de gravidez de baixo risco devem ser estimuladas a ingerir líquidos e

alimentar-se com alimentos saudáveis, que providenciem energia suficiente para o trabalho de parto (OMS, 2018).

O acompanhamento da gravidez de baixo risco e do trabalho de parto e parto normal são da responsabilidade do EESMO. Prada e Rafael (2016b) citam a OMS para a sua definição de parto normal, caracterizando-o como o parto que ocorre espontaneamente entre as 37 e as 42 semanas de gestação e que se mantém de baixo risco do início ao fim, sendo o feto expulso em apresentação cefálica de vértice, e no pós-parto a condição de saúde é mantida.

Assim, o EESMO deve ter domínio sobre os padrões de progressão do trabalho de parto, de forma a ser capaz de identificar situações que se desviam do normal desenvolvimento do parto e, conseqüentemente, intervir atempada e adequadamente. Importa, de igual forma, estar atento para fatores que podem interferir com a progressão natural do trabalho de parto, que são ainda praticadas no CHTS, como partos em posição de litotomia, induções rotineiras antes do termo da gravidez, aceleração do trabalho de parto por rotina com ocitocina. Para Prada e Rafael (2016b) estas intervenções e atitudes têm pouca fundamentação na literatura, pelo que podem e devem ser substituídas por opções que contribuam, cada vez mais, para o parto natural e que vão de acordo com o plano de parto de cada utente.

As alterações da FCF são importantes indicadores de potenciais desvios ao normal padrão do trabalho de parto. Frequentemente foram identificados fenómenos de taquicardia e bradicardia fetal, desacelerações e alterações da variabilidade, aos quais foi tentado dar resposta ou explicação para a sua ocorrência.

A taquicardia fetal ocorre quando a FCF ultrapassa os 160 batimentos/minuto, durante pelo menos dez minutos, e está geralmente associada a prematuridade, hipertermia materna, utilização de fármacos ou sofrimento fetal (Graça & Carvalho, 2017; Prada & Rafael, 2016b). Ao longo do estágio, a maioria dos casos de taquicardia fetal associaram-se a hipertermia materna, tendo sido realizada medicação antipirética para correção do aumento da temperatura materno.

A bradicardia fetal é a descida da FCF para valores inferiores a 110 batimentos/minuto, durante dez minutos, geralmente associada a compressão da veia cava materna ou bloqueio cardíaco (Graça & Carvalho, 2017; Prada & Rafael, 2016b). Durante o estágio, as bradicardias fetais não foram possíveis de reverter, pelo que foi necessária intervenção médica, e realizada cesariana para extração rápida dos fetos.

A diminuição do valor de FCF não se deve apenas a bradicardias fetais. As desacelerações são uma diminuição da FCF relativamente à linha basal, e podem ser divididas em três grupos: precoces, variáveis e tardias – as duas primeiras podem ser revertidas através do reposicionamento materno, estado associadas a compressão do cordão ou da apresentação; no entanto, as desacelerações tardias representam um feto com dificuldade a recuperar estando associadas a hipoxia fetal (Graça & Carvalho, 2017; Prada & Rafael, 2016b).

As desacelerações precoces são um sinal indicador da progressão do trabalho de parto, por serem sinónimo de compressão do polo cefálico. Quando muito frequentes, era realizado exame vaginal, de forma a perceber o estado do colo uterino, por ser um sinal fidedigno do início da fase expulsiva.

As alterações na variabilidade da FCF podem sugerir um estado de descanso fetal e foram presenciadas ao longo do estágio após a realização de analgesia endovenosa.

A taquissístolia e a hipertonia uterina foram já abordadas anteriormente, inseridas na ITP. No entanto podem ocorrer em qualquer trabalho de parto, seja provocado ou espontâneo, e requerem uma intervenção atempada e crucial para a manutenção do bem-estar materno e fetal, visto que uma situação de hipertonia uterina pode também ser indicativa de descolamento prematuro da placenta, que, em casos graves, implica atuação cirúrgica emergente.

Estas situações foram possíveis de ser experienciadas durante o estágio, tendo sido identificadas, primariamente, através da monitorização CTG, devido a alterações na FCF. As alterações da FCF implicam uma atuação rápida, por serem indicativas de mal-estar fetal, podendo conduzir a hipoxia pela diminuição da perfusão uteroplacentária (Fonseca, 2016).

Perante estas situações, o primeiro passo foi remover toda a medicação cujo objetivo seja acelerar o trabalho de parto (misoprostol, dinoprostona e ocitocina); de seguida, colocou-se a utente em decúbito lateral esquerdo, de forma a otimizar a perfusão uteroplacentária; aumentou-se o débito da soroterapia, de forma a diminuir a concentração de ocitocina sanguínea; notificou-se o obstetra; por fim, realizou-se exame vaginal, em situações de bradicardia ou taquissístolia persistente, para excluir prolapso do cordão umbilical (Fonseca, 2016b).

Quando nenhuma das atitudes anteriores foi suficiente para repor a perfusão e permitir a recuperação da FCF, foi administrado salbutamol – um betamimético, que promove a saída do cálcio a partir das células miométriais e, assim, diminui o potencial de ação e a

contratilidade uterina – após indicação e prescrição médica (Fonseca, 2016b; Machado & Graça, 2017a).

A intervenção cirúrgica deve ser sempre o último recurso, no entanto, se mesmo os tocolíticos não permitirem a recuperação fetal, devem ser realizadas as preparações pré-operatórias com objetivo de realização de cesariana (Fonseca, 2016b).

Um dos motivos que, frequentemente, provoca alterações da FCF, é a rotura de membranas, principalmente quando é realizada de forma precoce, ou seja, através da amniotomia, prática que não é recomendada por rotina (OMS, 2018).

Segundo Fatia e Tinoco (2016) a bolsa amniótica deve ficar intacta durante todo o trabalho de parto, rompendo por si mesmo, a não ser que exista uma justificação apoiada em critérios clínicos fortes para a sua realização. Os mesmos autores referem, como critérios de amniotomia, o traçado cardiotográfico suspeito ou indicador de mal-estar fetal, a necessidade de monitorização interna, aceleração do trabalho de parto, em casos de trabalho de parto estacionário ou quando a bolsa amniótica impede a descida fetal.

Para Fonseca (2016b), a amniotomia acarreta alguns riscos como risco de infeção, descolamento de placenta prévia oculta, rotura de vasa previa e prolapso do cordão umbilical.

Para a realização de amniotomia há várias condições que necessitam estar reunidas, tais como a existência de progressão do trabalho de parto, dilatação superior a três centímetros, a cabeça fetal deve estar fixa na pelve e a realizar pressão no colo uterino, pelo risco de prolapso do cordão umbilical (Fatia & Tinoco, 2016).

No CHTS, a amniotomia era realizada com frequência, de modo geral por indicação médica, de forma a abreviar o trabalho de parto, mesmo sem critérios que apoiem a sua realização, havendo sido realizada em utentes com apenas um ou dois centímetros de dilatação e com apresentações altas (acima do primeiro plano de Hodge). Segundo Machado e Graça (2017b), a pressão hidrostática exercida pela bolsa amniótica no colo uterino é tão eficaz como a pressão exercida pela cabeça fetal, pelo que a rotura terapêutica de membranas não se mostra essencial para que ocorram modificações cervicais.

Quando necessária, a amniotomia foi explicada à parturiente, incluindo os seus riscos e benefícios. A técnica asséptica é essencial durante o procedimento, devido ao risco de infeção associado. A rotura foi realizada com recurso a uma pinça de amniotomia, com o

cuidado de não remover a mão após, de modo a apoiar a cabeça fetal, deixando o líquido amniótico sair lentamente e, dessa forma, prevenir o prolapso do cordão umbilical.

Após o procedimento, foi registada a hora, características do líquido amniótico – cor e quantidade – frequência cardíaca fetal, antes e após o procedimento, e a avaliação das características do colo uterino.

## **2.5. Segundo estadio do trabalho de parto – fase expulsiva**

O segundo estadio do trabalho de parto corresponde ao período de tempo entre a dilatação e extinção completa do colo do útero e o nascimento (Fatia & Tinoco, 2016; OMS, 2018). Este período tem duração variável, sendo que em primíparas pode durar até três horas e em múltiparas cerca de duas horas (OMS, 2018). Fatia e Tinoco (2016), justificam esta variação através da eficácia das contrações uterinas, a condição física e emocional da parturiente, a sua posição, paridade e compatibilidade feto-pélvica, assim como o tamanho, apresentação, posição e variedade fetais.

Nesta fase do trabalho de parto a vigilância atenta do CTG é de elevada importância. O padrão da frequência cardíaca fetal indica-nos a necessidade acrescida de intervenções, nomeadamente, a realização de um parto distócico. Os sinais de alerta mais importantes passam por desacelerações tardias de recuperação lenta e bradicardias mantidas (Fatia & Tinoco, 2016).

Ao longo do estágio e na vigilância dos diversos trabalhos de parto procurou-se a prevenção das distocias e de parto instrumentado. No entanto, quando tal não se revelou possível, a comunicação com a parturiente, explicando tudo o que será realizado, a manutenção de analgesia adequada, a colaboração no posicionamento corporal da parturiente – como realização da manobra de McRoberts e pressão suprapúbica em partos instrumentados – continuam como responsabilidade do EESMO (S. I. B. Rodrigues, 2016), e foram levadas a cabo em todos os partos participados, visto que, em casos de partos instrumentados, a EESMO responsável para utente mantém-se como voz de comando e figura de referência,

colaborando com o Obstetra e, simultaneamente, advogando o direito de informação da utente e respetivo acompanhante.

O mesmo ocorre na cesariana, em que o EESMO assume um papel importante, no sentido de preparar a utente para a cirurgia, mas também a verificação do consentimento informado, assinado, e apoio emocional, por, frequentemente, ser um momento em que a mulher sente que não foi capaz de ajudar o seu filho a nascer (S. I. B. Rodrigues, 2016). No CHTS, nesta fase pandémica, era frequente o EESMO acompanhar a cirurgia, no bloco operatório, para receber o RN, pela diminuição de profissionais de saúde disponíveis, pelo que foi possível acompanhar três cesarianas.

Durante o período expulsivo, há diversas forças que se conjugam de modo a permitir a expulsão fetal e o nascimento e, frequentemente, a mulher sente uma necessidade fisiológica de puxar, devido às forças expulsivas postas em ação pela cabeça fetal e contrações uterinas (OMS, 2018).

Neste estadio, a mulher deve ser incentivada a seguir a necessidade que sente em puxar. Perante uma parturiente com analgesia epidural, a OMS (2018) refere que, desde que seja possível avaliar o bem-estar fetal, e caso a mulher não tenha sensibilidade ou perceção do reflexo de Fergusson (necessidade sentida pela mulher de efetuar esforços expulsivos, devido à pressão exercida pela cabeça fetal no reto) (Fatia & Tinoco, 2016), o puxo dirigido pode ser atrasado até duas horas, para que a parturiente volte a ter perceção da contração uterina e para que os esforços expulsivos sejam eficazes. Quando a parturiente se encontra sob analgesia epidural, a esse período pode ser acrescentada mais uma hora.

No CHTS, apesar de, na maioria das vezes, haver manutenção do bem-estar materno-fetal, durante o período expulsivo, a parturiente era incentivada a, durante a contração (não percecionada por ela, mas registada no CTG e percecionada pela EESMO) realizar a manobra de Valsalva – inspiração forçada, com encerramento da glote, fazendo força no pavimento pélvico – associando as forças contráteis da CU à força abdominal dos esforços voluntários (Machado & Graça, 2017b). Simultaneamente, era incentivada a levantar a cabeça, olhando para o abdómen, de forma a contraí-lo, auxiliando as forças contráteis.

De acordo com a OMS (2018), a mulher deve adotar a posição que mais lhe seja confortável, inclusive posições verticalizadas, mesmo quando opte por realizar analgesia epidural. As posições horizontais, como é o caso da litotomia adotada no CHTS para o momento de expulsão, aparentam reduzir a frequência e a intensidade das CU, pelo que a fase expulsiva por ser mais prolongada, conduzindo a exaustão materna e esforços expulsivos ineficazes.

Isto, por sua vez, conduz a maior necessidade de toques, para avaliação da descida fetal, e a estimulação perineal do reflexo de Fergusson, o que resulta em manipulação inadequada do pavimento pélvico e, conseqüentemente, edema das estruturas, afetando a integridade perineal, e maior necessidade de episiotomias e lacerações, pela fragilidade tecidual.

Apesar de, segundo a OMS (2018), a integridade do períneo, no momento do parto, ser promovida com uma técnica *hands on*, esta técnica refere-se apenas ao apoio do períneo com a mão no momento de expulsão da cabeça fetal, de forma a diminuir a distensão dos tecidos, e ao recurso à manobra de Ritgen, que auxilia na diminuição dos diâmetros fetais e, assim, uma expulsão facilitada.

A episiotomia é definida como “lesão perineal de segundo grau, iatrogénica, realizada com o intuito de facilitar/abreviar o segundo estadio do trabalho de parto” (Henriques, 2017, p. 580). Não existem dados que mostrem o benefício da episiotomia a nível fetal, sendo que a sua utilização por rotina não previne a lesão do esfíncter anal, não diminui a incidência de lacerações, nem reduz o risco de incontinência futura ou de prolapsos vaginais (Fatia & Tinoco, 2016; Henriques, 2017), não sendo, por isso recomendada por rotina em mulheres com parto vaginal espontâneo (OMS, 2018).

Para a OE (2015, citado por Fatia & Tinoco, 2016), a capacitação dos profissionais para a realização de partos sem episiotomia é essencial, de forma a conduzir ao abandono da prática de episiotomia rotineira.

Esta prática pode ser controlada através do posicionamento vertical da parturiente, da diminuição da manipulação do períneo no segundo estadio do trabalho de parto e pelo incentivo de esforços expulsivos espontâneos, principalmente quando percebidos pela parturiente e durante a contração (Fatia & Tinoco, 2016).

Apesar disto, existem situações em que a episiotomia pode ser recomendada, tais como partos vaginais distócicos, especialmente com recurso a ventosa, macrosomia fetal, partos pré-termo com feto de pequenas dimensões e sofrimento fetal agudo, de forma a diminuir o tempo de expulsão e abreviar o trabalho de parto (Fatia & Tinoco, 2016).

Os critérios para a sua realização são rigorosos e devem ser aplicados com consciência devido às comorbilidades que dela podem advir, quer na fase de recuperação pós-parto, quer a longo prazo, em termos de alterações a nível do pavimento pélvico, sendo que “o juízo clínico individual deve prevalecer para guiar a decisão de efetuar este procedimento” (Henriques, 2017, p. 580).

As lacerações perineais espontâneas podem ser classificadas em quatro graus, de acordo com as estruturas afetadas. As mais frequentes são as de primeiro e segundo graus, em que há atingimento da mucosa vaginal e do tecido muscular. Dependendo de como lacera, a sua correção poderá ser mais complicada do que a correção de uma episiotomia, sendo mais morosas, mas o nível de morbidade é inferior, visto que raramente lacera grandes vasos, e segue o sentido muscular, sendo de mais fácil cicatrização.

A aplicação de força no fundo uterino durante o parto (vulgo Manobra de Kristeller ou tocabraçal) não é recomendada pela OMS (2018), sendo considerada uma forma de violência obstétrica, visto não promover o encurtamento do trabalho de parto e provocar dores à parturiente, frequentemente associadas a lesões ósseas ou uterinas graves. Esta manobra é uma forma de encurtamento do trabalho de parto, quando os esforços expulsivos não se revelam eficazes, mas é também responsável por lacerações de terceiro e quarto graus e por maior necessidade de episiotomia, por não respeitar os tempos do parto e aumentar a distensão dos tecidos perineais, pelo aumento da velocidade em que a cabeça fetal é expulsa.

Após a saída da cabeça fetal, importa travar os esforços expulsivos, verificar a existência de circulares e realizar as restantes manobras, nomeadamente a restituição fetal e o desencravamento dos ombros e extração do resto do corpo.

A distocia de ombros deve-se, frequentemente, a fetos microssómicos – RN com peso superior a 4000 gramas (Machado & Graça, 2017a). A estimativa de peso fetal é, frequentemente, um bom indicador da possibilidade deste tipo de distocias, assim como outros fatores tal como DG, pais de estatura elevada, obesidade materna, gravidez prolongada ou antecedentes obstétricos de macrossomia fetal (Machado & Graça, 2017a).

No período de estágio foi possível observar uma situação de macrossomia fetal, momento em que foi solicitada a colaboração da tutora e restantes EESMO presentes na sala, de forma a realizarem desencravamento dos ombros fetais, com recurso à Manobra de McRoberts e pressão suprapúbica.

Nos casos em que se verificou saída de líquido amniótico tingido com mecónio, foi realizada uma vigilância acrescida do traçado cardiotocográfico, uma vez que a dejeção *in útero* pode ser indicativa de stresse fetal. Após o parto, a aspiração apenas seria realizada na presença de obstrução da via aérea do RN, situação que não se verificou no decorrer do estágio.

A clampagem tardia do cordão umbilical associa-se a uma melhoria de parâmetros, relevantes para o RN, especialmente se pré-termo, relacionados com reservas de ferro e

maior estabilidade hemodinâmica (Graça & Moniz, 2017). A clampagem do cordão umbilical, deve, sempre que possível, ocorrer apenas após o primeiro minuto de vida do RN (OMS, 2018).

