



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

**A Maternidade Tardia: Cuidado do Enfermeiro
Obstetra na Detecção da Depressão Pós-Parto**

Ágata Rita Raposo Sardinha Cipriano



**Lisboa
2023**



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

**A Maternidade Tardia: Cuidado do Enfermeiro
Obstetra na Detecção da Depressão Pós-Parto**

Ágata Rita Raposo Sardinha Cipriano

Professora Maria Luísa Sotto-Mayor de Carvalho Pinto

Lisboa
2023

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

A todos os que estiveram envolvidos neste percurso, deixo o meu agradecimento. Primeiramente, à Professora orientadora Maria Luísa Sotto-Mayor, por abraçar a temática, pela paciência, pelo saber e pelo apoio ao longo deste percurso.

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

A todos os EEESMO pela orientação e que foram fundamentais na minha aprendizagem em todos os contextos de Estágio, pela competência e sabedoria que me transmitiram.

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

Deixo a todos o meu sincero agradecimento!

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

BB – *Baby-Blues*

CID – Classificação Internacional de Doenças

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

CPPP – Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade

CRPP – Cursos de Recuperação Pós-Parto

CTG – Monitorização cardiotocográfica

DGS – Direção Geral da Saúde

DPP – Depressão Pós-Parto

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EPDS – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

FIV – Fertilização in Vitro

ICM – International Confederation of Midwives

ICSI – Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozóides

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMA – Procriação Medicamente Assistida

PN – Plano de Parto

RN – Recém-Nascido

SR – *Scoping Review*

TEC – Transferência de Embriões Criopreservados

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

A experiência da maternidade tem sofrido, ao longo das últimas décadas, mudanças importantes, verificando-se, atualmente, um aumento significativo do número de gravidezes em mulheres com mais de 35 anos (Graça, 2017). A idade materna média, no nascimento do primeiro filho, em Portugal, tem vindo a aumentar nos últimos anos.

As alterações psicológicas durante o puerpério são resultantes da reversão das adaptações maternas à gravidez, alterações hormonais, mudanças a nível familiar e social, adoção de um novo papel de grande responsabilidade e reorganização, aceitação da nova imagem e também dos traumatismos do parto (Néné et. al, 2016). O referencial teórico que guiou este trabalho foi o modelo de Afaf Meleis: a Teoria das Transições.

O presente relatório tem como objetivo geral refletir sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, que possibilitaram o desenvolvimento e aprendizagem de competências científicas, técnicas e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica.

Para poder responder à questão “Quais as intervenções do enfermeiro obstetra na deteção da depressão pós-parto em mães primíparas após os 35 anos?”, foi elaborada uma Revisão *Scoping* (RS), de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute. Foi ainda elaborado um instrumento de colheita de dados, sobre a forma de questionário, aplicado a puérperas primíparas, com mais de 35 anos de idade e cujos filhos tivessem entre 4 semanas e 1 ano de idade à data do preenchimento do questionário. Os resultados obtidos indicam que há fatores de risco predisponentes para o desenvolvimento de depressão pós-parto, bem como fatores protetores. Consideram que a promoção para a saúde é uma abordagem correta para a identificação destes fatores. Das 19 mães que responderam ao questionário, 6 delas (31,6%), revelam um *score* positivo para o risco de desenvolvimento de depressão pós-parto e ainda 4 mães (21%) com *score borderline*, o que significa que mais de 50% das inquiridas apresenta um risco considerável de desenvolver depressão pós-parto.

A reflexão sobre os resultados da RS e do questionário permitirá a translação da melhor e mais recente evidência científica para a prática clínica.

Palavras-Chave: Maternidade Tardia; Depressão Pós-Parto; Saúde Mental;
Enfermeiro Obstetra

ABSTRACT

Over the last decades, the experience of motherhood has undergone important changes, with a significant increase in the number of pregnancies among women aged over 35 years (Graça, 2017). The average maternal age at the birth of the first child, in Portugal, has been increasing in recent years.

The psychological changes during the puerperium result from the reversal of maternal adaptations to pregnancy, hormonal changes, family and social changes, adoption of a new role of great responsibility and reorganization, acceptance of the new image, the traumas of childbirth (Néné et. al., 2016). The theoretical framework that guided this study was Afaf Meleis' model: the Transitions Theory.

This report aims to reflect on the activities developed in the different internship contexts, which enabled the development and learning of scientific, technical and specific skills of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing.

To answer the question "What are the obstetric nurse's interventions in the detection of postpartum depression in primiparous mothers after the age of 35?", a Scoping Review (SR) was developed, according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute. A questionnaire was also developed to collect data from primiparous mothers over 35 years of age, whose children were between 4 weeks and 1 year old at the time of completing the questionnaire. The results obtained indicate that there are predisposing risk factors for the development of postpartum depression, as well as protective factors. They consider that health promotion is a correct approach to identify these factors. Of the 19 mothers who answered the questionnaire, 6 of them (31.6%), show a positive score for the risk of developing postpartum depression and 4 mothers (21%) with a borderline score, which means that more than 50% of the respondents have a considerable risk of developing postpartum depression.

Reflection on the results of the SR and the questionnaire will allow the translation of the best and most recent scientific evidence into clinical practice.

Keywords: Advanced Maternal Age; Postpartum Depression; Mental Health; Obstetric Nurse

ÍNDICE

Introdução	4
1. Enquadramento teórico	6
1.1. A Maternidade Tardia.....	6
1.2. Perturbações Emocionais do Puerpério	8
1.3. Caracterização da Depressão Pós-Parto.....	9
1.4. A utilização da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.....	13
1.5. A Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	15
2. Enquadramento Metodológico	19
2.1. Revisão Scoping.....	19
2.1.1. Objetivo e questão de investigação.....	20
2.1.2. Critérios de Inclusão.....	20
2.1.3. Estratégia de pesquisa.....	21
2.1.4. Extração dos dados	22
2.1.5. Resultados da Pesquisa.....	22
2.2. Elaboração e aplicação de questionário a puérperas/mães	22
2.2.1. Identificação da população e seleção da amostra	23
2.2.2. Caracterização sociodemográfica e obstétrica da amostra	25
2.2.3. Caracterização das participantes com risco identificado de DPP	28
2.2.4. Considerações éticas	31
3. Percurso de aquisição e desenvolvimento de competências específicas da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica e do grau académico de mestre	32
3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.....	32
3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	34

3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	40
3.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	49
3.5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade em processo de saúde/doença ginecológica no âmbito do planeamento familiar e climatério.....	52
3.6. Competências do Grau Académico de Mestre	54
4. Contributos da evidência científica para a prática clínica.....	56
5. Considerações finais.....	59
Referências Bibliográficas.....	60
Anexos ou Apêndices.....	4
Anexo I – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS).....	4
Anexo II - Modelo de transições: uma teoria de médio alcance adaptado de Afaf Meleis.....	5
Anexo III – Parecer da Comissão Ética da ESEL.....	6
Apêndice I – Termos de Pesquisa.....	9
Apêndice II – Histórico da pesquisa na base de dados CHINAL (SR1).....	10
Apêndice III – Histórico de pesquisa na base de dados Medline (SR1).....	11
Apêndice IV – Fluxograma <i>Scoping Review</i> /Prisma (SR1)	12
Apêndice V – Histórico da pesquisa nas bases de dados CHINAL, Medline e MedicLatina (SR2).....	13
Apêndice VI – Extração dos resultados	5
Apêndice VII – Apresentação dos resultados.....	17
Apêndice VIII – Questionário aplicado a puérperas/mães com mais de 35 anos de idade	18
Apêndice IX – Apresentação sobre as complicações emocionais no puerpério nos CPPP	24

Apêndice X – Panfleto sobre as complicações emocionais no puerpério entregues na UCSP	27
Apêndice XI – Apresentação sobre as complicações emocionais no puerpério nos CRPP	29
Apêndice XII – Síntese de Registo de Atividades Práticas	32
Tabela 1 - Aplicação da Mnemónica PCC.....	20
Tabela 2 - Critérios de Inclusão.....	21
Tabela 3 - Idade das participantes	25
Tabela 4 - Número de semanas após o parto	25
Tabela 5 - Estado civil.....	25
Tabela 6 - Situação profissional.....	25
Tabela 7 - Habilitações Literárias	25
Tabela 8 - Gravidez Planeada/Não Planeada.....	26
Tabela 9 - Projeto conjugal ou independente	26
Tabela 10 - Gravidez com risco	26
Tabela 11 - Quais os riscos durante a gravidez?	26
Tabela 12 - Antecedentes de depressão/crises de ansiedade/ataques de pânico ..	27
Tabela 13 - Participantes que referem fazer medicação habitualmente	27
Tabela 14 - Informação fornecida durante a gravidez sobre as complicações emocionais	27
Tabela 15 - Quem falou sobre o tema durante a gravidez?	27
Tabela 16 - Scores obtidos pelas participantes na EDPS	28
Tabela 17 - Distribuição das participantes R por idade.....	28
Tabela 18 - Distribuição das participantes R por estado civil	29
Tabela 19 - Distribuição das participantes R por situação profissional.....	29
Tabela 20 - Distribuição das participantes R por habilitações literárias	29
Tabela 21 - Distribuição das participantes R por planeamento da gravidez.....	29
Tabela 22 - Distribuição das participantes R por gravidez fruto de projeto conjugal ou independente.....	30
Tabela 23 - Distribuição das participantes R por risco durante a gravidez	30

Tabela 24 - Distribuição das participantes R por antecedentes de depressão, ansiedade e pânico.....	30
Tabela 25 - Distribuição das participantes R segundo informação durante gravidez sobre complicações emocionais.....	31
Figura 1 - Histograma da distribuição dos scores da EDPS.....	28

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, que integra o 2º ano do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este tem por objetivo realizar uma reflexão crítica sobre as atividades experienciadas, em contexto de prática clínica, na vertente comunitária e hospitalar.

O principal propósito é descrever e analisar todo o percurso formativo que auxiliou o desenvolvimento de conhecimentos científicos, saberes teórico-práticos e competências específicas, nomeadamente as competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º140/2019), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) (Regulamento n.º 391/2019) e as definidas pela International Confederation of Midwives (ICM, 2019).

Para a obtenção do grau de Mestre, a presente jornada académica, bem como o seu relatório, cumpre os requisitos estipulados pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, desenvolvidos em 2003. Os requisitos alicerçam-se em 5 domínios: o conhecimento e capacidade de compreensão, a aplicação de conhecimentos e compreensão, a realização de julgamento/tomada de decisões, a comunicação e as competências de autoaprendizagem (Joint Quality Initiative, 2004). Respeitando o Decreto-Lei n.º 65/2018, emitido pela Presidência do Conselho de Ministros, a apresentação e discussão pública do presente relatório permite que o mestrando obtenha o grau académico pretendido.

A escolha da temática em estudo – a maternidade tardia e a depressão pós-parto – surgiu de um interesse pessoal e do contacto profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais num serviço de obstetrícia, e ainda enquanto mulher, futura EEESMO e futura mãe. A crescente tendência da maternidade em idades cada vez mais tardias, por vezes próxima da menopausa ou mesmo já neste período, ocorrem em todos os países desenvolvidos e Portugal não é uma exceção (Carolan & Frankowska, 2011). De acordo com a OMS (2016), a depressão constitui-se como a doença mais incapacitante, mundialmente, entre as mulheres, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, sendo que em 2030 constituir-se-á como a doença com maior prevalência em todo o mundo. Importa ainda salientar que a elevada prevalência da

depressão nas mulheres se deve ao facto de uma em cada cinco mulheres vir a desenvolver depressão pós-parto (OMS, 2016).

Ao longo do curso, pude desenvolver as minhas competências analíticas e reflexivas sobre as práticas, nos vários contextos de cuidados. A escolha desta temática veio, ainda, ao encontro da necessidade do desenvolvimento de competências que promovam a evolução profissional e deem visibilidade às intervenções dos enfermeiros obstetras. Desta forma, defini como objetivo geral para este percurso formativo: Desenvolver competências científicas, técnicas e instrumentais do EEESMO e do grau académico de Mestre. Como objetivos específicos delinee: Prestar cuidados a grávidas e puérperas com mais de 35 anos de idade; Promover a saúde mental das grávidas e puérperas, nomeadamente às com idade superior a 35 anos; Identificar os fatores de risco para a depressão pós-parto nas mulheres que vivenciam uma gravidez tardia. Adicionalmente, importa ainda mencionar que a denominação enfermeiro obstetra foi utilizada apenas no título do trabalho com o objetivo de simplificar a leitura do mesmo e por este ser um termo utilizado internacionalmente como descritor em saúde, sendo que ao longo de todo o relatório será mencionado EEESMO.

Este relatório encontra-se dividido em 4 capítulos: o 1º capítulo é o “Enquadramento Teórico”, que inclui a apresentação e definição de conceitos, através de uma revisão da evidência científica sobre a temática, e o referencial teórico escolhido, a Teoria das Transições da Afaf Meleis; no 2º capítulo, “Enquadramento Metodológico”, são apresentados os métodos utilizados para a obtenção de resultados: a SR e a aplicação de um questionário a puérperas com mais de 35 anos de idade; o 3º capítulo descreve reflexivamente o percurso de aquisição de competências do EEESMO segundo a OE (2019), e do grau de Mestre; o 4º capítulo aborda o “Contributo da Evidência Científica para a Prática Clínica”, através da discussão e reflexão sobre os resultados obtidos na SR e nas respostas aos questionários aplicados. Por fim, nas “Considerações Finais”, efetuo um balanço do percurso académico, assim como do presente trabalho. Seguem-se as referências bibliográficas de todas as fontes de informação e evidência utilizadas neste relatório. Este relatório foi redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico, de acordo com o Guia Orientador de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações, da ESEL (2023) e as normas da American Psychological Association (APA, 2021).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Maternidade Tardia

A maternidade é, na atualidade, cada vez mais uma opção entre tantas outras, igualmente importantes na vida de uma mulher, distanciando-se das dimensões maternas e femininas do passado (Mills et al., 2011). Na verdade, a experiência da maternidade tem sofrido importantes mudanças ao longo dos tempos, verificando-se, atualmente, um aumento significativo do número de gravidezes em mulheres com mais de 35 anos (Graça, 2017).

A idade materna tardia é considerada um fator de risco para a gestação, estando associada a um maior número de complicações na gravidez e no período neonatal. Considera-se “maternidade tardia” aquela em que a mulher grávida, ou puérpera, tem idade igual ou superior a 35 anos (Andrade et al., 2004, citado por Souza et al., 2016). No entanto, recentemente, a International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) indica os 40 anos como sendo a idade a partir da qual aumenta a probabilidade do feto sofrer anomalias cromossômicas, bem como o risco da gestante desenvolver complicações durante a gravidez, tais como o risco de diabetes (em 50%), de distúrbios hipertensivos (em 70%) ou de parto pré-termo (FIGO, 2020). Cada vez mais, é frequente ocorrerem situações de maternidade tardia em países desenvolvidos, tal como sucede em Portugal, uma vez que a mulher passou a ter um papel mais ativo na sociedade, a nível social, educacional ou económico (Carolan & Frankowska, 2011). De acordo com Santos et al. (2020), a maternidade em idades cada vez mais tardias é considerado um novo fenómeno social, trazendo consigo novos problemas e desafios, que antes não existiam ou tinham pouca expressão, tais como: problemas de infertilidade (Subrat et al., 2013), decréscimo das taxas de natalidade e de fecundidade (Mendes et al., 2016), maior incidência de riscos e patologias maternas e fetais (Waldenström, 2016) ou necessidade de maior vigilância do ciclo gravídico-puerperal (Graça, 2017). Pensa-se que o adiamento da maternidade é uma tendência que irá prosseguir e até acentuar-se, porque os fatores pessoais, sociais e culturais que a demarcam continuam presentes (Santos et al., 2019). Um estudo realizado por Benzies et al. (2006), reúne os fatores que levam as mulheres a serem mães depois dos 35 anos em três categorias: fatores individuais, fatores familiares e fatores sociais. **Fatores individuais:** reconhecem o estabelecimento de independência através da educação, da segurança no emprego e da

estabilidade financeira, a motivação para ter uma família, o sentir-se preparada por já ter alcançado os objetivos individuais, o ter um projeto de vida, o despertar do relógio biológico, ter ultrapassado ou contornado problemas crónicos de saúde (por exemplo infertilidade), e um relacionamento estável. De frisar que o controlo feminino sobre a sua reprodução, com a toma da pílula contraceptiva, ou outros métodos, permite escolher entre a maternidade e outras atividades, sem reprimir a sua sexualidade.

Fatores familiares: a negociação com o companheiro que pode ou não estar preparado para ser pai, o adiamento do casamento, a proximidade e o apoio da família de origem.

Fatores sociais: podem considerar-se a aceitação social do adiamento da maternidade, o conhecimento das elevadas taxas de divórcio e as políticas de falta de apoio à maternidade.

A idade média materna no nascimento do primeiro filho, em Portugal, tem vindo a aumentar nos últimos anos. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021), no ano de 2000 a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho era de 26,5 anos, em 2010 era 28,7 anos, e em 2020 era de 30,7 anos. Paralelamente, verifica-se que existe um aumento do número de nascimentos na faixa etária dos 35-39 anos: em 2001, 13.157 nascimentos e em 2020, 21.671 nascimentos (Pordata, 2021). Pode assim concluir-se que a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho, em 20 anos, aumentou 4,2 anos. Consequentemente, verifica-se que, em 20 anos, houve um aumento de quase 8mil nascimentos, na faixa etária dos 35-39 anos. No contexto de uma maternidade após os 35 anos, é essencial que os profissionais de saúde orientem a sua intervenção através de uma abordagem que ultrapasse o critério exclusivo da idade, e considerem os diversos fatores envolvidos no desenrolar de uma gestação segura (Byrom, 2004; Gomes et al., 2008; O'Connor et al., 2014).

A gestação, é, de uma forma geral, um evento importante na vida de uma mulher. Provoca mudanças físicas, fisiológicas e emocionais, constituindo uma experiência repleta de sentimentos intensos (Souza et al., 2016). O nascimento de um filho é, assim, uma experiência assinalada por sentimentos de ansiedade, expectativa, realizações e projeções, entre outros. Após o parto inicia-se uma nova fase na vida da mulher, denominada de puerpério, sendo um momento marcado por instabilidade

emocional e vulnerabilidade feminina em relação às síndromes psiquiátricas no pós-parto (Burke, 2003).

1.2. Perturbações Emocionais do Puerpério

O puerpério, também designado por pós-parto, é o período que decorre desde a expulsão da placenta até às seis semanas após o parto, sendo um período propenso a crises, devido às mudanças físicas, psicológicas e sociais que o acompanham. É nesta fase que a mulher precisa reorganizar e adaptar a sua vida, sofrendo frequentemente de privação de sono e baixa autoestima, encontrando-se numa altura de maior vulnerabilidade para o aparecimento de diversos transtornos psíquicos (Slomian et al., 2019). As alterações físicas que acontecem a nível dos diversos órgãos na mulher, ao longo do puerpério, resultam em sinais e sintomas que se traduzem muitas vezes em desconfortos, que poderão ter influência na maneira como a mulher se vai ajustar a esta nova etapa da sua vida (Lowdermilk & Perry, 2008).

As alterações psicológicas durante o puerpério são resultantes da reversão das adaptações maternas à gravidez, alterações hormonais, mudanças a nível familiar e social, adoção de um novo papel de grande responsabilidade e reorganização, aceitação da nova imagem e também dos traumatismos do parto (Néné et. al, 2016). Neste período, em que a mulher se encontra num estado caracterizado pela sensibilidade aumentada, deve ser o objetivo do profissional de saúde capacitá-la para o seu autocuidado e para os cuidados a prestar ao bebé (Maldonado, 2002). Segundo o mesmo autor, tal como a gestação, também o puerpério é um período de grande vulnerabilidade à ocorrência de crises emocionais, devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto. Os primeiros dias após o nascimento do bebé são carregados de emoções intensas e variadas. Este período divide-se em três etapas específicas: puerpério imediato, que corresponde às primeiras vinte e quatro horas após o nascimento; puerpério precoce, que se inicia após as primeiras vinte e quatro horas e termina no final da primeira semana e o puerpério tardio, que se prolonga até ao final da sexta semana ou quadragésimo dia (Andrade, 2000; Aranha, 2001; Rezende & Montenegro, 2008).

O puerpério precoce constitui um momento de crise, em que surgem variadíssimas dúvidas tanto em relação à condição da puérpera, como ao RN, sendo geralmente nesta fase que se dá a alta precoce da maternidade. No entanto, o

puerpério tardio assume-se como um período ainda mais problemático, na medida em que o casal pode sentir-se desamparado, pela falta de apoio (Bobak et al., 1999), pois apesar das adaptações físicas e dos ajustes psicoemocionais, para muitas mães a maior queixa é a fadiga contínua (Troy, 2003).

De acordo com Frota (2020), as doenças psiquiátricas no pós-parto são ainda pouco reconhecidas e estudadas. São definidos como transtornos psíquicos puerperais as doenças mentais com início no primeiro ano após o parto, e que se manifestam por desequilíbrios do humor, psicóticos e não psicóticos. Estes transtornos, quando subdiagnosticados e não tratados, levam a que as puérperas se sintam incapazes de exercer o seu papel materno, padecendo de sentimentos de culpa e alterações de humor (Frota, 2020). As perturbações emocionais no puerpério podem ser classificadas como: Baby-Blues (BB) – caracterizados como um distúrbio psíquico benigno, leve e transitório; Depressão Pós-Parto (DPP) – transtorno moderado a severo, com início insidioso, e Psicose Pós-Parto – perturbações mentais graves (Gonçalves, 2017).

Tristeza materna, disforia pós-parto, *maternity blues*, *postpartum blues* e BB são termos com o mesmo significado, traduzindo um conjunto de manifestações psicológicas muito frequentes no puerpério (Rezende & Montenegro, 2008). Os BB são caracterizados por um síndrome afetivo ligeiro que se manifesta em cerca de 50 a 85% das mulheres que dão à luz, ocorre entre três e sete dias depois do parto, podendo estender-se, eventualmente, até à segunda semana do puerpério. É visto como um período de reajustamento, e ocorre física e psicologicamente em mulheres saudáveis (Figueiredo, 2001; Antunes et al., 2007; Marques & Luz, 2015). Os BB não são considerados uma condição patológica, devido à sua resolução espontânea e o facto de não haver necessidade de terapia farmacológica. No entanto, pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de DPP (Gerli et al., 2019). Os BB e a DPP distinguem-se um do outro pela altura do seu início, pela duração dos sintomas e também pelo modo como estes se manifestam (Camacho et al., 2006).

1.3. Caracterização da Depressão Pós-Parto

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016a) refere que a Depressão se tornou um problema de saúde pública. Alguns estudos e estatísticas revelam que, em 2016, a Depressão já era a principal causa de baixa no trabalho, incapacitando os indivíduos de executarem as suas tarefas profissionais, sobretudo no que diz respeito a vivenciar a

sua vida social e pessoal, levando assim ao isolamento. A OMS define Depressão como um transtorno mental que ataca o organismo como um todo, causando tristeza, perda de interesse por atividades que antes proporcionavam prazer, mudanças entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono e do apetite. Importa frisar ainda que a doença pode atingir tanto homens como mulheres, com a diferença de que para cada homem com Depressão existem duas mulheres a sofrer com esta doença (OMS, 2016b). A Depressão é considerada a doença que mais causa incapacitação em todo o mundo entre as mulheres, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento e estima-se que se tornará, até 2030, na doença com maior prevalência no planeta (OMS, 2016a).

A DPP é uma condição que ocorre nos primeiros doze meses após o parto, ocorrendo com maior frequência entre a quarta e oitava semana, afetando entre 10 a 15% das mulheres. Uma DPP pode afetar negativamente a relação entre a mãe e o recém-nascido (RN) e conseqüentemente o desenvolvimento emocional, cognitivo e intelectual do filho, bem como uma menor qualidade de vida e bem-estar na mulher (Ferreira et al., 2018). Segundo Figueiredo (2001, p. 172) a DPP é uma perturbação do humor que é consequência do parto, num elevado número de mulheres, podendo ser identificada “pela presença de um episódio depressivo *major* que surge na total ausência de sintomatologia psicótica e se estabelece em estreita relação temporal e temática com o nascimento do bebê”.

Ao realizar uma consulta nos manuais importantes para a sociedade científica, observam-se divergências relativamente às classificações: Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1997) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) (APA, 2013). A CID-10 (OMS, 1997) considera a DPP, ou depressão puerperal, incluída nos transtornos mentais e comportamentais leves associados ao puerpério, se tiver início dentro de seis semanas após o parto e não preencha os critérios associados a outro transtorno. O DSM-IV (1994) e o DSM-IV-R (2002) não distinguem as perturbações de humor que ocorriam no período pós-parto das perturbações de humor que ocorriam noutros períodos. Quando a sintomatologia depressiva ocorria nas primeiras quatro semanas após o parto, era utilizado o especificador “com início no pós-parto”. Na DSM-V (2013), a única modificação foi a inclusão do especificador “com início

no peri parto”, para incluir as perturbações depressivas que se iniciam durante a gravidez ou nas primeiras quatro semanas pós-parto.

Para que preencha os critérios de diagnóstico de episódio depressivo *major* com início no pós-parto, segundo o DSM-V (2013), é necessário que o humor deprimido e/ou a perda do interesse ou prazer em quase todas as atividades estejam presentes, além de, pelo menos, 4 dos sintomas: perda ou aumento significativo de peso, sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento do apetite; insónia ou hipersónia; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões; pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida. Os sintomas deverão estar presentes, pelo menos, durante duas semanas na maior parte do dia, e em praticamente todos os dias (APA, 2013).

Contrariando os critérios definidos pela CID-10 e DSM-V para a definição de DPP, Ferreira et al., (2018) citando vários estudos: Dennis (2004); Teissedre & Chabrol (2004); Imsiragic et al., (2009); El-Hachem et al., (2014); Figueiredo et al., (2014); Knights et al., (2016), demonstram que existe uma boa correlação entre a sintomatologia depressiva em fases precoces (ao 2º e 3º dias) e tardias (4 a 8 semanas) do pós-parto, pelo que consideram que a existência de *scores* elevados em escalas de DPP, (como por exemplo a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EDPS) (Anexo I), à data da alta da maternidade, pode ser considerado um bom preditor da ocorrência desta patologia. Ainda segundo os mesmos autores, os resultados apoiam o rastreio precoce de mulheres em risco de DPP, à data da alta hospitalar, (com base na prevalência de sintomatologia depressiva, e tendo em conta os potenciais fatores de risco associados) (Ferreira et al., 2018), contribuindo para uma melhor compreensão da doença e para a elaboração de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce (Silva et al., 2020).