Durante o estágio a laqueação prévia foi realizada apenas uma vez, devido à existência de circular tripla. Nesse momento, recorreu-se à clampagem com recurso a pinça de Kocher em dois pontos do cordão umbilical e laqueação, desfazendo-se a circular, e procedeu-se às restantes manobras.

A parturiente e o acompanhante eram incentivados a cortarem, eles próprios, o cordão umbilical, por ser um momento que promove a ligação com o RN.

Após expulsão, os RN sem complicações na adaptação à vida extrauterina, devem ser mantidos em contacto pele-a-pele durante a primeira hora de vida, de forma a promover a amamentação e prevenir a hipertermia (OMS, 2018). Sempre que possível, o RN era colocado no peito da mãe, mas era removido assim que terminava a dequitação, por ser a prática comum na sala de partos do CHTS.

## **2.6. Terceiro estadio do trabalho de parto – dequitação**

Designado de dequitação, o terceiro estadio de trabalho de parto inicia-se imediatamente após a expulsão fetal até à expulsão da placenta (Fatia & Tinoco, 2016; Machado & Graça, 2017b). O tempo de dequitação é variável e deve ser respeitado o tempo fisiológico necessário para que a placenta descole do fundo uterino (Fatia & Tinoco, 2016).

A saída da placenta pode ocorrer seguindo dois mecanismos, o mecanismo de Schultze (face fetal), em que a placenta se exterioriza pela face lisa seguida de sangramento, e o mecanismo de Duncan (face materna), que ocorre menos frequentemente – cerca de 25% dos casos, em que a placenta desce pela lateral e aparece com a face coriônica no orifício vaginal, sendo precedida ou acompanhada por perda sanguínea (Fatia & Tinoco, 2016; Machado & Graça, 2017b).

Esta fase pode demorar entre 45 minutos a uma hora, desde que a perda sanguínea seja controlada (Fatia & Tinoco, 2016) e o EESMO pode assumir duas atitudes: expectante e ativa. Quando se opta por esperar pelos sinais de descolamento, encarna-se uma atitude expectante, respeitando o tempo fisiológico da clivagem placentar.

A saída da placenta é precedida de alguns sinais, nomeadamente a mudança de forma do útero (passa a ter a forma de um ovo/globo, palpável ao nível umbilical), perda hemática súbita e descida do cordão ou aumento aparente do mesmo.

A atitude ativa visa a diminuição da ocorrência de hemorragia pós-parto, na qual o EESMO realiza intervenções de forma a diminuir o risco existente nesta fase. Assim, a administração de fármacos uterotónicos após expulsão da placenta, a realização de tração controlada do cordão umbilical, a massagem uterina, e solicitar puxo materno para facilitar a expulsão placentar são intervenções que caracterizam esta atitude (Fatia & Tinoco, 2016).

A tração controlada do cordão umbilical revela-se importante na diminuição da hemorragia e do tempo de dequitação (OMS, 2018).

No CHTS a abordagem era mista, visto que se realizava uma abordagem inicial expectante, com diminuição da utilização de ocitocina, com espera pelo sinal de descolamento (queda do cordão umbilical), com o cordão umbilical desclampado, verificando-se o descolamento com recurso à manobra de Kustner – aplicação de pressão acima da sínfise púbica, de forma a corrigir a retroversão uterina; caso o cordão subisse aquando o movimento, a placenta ainda não estava solta, pelo que a tração ainda não era possível; caso o cordão não se movimentasse, era realizada tração controlada do cordão umbilical, de forma a garantir a saída completa da placenta, e manobra de Dublin aquando à chegada da placenta ao introito vaginal, para que as membranas saíssem intactas.

Após a saída da placenta, esta era verificada, no sentido de perceber se apresentava alguma alteração. A observação rigorosa da placenta, cordão umbilical e membranas permite identificar, atempadamente, alterações que possam desencadear consequências a nível do recém-nascido ou da contração uterina. Assim, a verificação de alteração a nível do número de vasos (duas artérias e uma veia), presença de geleia de Wharton, local de inserção do cordão, cotilédones aberrantes ou em falta e membranas fragmentadas, é essencial e não deve ser ignorada.

A prevenção da hemorragia pós-parto é uma intervenção essencial do EESMO nesta fase do trabalho de parto. Segundo a evidência mais recente, e de acordo com as recomendações da

OMS (2018), a utilização de uterotônicos é amplamente recomendada, nomeadamente através da administração em perfusão de dez unidades internacionais de ocitocina endovenosa, de forma a estimular a contração uterina.

No CHTS, após a dequitação, o débito da perfusão ocitócica era aumentado, e era realizada massagem uterina de forma a estimular a contração do útero. Por fim, era realizada uma revisão uterina manual no sentido de perceber a existência de coágulos ou fragmentos das membranas que possam ter ficado alojados no útero, e eram removidos, visto que a retenção de restos placentares pode conduzir a hemorragias pós-parto pela incapacidade de o útero comprimir e fechar. A administração de ocitocina direta era reservada para ocasiões de descompressão ou atonia uterina, segundo prescrição médica.

## **2.7. Quarto estadio do trabalho de parto – período de hemóstase**

O quarto estadio do trabalho de parto inicia-se após a expulsão placentar e termina duas horas após o parto. Frequentemente referido como puerpério imediato, corresponde ao período de hemóstase, ou seja, a altura em que a parturiente, agora puérpera, está mais suscetível a nível hemodinâmico, pelo risco aumentado de hemorragia puerperal e pela perda de sangue normal do parto.

A vigilância da contração uterina – formação do globo de segurança de Pinard – é uma intervenção essencial do EESMO nesta fase, que associada à vigilância da perda sanguínea e monitorização da TA e FC, é uma das principais ferramentas de despiste de hemorragia uterina pós-parto (Fatia & Tinoco, 2016).

A inspeção do canal de parto e do períneo têm a finalidade de identificar lacerações que possam ter ocorrido durante o parto, assim como, mais uma vez, eliminar possíveis coágulos ou fragmentos placentares que, se ficarem retidos, podem potenciar dificuldade na contração e involução uterina e levar a hemorragia pós-parto por atonia uterina.

Após a dequitação, a sutura da episiotomia ou da laceração deve ser iniciada, de forma a diminuir o tempo de hemorragia. A técnica de correção perineal é asséptica e deve provocar

o menor desconforto possível à mulher, pelo que nas situações em que não existia epidural ou o tempo de efeito da medicação estava a terminar, era realizada analgesia.

De forma a compreender mais facilmente a origem do sangramento e, assim, corrigir as estruturas necessárias, era colocado um tamponamento a nível uterino, com compressas esterilizadas, de forma a absorver a perda sanguínea uterina.

Durante o procedimento foram sendo explicados os passos realizados, assim como efetuados ensinamentos relativamente ao material de sutura (absorvível) e aos cuidados a ter em relação à higiene do local (lavar sempre que utilizar a casa de banho e secar bem, trocar frequentemente o penso, principalmente quando este está cheio ou após usar a casa de banho e aplicar gelo local, de forma a diminuir o desconforto e o edema associados).

Após verificação atenta do canal de parto e identificação de todas as estruturas com necessidade de correção, a sutura era iniciada um centímetro antes do ápex, e a correção era realizada por planos (mucosa, músculo, pele), recorrendo à sutura contínua cruzada na mucosa vaginal; à sutura contínua simples no tecido muscular; aos pontos de Donatti na pele. Por vezes eram realizados pontos simples em pequenas lacerações não sangrantes a nível da mucosa, apenas por serem uma fonte de desconforto no período pós-parto, pelo contacto com a urina durante a micção.

Durante o estágio foi detetada uma laceração de terceiro grau, tendo sido pedida colaboração médica de forma a realizar a correção do esfíncter anal.

Após terminada a sutura, efetuava-se nova inspeção do canal de parto e revisão uterina e massagem uterina simultânea, de forma a remover todos os coágulos. Posto isto, foram realizados os cuidados de higiene necessários e, sempre que benéfico e permitido pela utente, era realizada crioterapia perineal.

A amamentação deve ser promovida durante a primeira meia hora de vida, ainda na sala de parto, tendo o RN sido colocado à mama assim que a mãe estivesse pronta a recebê-lo e fosse esse o seu desejo (OMS, 2018).

## **2.8. Receber e assistir o recém-nascido**

Na sala de partos o EESMO desempenha duas funções: assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto e recepção do recém-nascido.

A prestação de cuidados ao recém-nascido após o nascimento é essencial e facilitadora da adaptação à vida extrauterina, pois promove a adaptação ao meio exterior, previne complicações e promove a saúde e o bem-estar do RN (Freitas & Baptista, 2016a).

A primeira avaliação ao RN é realizada através do índice de Apgar, que permite uma avaliação rápida da vitalidade e da capacidade de adaptação à vida extrauterina do recém-nascido. Essa avaliação centra-se em cinco parâmetros: frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele, sendo realizada ao primeiro, quinto e, eventualmente, ainda ao décimo minuto. Cada parâmetro tem uma pontuação que varia entre zero e dois, sendo que a pontuação final pode variar entre zero e dez. O resultado final é preditivo da necessidade de cuidados imediatos ou reanimação (Freitas & Baptista, 2016b).

A assistência ao recém-nascido, quando há necessidade de medidas de apoio à adaptação extrauterina, passa por manter a via aérea permeável – posicionar em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, aspirar secreções e manter a termorregulação eficaz. O contacto pele-a-pele com a mãe ou, em caso de necessidade, devido a complicações imediatamente após o parto, com o pai, é o meio privilegiado para a termorregulação eficaz do RN, quando este não necessita de manobras de reanimação ou intervenções de apoio à adaptação à vida extrauterina, tendo sido realizado em todos os partos, apesar da sua duração ser variável consoante o enfermeiro presente na sala. Na realização de quaisquer intervenções de apoio à adaptação à vida extrauterina, o RN foi colocado em berço aquecido, de forma a fomentar a termorregulação (Freitas & Baptista, 2016b).

Após a estabilização do RN, foi realizada uma observação física inicial, no sentido de detetar malformações estruturais visíveis que necessitem de intervenção médica imediata.

Devido ao défice de vitamina K, um fator importante na coagulação, o RN detém um risco hemorrágico superior ao adulto, pelo que se administra Fitomenadiona (vitamina K via intramuscular) após o nascimento, de forma a colmatar a situação (Freitas & Baptista, 2016b; OMS, 2018).

A prevenção de infeção ocular no RN é uma atividade de rotina, realizada a todos os RN, e passa pela administração de colírio após limpeza ocular (OMS, 2018). O banho na sala de partos é reservado apenas para casos em que exista suspeita ou confirmação de infeção

materna por agentes como o vírus da imunodeficiência humana, hepatite ou sífilis (Freitas & Baptista, 2016b).

A maioria dos recém-nascidos (aproximadamente 90%) não irá necessitar de qualquer tipo de assistência; os restantes 10% necessitam de alguma ajuda, e apenas um por cento pode necessitar de reanimação neonatal (Kattwinkel et al., 2010, citado por Freitas & Baptista, 2016b).

A reanimação neonatal é uma situação de emergência na sala de partos. Sempre que se previa a necessidade de reanimação, devido a estados fetais não tranquilizadores, partos pré-termo, estimativa de baixo peso fetal ou complicações de alto risco durante a gravidez, era chamado o Neonatologista em tempo oportuno. O papel do EESMO, nesta situação, é de colaboração para com a equipa de Neonatologia, visto ser o profissional que detém maior conhecimento da sala de partos e do serviço, características essenciais numa situação de emergência, pela necessidade de material e equipamento diferenciados. Felizmente, durante o período de presença no CHTS, não foi experienciada nenhuma situação com necessidade de reanimação neonatal.

Após o parto, o RN atravessa uma fase em que está calmo, mas vígil e atento a tudo o que o rodeia, que se mantém durante 45 a 60 minutos e, segundo Freitas e Baptista (2016b) é o momento ideal para estimular o processo de vinculação do RN com os pais. No CHTS, após o parto, e durante o processo de correção perineal, revisão uterina e cuidados de higiene da puérpera, o RN é deixado no berço aquecido, frequentemente sem que o pai ou acompanhante, possa estar perto dele, comprometendo e desperdiçando este momento precioso e importante para os processos vinculativos do RN.

No final das duas horas do período de hemóstase, a condição materna era avaliada, nomeadamente a perda sanguínea, contração uterina e formação do globo de Pinard. Para tal foi realizada massagem uterina de forma a sentir o globo de Pinard, e vigiada a perda sanguínea – nomeadamente a quantidade e características. O cateter epidural foi removido antes de transferir a puérpera e esta realizava uma refeição ligeira antes de ser encaminhada para o internamento, em conjunto com o RN.

Em Obstetrícia, os registos são de elevada importância para a continuidade de cuidados e por questões jurídicas que se possam colocar. O risco de morte fetal, morte materna, ou por consequências para a saúde da mãe e da criança devido a complicações durante a gravidez, trabalho de parto e parto é, apesar de diminuto, uma situação grave que pode levar a situações legais complicadas para os EESMO e Obstetras envolvidos.

O registo automatizado e em papel do CTG, assim como o partograma eletrónico, permitem uma salvaguarda relativamente às atitudes instituídas no decurso de cada trabalho de parto. Dessa forma, os registos foram um ponto de atenção, tendo sido documentadas todas as intervenções realizadas, em local próprio, inclusive notas que justificavam alterações no padrão da FCF – administração de analgesia, colocação de cateter epidural, administração ou suspensão de ocitocina, alteração da posição materna – e no final de cada período de vigilância eram revistos todos os registos, registado o estado da puérpera e do RN aquando da transferência e terminado o partograma.

A intervenção do EESMO na sala de partos é essencial para a promoção de uma experiência de parto positiva, para a manutenção do bem-estar materno-fetal e para os desfechos obstétricos saudáveis e positivos. A sua intervenção, a nível do processo de trabalho de parto e parto, deve ser realizada no sentido de monitorizar e vigiar a progressão do trabalho de parto, assistindo a parturiente e o feto naquele que é o seu processo de nascimento, sem interferir nos seus *timings*, evitando tentativas abreviar o tempo do trabalho de parto com recurso intervenções iatrogénicas desnecessárias. A estadia no Bloco de Partos do CHTS, apesar de não ser pautada pelas condições ideais, devido à pandemia por COVID-19, foi benéfica para a aprendizagem e a evolução enquanto profissional de saúde e EESMO, permitindo um confronto interior entre as práticas em uso e aquilo que dita a evidência científica, que deu azo a uma reflexão crítica da aprendizagem e da prática experienciadas.



### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE**

O período puerperal descrito ao longo deste capítulo inicia-se, aproximadamente, duas horas após o parto, quando termina o período de hemóstase, sendo este um período marcado pelas diversas alterações fisiológicas que permitem o retorno do corpo ao seu estado pré-gravídico. Essas alterações incluem o processo de involução dos órgãos reprodutivos e o estabelecimento da lactação, que são duas situações hormono-dependentes, que podem cursar com alterações emocionais intensas.

Dessa forma, o pós-parto é uma fase de vida da mulher que se caracteriza por sentimentos ambivalentes, como “euforia e alívio (. . .); desconforto físico (. . .); medo de não conseguir amamentar (. . .); medo de não ser capaz de cuidar e responder as necessidades do bebê e não ser uma boa mãe” (Strapasson & Nedel, 2010, p. 522).

Tendo em conta os aspetos apresentados, torna-se imperativo o cuidado especializado e qualificado que assenta na prevenção de complicações, na promoção do conforto físico e emocional, assim como na educação para a saúde, dando resposta às necessidades destas mulheres e suas famílias, que estão a aprender a lidar com os seus novos papéis. A prática de enfermagem, nesta situação específica, deve ser pautada pela escuta ativa, empatia e empoderamento das puérperas.

O EESMO detém um lugar privilegiado para assistir, apoiar, ensinar e treinar estas puérperas, casais e famílias, no sentido de promover um bom autocuidado, essencial para uma recuperação pós-parto saudável e eficaz, assim como potenciar a adaptação à parentalidade, sendo o profissional de saúde que mais acompanha o casal nos primeiros desafios com o seu recém-nascido, com o objetivo de facilitar a transição para a parentalidade, com segurança, confiança e mestria, através da informação e promoção estratégias que ajudem a enfrentar e ultrapassar obstáculos característicos desta fase de vida.

### 3.1. Contextualização do estágio

O módulo “Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade” foi realizado entre o dia 8 de janeiro e 26 de fevereiro de 2020, num total de 100 horas, sob a supervisão de uma EESMO, no Serviço de Obstetrícia I do CHTS. Este serviço é constituído por seis enfermarias, cada uma com quatro camas, e dois quartos individuais, perfazendo um total de 26 vagas. Como apoio, existem duas salas, denominadas “Berçários”, uma sala de armazenamento de leite adaptado, duas salas de trabalho, uma direcionada para os registos e outra para a preparação de medicação, e uma sala de tratamentos, onde se realizam as avaliações médicas para a alta.

No CHTS, após o nascimento e sempre que possível, o alojamento conjunto é incentivado e estimulado, sendo que, o RN que não apresente necessidade de cuidados especiais de Neonatologia permanece junto da mãe, em berço próprio, até ao momento da alta hospitalar, dependendo do tipo de parto e das possíveis complicações presentes, quer com a puérpera quer com o RN. A permanência do pai, apesar de estimulada, é restrita ao horário de visitas, não sendo possível que este acompanhe a puérpera e o RN durante as 24 horas diárias e até à alta.