No entanto, considero que não existem condições para solicitar a uma puérpera, 2/3 dias após o parto, o preenchimento da EDPS, visto que é solicitado à mulher que preencha a escala tendo em consideração os 7 dias anteriores, durante os quais teve o seu parto, um dos acontecimentos mais impactantes da vida de uma mulher, sendo difícil pedir-lhe que se tentasse abstrair desse e se focasse nos seus sentimentos durante essa semana. Como será mencionado posteriormente, no capítulo da metodologia, procedi à aplicação de questionários, que incluíam a EDPS, a puérperas,

tendo estabelecido como critério na inclusão da amostra o período entre as 4 semanas de pós-parto e 1 ano de idade de bebê.

De acordo com a literatura, diversos fatores foram associados à etiologia da DPP. São considerados **Fatores de Risco**: Os acontecimentos de vida adversos que ocorrem na vida da mulher (Boyce & Hickey, 2005); A ausência de suporte social (Yonkers et al., 2001; Boyce & Hickey, 2005), especificamente do apoio emocional do companheiro/marido, família e amigos, (ou seja, uma rede de apoio, que funcione como fator protetor da mulher) perante a possível ocorrência desta perturbação (Figueiredo, 2001); Uma gravidez não planejada/não desejada (Silva et al., 2020); As dificuldades e insatisfação quanto à relação conjugal (Eberhard-Gran et al., 2002), (quanto a esta última variável, Figueiredo (2001) considera que a qualidade e o ajustamento no relacionamento conjugal interferem de forma significativa no facto de a puérpera vir ou não a desenvolver uma DPP); Ser primípara (Silva et al., 2020); Desemprego/Situação socioeconómica desfavorável (Silva et al., 2020); História de depressão anterior/depressão gestacional; Parto traumático ou insatisfatório; História de aborto em gestações anteriores e intercorrência hospitalar com a mãe; Ser gestante em extremos de idade (Silva et al., 2020), (um estudo revelou que a idade ideal no primeiro parto para as mulheres é de aproximadamente 30 anos, com os sintomas depressivos aumentando a partir daí) (Mirowsky & Ross, 2002 citado por Carlson, 2011).

Quando as mulheres têm história prévia de patologia depressiva, incluindo os BB, é dos poucos fatores que aparecem consensualmente associado a DPP, aumentando o seu risco (Ferreira et al., 2018). A ocorrência de história familiar de depressão aumenta também a probabilidade de desenvolvimento da DPP, sem desconsiderar a importância da combinação de fatores psicossociais atuais (Klaus et al., 2000).

Fatores de proteção: Ser múltipara; Ser casada/relação estável; Gravidez planejada/gravidez desejada; Situação socioeconómica favorável; Suporte familiar; Relacionamento conjugal satisfatório; Apoio emocional do pai do bebê; Parto satisfatório e deteção precoce da DPP (Silva et al., 2020).

A DPP é de primeira importância para os profissionais das áreas da psiquiatria, da obstetrícia e dos cuidados primários de saúde, uma vez que pode afetar gravemente a saúde da mãe, bem como a saúde e o desenvolvimento do seu bebê. A deteção

precoce desta perturbação por parte dos familiares e amigos não é fácil, pois a mulher nuns dias está triste, noutros mais eufórica e feliz, alterações expectáveis para uma mulher após o parto. No entanto, à medida que os dias passam, sente-se cada vez mais triste e desanimada (Antunes et al., 2007). Quando se chega a esta fase é necessário recorrer à ajuda clínica especializada (Neves & Marques, 2007).

1.4. A utilização da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

A EPDS, elaborada por Cox et al. (1987), é um instrumento que foi traduzido e validado para a população portuguesa por Augusto et al. (1996) (Anexo I). Esta escala tem utilidade para o rastreio do risco de desenvolvimento de DPP, podendo ser de auto-avaliação, ou aplicada pelos profissionais de saúde, durante a sua interação com a puérpera. Permite identificar a DPP em mulheres que possam ser consideradas vulneráveis, (Santos et al., 2007, citado por Marques et al., 2016), podendo também ser utilizada durante a gravidez. Não substitui, no entanto, a necessidade de avaliação clínica.

Esta escala é composta por dez perguntas, cujas pontuações (uma escala de zero a três, do tipo Likert), variam de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma, nos últimos 7 dias. Os itens da escala são constituídos por sintomas psíquicos, como humor depressivo (sensação de tristeza, desvalorização, sentimento de culpa, ideias suicidas), perda de prazer em atividades anteriormente agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de concentração ou de tomar decisões. Existem também sintomas fisiológicos, como insónia, ou alterações do comportamento, como crises de choro. O somatório total dos pontos dá um *score* de 30, sendo considerado um *score* de valor igual ou superior a 12 pontos como representativo de sintomatologia depressiva (Santos et al., 2009 citado por Alfaia et al., 2016).

O cuidado de Enfermagem aborda a pessoa com as suas experiências, inserida num determinado ambiente, que seja vista de forma holística, para que o Cuidar não se reveja apenas em atos físicos, mas considerando a pessoa no seu todo (Watson, 2002). O ser humano não se limita a um corpo-objeto, mas a um ser, enquanto corpo-sujeito (Hesbeen, 2000). É esta forma de estar e de atuar que permite criar a diferença entre tratar ou cuidar de alguém.

Segundo a DGS (2005), a promoção da saúde mental, no período pré e pós-parto, envolve o desenvolvimento de cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais. De

acordo com a OE (2011), o EEESMO tem um conjunto de competências clínicas especializadas e a certificação técnico-científica, que fundamenta a sua intervenção, enquanto um profissional diferenciado, podendo prestar cuidados individualizados e especializados de elevada qualidade. Os EEESMO possuem as melhores condições para prevenir a DPP, pois detêm o conhecimento necessário para implementar a criação de programas de prevenção (Silva et al., 2020). O EEESMO ocupa assim uma posição privilegiada na identificação destas perturbações psicopatológicas, uma vez que são estes profissionais que contactam com a grávida numa relação de maior proximidade. É imprescindível, ainda durante a gestação, alertar as futuras mães sobre a possível ocorrência destas perturbações, de forma a poder fazer-se um diagnóstico mais precoce e preciso (Rodrigues, 2012). É importante que o EEESMO desenvolva uma relação de empatia e ajuda, de modo a favorecer uma relação interpessoal positiva, com liberdade de expressão, de esclarecimentos das suas dúvidas e preocupações, de modo a educar e intervir, de uma forma individualizada e personalizada, respeitando as necessidades detetadas (Sousa, 2006).

Sousa (2006) defende que as consultas de vigilância realizadas ao longo da gravidez constituem momentos adequados para o profissional de enfermagem realizar educação para a saúde, sobre os temas da maternidade, sobre a possibilidade de ocorrência da DPP, sintomatologia e a importância do suporte sócio emocional, na prevenção do seu aparecimento, promovendo também as relações interpessoais mais adequadas entre a mulher, cônjuge e familiares. Os cursos de preparação para o parto e parentalidade (CPPP) têm também um papel crucial na identificação destas psicopatologias, uma vez que acompanham a mulher desde a gravidez até ao puerpério (Rodrigues, 2012).

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), é nos profissionais de enfermagem que é depositada a responsabilidade para a orientação inerente às alterações físicas, psicológicas e sociais, conseqüentes não só da gravidez, mas também do puerpério. Para além disso, também lhes é incumbido o dever de detetar precocemente eventuais alterações psicológicas que as puérperas possam desenvolver, em consequência de uma eventual má adaptação ao seu novo estatuto de mãe. O ideal seria que os serviços de saúde implementassem por rotina exames e tratamento para os problemas mentais maternos.

Silva et al., (2020) defendem que o EEESMO, sendo um profissional qualificado e capacitado para identificar traços depressivos, deve aplicar os seus conhecimentos para o rastreio destes indícios no puerpério, recorrendo à aplicação da EDPS. A EDPS é uma alternativa de fácil e rápida aplicação, tornando possível identificar sintomas depressivos nas mulheres. Após essa identificação será possível referenciar a puérpera para um profissional qualificado de saúde mental e iniciar as ações de prevenção secundária para promoção da saúde mental (Boska et al., 2016).

Os EEESMO, ou os outros profissionais da equipa multidisciplinar, podem considerar a triagem de todas as puérperas no período pós-parto precoce, de forma que intervenções secundárias preventivas possam ser implementadas. Puérperas com uma pontuação da EDPS superior a 12, ou história pessoal de problemas psicológicos, podem assim beneficiar de um acompanhamento mais próximo no decorrer do período pós-parto.

1.5. A Teoria das Transições de Afaf Meleis

No decorrer do ciclo de vida existem circunstâncias que, devido às suas características, levam a pessoa a sentir necessidade de tomar determinadas atitudes, para poder ultrapassar esses momentos de instabilidade. Alguns autores defendem que a gravidez e o nascimento fazem parte destes momentos, pois implicam alterações de papéis, que levam as mulheres a tornar-se mães e os homens a tornar-se pais. É um processo que implica um conjunto de mudanças quer a nível psicológico, biológico e interpessoal, levando a uma reorganização a nível individual, familiar e social.

De acordo com Canavarro e Pereira (2001), do ponto de vista psicológico, a gravidez e a maternidade constituem processos dinâmicos de construção e evolução, durante os quais existem períodos de desequilíbrio e adaptação, mas também de reorganização, crescimento e enriquecimento pessoal. A puérpera vai viver uma transição para uma nova realidade, que exige adaptação. Ao encontro do que foi descrito, o fenómeno em estudo poderá ser sustentado na Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis. Esta é uma teoria de médio alcance que propõe o foco central da prática nas pessoas e família que, num determinado contexto, vivem um processo de transição. Segundo Meleis (2005), ao existir uma visão mais aprofundada sobre as transições que as pessoas vivem, é possível identificar os níveis e a natureza

das suas vulnerabilidades, tornando possível assim a criação de linhas orientadoras mais específicas para a prática. Define transição como,

uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro(...). A transição refere-se tanto ao processo como aos resultados de interações complexas entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e assenta no contexto e na situação. (Meleis & Trangenstein, 1994, p.256).

A definição de transição varia de acordo com o contexto em que o termo possa ser utilizado. Nas últimas três décadas, a compreensão deste conceito sofreu alterações tanto nas ciências sociais como nas disciplinas de saúde, tendo a Enfermagem contribuído para a mais recente compreensão da transição como processo relacionado com a vida e a saúde (Kralik et al., 2006).

A Enfermagem pretende, assim, ajudar os clientes nas suas transições, dirigidas para a saúde e perceção de bem-estar; mestria e nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais a energia dos clientes possa ser mobilizada (Meleis & Trangenstein, 1994). O enfermeiro interage com o ser humano, o qual faz parte de um contexto sociocultural, numa condição de saúde/doença e que vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação. A interação enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis & Trangenstein, 1994).

Quando o mesmo indivíduo e/ou família sofrem transições em simultâneo, os enfermeiros não podem só focar a sua atenção numa transição, mas sim em todas as que forem significativas para a pessoa (Meleis et al., 2000). Os mesmos autores definiram três domínios, todos eles interligados, e sobre os quais são orientadas as intervenções de enfermagem: a natureza das transições (tipo, padrões e propriedades da transição); as condições das transições, facilitadoras e inibidoras do processo (pessoais, da comunidade e da sociedade); os padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado). Este modelo encontra-se em anexo (Anexo II).

Quanto à natureza, são considerados quatro tipos de transições relevantes para a profissão: desenvolvimentais - ligadas a mudanças relacionadas com o ciclo vital; saúde/doença - decorrem de mudanças repentinas ou graduais de bem-estar para um estado de doença; situacionais - relacionadas com acontecimentos que envolvem alterações de papéis (Chick & Meleis, 1986) e organizacionais - aquelas que surgem por

mudanças sociais, políticas e económicas na estrutura ou dinâmica intra-organizacional, que vão envolver transições a nível do ambiente (Schumacher & Meleis, 1994).

Consoante o que foi mencionado anteriormente, observa-se mais do que uma transição desenvolvimental, que acontecem em simultâneo e estão ligadas entre si: - A transição para a parentalidade (Meleis et al., 2000), em que a família tem de se adaptar ao papel parental (Relvas, 2004). De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), esta transição engloba duas componentes: o modo de aprendizagem das atividades de cuidado ao RN, através da aquisição de conhecimentos e habilidades; a apreensão de consciência e a preocupação com as carências e desejos da criança; - A transição que a mulher vive com as mudanças relacionadas ao período puerperal após ter vivenciado o período gravídico.

Meleis et al. (2000) fazem alusão a cinco atributos como características das transições: consciencialização, envolvimento, mudanças e diferença, espaço temporal da transição, acontecimentos e pontos críticos.

Quando uma criança nasce é necessária uma reestruturação não apenas individual, mas também do contexto da família que rodeia a puérpera. Ao longo da gravidez, a futura mãe/família devem preparar-se para a chegada do novo membro. É necessário adquirir novos conhecimentos e habilidades que são essenciais, não só para o cuidado a prestar à criança como também para as alterações que ocorrem física, psicológica e socialmente e que podem afetar a mulher. Ao ter consciência destas alterações, principalmente das mudanças psicológicas, tal permite que a mulher tenha mecanismos pessoais para os ultrapassar, procurando, se necessário, outros recursos e assim poder experienciar outro tipo de transição.

De acordo com Meleis et al. (2000, p.18), a consciencialização é uma particularidade da transição e relaciona-se com a “perceção, o conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição”. Quando esta ocorre, pode não acontecer envolvimento por parte da pessoa. A procura de informação, junto de fontes credíveis, que facilitem à mulher ter um melhor conhecimento do período puerperal, traduz-se no seu envolvimento nos processos de transição, permitindo-lhe lidar da melhor forma com assuntos relacionados com a parentalidade e com as alterações físicas e psicológicas que podem ocorrer.

A mudança e a diferença são outra propriedade das transições. O nascimento de uma criança envolve mudanças em toda a organização familiar, com mudanças de papéis, novas rotinas e novas dinâmicas relacionais (Meleis, 2005). Os acontecimentos e pontos críticos no processo da transição, no período puerperal, associam-se, muitas vezes, tal como referem Schumacher & Meleis (1994), a uma crescente compreensão da mudança. A disponibilidade de recursos presentes na comunidade em saúde e o acesso a esses mesmos recursos auxiliam as transições do período puerperal (Meleis et al., 2000). A equipa de saúde, especialmente o enfermeiro de cuidados de saúde primários, devido à ligação de proximidade que deverá ter com a mulher e família, poderá tornar-se no principal facilitador da transição e, especialmente, pela realização de visita domiciliária.

A maternidade é assim fruto de um intenso trabalho, que cada mulher realiza de forma singular e que resulta num psiquismo materno, reflexo de uma experiência íntima e profunda. O nascimento psicológico de uma mãe pode demorar mais tempo e atravessa algumas fases para além do parto em si. A organização psíquica da maternidade só toma forma a partir da experiência contínua de cuidar e alimentar o bebé (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2000). O período puerperal é por si só um fator de desequilíbrio da relação conjugal, na medida em que a atenção da puérpera está focalizada na criança, que lhe absorve muito tempo quer na prática de amamentação, quer na solicitação imensa do RN. A atividade sexual neste período também diminui, quer pela falta de motivação da mulher, quer pelo esgotamento desta provocado pelos cuidados à casa e à criança, especialmente quando não há partilha de tarefas (Oliveira & Brito, 2009).

Após a análise da Teoria de Meleis, aplicada à transição para a parentalidade, conclui-se que a experiência da transição traz consigo a reformulação da identidade, sendo um processo complexo que requer tempo para a preparação e desenvolvimento de habilidades. Portanto, o papel dos enfermeiros no internamento após o parto deverá ser promotor da saúde, ao facilitar a transição e apoiar na procura de soluções para satisfazer as necessidades do casal em cuidados de Enfermagem. Durante este processo de transição, muitas mães vivem problemas emocionais típicos do período puerperal, tendo, por exemplo, sentimentos de solidão, , entre outros, num momento em que se antecipam expectativas de felicidade (Leahy-Warren & McCarthy, 2007).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Este é um estudo de cariz quantitativo, exploratório e descritivo, visto que uma abordagem quantitativa leva à apresentação e ao manejo numérico das observações com o intuito de descrever e explicar o fenómeno que recai a observação (Vilelas, 2017). De cariz exploratório porque facilita uma maior familiaridade com o problema e descritivo visto que procura conhecer as características de determinada população ou fenómeno (Vilelas, 2017).

A metodologia utilizada para a recolha de informação baseada na evidência científica mais recente, foi a elaboração de uma *Scoping Review* (SR). A SR é uma estratégia de pesquisa ordenada e que consegue identificar os estudos existentes sobre um tema em estudo. Desta forma, a SR tende a abordar questões relativamente precisas permitindo mapear a evidência científica que suporta um campo de pesquisa, possibilitando clarificar as definições do tema em estudo, bem como identificar os limites conceptuais do tópico (Joanna Briggs Institute, 2020).

A outra metodologia utilizada consistiu na elaboração e aplicação de um questionário, divulgado através das redes sociais e de preenchimento *on-line*, que permitiu obter informação sobre as puérperas/mães, com idade igual ou superior a 35 anos, e identificar as que têm risco de desenvolver DPP.

2.1. Revisão Scoping

A metodologia de investigação do presente no estudo suporta-se no Joanna Briggs Institute Manual (2020), que fornece as orientações específicas para o desenvolvimento da SR.

A proposta de realização da SR sobre a temática em estudo surgiu contextualizada na UC Opção II. A primeira SR (SR 1) foi realizada em agosto de 2021, no âmbito da construção do projeto elaborado na UC Opção II, de forma a identificar a evidência mais recente relacionada com a temática em estudo. Tendo decorrido cerca de 1 ano entre a primeira pesquisa e a elaboração do presente relatório, foi necessário proceder-se à realização de uma nova SR (SR2), de forma a identificar a evidência científica mais atual, incluindo uma terceira base de dados – MedicLatina – não tendo obtido novos artigos publicados nesse período (agosto de 2021 a setembro de 2022).

Em saúde, a prática baseada na evidência científica tem vindo a ganhar importância, constituindo um requisito obrigatório para fundamentar as opções na prática clínica. Têm vindo a ser desenvolvidos vários modelos e abordagens de orientação das pesquisas, com intuito a mapear/sintetizar a evidência de forma eficaz e rigorosa (Joanna Briggs Institute, JBI, 2020). De acordo com Ribeiro (2014), a SR pretende o mapeamento da literatura ou evidência existente, a partir de uma questão de pesquisa ampla e aberta, de forma metódica e ordenada, obtendo uma profunda perceção sobre os achados descobertos.

2.1.1. Objetivo e questão de investigação

A temática desenvolvida tem como título: “A Maternidade Tardia e a Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Deteção da Depressão Pós-Parto: uma *revisão scoping*”

A presente SR tem como objetivo: Mapear toda evidência científica sobre as intervenções do enfermeiro obstetra na deteção da depressão pós-parto na maternidade tardia.

A questão de investigação: Quais as intervenções do enfermeiro obstetra na deteção da depressão pós-parto em mães primíparas após os 35 anos?

Na SR, é utilizada a mnemónica “PCC” para elaboração do título e dos objetivos. A mnemónica diz respeito à População, Conceito e Contexto.

Participantes – todas as mães primíparas, com idade igual ou superior a 35 anos;
Conceito – deteção da depressão pós-parto;
Contexto – todos os locais onde o enfermeiro obstetra tenha contacto com a mãe primípara com idade igual ou superior a 35 anos.

Tabela 1 - Aplicação da Mnemónica PCC

2.1.2. Critérios de Inclusão

De forma a direcionar a minha pesquisa e a seleccionar os artigos pretendidos para dar resposta à questão de investigação, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

Critérios de Inclusão
- Estudos primários, quantitativos ou qualitativos, meta-análises, revisões sistemáticas da literatura, que respondam à questão de investigação
- Todos os artigos em língua inglesa, portuguesa e castelhana
- Disponíveis em texto completo e gratuito na CINAHL Complete, MEDLINE Complete e MedicLatina

- 1ª revisão (SR1) estudos publicados entre 2011-2021
- 2ª revisão (SR2) estudos publicados entre agosto de 2021 e setembro de 2022;
- Estudos que incidam sobre a maternidade tardia em primíparas, com recém-nascidos de termo;
- Estudos que incidam sobre a detecção precoce da depressão pós-parto.

Tabela 2 - Critérios de Inclusão

2.1.3. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa da SR foi desenvolvida segundo as três etapas preconizadas pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2020). Na primeira etapa, realiza-se uma pesquisa mais abrangente de estudos publicados e não publicados através do Google e Google Acadêmico, obras literárias, fontes de evidência científica *online* (como *sites* de instituições e organizações). Posteriormente, foi realizada uma pesquisa na base de dados da plataforma EBSCOhost, sendo utilizadas nesta revisão a CINAHL e a MEDLINE.

Na segunda etapa, foi realizada uma nova pesquisa nas bases de dados mencionadas, utilizando todas as palavras-chave e termos indexados identificados (Apêndice I). Nesta etapa foram utilizados os termos naturais e indexados reconhecidos nas três bases de dados e, conseqüentemente, realizado o cruzamento dos descritores encontrados, com os termos naturais, usando o operador booleano [OR]. Posteriormente, foi usada a interceção desses descritores entre si, utilizando o operador booleano [AND]. A minha maior dificuldade nesta pesquisa relacionou-se com a identificação e seleção dos termos de pesquisa, uma vez que, quando realizada a interceção de todos os descritores encontrados – maternidade tardia, idade materna avançada, depressão, depressão pós-parto, intervenções de enfermagem obstétrica e parteira com o operador booleano [AND], não obtinha quaisquer resultados. Após várias tentativas e depois de excluir os termos “intervenções de enfermagem obstétrica” e “parteiras”, foi possível encontrar alguns artigos.

Após uma pesquisa bem-sucedida, com a aplicação de limitadores, resultaram 23 artigos na base de dados CINAHL (Apêndice II) e 58 artigos na base de dados MEDLINE, (Apêndice III). Foram excluídos todos os artigos duplicados nas bases de dados e, posteriormente, estudados os títulos e resumos dos artigos restantes, tendo sido selecionados 16 artigos para análise integral.

A terceira etapa da SR compreendeu a análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, com o objetivo de obter estudos adicionais. No final, foram

considerados apenas 7 artigos, encontrados nas bases de dados, e 5 artigos adicionais (literatura cinzenta), ficando com 12 artigos. O fluxograma em formato de prisma da estratégia de pesquisa, conforme o protocolo de JBI (2020), encontra-se apresentado no Apêndice IV.

2.1.4. Extração dos dados

Após a análise dos artigos selecionados, foi elaborada uma tabela para extração de dados dos 7 artigos, obtidos através das bases de dados, e dos 5 da literatura cinzenta, onde são apresentados, de forma sumária, os dados mais relevantes. Esta tabela engloba o título, autores, data e país de publicação, objetivos do estudo, população, metodologia, resumo dos resultados e contributos para a questão *scoping*, e encontra-se em apêndice (Apêndice VI).

2.1.5. Resultados da Pesquisa

Com os resultados obtidos na SR, foi possível construir uma grelha e organizá-los em três grandes categorias: Relação entre a idade materna e a DPP; Identificação dos fatores de risco para desenvolver DPP e Intervenções do EEESMO para detetar precocemente a DPP. Esta grelha permite uma visão mais abrangente dos resultados obtidos e, desta forma, analisar o contributo que a evidência científica pode ter para a prática clínica, pois considero que essa informação pode ser bastante pertinente e útil para melhorar a prestação de cuidados à mulher grávida ou puérpera com idade igual ou superior a 35 anos (Apêndice VII).

2.2. Elaboração e aplicação de questionário a puérperas/mães

A elaboração deste questionário teve por objetivo obter informação que permitisse, ao EEESMO, desenvolver estratégias e competências para detetar precocemente casos de DPP em puérperas com mais de 35 anos de idade. Para a realização do questionário foi tido em conta o consentimento livre e esclarecido de todas as participantes, sendo informadas sobre o objetivo do estudo e de que a sua participação era voluntária. A OE (2015), no artigo 106.º, alínea d), refere o dever de o enfermeiro “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade dos cuidados “(OE, 2015, p.84).

O questionário é dividido em três partes: Na 1ª parte é explicado o objetivo que se pretende obter com este questionário e quais os critérios de inclusão no mesmo

(como ter mais de 35 anos de idade, terem passado 4 semanas após o parto e até ao primeiro aniversário do bebé e, por fim, tratar-se de uma primeira gravidez). Nesta parte foi solicitado o consentimento informado para a participação no estudo, assim como era assegurado o anonimato e confidencialidade de todas as participantes. Era igualmente dada a oportunidade de desistir a qualquer momento, simplesmente não enviando o questionário preenchido (Apêndice VIII).

Na 2ª parte, as questões permitiram uma caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes, através de questões de escolha múltipla e resposta curta. Eram ainda incluídas duas questões acerca de antecedentes de depressão, crises de ansiedade ou ataques de pânico. Interessava-me de igual modo saber se, durante a vigilância da gravidez ou frequência dos CPPP, alguém (enfermeiro, médico ou outro) lhes tinha falado sobre as complicações emocionais no período do pós-parto.

As questões utilizadas para realizar a caracterização sociodemográfica eram: Idade; Estado civil; Situação profissional; Habilitações literárias. Para a caracterização obstétrica, as questões eram: Gravidez planeada/não planeada; Projeto conjugal ou independente; Gravidez de risco e se era uma Primeira gravidez. Havia ainda uma questão sobre o tipo de risco que se verificou durante a gravidez.

Na 3ª parte era aplicada a EDPS, constituída por 10 perguntas de escolha múltipla, tendo em conta o estado de espírito da pessoa nos últimos 7 dias. Como mencionado anteriormente, esta escala permite obter um *score* que fornece indicação sobre o risco de DPP.

Foi submetido à Comissão de Ética da ESEL um pedido de aprovação para a realização deste estudo e a aplicação deste questionário *on-line* a puérperas/mães com mais de 35 anos e os restantes critérios de inclusão definidos. Foi obtido um parecer positivo em maio de 2022 (Anexo III). Após aprovação por parte da Comissão de Ética da ESEL, o questionário foi disseminado através de um perfil de Facebook criado para o efeito (Enfª Ágata Cipriano), em grupos privados que apenas integram grávidas, puérperas e mães. O questionário, apresentado sob a forma de formulário *Google form*, permite a participação anónima e inidentificável dos participantes.

2.2.1. Identificação da população e seleção da amostra

De acordo com Vilelas (2017), a população é a totalidade de indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. A população alvo corresponde a um grupo

de pessoas ou elementos que tem as mesmas características ou propriedades comuns. Para se poder escolher a população é necessário ter em consideração 3 itens, acessibilidade dos possíveis participantes, planeamento e finalidade (Vilelas, 2017). Segundo o mesmo autor, a amostra não é mais do que um conjunto de elementos representativos da população. Para esta ser significativa, é necessário construir uma amostra “em que, observando uma porção relativamente reduzida de unidades, se obtenham conclusões semelhantes às que chegaríamos se estudássemos o total da população” (Vilelas, 2017 pp. 143). Quando a amostra respeita a condição referida anteriormente, as unidades em estudo são significativas face à população (Vilelas, 2017).