O alojamento conjunto é uma prática defendida há já vários anos, que acarreta inúmeras vantagens para a díade mãe-filho, especialmente a convivência entre mãe e filho, que promove o conhecimento mútuo e a satisfação das necessidades do RN – físicas ou emocionais – pela mãe, havendo um maior envolvimento dos pais nos cuidados. A ligação e a vinculação são incentivadas e estabelecem-se mais cedo, reduzindo os casos de abuso ou negligência infantil e abandono.

O aleitamento materno é estimulado, pois a resposta às necessidades alimentares do RN é mais fácil e imediata, e o ciclo hormonal ocitocina-prolactina, que é estimulado pela presença do bebé junto da mãe, promove a produção de leite e a sua descida, facilitando a adaptação à amamentação e atrasando o desmame. Estes bebés, tendencialmente, choram menos e dormem mais do que aqueles que são separados das mães, e as mães ficam menos ansiosas, havendo relatos, ainda, de diminuição da infeção neonatal (Ministério da Saúde do Brasil, 2011).

Ao longo do estágio foi possível cuidar de várias mulheres, casais e RN, que, mesmo em situações idênticas de risco, apresentaram necessidades díspares. No total, foram prestados cuidados a 126 puérperas, entre as quais 49 com risco acrescido, e 115 recém-nascidos, dos quais 52 revelaram a necessidade de cuidados extra para prevenir complicações associadas a situações de risco.

### **3.2. Cuidar da mulher no período pós-parto e promover o autocuidado**

Após o parto, o corpo da mulher inicia o seu processo de retorno ao estado pré-gravídico, que envolve alterações rápidas a nível de vários sistemas orgânicos e funções (Santos & Baptista, 2016).

O período puerperal inicia-se imediatamente após o parto e estende-se por seis semanas, tendo uma duração de aproximadamente 40 dias. Durante esse tempo ocorrem modificações necessárias para a recuperação física e emocional da mulher, sendo possível dividir o pós-parto por períodos, que despertam mais ou menos necessidades de cuidados. As primeiras 24 horas pós-parto denominam-se de puerpério imediato, sendo esta uma altura em que é necessária uma vigilância ativa às funções fisiológicas e estabilidade hemodinâmica pelas alterações rápidas que se sucedem no corpo feminino; entre as 24 horas e os seis dias pós-parto encontramos-nos no puerpério precoce, altura em que a mulher tem alta e ocorrem algumas alterações fisiológicas importantes, principalmente relacionadas com a lactação e amamentação; posteriormente, e até à sexta semana pós-parto, denomina-se de puerpério tardio, altura em que a involução uterina se completa e é expectável a normalização do ciclo menstrual caso a mulher não amamente (Centeno, 2017).

No CHTS, após o término do quarto estadio de trabalho de parto (período de hemóstase), a mulher e o RN são transferidos para o serviço de Obstetrícia I. Essa transferência ocorre de forma diferente, consoante o tipo de parto: em partos por via vaginal, eutócicos ou distócicos, a mulher e RN são acompanhados pela Assistente Operacional do Bloco de Partos e a informação é transmitida entre as EESMO telefonicamente; nos partos distócicos por cesariana a transferência ocorre em duas fases. Imediatamente após o procedimento

cirúrgico, o EESMO vai ao bloco operatório buscar o RN, que é transportado em incubadora entre os serviços. Quando ocorre em horário de visitas, o pai/acompanhante aguarda no exterior do bloco operatório, e, depois, acompanha o RN para o serviço, onde aguarda pela puérpera, prestando os cuidados iniciais necessários ao bebê. Após as duas horas de vigilância e recobro, o mesmo procedimento é efetuado com a puérpera.

O facto de o RN abandonar o bloco operatório antes da puérpera, mesmo que acompanhado pelo pai, faz com que não seja realizado contacto pele-a-pele e, sucessivamente, não seja estimulada a amamentação na primeira hora de vida, contradizendo as indicações da OMS e da UNICEF, naquilo que são as indicações de cuidados saudáveis no pós-parto e na amamentação. Somando-se a este facto que o puerpério e a recuperação da mulher, em média, são mais prolongados e difíceis, pela cesariana, não foi incomum observar o desmame precoce, ou tentativas frustradas de amamentar, que culminaram em abandono da amamentação antes sequer de saírem do hospital.

No puerpério imediato, impõem-se certas atividades diagnósticas e de vigilância importantes, que cabem ao EESMO, e cujo objetivo é a avaliação da condição de saúde da puérpera e do recém-nascido, de forma a planear os cuidados e verificar a necessidade de intervenção ou vigilância em situações de risco. No momento de admissão da puérpera no serviço, a avaliação inicial e exame físico são de extrema importância e são as atividades diagnósticas desenvolvidas, nesse momento, que ditam as necessidades de intervenções futuras à mulher e ao RN.

O acolhimento, mais uma vez, é uma parte integrante do processo de cuidar. O acolhimento destas mulheres na unidade de puerpério foi realizado de forma harmoniosa e humanizada, promovendo a segurança e a relação terapêutica entre EESMO-puérpera, de forma a identificar as suas necessidades individuais e fomentar uma relação de ajuda (Santos & Baptista, 2016). Quando mãe e filho chegavam ao serviço, para além das atividades inerentes ao acolhimento, referidas anteriormente, e que são transversais a todos os serviços (apresentação pessoal, do espaço, dos horários, etc.), há uma avaliação geral do estado da mulher e do recém-nascido.

A avaliação inicial era realizada tendo por base as informações fornecidas pelos colegas do Bloco de Partos, o processo clínico eletrónico da utente e recolhendo informações junto desta. Os dados obtidos permitiam o conhecimento da história de saúde e obstétrica da mulher, facilitando, à partida, o planeamento de cuidados. Esses dados prendiam-se com o índice obstétrico, antecedentes de saúde relevantes, tipo de parto, grupo de sangue e fator

RhD, resultado do teste do SGB, condição do períneo, presença do globo de contração de Pinard e características dos lóquios, assim como informações relevantes da gravidez e do parto, como a necessidade de antibioterapia ou febre materna intraparto; relativamente ao RN os dados obtidos relacionavam-se com o índice de Apgar à nascença, peso e aleitamento.

O puerpério após parto vaginal, em mulheres sem complicações na gravidez, associa-se a um baixo risco de complicações no período puerperal. É, no entanto, necessária a vigilância de parâmetros fisiológicos e a prestação de cuidados de enfermagem que permitam a prevenção de complicações e a vigilância atenta da evolução puerperal (Santos et al., 2014).

O exame físico realizado no momento de admissão permite estabelecer um ponto de partida para a vigilância de cada puérpera, assim como diagnosticar possíveis complicações. Este exame era repetido diariamente até ao momento da alta, seguindo uma avaliação no sentido céfalo-caudal.

No CHTS existe um protocolo específico para esta avaliação, tendo sido seguido para todas as puérperas cuidadas. Os sinais vitais foram monitorizados na admissão ao serviço; posteriormente foram monitorizadas a TA, frequência cardíaca e temperatura uma vez dia; a dor foi monitorizada uma vez turno, através da escala numérica da dor; a analgesia é prescrita em SOS, não seguindo horário fixo, pelo que compete ao EESMO a gestão da medicação; a observação da pele e mucosa, nomeadamente da sua coloração, foi realizada no sentido de detetar sinais de anemia ou desidratação, visto que a descoloração ou o aspeto seco dos mesmos podem ser indicativos de complicações, como hemorragias; as perdas hemáticas e lóquios são vigiados no momento da admissão e posteriormente em todos os turnos, através do questionamento à puérpera pela quantidade (avaliada pela saturação do penso *versus* tempo) e características, como coloração, cheiro e presença de coágulos; neste momento, realizava-se a avaliação da contração uterina, assim como a necessidade de esvaziamento vesical, sendo a primeira intervenção repetida todas as manhãs até à alta; eram realizados cuidados perineais na admissão ao serviço; nesse momento, a mulher é instruída sobre os cuidados de higiene perineal, devido ao risco acrescido de infeção, especialmente se houve necessidade de episiorrafia/perineorrafia; ao mesmo tempo, realizava-se a inspeção do períneo para verificar se existia edema perineal, sinais inflamatórios da ferida perineal ou a presença de hematomas.

Todas as atividades diagnósticas/de vigilância descritas anteriormente estão fortemente corroboradas pela literatura, como sendo um componente essencial na prática diária do EESMO que trabalhe num serviço de puerpério, sendo descritas como essenciais na avaliação

inicial da puérpera, permitindo diagnosticar e intervir em situações de emergência obstétrica, como a atonia uterina (que se caracteriza por descompressão uterina e perda abundante de sangue por via vaginal), anemia puerperal grave, hemorragias pós-parto ou infeções da ferida perineal (Centeno, 2017; Ferreira, 2016; Montenegro & Rezende Filho, 2014; OE, 2015b; Santos et al., 2014).

Para além destas atividades, e apesar de estar contemplada a prevenção de trombose venosa no pós-parto através de medicação, no CHTS, a vigilância dos membros inferiores não era descrita no protocolo, mas foi, no entanto, realizada a todas as puérperas pelo risco acrescido de estes fenómenos ocorrerem no período puerperal, e estando descrito um risco cinco vezes superior, no puerpério, quando comparado à gravidez, sendo que 25% podem complicar-se em tromboembolismo pulmonar, uma das principais causas de mortalidade materna (Centeno, 2017).

Após o parto vaginal, o levante foi realizado assim que a puérpera se sentiu apta e confortável, tendo sido monitorizado o seu estado hemodinâmico previamente; a alimentação era iniciada duas horas após o parto, ainda no Bloco de Partos antes da transferência, pelo que no momento de admissão apenas se vigiava a existência de náuseas ou vômitos como sinais de não tolerância à dieta. Após o levante, a puérpera era incentivada a deambular, como incentivo para a retoma de exercício físico, a recuperação da normalidade do trânsito intestinal e a prevenção de tromboembolismo venoso.

A vigilância pós-parto, por cesariana, implica uma monitorização acrescida, principalmente nas primeiras horas, por comportar risco aumentado de complicações precoces como hemorragias, tromboembolismo, complicações infecciosas e mortalidade (Centeno, 2017).

O exame físico realizado na admissão após cesariana é igual ao do parto vaginal, acrescentando apenas a monitorização da saturação periférica de oxigénio, pela utilização de anestésicos durante o procedimento e que podem provocar depressão respiratória. O que difere, nestes casos, é a frequência da vigilância hemodinâmica nas primeiras 24 horas pós-parto. Os sinais vitais eram monitorizados consoante os valores apresentados: se hemodinamicamente instável, esta monitorização era realizada de quatro em quatro horas até estabilização; posteriormente, nas primeiras 24 horas a monitorização ocorria uma vez turno; se os valores se mantivessem estáveis, a monitorização passava a ser igual à do parto por via vaginal, ou seja, uma vez dia. Esta vigilância mais apertada é essencial num pós-parto por cesariana, uma vez que a mulher foi sujeita a uma cirurgia de grande calibre, com necessidade de manipulação

de várias camadas musculares e órgãos, havendo risco acrescido de hemorragia e infecção (Centeno, 2017; OE, 2015b).

A vigilância hemodinâmica é essencial no período puerperal, quer em partos vaginais quer em cesarianas, pois durante a gravidez ocorre hipervolemia, de forma a compensar as necessidades fetais. O volume da perda hemática durante o parto, a capacidade de mobilização do líquido extravascular (edemas) e a saída da placenta são mecanismos que, quando correm de forma harmoniosa, se compensam e impedem o choque hipovolêmico pós-parto (Ferreira, 2016). No entanto, podem ocorrer variações importantes nos sinais vitais, que são sugestivas de complicações pós-parto, como pré-eclâmpsia não diagnosticada na gravidez ou hemorragias uterinas.

O penso da ferida cirúrgica abdominal era também vigiado na admissão, para verificar se se encontrava limpo e seco ou se detinha algum repasse, sendo que nesses casos era delimitado e vigiada a sua evolução. A ferida cirúrgica era avaliada e realizado o tratamento no dia da alta, normalmente 72 horas após o parto, de forma a verificar a evolução cicatricial e planejar os cuidados no domicílio. A vigilância do penso era realizada todos os turnos, e em caso de repasse extremo de produtos da ferida (sangue, exsudado), era realizado o tratamento, segundo norma asséptica (OE, 2015b). Durante o estágio foi também possível contactar com pensos de pressão negativa, que permitem eliminação mais eficaz do exsudado, cicatrização e recuperação mais rápida assim como proteção contra a contaminação externa (Smith & Nephew, s. a.).

Contrariamente aos partos por via vaginal, as mulheres que sofreram cesariana, à chegada ao internamento traziam ainda acesso por cateter epidural, assim como analgesia prescrita por esta via, pelo que se vigiava ainda o bloqueio motor dos membros inferiores.

O levante após cesariana foi realizado seis horas após o final da cirurgia, sendo que a puérpera era questionada sobre a sua vontade de se levantar; este levante era, sempre que possível, realizado apenas após refeição, pois o jejum prolongado a que estas mulheres são sujeitas pode interferir com o sucesso do primeiro levante; simultaneamente ao levante, foi removido o cateter vesical, tendo sido vigiada a vontade de urinar e o globo vesical até à primeira micção espontânea (Centeno, 2017; OE, 2015b).

A vigilância do trânsito intestinal foi uma intervenção realizada em todas as puérperas, sendo que a alta apenas era possível após a primeira dejeção. Esta vigilância é essencial, quer no parto vaginal, quer no parto por cesariana, devido à utilização de medicação anestésica para analgesia intraparto, que tem um efeito relaxante no músculo liso; em mulheres com

laceração de terceiro e quarto grau, adquire outra importância, visto ser essencial verificar se na episiotomia, não foi suturada a ampola retal. Para além disso, há uma diminuição da motilidade intestinal durante a gravidez, associada ao excesso de progesterona circulante, pelo que importa verificar e assegurar a regularidade do trânsito intestinal (Ferreira, 2016).

Os mamilos, a consistência da mama e a presença de colostro foram avaliados na mamada seguinte, sempre que possível, de forma a evitar a manipulação desnecessária da mama (OE, 2015b).

### **3.3. Cuidar da puérpera com complicações associadas**

Durante a prática clínica houve, ainda, possibilidade de prestar cuidados a puérperas com patologias associadas e complicações pós-parto, como cefaleia pós-punção da dura, DG e pré-eclâmpsia. Estas complicações, algumas das quais ocorrem durante a gravidez e foram já descritas no módulo “Gravidez com Complicações”, suscitam cuidados específicos no pós-parto, de forma a prevenir as consequências.

A analgesia intraparto, como descrito anteriormente, pode ser realizada de várias formas, sendo a analgesia regional uma das opções. Uma das complicações mais importantes da epidural e da raquianestesia, é a punção acidental da *dura máter*, provocando morbidade no período pós-parto, devido à cefaleia pós-punção da dura. Segundo alguns estudos, há um maior risco e incidência entre a população obstétrica, devido à idade mais jovem e ao facto de serem mulheres (Antunes, Moreira, Sampaio & Faria, 2016; Silva, 2016; Vieira, Macedo & Sousa Júnior, 2009). Apesar da incidência de punção acidental da dura ser baixa (entre 0,3% e 8,7%, dependendo da técnica utilizada), 79% dessas punções foram verificadas em mulheres que receberam analgesia para alívio da dor de trabalho de parto (Silva, 2016). De entre essas mulheres, aproximadamente 70% desenvolveram cefaleia pós-punção acidental da dura (Antunes et al., 2016; Silva, 2016; Vieira et al., 2009).

Esta complicação é incapacitante para as mulheres, visto que a posição ortostática não é tolerada pelas puérperas, o que impede os cuidados ao RN, sendo a dor apenas aliviada pela

posição horizontal. Concomitantemente, podem ocorrer náuseas, vômitos, distúrbios visuais e auditivos e, mais raramente, paralisia dos nervos cranianos (Antunes et al., 2016).

Ao longo do estágio foi possível contactar com dois casos de picada acidental da dura, com cefaleia pós-punção. O tratamento passou pelo repouso no leito e hidratação, frequentemente com recurso a doses altas de líquidos com cafeína, como café ou cevada, e bebidas gaseificadas, assim como gestão da analgesia e medicação. O caso mais grave, necessitou da colocação de um cateter vesical, para evitar os esforços urinários e realização de medicação laxante. Apesar dos esforços conservadores, este caso requereu um *blood patch* local, de forma a ocluir a perfuração no local e assim impedir a saída de líquido cefalorraquidiano.

Nesta complicação específica, a presença do EESMO é de extrema importância, de forma a assistir e apoiar a mulher, que frequentemente se sente incapaz de singrar como mãe, pois não consegue responder de imediato às necessidades do RN. Estes bebés acabam, também, por ser mais inquietos e necessitar de mais atenção, muito devido às quantidades de cafeína ingeridas pela mulher, que durante a amamentação acaba por ser transferida para o RN através do leite (Associação Portuguesa de Nutricionistas [APN], 2010), tornando-os mais agitados e, conseqüentemente, a puérpera sente-se mais ansiosa, o que acaba por piorar a sua condição.