Sabendo que a população em foco é constituída por mulheres que tiveram a sua primeira gravidez após os 35 anos de idade, não é possível obter informação fidedigna nas estatísticas nacionais (INE e PORDATA), pois embora esteja identificado o número de nascimentos após os 35 anos de idade materna, não são explícitas quanto à paridade dessas mulheres. Por exemplo, segundo dados da PORDATA (2023) em 2022 houve em Portugal 27.769 nados-vivos de mães com mais de 35 anos de idade, no entanto não há qualquer referência sobre ser um primeiro filho ou seguinte.

Os critérios de inclusão para integrar a população são: Mães com mais de 35 anos de idade; Terem passado 4 semanas após o parto e até ao primeiro aniversário do bebé e Tratar-se de uma primeira gravidez (o que é, por si só, considerado um fator de risco, segundo Silva et al. (2020). A seleção da amostra foi realizada no período de tempo compreendido entre 1 e 30 de junho de 2022. Trata-se de uma amostra não-probabilística, por conveniência. Este tipo de amostragem é largamente utilizado, pois possibilita um estudo mais rápido e com menores custos, sendo frequentemente utilizada em pesquisas exploratórias (Vilelas, 2017).

Respondentes ao questionário: Houve 84 participantes que enviaram o questionário preenchido. Após a análise das respostas às três primeiras perguntas: idade (a partir dos 35 anos de idade); número de semanas após o parto (entre as 4 e as 52 semanas após o parto) e ser primeira gravidez, a amostra ficou reduzida apenas a 19 participantes: Para 50 participantes não se tratava de uma 1ª gravidez; Para 31 participantes já tinha decorrido mais de 1 ano (52 semanas) após o parto; 2 participantes tinham menos de 35 anos de idade.

2.2.2. Caracterização sociodemográfica e obstétrica da amostra

Neste subcapítulo são apresentadas as características sociodemográficas e obstétricas das participantes. Na tabela 3 podemos verificar que as participantes tinham, à data do seu primeiro parto, idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos de idade.

Idade	35	36	37	38	39	40	41	42	44	45
N	2	2	2	2	2	3	1	2	1	2

Tabela 3 - Idade das participantes

Quanto ao número de semanas após o parto, que se pretendia que fosse entre as 4 e as 52 semanas, verificamos na tabela 4 que esse período se distribui entre as 4 e as 40 semanas.

Semanas	4	6	9	10	12	16	18	19	20	23	24	37	38	40
N	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1

Tabela 4 - Número de semanas após o parto

Quanto ao estado civil, podemos verificar na tabela 5 que em 19 participantes, apenas 3 se encontram solteiras, sem uma relação estável.

	N	%
Casada	9	47,4%
Solteira	3	15,8%
União de Facto	7	36,8%

Tabela 5 - Estado civil

Quanto à situação profissional, que a maioria se encontra empregada, sendo 1 estudante e 2 desempregadas (tabela 6).

	N	%
Desempregada	2	10,5%
Empregada	15	78,9%
Estudante	1	5,3%
Trabalho por conta própria	1	5,3%

Tabela 6 - Situação profissional

Em relação à escolaridade, podemos concluir que 13 das 19 participantes tem um grau académico de licenciado ou superior, tendo as restantes a escolaridade obrigatória, correspondendo ao 12º ano (tabela 7).

	N	%
12º ano	6	31,6%
Licenciatura	10	52,6%
Mestrado	2	10,5%
Doutoramento	1	5,3%

Tabela 7 - Habilitações Literárias

Quanto às características obstétricas:

Na tabela 8 podemos verificar que, em mais de 60% dos casos (12 participantes) se tratou de uma gravidez planeada.

	N	%
Não	7	36,8%
Sim	12	63,2%

Tabela 8 - Gravidez Planeada/Não Planeada

Em relação à vivência da gravidez enquanto projeto conjugal ou independente, verificamos na tabela 9 que para 3 mulheres a gravidez se inseriu num projeto independente.

	N	%
Independente	3	15,8%
Projeto conjugal	16	84,2%

Tabela 9 - Projeto conjugal ou independente

Quanto ao risco da gravidez, cerca de 50% das inquiridas refere ter tido qualquer tipo de risco durante a gravidez.

	N	%
Não	9	47,4%
Sim	10	52,6%

Tabela 10 - Gravidez com risco

Em resposta à questão “Se sim, quais os riscos?”, 9 participantes referiram não ter apresentado qualquer risco durante a gravidez. Apenas 3 mencionaram o fator “idade” como um dos riscos associados à gravidez.

Risco durante a gravidez identificado pelas participantes	N	%
Sem risco	9	47,4%
44 anos e descolamento de placenta às 5 semanas.	1	5,3%
Diabetes gestacional	1	5,3%
Gravidez gemelar a placenta desceu	1	5,3%
Hemorragia e rompimento da bolsa	1	5,3%
Idade	1	5,3%
Idade, diabetes gestacional, colo útero curto	1	5,3%
Placenta prévia	1	5,3%
Pré-eclampsia	1	5,3%
Trombofilia e diabetes gestacional	1	5,3%
Útero curto, síndrome de HELLP	1	5,3%

Tabela 11 - Quais os riscos durante a gravidez?

Quanto aos antecedentes relacionados com o estado emocional, a questão colocada pretendia identificar as mulheres que referiam ter “antecedentes de depressão, crises de ansiedade ou ataques de pânico” desde antes ou durante a

gravidez, bem como obter informação sobre o uso habitual de medicação para a sua condição psicológica (tabelas 12 e 13). Podemos verificar que cerca de metade das participantes (52%), refere ter antecedentes de depressão, ansiedade ou pânico, sendo que, desse grupo de 10 mulheres, 6 referem fazer medicação habitualmente.

	N	%
Não	9	47,4%
Sim	10	52,6%

Tabela 12 - Antecedentes de depressão/crises de ansiedade/ataques de pânico

	N	%
Não	4	40,0%
Sim	6	60,0%

Tabela 13 - Participantes que referem fazer medicação habitualmente

A questão seguinte pretendia saber se alguém (enfermeiro, médico) lhes tinha falado sobre o estado emocional ou sobre as complicações emocionais no período pós-parto, durante a vigilância da gravidez ou frequência dos CPPP (tabela 14), e as respostas permitem verificar que mais de metade delas (11 mulheres em 19) refere que nunca ninguém lhes falou sobre o estado emocional durante a vigilância da gravidez ou frequência dos referidos cursos.

	N	%
Não	11	57,9%
Sim	8	42,1%

Tabela 14 - Informação fornecida durante a gravidez sobre as complicações emocionais

Das 8 mulheres que responderam positivamente à questão anterior, 6 delas referiram ter sido um enfermeiro a abordar esse tema (tabela 15).

	N	%
Amiga	1	12,5%
Enfermeiro	6	75,0%
Médico	1	12,5%

Tabela 15 - Quem falou sobre o tema durante a gravidez?

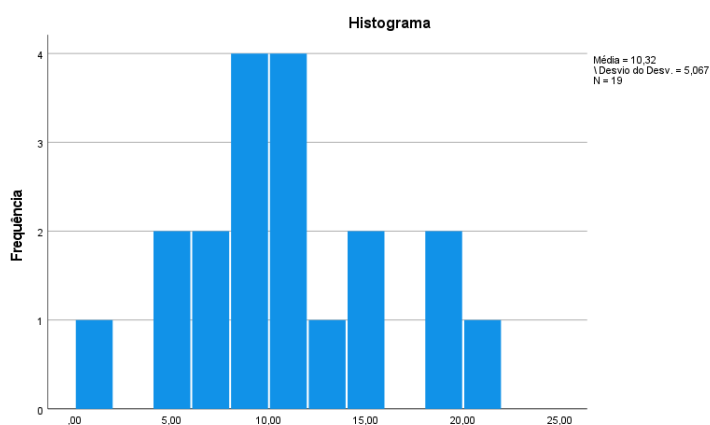
Terminada a caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes, entramos na 3ª parte do questionário, constituída pelas mesmas questões que encontramos na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS).

Como mencionado anteriormente, um *score* igual ou superior a 12 indica um risco efetivo de DPP. Verificamos na tabela 16 que, das 19 participantes, 6 delas apresentam *scores* de 12, 14, 18 e 21 na escala EDPS, significativos de risco de problemas emocionais. Quatro das participantes obtiveram *scores border-line* de 10 e 11,

o que deveria alertar o EEESMO para a possibilidade muito real de estas mulheres virem a desenvolver posteriormente uma DPP.

Score EDPS	N	%
1,00	1	5,3%
4,00	1	5,3%
5,00	1	5,3%
6,00	1	5,3%
7,00	1	5,3%
8,00	2	10,5%
9,00	2	10,5%
10,00	2	10,5%
11,00	2	10,5%
12,00	1	5,3%
14,00	2	10,5%
18,00	2	10,5%
21,00	1	5,3%

Tabela 16 - Scores obtidos pelas participantes na EDPS



2.2.3. Caracterização das participantes com risco identificado de DPP

Este subcapítulo caracteriza as participantes com um *score* igual ou superior a 12 na EDPS, adiante mencionadas por participantes R. De acordo com Mirowsky & Ross, 2002 citado por Carlson, 2011, ser gestante em extremos de idade é um fator de risco para DPP, referindo que os sintomas depressivos aumentam a partir dos 30 anos, idade que consideram ideal para o primeiro parto nas mulheres. Quanto à distribuição das participantes R por idade (tabela 17), os resultados não parecem relevantes.

	N	%
35	1	16,7%
37	1	16,7%
40	1	16,7%
44	1	16,7%
45	2	33,3%

Tabela 17 - Distribuição das participantes R por idade

No entanto, os dados que resultam da distribuição por estado civil (tabela 18), situação profissional (tabela 19), habilitações literárias (tabela 20), planeamento da gravidez (tabela 21), gravidez fruto de projeto conjugal ou independente (tabela 22) e risco durante a gravidez (tabela 23), parecem não ir ao encontro do que foi identificado na literatura e já mencionado no capítulo do enquadramento teórico, embora o tamanho reduzido da amostra não permita generalizações.

Como pode ver-se na tabela seguinte, as 5 mulheres com uma relação estável estão em maioria quanto ao risco de DPP, pois apenas 1 das participantes R refere estar solteira. Estes resultados são aparentemente contraditórios, pois ao contrário do que Silva et al. (2020), referem, ser casada ou ter uma relação estável constitui um fator de proteção.

	N	%
Casada	2	33,3%
Solteira	1	16,7%
União de Facto	3	50,0%

Tabela 18 - Distribuição das participantes R por estado civil

Na tabela seguinte pode ver-se que das 6 participantes R, 5 se encontram empregadas. Mais uma vez, Silva et al. (2020) referem o desemprego ou situação socioeconómica desfavorável como um fator de risco, o que não se verifica nesta amostra.

	N	%
Desempregada	1	16,7%
Empregada	5	83,3%

Tabela 19 - Distribuição das participantes R por situação profissional

De acordo com Boska et al. (2016), as habilitações literárias podem ser um fator protetor ou um dos principais fatores de risco, consoante o grau de escolaridade da mulher. Neste caso, 5 das 6 participantes R têm um nível académico superior, mas encontram-se no grupo com risco de desenvolver DPP (tabela 20).

	N	%
12º ano	1	16,7%
Licenciatura	4	66,7%
Mestrado	1	16,7%

Tabela 20 - Distribuição das participantes R por habilitações literárias

Quanto à distribuição segundo o planeamento ou não planeamento da gravidez, Silva et al. (2020), consideram que uma gravidez não planeada/não desejada constitui um fator de risco para o desenvolvimento de DPP. Na minha amostra verifica-se que 2/3 das participantes R referem ter planeado a gravidez, o que, segundo os autores mencionados constituiria um fator protetor. Apenas 2 referem não ter sido uma gravidez planeada (tabela 21).

	N	%
Não	2	33,3%
Sim	4	66,7%

Tabela 21 - Distribuição das participantes R por planeamento da gravidez

No que se relaciona com a gravidez ser um projeto conjugal ou uma produção independente, Silva et al. (2020) consideram que ser casada ou ter uma relação estável constitui um fator de proteção para o desenvolvimento de DPP, no entanto, mais uma vez, verifica-se que 5 das 6 participantes R demonstram, pelo seu *score* elevado na EDPS, que o facto de terem uma relação conjugal não constitui um fator protetor (tabela 22).

	N	%
Independente	1	16,7%
Projeto conjugal	5	83,3%

Tabela 22 - Distribuição das participantes R por gravidez fruto de projeto conjugal ou independente

Na tabela 23 pode ver-se que, das 6 participantes R, 2 delas referiram não ter tido qualquer risco durante a gravidez. Estando identificados, na literatura, os 35 anos de idade como o momento em que se considera uma gravidez com risco, devido à idade materna (maternidade tardia), verificamos que 2 delas não reconhecem a sua idade como um fator de risco.

	N	%
Não	2	33,3%
Sim	4	66,7%

Tabela 23 - Distribuição das participantes R por risco durante a gravidez

De acordo com o que é referido na literatura (Silva et al., 2020), mulheres com antecedentes de depressão, crises de ansiedade e pânico, têm maior probabilidade de vir a desenvolver DPP. Na amostra em questão, pode ver-se que 4 das 6 participantes R (66%) referiram ter antecedentes e têm, por isso, o risco de DPP aumentado.

	N	%
Não	2	33,3%
Sim	4	66,7%

Tabela 24 - Distribuição das participantes R por antecedentes de depressão, ansiedade e pânico

Quanto à informação recebida durante a gravidez sobre as complicações emocionais que podem surgir no período do pós-parto, das 6 participantes em risco elevado de desenvolver DPP, 50% refere ter sido informada sobre essa possibilidade (por enfermeiro ou médico) enquanto as restantes 50% referem não ter tido qualquer informação. Visto que, durante a vigilância da gravidez, estiveram em constante contacto quer com médicos quer com enfermeiros, considero terem sido oportunidades desperdiçadas para se falar sobre o tema. Segundo Silva et al. (2020), a deteção precoce da DPP é um dos fatores protetores.