O puerpério da mulher com DG deve implicar a mesma vigilância com nas puérperas sem patologia associada, nomeadamente, suspensão das pesquisas de glicemia, da administração de insulina ou antidiabéticos orais, se realizados durante a gravidez, desde que exista um controlo glicémico sustentado (Carvalho & Centeno, 2017; Inácio, 2016). Para tal, nas primeiras 24 horas, foi realizada a vigilância glicémica pré-prandial. Após a obtenção de três valores inferiores a 120 mg/dl (Inácio, 2016) eram suspensos todos os protocolos de correção insulínica, assim como as pesquisas glicémicas. A vigilância dos sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia foi mantida até ao momento da alta, altura em que eram realizados ensinamentos e aconselhamento sobre a manutenção de estilos de vida saudável, principalmente dietéticos e de exercício, devido ao risco elevado de estas mulheres desenvolverem diabetes gestacional em futuras gravidezes ou, inclusive, de desenvolverem diabetes *mellitus* (Carvalho & Centeno, 2017; Inácio, 2016).

A única solução para a pré-eclâmpsia é o parto, pelo que se espera a resolução dos estados hipertensivos da gravidez nesta fase (Monteiro & Leite, 2016). De acordo com Graça (2017), as mulheres com pré-eclâmpsia devem ser monitorizadas com rigor, no que concerne aos

valores tensionais, balanço hídrico e vigilância de sinais e sintomas secundários, como alterações de visão e epigastralgias durante o pós-parto, sendo que os valores tensionais devem estar normalizados até à décima segunda semana pós-parto. A estas mulheres, foi monitorizada a TA em todos os turnos, assim como a diurese, presença de edemas, vigilância de alterações da visão, cefaleias ou epigastralgias. Imediatamente após o parto é comum verificar-se uma diminuição abrupta dos valores tensionais, quando comparados com a gravidez, podendo haver um aumento entre o terceiro e sexto dias (Graça, 2017; Monteiro & Leite, 2016), pelo que na alta, as puérperas eram incentivadas a monitorizar os valores tensionais, pelo menos uma vez dia, assim como alertadas para os sinais e sintomas a vigiar. Em caso de alterações ou manutenção da elevação tensional após as 12 semanas pós-parto, foi dada indicação para contactarem um profissional de saúde, de forma a serem reavaliadas.

Em situações de complicações no pós-parto, a intervenção do EESMO é essencial, nomeadamente na vigilância de complicações, prevenção das mesmas e atuação em casos de emergências obstétricas. No momento da alta destas mulheres, acresce ainda o papel interventivo do EESMO, no sentido de promover os estilos de vida saudável e a melhor adaptação destas mulheres à sua condição de saúde, através dos ensinamentos relacionados com os comportamentos saudáveis, gestão do regime terapêutico e vigilância ativa de sinais e sintomas no domicílio.

#### **3.4. Cuidar do recém-nascido e promover a adaptação à parentalidade**

O trabalho do EESMO numa unidade de puerpério compreende o cuidado a ambos os elementos da díade mãe-filho, assim como a promoção da adaptação da mãe e do pai à parentalidade e aos seus novos papéis como família.

Nas primeiras horas de vida, o RN passa por alterações críticas, importantes para a sua adaptação à vida extrauterina. Nesta fase, estamos perante um ser instável e imaturo, que necessita de vigilância e avaliação contínua. Semelhantemente à puérpera, na admissão ao serviço, o RN é submetido a um exame físico geral, que permite o diagnóstico de complicações e sua posterior vigilância. Esta avaliação tem como objetivos a avaliação da

adaptação à vida extrauterina, a identificação precoce de anomalias congénitas e a deteção de traumatismos que possam ter ocorrido durante o trabalho de parto (Santos & Baptista, 2016).

Para que este exame inicial seja eficaz, o EESMO necessita ter conhecimentos prévios sobre o nascimento e o tipo de parto do RN. Assim, realizou-se uma recolha de dados sobre o RN, através da passagem de informação no momento de transferência da díade entre serviços. Esses dados incluíram informações como tipo de parto, hora de nascimento, sexo do bebé, índice de Apgar, peso, assim como amamentação na primeira hora de vida.

Na chegada do RN ao serviço de puerpério, este foi observado atentamente, no sentido de perceber alguma alteração a nível da respiração e sinais de dificuldade respiratória (como adejo nasal ou gemidos), da coloração da pele, que se esperava rosada, ou malformações, assim como a postura, pois as assimetrias dos membros podem indicar alguma fratura ou paralisia. Verificou-se, também, a existência de pulseira de identificação com o nome da puérpera e foi colocada a *tag*, uma pulseira eletrónica, utilizada em quase todos os hospitais portugueses, que se liga a um sistema de alarme anti-rapto. Esse alarme está ligado diretamente à central de segurança e era acionado sempre que alguma pulseira ultrapassava um dos pontos de controlo, localizados junto das portas de saída do serviço, ou quando era cortada antes de ser desativada.

O exame físico completo foi realizado na primeira muda de fralda, para aproveitar a oportunidade de forma a diminuir a exposição do RN às alterações de temperatura. O exame foi realizado no sentido céfalo-caudal para evitar esquecimento de algum detalhe. Iniciando pela cabeça, verificava-se a existência de cefalohematoma ou *caput succedaneum*, principalmente após partos instrumentados; eram palpadas as fontanelas, para verificar a pulsatilidade e flexibilidade; observavam-se os olhos, para despistar derrames oculares ou alguma alteração a nível da visão; a boca era investigada, a fim de auferir alguma alteração, como pólipos ou fenda palatina, que podem condicionar a pega e a amamentação; a pele era observada no sentido de identificar alguma alteração na sua textura ou coloração; no tórax verificava-se se os restantes sinais de dificuldade respiratória estavam presentes, nomeadamente tiragem intercostal e retração do apêndice xifoide; os mamilos foram observados e, quando verificada hipertrofia mamária, era explicada a importância de não tentar espremer ou drenar, visto que é um achado comum devido ao aumento da prolactina, e que acaba por desaparecer; o cordão umbilicado era verificado, de forma a contabilizar os vasos (duas artérias e uma veia) e a sua clampagem, perda hemática e sinais inflamatórios;

nesta altura, visto o RN estar despido, era possível verificar a presença ou ausência de lanugo, mancha mongólica, petéquias ou outras alterações da pele; os genitais e o ânus eram observados atentamente, para averiguar alguma alteração, principalmente a nível do reto, pois há relatos de RN que nascem sem perfuração do ânus, sendo esta uma situação que necessita de correção cirúrgica urgente; foram avaliados os reflexos primitivos do RN (sucção, moro, preensão e rotação), para despistar algum compromisso neurológico; finalmente eram observados os dedos dos pés e das mãos, para despistar possíveis anomalias (Santos & Baptista, 2016).

O exame físico completo era realizado pelo Pediatra, entre as primeiras 12 e 24 horas após o nascimento, altura em que o RN era medido e pesado.

Durante o período de permanência no serviço, que dependeu do tipo de parto (48 horas para parto eutócico e 72 horas para cesarianas) e do desenvolvimento de complicações, foram realizadas várias vigilâncias, quer permitiram a avaliação da adaptação à vida extrauterina e a prevenção de complicações. Essas vigilâncias permitiram, ainda, ensinar a mãe/pai sobre a importância da vigilância da saúde do RN, dando-lhes ferramentas para se adaptarem mais facilmente aos novos papéis, vivenciando assim este período de forma mais responsável, tranquila e segura (Ventura, 2016).

A pele representa uma barreira essencial à vida, que nos protege das agressões do meio ambiente. Da mesma forma, para o RN, a pele é um órgão fundamental na sua adaptação ao meio ambiente, e as alterações cutâneas experienciadas nesta fase são, na sua maioria, fisiológicas e transitórias, raramente necessitando de terapêutica, mas que se revelaram um ponto de preocupação para os pais (Lobo, Machado & Selores, 2009), sendo por isso fundamental a vigilância da pele e mucosas nos primeiros dias de vida.

Devido à sua imaturidade, a pele do RN não consegue oferecer uma resposta rápida a certos estímulos, pelo que a sua coloração pode estar alterada nas primeiras horas de vida, nomeadamente o aspeto violáceo/azulado das extremidades – acrocianose – que pode estar presente ao nascimento e posteriormente, sempre que o RN tenha frio ou chore, devido à congestão venosa resultante da hipertonia das arteríolas periféricas (Lobo et al., 2009).

O *vérnix* caseoso formado durante a gravidez, está presente na pele do RN ao nascimento, cobrindo principalmente as dobras da pele como as axilas, virilhas e genitais. Esta camada viscosa consiste numa mistura de “células epiteliais, sebo e por vezes cabelos” (Lobo, et al., 2009, p.19), cujo objetivo principal, no pós-parto, é a proteção do RN, visto exercer funções

antibacterianas, devido aos peptídeos e lípidos antimicrobianos que engloba na sua constituição e que protegem o RN das agressões ambientais.

A alteração mais comum observada ao longo do estágio, foi a presença de *millium*, pequenas pápulas brancas, puntiformes, mais frequentes na zona da face – nariz e mento, que desaparecem nos primeiros meses de vida, sem qualquer necessidade de tratamento (Lobo et al., 2009).

A vigilância da pele permitiu, ainda, o diagnóstico de casos de icterícia neonatal, pela alteração da coloração da pele, que passou do característico tom rosado para um tom amarelado.

As mucosas foram observadas e avaliada a sua cor, humidade e presença de lesões.

A vigilância do crânio era de grande importância em RN com cefalohematoma ou *capput succedaneum*. O *capput succedaneum* é uma ocorrência fisiológica, característica do trabalho de parto, que consiste em edema das partes moles do crânio, frequente em partos vaginais (Nicholson, 2007). Este edema é depressível, tem margens irregulares, e reverte alguns dias pós-parto.

Por outro lado, o cefalohematoma é uma acumulação de líquido sero-hemático ou hemático por baixo do periósteo craniano, mais comum em partos distócicos instrumentados, ocorrendo numa zona mais profunda e vascularizada do crânio do que a alteração descrita anteriormente (Nicholson, 2007). O cefalohematoma nem sempre é visível ao nascimento, podendo surgir nos dias que seguem o parto. Contrariamente ao *capput succedaneum*, o cefalohematoma contém bordos definidos e delimitados e não atravessa as linhas de sutura cranianas. Importa vigiar esta ocorrência, no sentido de perceber a sua evolução, pois acarreta mais riscos para o RN, como coagulação ineficaz, fratura craniana, hemorragia intracraniana e hiperbilirrubinemia, que resulta em icterícia, devido à destruição dos glóbulos vermelhos presentes na lesão (Nicholson, 2007).

Estas lesões, apesar de comuns e raramente significarem compromisso *major* da saúde do RN, causam alguma preocupação aos pais, muito devido ao distanciamento entre o bebé imaginado e o bebé real. Tendo em conta isto, foi explicado a todos os casais cujo bebé detinha estas alterações, de que são situações comuns, transitórias e que não representam riscos graves para a saúde do RN, de forma a potenciar o estabelecimento da ligação mãe/pai-filho.

O RN utiliza uma linguagem própria e especial para comunicar com o mundo que o rodeia. Segundo Ventura (2016), desde 2001 que existem provas científicas da utilização de uma parafernália de movimentos dos membros e da face, soluços, sucção, respiração, movimentos oculares, reflexos e respostas ao meio, que quando combinados de diferentes formas, transmitem diferentes mensagens ao seu cuidador. Dessa forma, os primeiros dias são uma ótima altura para vigiar o choro e apoiar os pais na descoberta da comunicação com o seu filho, permitindo o reconhecimento e antecipação das necessidades do RN.

As cólicas são frequentemente um dos principais motivos do choro incessante nesta etapa, causando muita ansiedade às puérperas, principalmente à noite. Este choro é identificável pela coloração avermelhada da face, a contração dos membros e elevação das pernas e o abdómen frequentemente distendido e tenso, associado a um som agudo e persistente. Existem vários motivos para a ocorrência de cólicas, entre as quais deglutição excessiva de ar, imaturidade gastrointestinal, tensão emocional, alteração do mecanismo de autoconsolo, etc. (Santos & Baptista, 2016). Nestes momentos, os pais eram aconselhados a manter uma postura calma e realizar movimentos de embalar, lentos e ritmados. Quando isto não surtia efeito, foi instruída e treinada a massagem abdominal, recorrendo à técnica “I Love You”, uma intervenção que se considera eficaz na promoção do trânsito e eliminação intestinal, na diminuição da dor associada à cólica e alívio do desconforto do RN (Santos & Baptista, 2016).

Para além da promoção das competências parentais naquilo que é a vigilância dos processos fisiológicos, é importante promover estas competências a nível dos cuidados essenciais, nomeadamente os cuidados que se prendem com a higiene, o vestuário, a alimentação do RN e a vigilância e promoção da saúde.

Uma parte fundamental do puerpério e da atividade do EESMO enquanto elemento fundamental na promoção da parentalidade, é o apoio à amamentação. A preparação prévia, nos cuidados de saúde primários, através dos cursos de preparação para a parentalidade, é fundamental para uma boa adaptação à amamentação, mas não é suficiente e não chega a todas as mulheres. Durante todo o estágio, as mulheres atendidas foram questionadas sobre a sua frequência nestes cursos e, apesar de a maioria responder positivamente, verificou-se que uma parte significativa dos casais não teve oportunidade ou conhecimento sobre estas sessões, principalmente os de menor escolaridade ou de zonas mais rurais. De igual forma verificou-se que mesmo os participantes nestas sessões, chegavam até esta fase cheios de dúvidas e questões, algumas das quais apenas apareciam no momento de iniciar a amamentação. Os mitos mais frequentemente referidos foram “*leite fraco*”, “*leite em pouca*

*quantidade*”, “*mama pequena, que produz menos leite*” (sic.). Aqui se verifica, mais uma vez, a necessidade de profissionais de saúde especializados, nos serviços de Obstetrícia e Puerpério, de forma a poder fornecer informações baseadas em evidências científicas, que se adequem à necessidade destes casais e respetivos RN, adequando a informação fornecida.

A alimentação do RN é “uma área chave para a melhoria da sobrevivência infantil e promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis” (OMS, 2014 citado por Ventura, 2016, p. 505).

O aleitamento materno em exclusivo é recomendado pela OMS e pela UNICEF desde o nascimento e até aos seis meses de vida (Sardo, 2016). O sucesso da amamentação é ditado, principalmente, pelos primeiros dias pós-parto. Este período é uma altura de aprendizagem intensa para mãe e bebé, que devem ser apoiados e aconselhados no sentido de promover o aleitamento materno seguro e com mestria. Simultaneamente, o trabalho da equipa multidisciplinar também é importante, visto que a opinião do profissional de saúde sobre a amamentação e o estado de saúde do RN influencia fortemente a decisão da mulher de continuar o aleitamento materno (Sardo, 2016).

A altura das mamadas eram momentos privilegiados para o ensino, através da instrução e treino destas mulheres e seus companheiros. Amamentar é uma competência parental importante, que envolve o conhecimento e a capacidade para amamentar o filho e lidar com as complicações associadas à amamentação (Cardoso & Nené, 2016).

De forma a garantir o conhecimento e a capacidade necessários para o sucesso do aleitamento materno, a mãe e o pai têm de conseguir assegurar uma pega adequada; serem capazes de decidir a duração e frequência das mamadas; reconhecer os sinais de que o leite materno está a responder às necessidades nutricionais do RN; prevenir e tratar complicações; saber como manter a lactação (Cardoso & Nené, 2016). Assim, estas mulheres eram ensinadas sobre como promover e manter a lactação, sendo explicado todo o ciclo prolactina-ocitocina e como o potenciar; os sinais de fome e saciedade eram explorados, no sentido de ajudar os pais a perceber quando o RN tinha fome e quando satisfeito, sendo neste momento ainda explicadas as técnicas para manter a criança desperta, como remover roupas ou mexer em várias partes do corpo.

Uma dúvida frequente dos casais prendia-se com os horários das mamadas. Sempre que possível, era incentivada a adoção da mamada em livre demanda, ou seja, sempre que o RN pedisse. No entanto, quando estávamos perante um RN mais preguiçoso, sonolento ou que tinha passado por um TP mais difícil e que, por isso, seja de mais difícil despertar, o tempo

limite de espera entre mamadas situava-se entre as duas horas e meia e as quatro horas, dependendo da altura do dia e da condição de saúde do RN.

O momento da mamada era uma altura propícia ao ensino sobre a vigilância da eliminação urinária e intestinal. Assim, era explicado que o RN deve ter entre seis a oito micções diárias, e que nos primeiros dias estas podem ter uma coloração alaranjada, devido à libertação dos cristais de urato através da urina. Relativamente à eliminação intestinal, fomentava-se a importância da vigilância do trânsito intestinal e da manutenção de, pelo menos, uma dejeção por dia. Simultaneamente, eram explicadas as características das fezes do RN e o seu processo evolutivo, consoante o tipo de aleitamento (materno ou artificial), assim como a maturação gastrointestinal. Nesta fase, reforçava-se a ideia de que o melhor sinal para compreender se o RN está a ser bem alimentado com leite materno é o aumento de peso e a manutenção de micções e dejeções seguindo o seu padrão normal, assim como os períodos de calma e relaxamento em que o RN estava envolto após as mamadas.

No final da mamada, caso estivesse presente, o pai era incentivado e instruído a promover a eructação, de forma a diminuir a ocorrência de cólicas ou desconforto gastrointestinal, assim como refluxo gastroesofágico, visto que durante a mamada é frequente a deglutição de grandes quantidades de ar.