	N	%
Não	3	50,0%
Sim	3	50,0%

Tabela 25 - Distribuição das participantes R segundo informação durante gravidez sobre complicações emocionais

2.2.4. Considerações éticas

Ao longo do percurso académico, realizado no CMESMO, que é espelhado no presente relatório, teve por base os princípios do Código Ético e Deontológico do Enfermeiro, que são imprescindíveis no desenvolvimento de competências e no trabalho de pesquisa científica desenvolvido.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), refere o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na área de especialidade, atuando de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontológicos da profissão, como garante que as práticas de cuidados respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019). O ICM (2014) descreve também as orientações éticas para a especialidade de saúde materna e obstétrica, através do código internacional de ética para parteiras.

Durante o meu percurso de desenvolvimento de competências, nos vários contextos clínicos, tive por foco a humanização dos cuidados, assistindo a mulher como um todo, inserida na família e comunidade. O EEESMO lida muitas vezes com condições de vulnerabilidade, pelo que a relação desenvolvida entre o profissional e o cliente deve ser uma relação de empatia e ajuda. Como futura EEESMO, tentei ter sempre em atenção a autodeterminação da mulher, informando-a acerca das intervenções realizadas e promovendo o direito ao consentimento prévio.

De acordo com o artigo 106.º, alínea a) da OE (2015) do dever de sigilo, “O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte”. Para a realização dos questionários foi tido em conta o consentimento livre e esclarecido de todas as participantes, tendo sido informadas sobre o objetivo do estudo. De modo a garantir o sigilo e o anonimato de todas as participantes, indo ao encontro do artigo 106.º, alínea d) da OE (2015) refere que o enfermeiro deve “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade dos cuidados”.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA E DO GRAU ACADÉMICO DE MESTRE

Ao longo dos diversos contextos da prática clínica, procurei desenvolver e adquirir as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista de acordo com os regulamentos (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 319/2019). Neste capítulo pretendo descrever o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO e de Mestre, através da descrição e reflexão das experiências de cuidados vividas.

Este capítulo encontra-se dividido em cinco subcapítulos, de acordo com as competências específicas do EEESMO: o cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; o cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; o cuidar a mulher durante o trabalho de parto, durante o período pós-parto e em processo de saúde/doença ginecológica no âmbito do planeamento familiar e climatério. No final existe um subcapítulo dedicado à aquisição das competências do Grau Académico de Mestre.

3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

De acordo com a OE (2015) a enfermagem é uma profissão que presta cuidados ao longo do ciclo vital do ser humano, de forma a manter, melhorar ou recuperar a sua saúde. É primordial que este profissional foque a sua atuação na promoção da saúde, tendo em atenção as várias dimensões do cuidar. A competência acima mencionada remete, segundo a OE (2019), para um cuidado especializado no âmbito do planeamento familiar, da saúde sexual e reprodutiva e do período pré-concepcional, concedendo ao EEESMO a capacidade para poder estabelecer e implementar programas de intervenção e de educação para a saúde, promovendo vivências positivas na sexualidade, no planeamento da gravidez e na parentalidade. A aquisição desta competência decorreu maioritariamente no contexto de cuidados de saúde primários e no serviço de Procriação Medicamente Assistida (PMA).

No contexto de cuidados de saúde primários, apesar da escassez de consultas de planeamento familiar, tive a oportunidade de realizar intervenções de enfermagem que me permitiram a aquisição desta competência específica do EEESMO, “estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” (OE, 2019, p.13561).

Houve a oportunidade de realizar anamnese de forma adequada, para poder conhecer a cliente/casal a cuidar, bem como a avaliação de alguns parâmetros (tensão arterial e índice de massa corporal, p.ex.) e verificar a existência de resultados de exames complementares de diagnóstico (mamografia, citologia e análises de sangue). Enquanto futura EEESMO, a educação para a saúde foi uma constante nas várias consultas de planeamento familiar, principalmente para dar a conhecer os métodos contraceptivos disponíveis e adequados a cada cliente/casal. Pude participar na colocação de dispositivos intrauterinos e também no processo da sua remoção. Tive oportunidade de intervir em momentos de educação para a saúde sobre temas como o ciclo menstrual, a conjugalidade e a prevenção de IST.

Este contexto permitiu-me fortalecer as competências na área da saúde reprodutiva nas várias etapas do ciclo de vida da mulher, conseguindo prestar cuidados especializados de enfermagem e contribuindo para a saúde e bem-estar da cliente, através da forte influência que o enfermeiro pode ter no desenvolvimento de intervenções que proporcionem transições saudáveis na vida dos clientes (Meleis, 2010). A mesma autora refere que o cuidado de enfermagem é necessário com o intuito de proporcionar um cuidado eficiente e melhorar os resultados obtidos, evitando transições doentias (Meleis, 2010).

Com o intuito de desenvolver as competências definidas pela OE (2019), relativamente aos cuidados à mulher com problemas de fertilidade, tive ainda a oportunidade de colaborar nos cuidados prestados num serviço hospitalar de PMA, durante alguns turnos, no âmbito do contexto de Ginecologia do Estágio com Relatório.

Segundo o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2021), a infertilidade ocorre “quando após um ano de relações sexuais regulares, sem qualquer contraceção, não ocorre uma gravidez viável. Dados recentes apontam para que em cerca de 10% dos casais se estabeleça um diagnóstico de infertilidade e que cerca de

metade desses casais venham a necessitar de tratamentos de PMA” (CNPMA, 2021). Este tipo de tratamento torna-se inevitável nos casos de mulheres sem parceiro ou em casais constituídos por duas mulheres, cujo acesso aos tratamentos de PMA ficou consagrado após a publicação da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho.

Houve a oportunidade de participar em 1^{as} consultas, nas quais é realizado o diagnóstico prévio ao casal, sobre o tipo de infertilidade em questão e análise das possíveis causas, ensinos relativos aos exames a realizar e também apoio aos tratamentos disponibilizados.

As técnicas/tratamentos disponibilizados naquele serviço hospitalar eram a Fertilização in Vitro (FIV), Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) e Transferência de embriões criopreservados (TEC).

3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

O desenvolvimento e aquisição desta competência realizou-se no contexto dos cuidados de saúde primários e em contexto hospitalar. O ensino clínico em cuidados de saúde primários foi dividido por duas unidades, uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). O contexto hospitalar foi realizado num internamento de medicina materno-fetal.

De acordo com a DGS (2015), a vigilância da gravidez de baixo risco é uma das intervenções autónomas do EEESMO e inclui a educação para a saúde nos CPPP e os cuidados pré-natais. A DGS (2015) também recomenda, que sejam abordados temas como “as transformações físicas e psicológicas da gravidez e parentalidade, o crescimento e desenvolvimento fetal, a saúde oral, a massagem ao períneo, a prevenção de acidentes, incluindo a ‘alta segura’, as competências parentais e os direitos e deveres parentais.”

Houve oportunidade de participar, de forma autónoma, nos CPPP na UCC, onde abordei a minha temática em estudo, apresentando às grávidas as complicações emocionais do puerpério (Apêndice IX). O contributo dos CPPP é de extrema importância na vivência de uma gravidez tranquila, abordando temas e atividades adequadas (Faroleira, 2021). Segundo o mesmo autor, são vários os temas que devem ser abordados, de acordo com as necessidades das grávidas, destacando a importância do período pré-natal, as mudanças gestacionais, a alimentação, o exercício físico na

gravidez, o parto, o período do puerpério, os cuidados ao RN e o aleitamento materno. O enfermeiro tem um papel facilitador na promoção da saúde da grávida durante os cuidados pré-natais, através da abordagem dos temas referidos anteriormente e também prevenindo estados de ansiedade associados à sua saúde (Lima et al., 2019).

Na UCSP, participei de forma autónoma nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco. Um dos manuais que os enfermeiros devem ter em consideração nestas consultas é o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, que tem como finalidade “Contribuir para um futuro mais saudável da população, atuando desde o início do ciclo de vida através de cuidados abrangentes, antecipatórios e individualizados, numa perspetiva de participação ativa das mulheres/famílias” (DGS, 2015 p.17).

Surgiu a oportunidade de realizar 1^{as} consultas (antes das 12 semanas de idade gestacional) a casais, durante as quais tentei estabelecer uma relação terapêutica, cumprimentando e apresentando-me à grávida/acompanhante. Nessas consultas era realizada uma entrevista à grávida/casal recolhendo dados pessoais e história clínica.

Na consulta identificava a grávida e o progenitor (nome, idade, estado civil, profissão, escolaridade, morada e contacto); Avaliada a composição do agregado familiar; O grupo sanguíneo da grávida e progenitor (quando disponível); A adesão à vacinação; O desejo/planeamento da atual gravidez; Antecedentes familiares da grávida (diabetes, hipertensão, entre outras); Antecedentes pessoais da grávida (alergias, patologias, tratamentos/cirurgias anteriores, entre outros); Estilos de vida da grávida; Antecedentes familiares, pessoais e estilos de vida do progenitor; Antecedentes ginecológicos (ciclo hormonal, menarca, patologias ou cirurgias ginecológicas, contraceção, história de infertilidade); Antecedentes obstétricos (índice obstétrico, tipo de partos, complicações em gravidez ou partos anteriores); Realização do cálculo da idade gestacional e data provável do parto, através da data da última menstruação; Monitorização do risco clínico através da aplicação da escala de Goodwin modificada. Após a realização da história clínica, é realizado o exame físico através da monitorização da tensão arterial, peso, altura e IMC. Era também efetuada, análise à urina através de um teste rápido.

É importante ensinar sobre a autoavaliação dos sinais e sintomas fisiológicos e patológicos que podem ocorrer, e também relembrar a importância da assistência pré-

natal, fazendo-se acompanhar do boletim de saúde da grávida. O 1º trimestre consiste, essencialmente, na adaptação da mulher à sua nova condição de grávida, uma adaptação constituída não só pela parte física como igualmente pela parte emocional, social e cultural (Sequeira et al., 2020).

No decorrer do estágio participei de forma autónoma nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco, também dos 2º e 3º trimestres. As consultas do 2º trimestre têm como objetivo dar continuidade ao aconselhamento em matéria de alterações e gestão de sintomas associados à gravidez, promovendo uma vivência feliz e adaptativa (Henriques & Santos, 2016).

Na realização das consultas de 2º trimestre (consulta entre as 12-28 semanas), solicitei o boletim de saúde da grávida e meios auxiliares de diagnóstico que tivesse realizado até à data. Confirmei novamente a idade gestacional e a data provável do parto confirmando a idade cronológica com a idade ecográfica, através do resultado da 1ª ecografia obstétrica. Em todas as consultas realiza-se o exame físico, durante o qual se monitoriza a tensão arterial, peso e variação ponderal, realiza-se a análise à urina através de um teste rápido (pesquisa de proteinúria, nitritos, glicosúria), pesquisa de edemas, monitorização da altura do fundo uterino e a auscultação do batimento cardio-fetal. É importante também questionar a grávida em relação à perceção dos movimentos fetais.

Nestas consultas é importante reforçar novamente os ensinamentos sobre autoavaliação de sinais e sintomas, fisiológicos e patológicos, aos vários níveis. Quando o grupo sanguíneo da grávida é Rh negativo, deve-se informá-la sobre a administração da imunoglobulina anti-D, que deve ser realizada até às 28 semanas de gestação. Informar também que deve tomar a vacina Tdpa, após a ecografia morfológica e até às 32 semanas de gestação. Outros ensinamentos que são importantes nestas consultas são: Importância da assistência pré-natal, trazer sempre consigo o boletim de saúde da grávida, direitos sociais da grávida/casal, meios auxiliares de diagnóstico do 2º trimestre, desenvolvimento fetal no 2º trimestre, papéis e desafios familiares e parentais, sexualidade na gravidez, movimentos fetais, trabalho de parto e parto, plano de parto, referenciação para sessões de grupo e amamentação e cuidados ao RN.

Nas consultas do 3º trimestre (entre as 28-36 semanas), é fundamental a intervenção do EEESMO para controlar e gerir os fatores de ansiedade, assim como para

capacitar a mulher para a tomada de decisão informada (Marchão & Soares, 2016). Deve se repetir o exame físico e todos os procedimentos realizados nas consultas do 2º trimestre, já mencionados, e ainda a realização de manobras de Leopold para avaliar a estática fetal, auscultação dos batimentos cardio-fetais e por fim questionar a grávida em relação à percepção dos movimentos fetais e instruí-la sobre a contabilização destes movimentos nas 12 horas, recorrendo a um serviço de urgência se estes forem inferiores a 10/12h.

Tendo em consideração a minha temática em estudo, aproveitei as oportunidades para abordar as complicações emocionais que podem surgir no puerpério. Na UCSP tive a oportunidade de deixar um folheto informativo sobre as complicações emocionais no puerpério, que forneci às grávidas aquando das consultas do 3º trimestre (apêndice X). É importante que o EEESMO estabeleça uma relação de parceria com a mulher, empoderando a sua condição inata para a gravidez, parto, parentalidade e amamentação (Sequeira et al., 2020).

Nas consultas a partir das 36 semanas de gestação realiza-se novamente tudo o que foi referido anteriormente. É importante ter em consideração nos ensinamentos a grávida/casal: preparação física e emocional para o parto, trabalho de parto e parto (a fisiologia do trabalho de parto e o corte tardio do cordão umbilical e o contacto pele-a-pele), gestão da dor no trabalho de parto (métodos farmacológicos e não farmacológicos), gravidez prolongada (os prós e contras e as diferentes opções disponíveis), plano de parto, período pós-natal e as complicações emocionais. Nestas últimas consultas realiza-se a pesquisa de *Streptococcus* no exsudado vaginal e retal entre as 35 e 37 semanas e a partir das 40 semanas a realização do exame vaginal.