A vigilância da mama era instruída à puérpera e esta era aconselhada a ter alguns cuidados, de forma a manter a saúde plena da mama e promover o sucesso da amamentação, como lavar as mamas uma vez por dia, na altura do banho, evitando fricção e sabões; hidratar as mamas após o banho, com creme próprio e aplicar uma gota de colostro/leite em volta do mamilo após a mamada, deixando secar ao ar; manter o mamilo arejado sempre que possível; lavar as mãos antes de cada mamada, para evitar infeções; assegurar a pega correta, em posição confortável, corrigindo sempre que necessário, principalmente se o RN apenas se adaptar no mamilo; quando necessitar de interromper a mamada, colocar um dedo entre a mama e a língua do bebé, de forma a terminar a sucção e prevenir a maceração (Santos & Baptista, 2016). Relativamente à roupa, era aconselhada a utilização de soutien apropriado, que não comprima a mama, preferencialmente sem armação e confortável (Montenegro & Rezende Filho, 2014).

Por vezes as complicações associadas à amamentação apareciam ainda durante o internamento, devido à falta de conhecimento prévio sobre como os prevenir. As fissuras mamilares foram a situação mais frequente e causaram uma grande dose de desconforto às puérperas que dela padeceram, tendo inclusive sido um motivo para o desmame precoce em

alguns casos. Nessas alturas, a puérpera era encorajada a colocar leite materno em volta do mamilo, assim como manter o mamilo arejado, quer com a utilização de arejadores de mamilo, quer através da exposição ao ar, se assim se sentissem confortáveis. Quando disponível, era oferecida pomada própria com lanolina, para aplicação na área, ou aconselhada a sua aquisição.

A “descida do leite” é uma situação que ocorre, normalmente, 48 a 72 horas após o parto, dando frequentemente origem ao ingurgitamento mamário, que cursa com desconforto mamário, febre e dor na amamentação; durante o estágio foram várias as situações de internamentos prolongados devido à necessidade de cuidados ao RN, ou situações em que esta situação ocorreu precocemente. Nestas alturas eram realizados ensinamentos junto da puérpera/casal, apresentando-se medidas comportamentais como a aplicação de calor (quer através de compressas com água quente, quer através do duche), antes e após a mamada, a remoção de algum leite antes de colocar o bebé na mama, de forma a que a pega fosse facilitada e, quando necessário pelo enchimento muito rápido da mama, incentivou-se a extração de leite para biberão/saco de leite, utilizando a massagem manual ou a bomba de extração.

No CHTS foi possível verificar que a questão do aleitamento materno em exclusivo é, ainda, uma área de combate entre EESMO e Pediatras. Frequentemente, face à perda de peso do RN, os Pediatras incentivavam a utilização de leite artificial como complemento, utilizando palavras e frases que inibiam as mulheres e as faziam sentir menos predispostas a amamentar, visto serem quase forçadas a acreditar que o seu leite não era suficiente para o RN. Apesar da evidência científica suportar a existência de uma perda ponderal fisiológica, que pode representar até 10% do peso ao nascimento (Mezzacappa & Ferreira, 2016), e de haver relatos de o tipo de parto (eutócico, distócico ou cesariana) poder contribuir para o aumento desta perda, independentemente do tipo de aleitamento, alguns Pediatras não seguiam essa referência e mantinham o ideal dos sete por cento de perda ponderal, acabando por assustar as mães, sem que lhes explicassem que essa perda é natural e que muitas vezes se deve ao facto do bebé nascer edemaciado devido à soroterapia materna e, também, às forças de contração do TP.

Nessas situações, ou quando a puérpera decidia que não pretendia amamentar, eram realizados ensinamentos no sentido de alimentar com biberão e de preparar a alimentação do RN, nomeadamente os cuidados a ter com a higiene das mãos e dos utensílios, as quantidades a utilizar e, de forma possivelmente mais incisiva, a prevenção de acidentes, nomeadamente

com o aquecimento da água e do leite, e a verificação, em todas as mamadas, da temperatura do leite, através da colocação de uma gota de leite na face interna do punho.

Os cuidados de higiene e a utilização de vestuário adequado são dois componentes essenciais na promoção do bem-estar do recém-nascido, e contribuem para a prevenção de infeções, funcionando em sinergia com o débil sistema imunitário do RN.

No serviço de Puerpério do CHTS, os cuidados de higiene ao RN são realizados em local próprio, o denominado “Berçário”. Neste serviço existem duas salas para esse efeito, sendo que apenas uma se encontra em utilização, ficando a segunda reservada para arrumar material extra, sendo utilizada para a higiene do RN apenas em último caso. Não existem banheiras portáteis que permitam os cuidados de higiene junto das unidades individuais de cada mulher. Nesta sala existem dois locais muda fraldas e uma banheira, em aço inoxidável, onde é realizado o banho do RN.

O primeiro banho do RN ocorre, impreterivelmente, na manhã seguinte ao nascimento. Ou seja, a todos os bebés, independentemente das horas de vida, é dado banho na manhã seguinte ao nascimento, quer este seja das 8h45 da manhã anterior, ou das 4h do próprio dia. Esta prática vai contra alguns estudos, que referem que o banho deve ser adiado até, pelo menos, as primeiras 24 horas de vida (Lima, Estevam, Leite, Almeida, Nascimento, Amorim & Bringente, 2020; Ruschel, Pedrini & Cunha, 2018). Inclusive, a OMS (2013), no documento de recomendações dos cuidados pós-natais à mãe e recém-nascido, refere que o primeiro banho do bebé deve ser adiado até 24 horas, sendo que nos casos em que, por razões, culturais tal não seja possível, é recomendado esperar, pelo menos, seis horas. Esta recomendação é novamente referida no guia dos cuidados essenciais na gravidez, parto, pós-parto e cuidado ao recém-nascido de 2018, da OMS. O estudo de Ruschel et al., (2018, p. 7), concluiu que “o banho nas primeiras horas de vida dos recém-nascidos pode interferir na termorregulação, devendo ser adiado por algumas horas”.

Como referido anteriormente, o serviço tem capacidade para 26 puérperas. Devido à gestão de tempo/capacidade do serviço, os cuidados de higiene foram, frequentemente, realizados em grupos de quatro puérperas, algumas ainda sem grande capacidade para se manterem em pé, numa pequena sala, em que entravam e saíam pessoas frequentemente (visto ser, também, local de armazenamento de material essencial ao trabalho diário).

Apesar das condições menos que ideais, foram feitos esforços para colmatar as dúvidas de todas as mulheres e realizados ensinamentos extra, principalmente junto dos pais, pois raramente

foi possível realizar os ensinamentos de higiene na presença destes, visto que as visitas apenas eram autorizadas a partir das 11 horas.

As dúvidas mais frequentes prendiam-se com os cuidados ao coto e cuidados na troca da fralda, havendo ainda a ideia da necessidade de utilização de pó de talco em todas as trocas, assim como da colocação do creme de proteção cutânea em caso de eritema pela fralda.

Relativamente aos cuidados de limpeza do coto umbilical, uma revisão da literatura recente (Barbosa, Moreira & Ferreira, 2017) conclui que, em partos hospitalares em países desenvolvidos, como é o caso de Portugal, não há evidência que sugira a necessidade da utilização de soluções antissépticas. No entanto, as recomendações ainda são divergentes, havendo profissionais que ainda recomendam a utilização de álcool a 70% nos cuidados ao coto e outros que recomendam água e sabão, tendo-se verificado essa discrepância nos ensinamentos aos pais durante o estágio. Segundo Santos e Baptista (2016), a equipa deve oferecer informações transversais, idênticas e apoiadas na evidência científica mais recente, o que nem sempre se verificou ao longo do estágio, tornando o processo de aquisição de competências mais difícil, pois a confusão com as informações oferecidas era por vezes notória.

Com apoio na evidência, os ensinamentos realizados sobre esta temática incidiram na técnica *dry care*, que consiste na manutenção do coto umbilical limpo e seco, sem recurso a qualquer tipo de produto antisséptico. Esta técnica mostra-se mais eficaz do que a aplicação de álcool a 70%, visto que, segundo a revisão da literatura de Al-Shehri (2019), o tempo médio de queda do coto quando utilizado álcool é de, aproximadamente, 16,9 dias *versus* 4,24 dias com a técnica *dry care*. Apelou-se, também, à necessidade de manter o coto bem seco e fora da fralda, visto que os produtos de excreção do RN podem ser focos de colonização do coto umbilical, dando origem a infeções. Os sinais de alarme também foram explicados, e o que fazer após a queda do coto, uma dúvida que surgia frequentemente; nestas últimas situações foi explicado que em caso de rubor, exsudado ou algum odor fora do normal, o que pode ocorrer frequentemente após a queda do coto, e se os sinais inflamatórios não forem exuberantes e não causarem desconforto ao RN, os pais poderiam utilizar álcool a 70% nos cuidados ao coto, uma vez por dia, por forma a assegurar a desinfeção do local; no caso de odor fétido persistente, exsudado purulento ou perda sanguínea abundantes, rubor e calor ao toque e tumefação, foi aconselhado a se dirigirem à urgência pediátrica mais próxima.

A manutenção da temperatura corporal ainda é muito limitada no RN, muito devido à ineficácia das glândulas sudoríparas e écrinas (Lobo et al., 2009). A capacidade do RN de

manter uma temperatura corporal adequada prende-se com a IG, peso ao nascimento e situação clínica (Ventura, 2016), pelo que se reforçou, junto dos pais, a importância de evitarem alterações significativas de temperatura, assim como a adequação do vestuário à temperatura ambiente.

Para além disso, no sentido de prevenir acidentes durante os cuidados de higiene, a ordem de colocação de água fria/quente no banho, a necessidade de confirmar sempre a temperatura desta, preferencialmente recorrendo ao cotovelo e demonstrou-se várias técnicas para virar o bebé durante o banho. Infelizmente, nenhuma das mulheres pôde treinar o banho ao RN, pois não é prática do serviço deixá-las realizar o banho, mesmo que já tenham experiência anterior.

Os ensinamentos sobre os cuidados na troca de fralda foram, sempre que possível, realizados durante uma muda, de forma a ser mais fácil a retenção da informação. Nesses momentos foram também dadas informações sobre a prevenção do eritema pela fralda, nomeadamente a troca da fralda assim que se encontrar suja, a manutenção da área perineal bem seca e hidratada, assim como, quando possível, deixar a pele um pouco ao ar. A utilização de creme barreira de forma sistemática e de pó de talco foram desaconselhadas, visto criar ainda mais fricção e aquecimento do local.

A promoção e vigilância da saúde do RN é uma área essencial das competências parentais e os pais têm de ser informados de todos os procedimentos realizados e a realizar, no sentido de serem autónomos na procura de comportamentos de saúde. Assim, a vacinação e o rastreio de cardiopatias, foram dois momentos que permitiram abordar esta temática.

No momento de realização do primeiro banho do RN era administrada a primeira dose da vacina da hepatite B, contemplada no Programa Nacional de Vacinação (PNV) atual, em vigor desde 2017 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017). Era explicitado à mãe/casal todo o procedimento, quais poderiam ser os sinais e sintomas após a toma da vacina e o que fazer no caso de cada um. Caso os pais rejeitassem a administração da vacina, era pedida a assinatura de termo de recusa.

As cardiopatias congénitas são a malformação mais comum do RN, sendo que ocorrem entre seis a oito casos por mil nascimentos (Morais & Mimoso, 2013), sendo responsáveis por taxas de mortalidade infantil elevadas, o que explica a necessidade de rastreio obrigatório a todos os RN a nível nacional. Quanto mais tardio foi o diagnóstico, pior as consequências que daí advêm, podendo culminar em descompensações hemodinâmicas, com implicações graves a curto e longo prazo. As ecografias realizadas ao longo da gravidez detêm, como um dos seus

objetivos principais, a avaliação das câmaras cardíacas e da vigilância de malformações a este nível. Apesar desta prática ser comum, nem sempre é possível a correta avaliação das câmaras cardíacas nas ecografias, ou podem existir outros motivos subjacentes, pelo que ainda existem casos de RN com cardiopatias congénitas que nascem sem diagnóstico pré-natal, pelo que se impõe o rastreio de cardiopatias através da monitorização da saturação periférica de oxigénio do RN, sendo essa avaliação realizada apenas após 24 horas de vida, podendo haver variações no protocolo consoante o hospital.

No CHTS, a oximetria é realizada 24 horas após o nascimento, aplicando-se o oxímetro na posição pré e pós-ductal (ou seja, no punho direito e, por norma, no pé direito), com o objetivo de verificar os valores de saturação de oxigénio. Considera-se o teste negativo quando obtemos um valor superior a 95% em ambos os locais monitorizados; em casos de valores inferiores, era referenciado para o Pediatra.

### **3.5. Prevenir as complicações no recém-nascido de risco**

Após o nascimento, o RN passa por vários processos adaptativos que podem estar comprometidos devido a situações e complicações de origem materna, genética ou fisiológica. Durante o período de estágio, as situações mais frequentes e que careceram de maior vigilância foram o risco de hipoglicemia neonatal, em recém-nascidos filhos de mães diabéticas ou macrossómicos e, também, a icterícia e a sucessiva necessidade de fototerapia.

A produção de glicose é uma das adaptações que ocorrem nas primeiras horas de vida do RN, sendo que até esse momento o feto era totalmente dependente da mãe para o seu aporte nutricional, insulínico e glicémico. Assim, o RN pode demorar até 12 horas a estabelecer valores glicémicos normais (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2013a).

No serviço de Puerpério do CHTS foram várias as situações em que ocorria risco de hipoglicemia neonatal, como filhos de mães diabéticas (FMD), de baixo peso à nascença (inferior a 2500 gramas), macrossómicos (peso acima das 4000 gramas) prematuros (nascimento entre as 34-37 semanas) ou RCIU. Nestes bebés, a monitorização da glicemia capilar era realizada através de picada no calcanhar, de quatro em quatro horas antes da

amamentação/alimentação. Em filhos de mães diabéticas, as pesquisas de glicemia eram suspensas às 12 horas de vida, desde que os valores se mantivessem acima dos 45 mg/dl. Em casos de baixo peso ou RCIU, mantinham-se até às 24 horas de vida. Sempre que se verificavam valores abaixo dos 45 mg/dl, o tempo entre mamadas era diminuído, de forma a assegurar a ingestão nutricional adequada.

Uma das patologias mais frequentes no período neonatal é a icterícia, que se caracteriza pela coloração amarelada da pele, mucosas e escleróticas (SPP, 2013b), sendo um achado comum entre as 48 e as 120 horas de vida do recém-nascido (Ministério da Saúde do Brasil, 2011). Esta patologia deixa os pais receosos e ansiosos, pela necessidade de internamentos prolongados ou reinternamentos, sendo que a maioria dos casais detém algum conhecimento sobre o assunto, muito devido a casos de familiares e amigos que passaram pela mesma situação.

A icterícia consiste na acumulação de bilirrubina não conjugada no sangue circulante. Os valores que determinam a patologia dependem de outros fatores associados, principalmente as horas de vida. Esta hiperbilirrubinemia pode trazer consequências graves para o RN a nível do sistema nervoso central, quando não tratada adequadamente, visto a bilirrubina não conjugada ser lipofílica e, por isso, deter a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica, potenciando neurotoxicidade.

O tempo que decorre entre o parto e o momento do diagnóstico é um dos determinantes da severidade da doença no RN, sendo que podemos definir a icterícia como patológica, quando esta ocorre nas primeiras 24 horas de vida, e fisiológica, quando esta ocorre após 24 horas de vida do RN.

A icterícia patológica é uma emergência neonatal, que frequentemente se associa a incompatibilidades sanguíneas ABO ou RhD, assim como alterações orgânicas ou analíticas (SPP, 2013b), que têm de ser avaliadas e tratadas com urgência, pelo que nestes casos o tratamento é realizado na Neonatologia. Ao longo do estágio foi possível detetar uma situação de icterícia patológica, tendo sido efetuado o transporte intra-hospitalar para o serviço de Neonatologia, em incubadora própria.

A bilirrubina do RN pode ser avaliada de duas formas: através de análise sanguínea, realizando punção venosa ou com dispositivo próprio, através da medição transcutânea. O último método tem eficácia comprovada e é menos invasivo e doloroso para o RN. Este parâmetro era avaliado uma vez dia, sendo que a presença de icterícia neonatal e a necessidade de realização de fototerapia eram avaliadas recorrendo às *guidelines* da

Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2014, p. 13) sempre em conclusão com o diagnóstico e avaliação médica final. As *guidelines* regem-se pelo valor de bilirrubina e pelos fatores de risco acrescidos, como IG, horas de vida, doenças hemolíticas tal como a isoimunização e as incompatibilidades ABO, letargia e alterações analíticas relevantes.

A fototerapia é o tratamento mais amplamente utilizado e recomendado, reduzindo em segurança os níveis de bilirrubina circulantes e, assim, prevenindo a neurotoxicidade (SPP, 2013b).

Nos casos em que se verificava a necessidade de realização de fototerapia, era explicado aos pais em que consistia a icterícia, quais os fatores de risco e as consequências; explicava-se sucintamente o que é e qual o objetivo da fototerapia, consoante a modalidade escolhida (simples/convencional ou dupla/intensiva) e os cuidados a ter com o bebé. Os cuidados envolviam a proteção ocular com palas próprias opacas; a vigilância da temperatura mamada sim, mamada não, com recurso a avaliação axilar; os pais eram informados da importância de manter o RN o maior tempo possível a realizar o tratamento, mas era realçada a necessidade do reforço da hidratação através da amamentação ou alimentação do bebé, pelo risco de desidratação, assim como vigilância do padrão e coloração de micções e dejeções, visto que fezes descoloradas e urina escura podem ser indicativos de icterícia patológica.

### **3.6. Preparação para a alta**

O momento da alta é um momento desejado e ansiado por todas as puérperas, mas que, simultaneamente, desencadeia ansiedade pela insegurança em levar o RN para casa, sem o apoio da equipa de profissionais de saúde, que lhes permite sentirem-se mais autónomas e com maior capacidade de resolução de problemas. A preparação para a alta é importante, de forma a promover o autocuidado da mulher no domicílio, potenciar um puerpério saudável com vigilância atenta dos sinais e sintomas de alerta, e uma adaptação à parentalidade de forma harmoniosa e equilibrada, facilitando a transição destas mulheres, pais e famílias.

A mulher é incentivada a manter uma dieta equilibrada, rica em cálcio e a aumentar a ingestão de líquidos, principalmente aquelas que amamentam (Centeno, 2017). As dúvidas sobre a alimentação eram esclarecidas nesta fase, visto ainda existirem muitos mitos acerca das restrições alimentares. As recomendações oferecidas seguiam a evidência científica, no sentido de promover uma alimentação simples, cuidada e com todos os nutrientes presentes na roda dos alimentos, pois as práticas restritivas podem influenciar negativamente o aleitamento materno e reduzir a exposição aos diversos sabores do RN, dificultando a posterior transição para a alimentação da criança (Ciampo, Ricco, Ferraz, Daneluzzi & Martinelli Junior, 2008; Ferreira, Neves, Virella & Ferreira, 2010; Levy & Bértolo, 2012).

Os cuidados de higiene eram reforçados, de forma a prevenir a ocorrência de infecções da episiotomia; informava-se a puérpera que os pontos seriam absorvíveis, sendo que por norma a cicatrização encontra-se completa ao décimo dia.

O retorno à forma física é, para muitas mulheres, uma questão importante no período pós-parto, pelo que foram colocadas questões sobre o exercício físico diversas vezes. Assim, no momento da alta era referido que o exercício pode ser retomado de forma gradual, e que é essencial, não só para o físico, mas também do ponto de vista emocional e psicológico, visto que estas mulheres acabam por passar muito tempo em casa, o que pode conduzir a sintomatologia depressiva no período puerperal. As mulheres submetidas a cesariana, eram aconselhadas a aguardar pela cicatrização completa da ferida cirúrgica, antes de iniciar qualquer exercício mais intenso (Centeno, 2017).

A preparação para a alta era essencial, também, para a preparação do casal relativamente à nova fase de vida e papéis, quer em termos de parentalidade, quer na sua relação enquanto casal (OE, 2015b). O casal era incentivado à comunicação de emoções, desejos e necessidades como a atividade sexual, a gestão das visitas familiares e a necessidade de tempo para o casal. Simultaneamente, eram explicadas algumas questões relativamente à retoma da atividade sexual e contraceção.

No pós-parto é frequente verificar-se uma diminuição da libido por parte da mulher, o que pode, por vezes, deixar o companheiro assustado com a continuidade da relação no seu pleno, pelo que é importante conversar e informar os casais sobre esta temática no momento da alta (Montenegro & Rezende Filho, 2014).

Foi, por isso, elucidado que a resposta sexual feminina neste período está por vezes diminuída, o que pode ser explicado pelo cansaço associado aos cuidados ao RN e, também, à recuperação física após o parto, principalmente nos partos por via vaginal, em que pode

existir dispareunia e desconforto durante a relação sexual, edema, secura vaginal ou lubrificação excessiva. Por outro lado, a amamentação é frequentemente um fator inibidor entre o casal, principalmente quando ocorrem complicações associadas, como mastite ou fissuras, ou devido à secreção de leite, quando os níveis de ocitocina aumentam durante o ato sexual. Os casais foram aconselhados a reiniciar a vida sexual assim que se sentissem preparados, não descurando os preliminares de forma a assegurar a lubrificação vaginal necessária, e assim diminuir a possibilidade de desconforto ou dor (Centeno, 2017; Montenegro & Rezende Filho, 2014).

Uma outra questão que se revelou pertinente entre os casais foi a contraceção, principalmente entre aqueles que saíram do CHTS a realizar aleitamento artificial, visto que nestas mulheres o risco de engravidar é superior, pela recuperação do ciclo hormonal mais rápida. Assim, as mulheres eram informadas que a contraceção pós-parto é prescrita na consulta de revisão pós-parto, que deve ser realizada entre as quatro e seis semanas de puerpério. Caso o casal reinicie a sua vida sexual antes, um método de barreira deverá ser utilizado, pelo risco de nova gravidez e pela suscetibilidade da puérpera ao desenvolvimento de infeções (Centeno, 2017; Neves, 2017).

No momento de alta eram reforçados os ensinamentos relativamente aos cuidados ao RN, sendo lembrados alguns aspetos que pudessem estar mais esquecidos. Para além disso, era reforçada a necessidade de vigilância da saúde do RN e cumprimento estrito do plano de consultas; as restantes vacinas do PNV eram explicadas no momento de alta, com recurso ao livro infantil-juvenil, onde figura todo o programa.

Quando a alta era realizada antes do terceiro dia de vida, os pais eram informados acerca do “teste do pezinho”, um rastreio que permite o diagnóstico precoce de doenças hereditárias do metabolismo e do hipotiroidismo congénito, que deve ser realizado entre o terceiro e o sexto dias de vida do RN (Santos & Baptista, 2016), no centro de saúde, pelo que se aconselhava a contactar a unidade de saúde no dia da alta, ou assim que possível, de forma a agendar a realização do teste, assim como a primeira consulta do RN, que deverá ocorrer até ao décimo quinto dia de vida.

A prevenção de acidentes é um foco essencial na prática diária do EESMO, principalmente no que envolve a adaptação e promoção da parentalidade. Os cuidados a ter com o posicionamento do RN para dormir, a vigilância de sinais de alarme, nunca deixar o bebé sozinho em superfícies altas, entre outros aspetos, foram explicitados ao longo dos dias de internamento destas mulheres, adaptando cada ensino ao momento mais adequado e,

assim, potenciando a aquisição de conhecimento. No dia da alta, estes ensinamentos foram reforçados e acrescentados os ensinamentos relativamente ao transporte do RN no carro.

Os bebés apenas poderiam sair do serviço na cadeira automóvel, após ser devidamente explicado aos pais como colocar o RN em segurança no dispositivo de retenção, e como colocar este em segurança no carro. As EESMO do serviço de Puerpério do CHTS têm, há alguns anos, um projeto de implementação de um “Programa de Alta Segura”, dispondo inclusive de uma cadeira automóvel de simulação de colocação do dispositivo de retenção, que não foi ainda aprovado pelo Conselho de Administração do hospital. O rácio de enfermeiros/utentes também não permite o acompanhamento dos casais aos respetivos carros para realizar estes ensinamentos, pelo que a informação é apenas transmitida por via oral, o que pode não se revelar a forma mais eficaz de aquisição de informação que é verdadeiramente essencial. A colocação do RN na cadeira de transporte é realizada e instruída no serviço, no momento da alta, sendo demonstrada a colocação e verificação dos cintos de segurança.

A síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) é definida como “morte súbita de uma criança com menos de um ano, que permanece inexplicada após uma investigação aprofundada, incluindo a realização de uma autópsia completa, investigação do local onde ocorreu o óbito e revisão da história clínica” (Fernandes, Fernandes, Amador & Guimarães, 2012, p. 59). É a principal causa de mortalidade infantil durante o primeiro ano de vida, com uma prevalência ainda desconhecida em Portugal. A prevenção é um dos principais fatores de proteção contra a ocorrência de SMSL, pelo que os pais eram aconselhados a posicionar o RN de decúbito dorsal, sem qualquer tipo de adereços ou brinquedos no berço; evitar fumar dentro de casa ou perto do RN; manter uma temperatura ambiente confortável e adequada, sem sobreaquecer o RN; não utilizar roupa de cama em demasia – um lençol e uma manta bem presos, combinados com a temperatura ambiente adequada, são suficientes para manter o RN quente, sem que sobreaqueça (Fernandes, Fernandes et al., 2016).

Finalmente, eram explicados os sinais de alarme que motivam uma visita aos profissionais de saúde, nomeadamente: tom amarelado da pele a aumentar ou a expandir-se; bebé sonolento com dificuldade em ser despertado; perda de peso acentuada, diminuição do tempo de mamada ou recusa alimentar durante várias mamadas seguidas; choro persistente ou ininterrupto e incontrolável, apesar das tentativas de consolar e confortar o RN; sinais inflamatórios no cordão umbilical ou no local de inserção do mesmo, após a sua queda; febre

superior a 38 graus; vômitos frequentes; dificuldade respiratória visível através de movimentos respiratórios exacerbados ou gemido (Santos & Baptista, 2016).

O puerpério é uma altura repleta de desafios e descobertas para a mulher, acompanhada de “sentimentos de insegurança e de medo com relação ao compromisso de ser «boa mãe» e aos cuidados maternos” (Strapasson & Nedel, 2010, p. 523). Nesta fase as dificuldades são várias e quase todas relacionadas com os cuidados ao recém-nascido como o banho, cuidados com o coto umbilical, amamentação e identificação do tipo de choro, como descrito por Santos e Baptista (2016) ou Strapasson e Nedel (2010), entre outros. Dessa forma, o papel assumido enquanto aluna do MESMO e futura EESMO foi o de desenvolver intervenções individualizadas, desprovidas de qualquer tipo de juízo de valor ou preconceito, que fossem capazes de potenciar a educação para a saúde, respeitando a cultura, os rituais e envolvendo estas mulheres e casais no processo de cuidar do recém-nascido e no seu próprio autocuidado.



## ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Sendo este relatório referente a um Estágio profissionalizante com tutoria, é importante refletir nas atividades desenvolvidas, na forma como foram desenvolvidas, na possibilidade que houve de discussão entre estudante e profissionais, assim como nos fatores facilitadores, dificultadores e momentos mais gratificantes.

Ao longo das 100 horas realizadas no módulo “Gravidez com Complicações”, foi possível contactar com diversas patologias e situações, que até ao momento apenas eram conhecidas em termos de teoria. A vivência de uma gravidez com complicações é um momento angustiante na vida da mulher, pelo que a maior dificuldade se prendeu com a gestão de emoções destas mulheres e a promoção da esperança durante a gravidez. O EESMO, apesar de ser um profissional de saúde com um elevado treino e competências comunicacionais, desenvolve a sua atividade numa área de elevada esperança e expectativa, não só por parte da utente, mas também do casal e da família que esta mulher traz consigo. Assim, nesta área é importante conhecer e desenvolver estratégias que atenuem o estado emocional destes, mas que também ofereça oportunidade de os capacitar com o seu próprio conjunto de ferramentas, capacidades e habilidades. Essas estratégias só podem ser verdadeiramente desenvolvidas através de conhecimento e prática junto de quem necessita desse tipo de cuidados, de forma a desenvolver competências empáticas que permitam uma avaliação assertiva das necessidades emocionais de cada um. Por outro lado, o ambiente existente no serviço, a disponibilidade das EESMO que orientaram o estágio e toda a restante equipa, permitiu a discussão de procedimentos e intervenções no âmbito da gravidez complicada, que forneceu *insights* importantes sobre o distanciamento que às vezes é necessário ter entre aquilo que é a evidência mais atual e as verdadeiras possibilidades do serviço, que por vezes dificultam a adaptação imediata às normas e *guidelines* mais atuais.

Este módulo, apesar de curto, revelou-se tremendamente gratificante, pela aceitação sentida por parte das mulheres cuidadas, companheiros e famílias, que viam a oportunidade de esclarecimento de questões, dúvidas e receios, que alinharam em intervenções que saíam da norma hospitalar, nomeadamente as técnicas de distração utilizadas (como sessões de

preparação para a parentalidade em grupo, momentos de relaxamento com os companheiros através de massagem, atividades lúdicas como jogos de pergunta e resposta relacionados com a gravidez e parentalidade). Isso sentiu-se pela disponibilidade e à-vontade das grávidas, assim como dos pequenos momentos em que se dirigiam ao serviço para mostrar os seus bebés após o parto, ou simplesmente cumprimentar após uma consulta, agradecendo tudo o que foi feito, alturas em que é possível perceber que o EESMO, para além de toda a competência técnica e científica, necessita de uma competência emocional e empática, uma atitude profissional e atenta, que faça com que estas mulheres se sintam seguras e cuidadas, não só fisicamente, mas também espiritualmente, atendendo às suas necessidades e reconfortando-as quando necessário.

O módulo “Trabalho de Parto e Parto” foi realizado numa fase complicada a nível internacional, pautada por incertezas, insegurança e ansiedade relativamente ao futuro, no que concerne às medidas de mitigação da propagação da pandemia por COVID-19. Devido a isso, e pelo cancelamento das atividades dos ensinos clínicos no início da pandemia, em março, o estágio foi suspenso e, posteriormente, na altura de retoma, o período para a sua realização foi severamente encurtado, passando de cinco meses, para apenas três, implicando um esforço acrescido em termos horários.

Simultaneamente, por ser uma altura conturbada, durante o estado de emergência nacional as férias dos profissionais de saúde foram canceladas, pelo que na altura de retoma da atividade dentro da normalidade possível, o estágio foi sobreposto a alguns períodos de férias das enfermeiras responsáveis, pelo que a tutoria foi delegada a várias EESMO do serviço do Bloco de Partos do CHTS, o que se tornou ambivalente, servindo como uma forma de observar vários métodos de trabalho e de pensamento, mas, simultaneamente, houve interrupção da continuidade da avaliação do desempenho ao longo do estágio, e necessidade de esforço acrescido para adaptação aos diversos modos de trabalho.

Neste Bloco de Partos foi evidente a influência que determinadas equipas médicas têm, pois, apesar de seguirem e incentivarem intervenções que já não são apoiadas pela evidência científica, os EESMO continuam a colocá-las em prática, pelo simples facto de determinados elementos das equipas médicas estarem presentes no serviço.

O trabalho de parto e parto, como referido anteriormente, é uma fase em que a mulher está mais suscetível, repleta de dúvidas, medos e ansiedade, pelo que a forma como o profissional de saúde (EESMO, assistente operacional, médico obstetra, médico anestesiológista, entre outros) a aborda e comunica, são fatores decisivos para o estabelecimento de uma relação

de interajuda, confiança e segurança. Por vezes, esta comunicação era dificultada por alguns juízos de valor por parte dos profissionais de saúde, despropositados e descabidos, que se colocavam como obstáculo ao estabelecimento da relação EESMO-utente, mesmo quando esse obstáculo era colocado por outra categoria profissional. A falta de acompanhante acentuava o sentimento de desalento, e a desconfiança brotava quando estes encontros negativos tomavam lugar em algum momento do processo de cuidados, principalmente quando relembramos que a gravidez e o parto são fases de extrema variação hormonal, o que faz com que a parturiente sinta emoções voláteis e contraditórias, que podem inibir o progresso normal do trabalho de parto.

Estas situações menos positivas, assistidas com uma frequência avassaladora, e que não deveriam ocorrer em nenhum serviço de saúde, reforçam ainda mais a necessidade de o EESMO ser um “advogado de defesa” dos interesses, sentimentos e vontades destas mulheres, que se sentem vulneráveis e sem capacidade de se defenderem nestes momentos.

O estágio contribuiu, também, para a construção da base de enfermeira especialista, e aguçou, de certa forma, o sentido crítico que vinha a evoluir até este ponto, e que certamente continuará a evoluir no futuro, enquanto profissional, cidadã e pessoa.

Apesar de tudo, a permanência no Bloco de Partos foi gratificante, pela felicidade estampada no rosto dos casais e avós que pude acompanhar, pelas lágrimas que soltaram facilmente assim que ouviram o primeiro choro do seu recém-nascido.

O estágio no módulo “Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade” colocou-me frente a frente com casais ávidos de informação sobre a fase seguinte das suas vidas. O puerpério apresenta-se uma fase de verdadeira fragilidade física e emocional para a mulher, devido a todas as alterações que tem de passar, de forma a retornar ao seu estado pré-gravídico que, por si só, podem desencadear respostas desajustadas e emocionalmente instáveis. Quando juntamos à equação um recém-nascido, completamente dependente desta mulher em todas as valências, e um pai que inicia um processo de conhecimento do seu filho e que, possivelmente, se sente ainda menos ajustado que a mulher, então poderemos ter um resultado com processos de transição difíceis. Ao longo deste estágio foi notória a necessidade que as mulheres sentiam dos profissionais de saúde que as acompanhavam nesta fase, principalmente no que respeitava os períodos fora do horário de visitas.