O EEESMO tem um papel fundamental, tanto na promoção de uma gravidez fisiológica como na promoção de um parto/nascimento fisiológico, nomeadamente num contexto de assistência contínua durante todo o ciclo gravídico-puerperal (Sequeira et al., 2020). O desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais para o cuidado especializado à mulher durante o período pré-natal, visando a promoção do bem-estar materno-fetal foi também desenvolvido num serviço de Medicina Materno-Fetal, tendo tido oportunidade de prestar cuidados especializados a grávidas com patologia. Um serviço de Medicina Materno-Fetal encontra-se direccionado para a prestação de cuidados diferenciados à grávida de alto risco.

Neste contexto desenvolvi competências relacionadas com intervenções autónomas do EEESMO como por exemplo: manobras de Leopold; auscultação de batimentos cardio-fetais; monitorização cardiotocográfica (CTG); vigilância de sinais vitais; observação e identificação de sinais e sintomas de acordo com a patologia ou agravamento do estado clínico da grávida; educação para a saúde e por fim o apoio emocional. Existiram também intervenções interdependentes como aplicação de protocolos de antibioterapia profilática, tocolise e maturação pulmonar, como também a administração de terapêutica de acordo com a patologia.

Pude prestar uma assistência especializada a grávidas/casais/famílias com diferentes diagnósticos, tendo sido os mais frequentes: ameaça de parto pré-termo; rutura prematura pré-termo de membranas; restrição de crescimento intrauterino; diabetes gestacional; doenças hipertensivas; colestase gravídica; hemorragia no 3º trimestre e gravidez gemelar.

Nestes casos é necessária uma maior vigilância, dando enfoque nas avaliações diárias de sinais vitais, avaliação de CTG, realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, sem esquecer a importância da educação para a saúde relativamente à patologia em questão e esclarecimento de dúvidas, contribuindo para uma experiência positiva de gravidez e parto. Neste contexto específico o EEESMO alia a sua autonomia a uma enorme responsabilidade, complementando o seu conhecimento da especialidade com um conhecimento mais aprofundado de cada patologia e dos protocolos instituídos, para em contacto com a equipa multidisciplinar proporcionar uma resposta holística e o mais adequada possível à cliente.

Conjuntamente pude também desenvolver competências relativas aos cuidados à mulher em situação de abortamento (OE, 2019), colaborando na consulta de interrupção voluntária da gravidez.

De acordo com o guia da DGS (2007), na 1ª consulta a mulher afirma a sua intenção de interromper a gravidez. É realizada pelo EEESMO a anamnese (história clínica, data da última menstruação, doenças anteriores, entre outras questões). A seguir é realizado pela EEESMO uma ecografia para datação correta da idade gestacional, para confirmar se trata de uma gravidez *in utero* e a sua evolução. São pedidas análises e tipagem de sangue, e é informada sobre os tipos de interrupção da gravidez que poderá realizar. Por fim, é esclarecida sobre os métodos contraceptivos e

que poderá optar por um, que será iniciado imediatamente após a interrupção. A mulher é informada que é obrigatório um período de reflexão de 3 dias, entre a 1ª consulta e a data da interrupção e que podem solicitar apoio da psicóloga ou da assistente social da instituição. Após essa consulta, é marcada uma nova data, na qual eventualmente será realizada a interrupção da gravidez. A interrupção medicamentosa realiza-se habitualmente em ambulatório, e o método cirúrgico é feito em contexto de internamento hospitalar.

Na 2ª consulta é explicado todo o procedimento à mulher e fornecidos os medicamentos necessários à interrupção da gravidez. É dada a informação acerca dos sinais de alarme que deve ter em consideração e a eventualidade de ter que ir ao serviço de urgência. Existe posteriormente uma 3ª consulta, para confirmar se o aborto foi bem-sucedido, através da realização de uma ecografia, também realizada por um EEESMO.

Outra das situações que pude acompanhar foram as interrupções médicas da gravidez. Habitualmente, as mulheres que chegam ao serviço de Medicina Materno-Fetal, para uma interrupção médica são encaminhadas pelas consultas do serviço de Diagnóstico Pré-Natal (DPN). Nas consultas do DPN são realizadas ecografias de gravidezes de alto risco, rastreios combinados do 1º trimestre, biopsias das vilosidades coriônicas, amniocentese, cordocentese, análises de genética, entre outros procedimentos.

Na minha curta passagem por esta consulta, observei a realização de rastreios combinados do 1º trimestre onde é feita primeiramente uma consulta de enfermagem e posteriormente a ecografia por parte do médico. Os rastreios combinados do 1º trimestre realizam-se entre as 9 semanas e as 13 semanas de gestação. Este rastreio é obtido pela análise de marcadores bioquímicos e marcadores ecográficos (translucência da nuca e ossos próprios do nariz). A combinação destes dois marcadores, dá uma taxa de 63% de deteção de trissomia 21 (Graça, 2017). Em casos em que este rastreio venha alterado ou com um valor alto para trissomias a mulher é aconselhada a realizar biópsia das vilosidades coriônicas ou amniocentese, de acordo com a idade gestacional. Pude observar a realização de uma biópsia das vilosidades coriônicas e a amniocentese pela parte do médico obstetra com apoio da enfermeira.

Quando surge um diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida, ou com a dignidade da mesma, este pode levar à necessidade de tomada de decisão de interromper ou prosseguir com uma gravidez com um provável ou mesmo inevitável desfecho negativo. Sempre que a mulher, ou o casal, escolhem interromper a gravidez submetem-se a procedimentos associados a grande sofrimento psicológico. Normalmente este processo ocorre durante o 2º trimestre de gravidez, altura em que a vinculação já está mais forte, com a perceção dos movimentos fetais, escolha de nome e realização de planos.

3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O desenvolvimento da competência “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019), prevê a assistência ao parto num meio ambiente seguro, de modo a otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina. Este contexto de cuidados foi desenvolvido numa sala de partos e no serviço de urgência obstétrica e ginecológica de um hospital público na área da grande Lisboa.

O trabalho de parto (TP) é caracterizado por um processo fisiológico, que consiste na presença de contrações uterinas, em intervalos regulares, que aumentam gradualmente no que se refere à frequência e intensidade. Uma vez iniciado o TP, as contrações uterinas não cessam, tornam-se mais frequentes e intensas e conseqüentemente o colo uterino dilata (Félix et al., 2019). Existem alguns sinais e sintomas que podem verificar-se antes do TP ter início (Smyth & Markham, 2013): Saída do rolhão mucoso; Rotura espontânea da bolsa de água, que pode ocorrer antes do aparecimento das contrações e é considerado um sinal do início do trabalho de parto; Dilatação e apagamento do colo uterino.

De acordo com Machado & Graça (2017) o TP é dividido em quatro estádios – o 1º estágio (apagamento/dilatação); 2º estágio (período expulsivo); 3º estágio (dequitação); 4º estágio (pós-parto imediato).

1º estágio – começa com o aparecimento de contrações uterinas regulares, termina com a dilatação completa. Pode dividir-se o primeiro estágio em fase latente e fase ativa do trabalho de parto (Graça, 2017). Segundo estágio – inicia-se com a

dilatação completa do colo uterino e termina com o nascimento. Terceiro estágio – tem início após a expulsão fetal e termina com a dequitação. Quarto estágio – começa depois da dequitação e prolonga-se pelas 2 horas seguintes, ou seja, aquilo a que se chama puerpério imediato.

O EEESMO tem competência para participar de forma autónoma no segundo estágio do trabalho de parto, desde a dilatação completa até à expulsão/nascimento do feto.

Segundo Sequeira et al. (2020), o parto normal vaginal é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que promovem as contrações uterinas, resultando no apagamento e dilatação do colo uterino e conseqüentemente a descida da apresentação fetal. Cabe ao EEESMO promover um ambiente calmo e tranquilo e encorajar a parturiente a escutar o seu próprio corpo enquanto realiza os esforços expulsivos. Como futura EEESMO apercebi-me que o meu papel enquanto profissional se inicia no momento de admissão da mulher na sala de partos. A sua proveniência poderá ser através do serviço de urgência, da consulta externa ou do internamento de medicina materno-fetal.

Durante o ensino clínico na sala de partos, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a 90 parturientes e os respetivos conviventes significativos, durante o 1º estágio do TP, sendo 53 delas nulíparas e 37 múltíparas. Na admissão da grávida realizei a colheita de dados, recorrendo ao processo clínico e Boletim de Saúde da Grávida, monitorização com CTG e avaliação dos sinais vitais. Durante a colheita de dados procurei saber os antecedentes pessoais, vigilância pré-natal e exames efetuados, história obstétrica e ginecologia, índice obstétrico, análises de sangue: hemograma com plaquetas, tipagem, teste de Coombs indireto, serologias do 3º trimestre bem como o resultado da pesquisa de Streptococcus β Hemolítico do grupo B e a última ecografia realizada.

Um dos pontos que procurei compreender relaciona-se com as expectativas relativamente ao TP e ao pós-parto, tendo confirmado a existência ou não de um plano de parto (PP). É importante referir que as mulheres/casais estão cada vez mais informados sobre o parto e como ter uma experiência positiva. É neste âmbito que surge o PP, devendo este ser analisado no momento da admissão do casal na sala de

partos. Também com os casais que não trazem o PP as várias opções devem ser apresentadas e discutidas.

A constituição de um PP, apoiada por profissional de saúde, constitui também uma forma de sedimentar conhecimentos acerca do processo do parto e, através disso, promover a autonomia da parturiente nas várias fases do mesmo, tal como expressar o seu consentimento para os atos clínicos de forma mais informada e esclarecida. Este é um texto personalizado, elaborado voluntariamente pela grávida ou, sempre que possível, pelo casal, em que são expressas vontades e preferências relativamente ao tipo de envolvimento pessoal e à assistência clínica durante o trabalho de parto e o nascimento.

No decorrer do meu estágio tive a oportunidade de realizar 6 partos a mulheres que tinham consigo um PP. Sempre que tinha conhecimento que estas traziam consigo um PP, fazia questão de o ler com elas e explicar-lhes o que era exequível ou não. Ter conhecimento acerca das expectativas de cada mãe/casal através do PP ou apenas através do diálogo é fundamental para uma elaboração do plano de cuidados individualizado, conseguindo desta forma oferecer uma experiência positiva do nascimento.

A teoria da transição de Afaf Meleis (2010) apoia estas intervenções, tendo em conta que o nascimento de um filho é uma das transições mais marcantes e desafiantes na vida da mulher/casal, sendo fundamental a intervenção do EEESMO para que esta seja uma transição mais satisfatória e saudável. Segundo Meleis e Trangenstein (1994), o enfermeiro pode ter um papel facilitador nas transições, promotoras de sentimentos de bem-estar.

O EEESMO tem um papel primordial neste 1º estágio, com a promoção de intervenções que ajudem a facilitar a dilatação e a progressão da apresentação. A OMS (2017), nas suas recomendações sobre promover a qualidade no cuidado materno e neonatal nos serviços de saúde, refere a necessidade de encorajar as mulheres a adotarem a posição que lhe seja mais favorável durante o trabalho de parto e a deambularem livremente. Durante o meu estágio tive a oportunidade de pôr em prática a liberdade de movimento da mulher durante o trabalho de parto e parto, segundo as metodologias da Núria Vives e Spinning Babies. Apesar de sentir que muitas mulheres ainda se encontram bastante reticentes à adoção de posições diversas durante o

parto, senti que para outras mulheres foi importante poderem escolher a posição que queriam adotar durante o parto.

Na sala de partos onde tive a oportunidade de realizar o contexto clínico, a parturiente tem à sua disposição bola de pilates, aromoterapia, cromoterapia, hidroterapia e musicoterapia. Existe ainda um novo espaço sensorial (espaço Snoezelen), onde a parturiente pode estar durante o 1º estágio do TP.

Quando assistimos um parto vaginal, existem certas intervenções de enfermagem que devem ser tidas em consideração (Sequeira et al., 2020): Assegurar a privacidade e promover um ambiente calma, relaxante e respeitando a vontade da parturiente; encorajar a mesma a pronunciar-se sobre as suas preferências e/ou PP; Promover o bem-estar materno e informar sempre a parturiente sobre os procedimentos que vão ser realizados; Ir atualizando o partograma e avaliando o registo cardiotocográfico; Sempre que necessário avaliar a dilatação do colo uterino.

Uma vez que o exame vaginal é algo desconfortável para a mulher, evitava realizá-lo de forma desnecessária, recorrendo a ele apenas quando necessário, para poder perceber assim a evolução do TP.

Encorajei, sempre que necessário, a mulher a mudar de posição e adotar aquela que a fazia sentir-se melhor; Assisti a parturiente na utilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos no alívio da dor no trabalho de parto. Todas as parturientes devem poder contar com métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, devendo o EEESMO ser conhecedor das medidas não farmacológicas e farmacológicas passíveis de ser utilizadas, para proporcionar conforto e alívio da dor no TP, assegurando a sua disponibilidade e informando sobre os seus riscos e benefícios (OE, 2015).

A tensão, ansiedade e medo são fatores que contribuem para a perceção da mulher em relação à dor. Durante o trabalho de parto, existem vários fatores físicos que contribuem para a dor: contrações uterinas, dilatação do colo, estiramento da vagina e do pavimento pélvico (Sequeira et al., 2020), sendo considerada uma experiência subjetiva e pessoal.