A presença do pai no serviço apenas era possível dentro de um certo período, o que deixava de fora horas noturnas, em que a mulher necessita de algum descanso, mas que não consegue descansar pela necessidade de vigiar constantemente o seu bebé e excluía também

períodos de rotinas repletos de ensinamentos, como o banho, a avaliação física da mulher, a visita do Pediatra, o momento da alta, etc. Apesar dos esforços de colmatar a ausência do pai nesses momentos, através da repetição de algumas informações quando este estava presente, considero que seria benéfico uma alteração de certas normas e procedimentos, que ajudariam a potenciar muito mais a aquisição de competências parentais do casal, assim como o estabelecimento da ligação pai-filho.

O mesmo se aplica à proibição do treino do banho do RN. O tamanho do bebé e a sua fragilidade são características que assustam os pais na hora do banho, por medo de o deixarem escorregar, de se afogar, de o magoarem. É junto do EESMO que este trabalho de melhoria da autoconfiança é feito, pelo que não se compreende o porquê de uma norma tão redutora e que apenas se justifica pela falta de tempo ou de estruturas físicas para que tal seja possível.

Para além disto, o rácio enfermeiro-utente (manhãs: um enfermeiro para seis/sete puérperas; tarde e noite: um enfermeiro para 12 puérperas), dificultavam o apoio à amamentação, pela incapacidade de gerir o tempo de forma a dedicar a atenção necessária às mamadas e às dificuldades que dela decorriam; estes rácios refletiam-se, também, no cansaço dos profissionais, que por muito que quisessem fazer mais, simplesmente não eram capazes, culminando em biberões de leite artificial no período noturno, quando mãe e bebé se tornavam já incapazes de relaxar e o aleitamento materno se tornava impossível no momento.

O trabalho de um EESMO depende, muito, das condições que lhes são fornecidas. O facto de o CHTS não ser um Hospital Amigo dos Bebés significa que muito do trabalho destes profissionais está condicionado pelo ambiente em que trabalham e desenvolver a sua atividade profissional. Apesar de altamente motivadas e capazes, com ideias e projetos desenvolvidos, nomeadamente o já referido projeto de “Alta Segura”, o facto de não terem apoio ou condições para desenvolverem esses projetos e ações de formação junto dos pais, acaba por condicionar a sua dedicação e motivação.

Ao longo do estágio foi possível desenvolver conhecimentos e habilidades relacionadas com o puerpério e os cuidados ao recém-nascido, mas também relativamente à comunicação com o casal e a puérpera. Simultaneamente, o pensamento crítico foi desenvolvido, através da avaliação e análise de certas situações, quer relativamente aos casos clínicos com que foi possível contactar, quer relativamente a algumas das práticas em vigor no serviço, que pareceram desajustadas e desadequadas e que foram, felizmente, passíveis de discussão

fundamentada, mas que ainda não teriam sido possíveis alterar devido a normas de trabalho internas e à questão dos rácios, visto que efetivamente tornar-se-ia mais complicado aguardar pelas 24 horas de vida, pois o banho apenas pode ser realizado no turno da manhã, pela existência de mais profissionais disponíveis para atender outras situações e, dessa forma, o processo de alta poderia ser atrasado pela não realização dos ensinos nesta área.



## CONCLUSÃO

A redação e elaboração deste relatório constituiu um momento de análise e reflexão sobre o percurso desenvolvido, sendo um reflexo do desempenho demonstrado durante o Estágio de natureza profissional.

Os objetivos predispostos inicialmente foram, na sua essência, cumpridos, tendo havido oportunidades de aprendizagem e crescimento profissional, no sentido do domínio da prática e da teoria.

Surpreendentemente, este período de tempo serviu também como incentivo ao crescimento pessoal, não só a nível intelectual, mas também naquilo que é a visão sobre os acontecimentos, as pessoas, e a sociedade que me rodeia.

O EESMO é um profissional, especializado, em enfermagem, que necessita de ter uma abordagem social e relacional sobre a qual nunca havia refletido anteriormente. Estando inserido em contextos de profundas alterações emocionais, o EESMO necessita de saber conversar, saber abordar, saber ouvir e saber partilhar as emoções, os sentimentos e as necessidades de mulheres e famílias díspares entre si. Os ritos associados a tudo aquilo que é a sua esfera de atuação (gravidez, trabalho de parto, parto, puerpério, saúde da mulher), são variados e, frequentemente, conseguem colidir com as crenças pessoais e objeções de cada um, implicando uma capacidade de distanciamento e aceitação que em poucas áreas da enfermagem se verifica.

Concomitantemente, o EESMO acompanha as famílias nos momentos mais felizes das suas vidas, mas, também, nos piores momentos de um casal. A IMG, a IVG, o abortamento espontâneo e a morte fetal são situações complicadas, com elevada fragilidade emocional, que necessitam de uma aproximação cuidada, respeitosa e que facilite o luto dos envolvidos, algo que me fez evoluir naquela que é a minha capacidade de lidar com a morte e com os sentimentos dos outros, atingindo um novo patamar na relação empática.

Para além disto, a responsabilidade inerente à vigilância da gravidez, de baixo, médio ou alto risco, ao acompanhamento do trabalho de parto, à assistência no parto, à vigilância da evolução puerperal e à imprevisibilidade de todas estas situações, tornou-me mais

consciente das minhas ações enquanto enfermeira, e habilitou-me a detetar complicações antecipadamente e a agir de acordo com a necessidade do momento.

O trabalho do EESMO não é estanque, pelo que em todos os locais de trabalho (quer este seja uma Medicina Materno-Fetal, um Puerpério, ou uma Sala de Partos), o profissional deve estar habilitado, capacitado e ter capacidade para realizar qualquer intervenção das que foram desenvolvidas ao longo do Estágio de natureza profissional.

Ao longo deste período foi possível contactar com várias realidades, que se resumem nos quadros 4, 5 e 6.

Consultas de grávidas		Grávidas		Vigilância e cuidados a parturientes	
123	Risco	Normais	Risco	Normais	
	41	28	40	90	

Quadro 4- Consultas efetuadas, grávidas vigiadas e trabalhos de parto acompanhados

Partos executados		Partos participados		Prática de sutura
Com episiotomia	Sem episiotomia	Partos pélvicos ou simulação	Cefálicos	23
15	17	1	33	

Quadro 5 - Partos executados, participados e prática de sutura

Puérperas		Recém-nascidos	
Risco	Normais	Risco	Normais
61	139	73	111

Quadro 6 - Puérperas e recém-nascidos vigiados

Além das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, sobre um tema que considerei pertinente no momento da prática clínica e que, agora, no momento de pandemia que o mundo está a viver, considero ainda mais relevante.

A RIL incidiu sobre a relação entre a depressão pós-parto e a gravidez com complicações associadas, e foi possível perceber que, independentemente da patologia ou complicação, existe um risco superior de estas mulheres virem a desenvolver depressão no período

puerperal, o que torna imperativo o rastreio de sintomatologia depressiva a estas mulheres, durante a gravidez e no puerpério. O EESMO assume, para com estas famílias, um papel ainda mais importante naquilo que é a adaptação à parentalidade, na promoção da ligação e da vinculação entre mãe e filho, na vigilância e promoção da saúde mental na gravidez e puerpério, assim como se deve afirmar como um ponto de referência para o apoio emocional essencial ao longo de todo este percurso, pautado por alterações físicas, emocionais e de papéis.

Tendo tudo isto em conta, considero que o percurso desenvolvido foi positivo e que se irá revelar uma mais valia em todas as vertentes da minha vida profissional e pessoal, servindo como ponto de partida, nesta que é a caminhada mais desafiante e, ao mesmo tempo, mais recompensadora, da minha vida.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelhdy, A. S., Howedy, A. A. & Abdelsalam, E. B. (2015). Features of high risk pregnancy among women attending a district hospital in greater Cairo: A case control study. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 60, 282-290. doi: 10.12816/0013787
- Al-Shehri, H. (2019). The use of alcohol versus dry care for the umbilical cord in newborns: a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies. *Cureus*, 11(7), e5103. doi:10.7759/cureus.5103
- Amaral, A. P. & Martins, C. (2016). Manutenção das necessidades da parturiente. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 400-406). Lisboa: Lidel.
- Amorim, T. V., Souza, I. E. O., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A. & Salimena, A. M. O. (2017). Nursing care perspectives in high-risk pregnancy: Integrative review. *Enfermería Global*, 46, 530-543. doi: 10.6018/eglobal.16.2.238861
- Ânima Educação. (2014). *Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências*. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação.
- Recuperado de [http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual\\_revisao\\_bibliografica-sistemática-integrativa.pdf](http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistemática-integrativa.pdf)
- Antunes, M. V., Moreira, A., Sampaio, C. & Faria, A. (2016). Punção acidental da dura e cefaleia pós-punção da dura na população obstétrica: oito anos de

- experiência. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 29(4), pp. 268-274. doi: 10.20344/amp.6815
- Aquino, P. T. & Souto, B. G. A. (2015). Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4), 568-576. doi: 10.5935/2238-3182.20150124
- Arruda, D. C. & Marcon, S. S. (2007). A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(1), 120-128. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a15v16n1.pdf>
- Associação Portuguesa de Nutricionistas. (2010). *Aleitamento Materno: Promover Saúde!* Porto: APN. Recuperado de <https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Aleitamento.pdf>
- Baptista, R. (2016). Estreptococos do grupo B. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 257-263). Lisboa: Lidel.
- Barbosa, M. A. R. S. & Margareth, A. (2016). Experiences and meanings of postpartum depression in women in the family context. *Enfermería Global*, 42, 280-302. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/en\\_docencia4.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/en_docencia4.pdf)
- Barbosa, M., Moreira, S. & Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33, pp. 41-47. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732017000100005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732017000100005)

- Biblioteca Virtual em Saúde. (2019). *DeCS - Descritores em ciências da saúde*. Recuperado de: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>
- Bittar, R. E. & Zugaib, M. (2009). Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(8), 415-422. doi: 10.1590/S0100-72032009000800008
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A. & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy – a psychological review. *Ginekologia Polska*, 89(2), pp. 102-106. doi: 10.5603/GPa2018.0017
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. A. & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), pp. 122-136. doi: 10.21171/ges.v5i11.1220
- Boyd, R. C., Mogul, M., Newman, D. & Coyne, J. C. (2011). Screening and referral for postpartum depression among low-income women: a qualitative perspective from community health workers. *Hindawi Publishing Corporation*, pp. 1-7. doi: 10.1155/2011/320605
- Burgut, F. T., Bener, A., Ghuloum, S. & Sheikh, J. (2013). A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, Early Online*, pp. 1-8. doi: 10.3109/0167482X.2013.786036
- Cardoso, A. & Nené, M. (2016). Promover o desenvolvimento das competências parentais. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 481-484). Lisboa: Lidel.
- Carvajal, J. A. & Ralph, C. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de

<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>

- Carvalho, M. R. & Centeno, M. (2017). Diabetes associada à gravidez. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 452-459). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, R. (2012). Parto pré-termo. In N. Clode, C.C. Jorge & L. M. Graça (Eds.), *Normas de atuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital Santa Maria* (pp. 161-169). Lisboa: Bayer.
- Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 280-287). Lisboa: Lidel.
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. (2019a). *Missão, visão e valores*. Recuperado de: <http://www.chts.min-saude.pt/instituicao-2/>
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. (2019b). *Projeto Crescer com afetos*. Recuperado de: <http://crescercomafetos.chts.pt/>
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. (2019c). *A mãe e o bebé – as primeiras semanas*. Recuperado de: <http://www.chts.min-saude.pt/eventos/a-mae-e-o-bebe-as-primeiras-semanas-13/>
- Chalise, A. & Bhandari, T. R. (2019). Postpartum depression and its associated factors: a community-based study in Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*, 2(43), pp. 200-205. doi: 10.33314/jnhrc.v0i0.1635
- Chen, L., Wang, X., Ding, Q., Shan, N. & Qi, H. (2019). Development of postpartum depression in pregnant women with preeclampsia: a retrospective study. *Hindawi BioMed Research International*, pp. 1-7. doi: 10.1155/2019/9601476
- Ciampo, L. A. D., Ricco, R. G., Ferraz, I. S., Daneluzzi, J. C. & Martinelli Júnior, C. E. (2008). Aleitamento materno e tabus alimentares. *Revista Paulista de*

*Enfermagem*, 26(4), pp. 345-349. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a06v26n4.pdf>

Cihan, H., Dirilen-Gumus, O. & Erkenekli, K. (2017). Comparison of women with risk-free and high-risk pregnancy and family resilience. *Journal of Psychology and Behavioral Science*, 5(1), pp. 25-30. doi: 10.15640/jpbs.v5n1a3

Clode, N. & Graça, L. M. (2012). Corticosteróides na indução da maturação pulmonar fetal. In N. Clode, C.C. Jorge & L. M. Graça (Eds.), *Normas de atuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital Santa Maria* (pp. 45-46). Lisboa: Bayer.

Costa, L. D., Cura, C. C., Perondi, A. R., França, V. F. & Bortoloti, D. S. (2016). Perfil Epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enfermagem*, 21(2), 01-08. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/44192/28238>

Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F. & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(1), 1-7. doi: 10.1590/0104-07072016004550014

Crossetti, M. G. O. (2012). Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem – o rigor científico que lhe é exigido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), pp. 8-9. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf>

Deklava, L., Lubina, K., Circenis, K., Sudraba, V. & Millere, I. (2015). Causes of anxiety during pregnancy. *Procedia Social & Behavioral Sciences*, 205, pp. 623-626. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.09.097

Direção Geral da Saúde. (2016). Programa Nacional de Vacinação – 2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Dmitrovic, B. K., Dugalic, M. G., Balkoski, G. N., Dmitrovic, A. & Soldatovic, I. (2014). Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(6), pp. 528-532. doi: 10.1177/0020764013511067
- Emeis, C. L. (2012). Current resources for evidence-based practice, march/april 2012. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(2), pp. 196-200. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00155.x
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lisboa: Lidel.
- Fernandes, A., Fernandes, C. A., Amador, A., Guimarães, F. (2012). Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais? *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(2), pp. 59-62. Recuperado de [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/33/20121029175104\\_ArtOriginal\\_FernandesA\\_43.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/33/20121029175104_ArtOriginal_FernandesA_43.pdf)
- Fernandes, J. A., Campos, G. W. S. & Francisco, P. M. S. B. (2019). Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde Debate*, 43(121), 406-416. doi: 10.1590/0103-1104201912109
- Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do puerpério. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lisboa: Lidel.
- Ferreira, A. F., Silva, C. M., Antunes, D., Sousa, F., Lobo, A. C. & Moura, P. (2018b). Diabetes gestacional: Serão os atuais critérios de diagnóstico mais vantajosos?. *Acta Médica Portuguesa*, 31(7-8), 416-424. doi: 10.20344/amp.10135

- Ferreira, C., Silva, V., Guerra, C., Silva, A. & Rosário, R. (2018). Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 12 (4), 262-267. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v12n4/v12n4a03.pdf>
- Ferreira, R., Neves, R., Virella, D. & Ferreira, G. C. (2010). Amamentação e dieta materna: influência de mitos e preconceitos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(3), pp. 105-110. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71735819.pdf>
- Fonseca, S. (2016a). Indução do trabalho de parto. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353-355). Lisboa: Lidel.
- Fonseca, S. (2016b). Métodos de indução do trabalho de parto. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353-355). Lisboa: Lidel.
- Freire, R. S. (2019). *Trazer ao Mundo – Histórias reais e informações úteis sobre os vários tipos de parto*. Lisboa: Contraponto.
- Freitas, M. J. S. & Baptista, M. C. D. (2016a). Adaptação à vida extrauterina: cuidados imediatos ao recém-nascido. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 486). Lisboa: Lidel.
- Freitas, M. J. S. & Baptista, M. C. D. (2016b). Avaliação e estabilização do recém-nascido. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 487-491). Lisboa: Lidel.
- Galvão, C. M. (2006). Níveis de evidência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), pp. V. Recuperado de

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000200001](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200001)

- García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., Montoya, O., Bhate-Deosthali, P., Kilonzo, N. & Watts, C. (2015), Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet*, 385, 1685-1695. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61830-4
- Giri, R. K., Khatri, R. B., Mishra, S. R., Khanal, V., Sharma, V. D. & Gartoula, R. P. (2015). Prevalence and factors associated with depressive symptoms among post-partum mothers in Nepal. *BioMedCentral Research Notes*, 8(111), pp. 1-7. doi: 10.1186/s13104-015-1074-3
- Gjerdingen, D. K. & Yawn, B. P. (2007). Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(3), pp. 280-288. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17478661/>
- Graça, L. M. & Carvalho, R. M. (2017). Avaliação biofísica do feto. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 166-190). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. M. & Moniz, C. (2017). Reanimação do recém-nascido na sala de partos: conceitos e atitudes. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 272-279). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. M. & Santo, S. (2017). Monitorização fetal intraparto. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 241-259). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. M. (2017). Hipertensão arterial na gravidez. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 424-443). Lisboa: Lidel.

- Guerra, A. (2016). Analgesia e anestesia em Obstetrícia. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 425-431). Lisboa: Lidel.
- Hadi, H. & Hadi, S. (2015). Uncovering the concealed part of motherhood-postpartum depression in mothers. *Clinics in Mother and Child Health*, 12(1), pp. 1-3. DOI: 10.4172/2090-7214.1000169
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A. & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), pp. 1-10. doi: 10.1590/0102-311X00094016
- Henriques, A. (2017). Episiotomia e lacerações perineais. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 580-584). Lisboa: Lidel.
- Hoedjes, M., Berks, D., Vogel, I., Franx, A., Bangma, M., Darlington, A. E., Visser, W., Duvekot, J. J., Habbema, J. D. F., Steegers, E. A. P. & Raat, H. (2011). Postpartum depression after mild and severe preeclampsia. *Journal of Women's Health*, 20(10), pp. 1-8. doi: 10.1089/jwh.2010.2584
- Huang, T., Rifas-Shiman, S. L., Ertel, K. A., Rich-Edwards, J., Kleinman, K., Gillman, M. W., Oken, E. & James-Todd, T. (2015). Pregnancy hyperglycemia and risk of prenatal and postpartum depressive symptoms. *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 29(4), pp. 281-289. doi: 10.1111/ppe.12199
- Inácio, I. (2016). Diabetes Gestacional. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 200-205). Lisboa: Lidel.
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. Recuperado de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

- Iriye, B. K., Gregory, K. D., Saade, G. R., Grobman, W. A. & Brown, H. L. (2017). Quality measures in high-risk pregnancies: Executive summary of a cooperative workshop of the Society for Maternal-Fetal Medicine, National Institute of Child Health and Human Development, and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(4), B2-B25. doi: 10.1016/j.ajog.2017.07.018
- Janighorban, M., Heidari, Z., Dadkhah, A. & Mohammadi, F. (2018). Women's needs on bed rest during high-risk pregnancy and postpartum period: A qualitative study. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 6(3), 1327-1335. doi: 10.22038/jmrh.2018.28162.1304
- Júnior, M. D. C., Patrício, E. C. & Félix, L. R. (2013). Intervenções obstétricas no parto pré-termo: Revisão da literatura e atualização terapêutica. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 23(3), 323-329. doi: 10.5935/2238-3182.20130051
- Kettunen, P. (2019). *Postpartum depression: Time of onset, severity, symptoms, risk factors and treatment*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Tampere, Finlândia. Recuperado de <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105055/978-952-03-0943-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Kogevinas, M. & Chatzi, L. (2016). Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants of postpartum depression: the Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, pp. 244-255. doi: 10/1017/S2045796016001062
- Lanes, A., Kuk, J. L. & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-

- sectional study. *BioMed Central*, 11(302). Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/302>
- Levy, L. & Bártolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: UNICEF. Recuperado de <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lima, R. O., Estevam, L. D., Leite, F. M. C., Almeida, M. V. S., Nascimento, L., Amorim, M. H. C. & Bringuente, M. E. O. (2020). Intervenção de enfermagem – primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. doi: 10.37689/acta-ape/2020ao0031
- Liu, J., Chiu, F., Liu, Y., Chen, S., Chan, H., Yang, J., Chang, F. & Hsu, R. (2018). Antepartum urinary tract infection and postpartum depression in Taiwan – a nationwide population-based study. *BioMedCentral Pregnancy and Childbirth*, 18(79), pp. 1-8. doi: 10.1186/s12884-018-1692-6
- Lobo, I., Machado, S. & Selores, M. (2009). Alterações cutâneas fisiológicas e transitórias do recém-nascido. *Nascer e Crescer*, 18(1), pp. 19-24. Recuperado de [http://metis.med.up.pt/index.php/Alter%C3%A7%C3%B5es\\_fisiol%C3%B3gicas\\_ou\\_transit%C3%B3rias\\_do\\_rec%C3%A9m-nascido](http://metis.med.up.pt/index.php/Alter%C3%A7%C3%B5es_fisiol%C3%B3gicas_ou_transit%C3%B3rias_do_rec%C3%A9m-nascido)
- Lopes, M. O. (2016). Plano de Parto. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 167-169). Lisboa: Lidel.
- Machado, M. H. & Graça, L. M. (2017a). Anomalias do trabalho de parto. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 229-238). Lisboa: Lidel.

- Machado, M. H. & Graça, L. M. (2017b). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In. L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 220-228). Lisboa: Lidel.
- Maeda, Y., Ogawa, K., Morisaki, N., Tachibana, Y., Horikawa, R. & Sago, H. (2019). Association between perinatal anemia and postpartum depression: A prospective cohort study of Japanese women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 148, pp. 48-52. doi: 10.1002/ijgo.12982
- Mak, J. K. L., Lee, A. H., Pham, N. M., Tang, L., Pan, X., Binns, C. W. & Sun, X. (2019). Gestational diabetes and postnatal depressive symptoms: a prospective cohort study in Western China. *Women and Birth*, 32, pp. e427-e431. doi: 10.1016/j.wombi.2018.08.171
- Mathisen, S. E., Glavin, K., Lien, L. & Lagerlov, P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 5, pp. 787-793. doi: 10.2147/IJWH.SS1436
- Meireles, A. & Costa, M. E. (2005). A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. *Psicologia*, XVIII(2), 75-98. doi: 10.17575/rpsicol.v18i2.431
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), pp. 758-764. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. (2012). *Parecer n-º 22/2012 – Enfermeiros de cuidados gerais devem ou não realizar consultas de vigilância da gravidez? A enfermeira ESMO deve ou não*

*elaborar procedimentos relativos à consulta da vigilância da gravidez para enfermeiros de cuidados gerais?*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEES MO Parecer 22 2012 Enf generalistas devem ou nao realizar consultas vigilancia gravidez.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEES_MO_Parecer_22_2012_Enf_generalistas_devem_ou_nao_realizar_consultas_vigilancia_gravidez.pdf)

- Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. (2017). *Triagem – prioridades de Obstetrícia e Ginecologia por Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Mezzacappa, M. A. & Ferreira, B. G. (2016). Perda de peso excessiva em recém-nascidos a termo amamentados exclusivamente ao seio materno em um Hospital Amigo da Criança. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(3), pp. 281-286. doi: 10.1016/j.rppede.2016.03.003
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335-347). Lisboa: Lidel.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2011). *Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os profissionais de saúde – Cuidados Gerais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Miranda, A. (2019). Mais de 500 mulheres assassinadas em Portugal nos últimos 15 anos. *tvi24*. Recuperado de <https://tvi24.iol.pt/sociedade/violencia-domestica/mais-de-500-mulheres-assassinadas-em-portugal-nos-ultimos-15-anos>
- Monteiro, F. & Leite, C. F. (2016). Estados hipertensivos da gravidez. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 182-210). Lisboa: Lidel.

- Montenegro, C. A. B. & Rezende Filho, J. (2014). *Rezende – Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Morais, S. & Mimoso, G. (2013). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congênita: sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), pp. 343-347. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.4/1830>
- National Center for Biotechnology Information. (2019). *MeSH – Medical subject headings*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
- Neves, J. (2017). Contraceção no pós-aborto e no pós-parto. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 288-291). Lisboa: Lidel.
- Nicholson, L. (2007). *Caput succedaneum* and cephalohematoma: the Cs that leave bumps on the head. *Neonatal Network*, 26(5), pp. 277-281. Recuperado de [http://www.academyofneonatalnursing.org/NNT/Nervous\\_Caput.pdf](http://www.academyofneonatalnursing.org/NNT/Nervous_Caput.pdf)
- Nunes, A. P. L. (2016). Aspectos éticos ao longo do ciclo gravídico e puerperal. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 512-516). Lisboa: Lidel.
- Oliveira, D. C. & Mandú, E. N. T. (2015). Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Escola Anna Nery*, 19(1), 93-101. doi: 10.5935/1414-8145.20150013
- Oliveira, J. R., Albuquerque, M. C. S., Brêda, M. Z., Barros, L. A. & Lisbôa, G. L. P. (2015). Concepções e práticas de acolhimento apresentadas pela enfermagem no contexto da atenção básica à saúde. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9(10), pp. 1545-1555. doi: 10.5205/relou.8463-73861-2-SM.0910sup201522

- Omidvar, S., Faramarzi, M., Hajian-Tilak, K. & Amiri, F. N. (2018). Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles. *PLoS ONE*, 13(1), pp. 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0191723
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República 85/2019, série II de 2019-05-03*, 13560-13565. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/a/122216819>
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *WHO recommendations on: Postnatal care of the mother and newborn*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1)
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *RESPECT Women: Preventing violence against women*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf?sequence=1)

- Passos, F. (2012a). Infecção urinária na gravidez. In N. Clode, C.C. Jorge & L. M. Graça (Eds.), *Normas de atuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital Santa Maria* (pp. 113-116). Lisboa: Bayer.
- Passos, F. (2012b). Cólica renal na gravidez. In N. Clode, C.C. Jorge & L. M. Graça (Eds.), *Normas de atuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital Santa Maria* (pp. 41-42). Lisboa: Bayer.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C. & Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: a review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2), pp. 534-542. DOI: 10.1353/hpu.2012.0037
- Pedro, L. & Oliveira, S. C. (2016). A dor no trabalho de parto. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 411-415). Lisboa: Lidel.
- Pelisoli, C., Sacco, A. M., Barbosa, E. T. Pereira, C. O. & Cecconello, A. M. (2014). Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. *Estudos de Psicologia*, 31(2), 225-235. doi: 10.1590/0103-166X2014000200008
- Pereira, A. T., Bos, S., Marques, M., Soares, M. J., Maia, B. R., Valente, J., Nogueira, V., Roque, C. & Macedo, A. F. (2014). Rastreio da depressão e ansiedade. In A. F. Macedo & A. T. Pereira (Eds.), *Saúde Mental Perinatal* (pp. 101-126). Lisboa: Lidel.
- Pereira, C. & Veiga, N. (2014). Educação para a saúde baseada em evidência. *Millenium*, 46, pp. 107-136. Recuperado de <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium46/8.pdf>

- Pereira, J., Costa, A., Costa, F. & Guimarães, M. (2014). Infecções urinárias altas na gravidez. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. A. Campos. (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (pp. 74-75). Lisboa: Lidel.
- Pompeo, D. A., Rossi, L. A. & Galvão, C. M. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), pp. 434-438. Recuperado de 10.1590/S0103-21002009000400014
- Prada, A. & Rafael, M. (2016b). Desvios ao trabalho de parto normal. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 368-375). Lisboa: Lidel.
- Prada, F. & Rafael, M. (2016a). Partograma. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 348-352). Lisboa: Lidel.
- Price, S., Lake, M., Breen, G., Carson, G., Quinn, C. & O'Connor, T. (2007). The spiritual experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 36(1), pp. 63-70. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17238948/>
- Ramalho, C. (2014). Vigilância de rotina na gravidez de baixo risco. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. A. Campos. (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (pp. 6-7). Lisboa: Lidel.
- Roberts, L., Davis, G. K., Homer, C. S.E. (2019). Depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder following a hypertensive disorder of pregnancy: a narrative literature review. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 6, pp. 1-14. doi: 10.3369/fcvm.2019.00147

- Rocha, F. A., Lopes, J., Pereira, A. P. & Pinto, F. (2014). Tratamento da HTA na grávida – Abordagem atual. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39, 12-13. Recuperado de [https://www.sphta.org.pt/files/sphta\\_39\\_2014.pdf](https://www.sphta.org.pt/files/sphta_39_2014.pdf)
- Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A. & Sougey, E. B. (2016a). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(3), pp. 136-140. doi: 10.1590/2237-6089-2015-0067
- Rodrigues, S. I. B. (2016). Parto distócico. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 382-387). Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, T., Ramos, F., Matias, A., Pires, M. C. & Carraca, T. (2014). Vigilância da gravidez múltipla. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. A. Campos. (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (pp. 8-9). Lisboa: Lidel.
- Rôlla, F. C., Pena, L. O. & Bailon, L. M. (2014). Orientações para a redução da ansiedade no período de gravidez – psicologia do exorte. *Psicologia.pt*, pp. 1-9. Recuperado de: [https://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0792](https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0792)
- Ruschel, L. M., Pedrini, D. B. & Cunha, M. L. C. (2018). Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. doi: 10.1590/1983-1447.2018.20170263
- Samarasekera, U. & Horton, R. (2015). Prevention of violence against women and girls: a new chapter. *The Lancet*, 385, 1480-1482. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61775-X

- Santos, M. J. F. & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem na puérpera e recém-nascido. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lisboa: Lidel.
- Santos, R. M., Campos, D. A., Cordeiro, C., Fernandes, A. S., Gomes, J. C. & Prucha, C. (2014). Vigilância de rotina no puerpério de parto vaginal. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. A. Campos (Eds.). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (pp. 255-256). Lisboa: Lidel.
- Sardo, D. (2016). Promover e apoiar a amamentação. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 473-480). Lisboa: Lidel.
- Schetter, C. D. & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion on Psychiatry*, 25(2), pp. 141-148. doi: 10.1097/YCO.0b012e3283503680
- Senturk, M. B., Yildiz, G., Yildiz, P., Yorguner, N. & Çakmak, Y. (2016). The relationship between hyperemesis gravidarum and maternal psychiatric well-being during and after pregnancy: controlled study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, Early Online*, pp.1-5. doi: 10.1080/14767058.2016.1212331
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE*. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-tamega-e-sousa-epe/>
- Shane, B. & Ellsberg, M. (2002). Violence against women: effects on reproductive health. *Outlook*, 20(1), 1-8. Recuperado de <https://www.path.org/publications/detail.php?i=597>

- Sharma, V. & Sharma, P. (2012). Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(5), pp. 436-442. doi: 10.1016/S1701-2163(16)35240-9
- Silva, D. R. (2016). *Cefaleia pós-punção da dura: uma complicação frequente da analgesia epidural obstétrica*. (Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto). Recuperado de [https://sigarra.up.pt/fep/en/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=71989](https://sigarra.up.pt/fep/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=71989)
- Silva, J. L. & Machado, A. P. (2014a). Classificação das doenças hipertensivas na gravidez. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. A. Campos. (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (pp. 115-116). Lisboa: Lidel.
- Silva, J. L. & Machado, A. P. (2014b). Pré-eclâmpsia: vigilância e tratamento. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. A. Campos. (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (pp. 122-125). Lisboa: Lidel.
- Silva, J. L., Machado, A. P. & Faria, A. (2014). Prevenção e orientação clínica da eclâmpsia. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. A. Campos. (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (pp. 126-129). Lisboa: Lidel.
- Smith & Nephew. (s. a.). PICO – Sistema de terapia de pressão negativa de utilização única. Manual para o doente. Recuperado de: [http://feridas.smith-nephew.pt/descargas/PICO\\_GUIA\\_DOENTE.pdf](http://feridas.smith-nephew.pt/descargas/PICO_GUIA_DOENTE.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2017). Consenso “diabetes gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38. Recuperado de <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2017-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-p%C3%A1gs-24-38.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013a). Hipoglicemia Neonatal – Consenso Clínico. Recuperado de [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia\\_neonatal.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013b). Icterícia Neonatal – avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo. Recuperado de [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia\\_neonatal.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2014). Doença hemolítica do feto e do recém-nascido. Consenso Clínico. Recuperado de [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-D\\_Hemolitica.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-D_Hemolitica.pdf)
- Sousa, M. & Cabrita, J. (2010). Monitorização ambulatória da pressão arterial na gravidez. *Acta Obstétrica Portuguesa*, 4(3), 147-151. Recuperado de [http://www.fspog.com/fotos/editor2/2010-3\\_artigo\\_de\\_revisao\\_2.pdf](http://www.fspog.com/fotos/editor2/2010-3_artigo_de_revisao_2.pdf)
- Sousa, S. (2012). *Depressão pós-parto: estudo de prevalência e deteção de fatores de risco*. (Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã). Recuperado de <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1163/1/Tese%20DPP%2029Maio.pdf>
- Souza, M. T., Silva, M. D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer?. *Einstein*, 8(1 Part I), pp. 102-106. Recuperado de [https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)
- Strapasson, M. J. & Nedel, M. N. B. (2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(3), pp. 521-528. doi: 10.1590/S1983-14472010000300016

- Strapasson, M. R., Ferreira, C. & Ramos, J. G. L. (2018). Associations between postpartum depression and hypertensive disorders of pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143, pp. 367-373. doi: 10.1002/ijgo.12665
- Sundaram, S., Harman, J. S. & Cook, R. L. (2014). Maternal morbidities and postpartum depression: an analysis using the 2007 and 2008 pregnancy risk assessment monitoring system. *Women's Health Issues*, 24(4), pp. e381-e388. doi: 10.1016/j.whi.2014.05.001
- UNICEF. (2019). *A iniciativa amiga dos bebês*. Recuperado de: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- University Campus Suffolk. (s. a.). Using PICO and PEO – developing your research question and search strategy. Recuperado de [https://libguides.uos.ac.uk/ld.php?content\\_id=31557446](https://libguides.uos.ac.uk/ld.php?content_id=31557446)
- Varela, P., Spyropoulou, A. C., Kalogerakis, Z., Vousoura, E., Moraitou, M. & Zervas, I. M. (2017). Association between gestational diabetes and perinatal depressive symptoms: evidence from a Greek cohort study. *Primary Health Care Research & Development*, 18, pp. 441-447. doi: 10.1017/S1463423617000317
- Ventura, R. (2016). Os primeiros dias de vida do recém-nascido. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 504-508). Lisboa: Lidel.
- Vieira, V. L. R., Macedo, C. F., Sousa Júnior, E. J. M. (2009). Cefaleia pós-punção da dura-máter em obstetrícia. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 19(3), pp. S52-S58. Recuperado de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1233>

Wilhelm, L. A., Alves, C. N., Demori, C. C., Silva, S. C., Meincke, S. M. K. & Ressel, L. B. (2015). Sentimentos de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), pp. 284-293. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361443744009>