Em 12 dos partos em que tive a oportunidade de participar, as parturientes desejaram utilizar apenas métodos não farmacológicos no alívio da dor, como por exemplo a hidroterapia e aromoterapia. O espaço Snoezelen surgiu quase no final do

meu estágio e teve uma enorme aceitação por parte das mulheres. Cada vez mais a mulher vem informada sobre como ter uma experiência positiva no parto, existindo cada vez mais métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Relembro 2 partos em que as parturientes atingiram a dilatação completa no espaço Snoezelen, no qual as medidas disponíveis como a aromoterapia, cromoterapia, musicoterapia, hidroterapia e o relaxamento aliado à respiração tiveram um resultado muito benéfico no controlo da dor.

Outro ponto importante é o apoio que o EEESMO dá à parturiente, contribuindo para a diminuição da ansiedade, promovendo desta forma a colaboração desta e facilitando todo o processo do trabalho de parto (Sequeira et al., 2020).

O método farmacológico no alívio da dor mais utilizado em Portugal é a analgesia do neuro-eixo. Cabe ao enfermeiro colaborar com o médico anestesista na realização desta técnica. Opta-se por este tipo de analgesia uma vez que não impede a mobilidade da parturiente após ser submetida a técnica de epidural.

Das 90 parturientes que acompanhei no 1º estágio do TP, tive a oportunidade de acompanhar 47 delas, de forma autónoma, nos restantes estádios do TP.

O EEESMO participa de forma autónoma no segundo estágio do TP, desde a dilatação completa até à expulsão/nascimento do feto. Este é o período mais aguardado pela mulher/família. É, frequentemente, o período mais stressante de todo o processo de gravidez, quer para a mulher quer para o feto (Kopas, 2014). O EEESMO tem um papel determinante na gestão deste estágio devendo, por exemplo, “reconhecer que a dilatação completa não significa o início do período expulsivo” (OE, 2015).

Antes do período expulsivo – fase ativa do 2º estágio do TP – a mulher pode passar por um período de descanso – fase latente do 2º estágio do TP – em que não sente necessidade de efetuar esforços expulsivos (Lowdermilk & Perry, 2008). É importante reconhecer que a existência de um período de descanso permite que o feto faça a rotação e descida pelo canal de parto de forma passiva, conservando assim a energia da mulher para os esforços expulsivos (Brancato et al., 2008).

Neste 2º estágio, o EEESMO deve realizar algumas intervenções: Dispor o material de parto e o equipamento (*Kit* de parto); Encorajar a mulher a mudar de posição e adotar aquela que a faz sentir melhor (foi algo que sempre incentivei todas as grávidas que acompanhei o trabalho de parto, referindo que por vezes a posição

litotomia não é mais confortável e favorável); Monitorizar de forma contínua a frequência cardio-fetal até a exteriorização da cabeça; Monitorizar as contrações uterinas (quando a cabeça fetal já estava visível e muitas vezes a grávida referia desconforto por causa do transdutor, acabava por desmonitorizar e dizia à parturiente para ouvir o seu corpo enquanto executava os esforços expulsivos); Incentivar a ter uma respiração calma e profunda e aproveitar os momentos entre as contrações para relaxar e recuperar forças; Envolver o acompanhante significativo para auxiliar a parturiente na respiração e também na realização dos esforços expulsivos de forma correta; Executar quando necessário o suporte manual do períneo (*hands on/off*);

O suporte manual do períneo durante o parto, descrito por muitos estudos como "*hands on*", (ACOG, 2016) é a forma como o profissional assiste o parto para poder controlar a velocidade do desprendimento da cabeça fetal e dos ombros, contribuindo para a prevenção da laceração perineal. O coroamento através do canal de parto é controlado, para que seja lento e suave, com adequada extensão da cabeça e gradual distensão do períneo (Oppenheimer & Black, 2014). Numa abordagem alternativa de assistência ao período expulsivo, denominada "*hands off*", o profissional que assiste o parto observa o coroamento sem tocar no períneo, no entanto mantêm-se preparado para auxiliar no controle da expulsão fetal se necessário (Oppenheimer & Black, 2014). As técnicas *hands off* variam na sua definição, podendo o profissional de saúde manter as mãos afastadas até ocorrer o coroamento fetal ou durante todo o parto, intervindo apenas se necessário. É importante que o EEESMO mantenha uma atitude expectante quando o vértice da cabeça assoma à vulva – devendo avaliar a elasticidade dos tecidos perineais e avaliar se existe a necessidade de realizar episiotomia;

Dos 47 partos que assisti apenas em 7 houve a necessidade de realizar episiotomia, pedindo sempre o consentimento da mulher, uma vez que cada vez mais as mulheres recusam a realização da mesma. A episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada na região do períneo, com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto (Carnide et al., 2011).

Os EEESMO, bem como os restantes elementos da equipa obstétrica, devem ter experiência em assistir partos noutras posições para além da supina, a fim de não serem um fator inibidor na escolha de posições. Atualmente ainda não é consensual qual a melhor posição para o parto. Apesar de apresentar inúmeras desvantagens, a

posição supina é a mais confortável para o profissional que está a acompanhar o parto, pois facilita a captação do registo do traçado cardiotocográfico, e a acessibilidade ao períneo, promovendo o descanso da parturiente (Sequeira et al., 2020). Por sua vez, a adoção de posições verticais traz inúmeras vantagens, como por exemplo: Diminui o número de partos instrumentalizados e cesarianas, exige menor intervenção profissional, melhora a tolerância à dor, favorece o encaixe e a descida da apresentação fetal, entre outros (Nogueira, 2012 e OE, 2013).

No decorrer do período expulsivo devemos controlar a saída da cabeça fetal e após a saída pedir à parturiente para parar os esforços expulsivos, verificando a existência de circular cervical do cordão umbilical, tendo atenção para não provocar vasoespasmo (na minha experiência durante o ensino clínico tive vários partos com circulares cervicais largas, que foi possível desfazer. Em 4 outros casos, em que as circulares cervicais eram apertadas, realizei a ‘manobra de sommersault’, manobra que preserva a integridade do cordão umbilical, mantendo a cabeça fetal junto ao períneo materno, e aguarda-se a expulsão do corpo fetal em “cambalhota”. Houve apenas 1 situação em que, devido a bradicardia fetal, foi necessário a realização de clampeamento precoce do cordão umbilical).

Outra das complicações que pode ocorrer durante o parto, após a saída da cabeça fetal, é a distócia de ombros. A distócia de ombros é uma das emergências obstétricas mais temidas, por estar associada a graves sequelas maternas e fetais (Marques & Reynolds, 2011). É fundamental que todos os profissionais que prestam assistência no parto estejam capacitados para diagnosticar distócias de ombros e realizar as manobras que sejam efetivas para a sua resolução, a fim de evitar ou reduzir a morbidade e mortalidade neonatais e maternas (Amorin et al., 2013).

Após o diagnóstico de distócia de ombros o 1º passo é pedir ajuda (Obstetra, Neonatologista e restante equipa). A 1ª manobra a realizar é a de McRoberts – que consiste na hiperflexão das coxas da parturiente sobre o abdómen. Caso esta não resolva, a 2ª manobra a realizar é a pressão suprapúbica sobre o ombro anterior do feto. Caso estas duas manobras não resultem deve-se passar à seguinte, que é Manobra de Rubin II – consiste em colocar os dedos por detrás do ombro anterior do feto, empurrando-o em direção à parede anterior do toráx, essa pressão causa adução do ombro, reduzindo o diâmetro biacromial (Sequeira, et al., 2020).

Os casos de distócia de ombros que vi resolveram-se apenas com estas manobras, excetuando um dos casos em que foi realizada uma manobra nova, ensinada pelo enfermeiro que me orientou durante o estágio. Neste último caso a parturiente estava na posição de 4 apoios, que é uma das manobras utilizadas na distócia de ombros, manobra de Gaskin. Nenhum dos RN teve faturas da clavícula, como por vezes ocorre nas distócias de ombros.

Após a expulsão completa do RN, tentei promover sempre o contacto pele-a-pele precoce com a mãe ou pai. Segundo a OMS (2018), esta é uma prática que deve ser concretizada durante a 1ª hora de vida, uma vez que influencia positivamente a interação entre a mãe/pai e o RN, diminuindo os níveis de *stress* e um maior sucesso da amamentação. Outro aspeto que era tido sempre em conta era a laqueação tardia do cordão umbilical (aguardar 1 a 3 minutos após o nascimento) ou até que este deixasse de pulsar, promovendo o envolvimento do pai/acompanhante para o corte.

Os cuidados imediatos ao RN, como a avaliação ponderal ou administração da vitamina K eram realizados pela enfermeira generalista que dá o apoio durante o parto. Tive a oportunidade de ser eu a prestar os cuidados imediatos ao RN quando assistia aos partos que eram realizados pela equipa médica, realizando também a avaliação cefalocaudal do RN.

O 3º estágio do TP corresponde à dequitação e decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta (Sequeira et al., 2020). Embora em Portugal se pratique o manejo ativo do 3º estágio do TP, é importante que o EEESMO tenha uma atitude expectante, respeitando o tempo fisiológico e estando atento aos sinais de separação da placenta: Hemorragia (repentina perda de sangue escuro); Elevação do fundo uterino 2/3cm acima do umbigo; Contrações uterinas. Há dois mecanismos de expulsão da placenta: Schultze e Duncan. O EEESMO deve saber reconhecê-los e ter noção de que a hemorragia após descolamento pode não ser visível. Lembro uma situação em que houve uma retenção placentar após o parto. Após uma atitude expectante e não existirem sinais de descolamento da placenta, a equipa médica foi informada tendo a parturiente sido encaminhada para o bloco operatório de obstetrícia, onde se procedeu a uma dequitação manual e realização de uma revisão manual da cavidade uterina. Em outra situação existiu separação do cordão umbilical da placenta, ficando a placenta

retida na cavidade uterina. Como já existia descolamento da mesma, foi realizada uma revisão manual da cavidade uterina, com a expulsão completa da placenta.

É importante confirmar sempre se o globo de segurança de Pinard está formado e a quantidade de perda hemática que a puérpera apresenta (verifico sempre se a placenta está completa, para detetar eventual retenção de cotilédones); Realizo posteriormente a revisão do canal de parto, para verificar se existem estruturas afetadas, como por exemplo: paredes anterior, lateral e posterior da vagina. É importante verificar a presença de eventual globo vesical, recorrendo ao esvaziamento da bexiga com cateter, se necessário.

Dos 47 partos que acompanhei, 25 parturientes tiveram lacerações de grau 1 (quando atinge a pele do períneo e/ou mucosa vaginal) ou 2 (quando, além das estruturas anteriores, atinge os músculos perineais). Houve apenas 1 caso de uma laceração de grau 3 a após um parto precipitado de um RN macrossômico com uma proclividade da mão (Laceração de 3º grau a – quando atinge menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo; Laceração de 3º grau b – quando atinge mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo; Laceração de 3º grau c – quando atinge toda a espessura do esfíncter anal externo e também o esfíncter anal interno (RCOG, 2015 e ACOG, 2016). A reconstituição do períneo foi neste caso realizada por um médico obstetra. As restantes 14 parturientes tiveram períneos íntegros. No final do parto, realizei cuidados de higiene ao períneo, ensinando à puérpera os cuidados que deve ter, como uma higiene cuidada sempre que vai urinar ou evacuar, colocar gelo várias vezes ao dia, e mudar frequentemente o penso. Costumo ensinar que é normal sentir o útero a contrair e ter maiores perdas quando dá de mamar.

No 4º estágio do TP, é realizada a vigilância e avaliação da puérpera e do RN nas primeiras 2 horas após o parto. Quando estão asseguradas as condições de segurança procede-se à transferência da díade puérpera e RN para o internamento, em regime de alojamento conjunto.

Todas as situações relatadas anteriormente me permitiram adquirir as competências necessárias no acompanhamento da mulher/casal durante o TP, o parto e o puerpério imediato, bem como prestar os cuidados ao RN, apoiando-o na transição para o meio extrauterino.

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

O desenvolvimento desta competência, no período pós-natal, ocorreu no contexto de internamento de puerpério, na sala de partos, neonatologia e de UCSP/UCC. O período do pós-parto é uma fase bastante complexa, pelas diversas alterações que ocorrem a nível físico, psicológico, emocional e social, que surgem ao mesmo tempo que acontece o ajuste a este novo papel de mãe (Ferreira, 2016).

Em contexto hospitalar, baseei a intervenção do EEESMO na educação para a saúde, de modo a proporcionar à mulher/família uma vivência mais tranquila da transição para a parentalidade, com as ferramentas necessárias para ultrapassar as dificuldades inerentes a esta transição, como preconiza Afaf Meleis (2010).

Durante o meu percurso no internamento de puerpério, deparei-me com um dos maiores desafios referido pelas mulheres: o aleitamento materno. Segundo Sequeira et al., (2020), a amamentação é um ato natural que fortalece o vínculo entre a mãe e o RN, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento. Segundo os mesmos autores, uma correta técnica de amamentação traduz-se em ganhos para a saúde do bebé e da mãe, uma vez que, ao não sentir dor ou desconforto ao amamentar, a mulher se sente mais confortável e descontraída enquanto amamenta. Como EEESMO é fundamental garantir a eficácia destes ensinamentos e ter em atenção cada situação, de forma individual. No 1º dia de internamento, além dos ensinamentos acerca da amamentação, são realizados ensinamentos sobre os cuidados de higiene e o banho do bebé; Limpeza do coto umbilical; Realização do rastreio cardíaco do RN e Vacinação (administração da vacina da hepatite B).

Após os partos eutócicos e/ou distócicos, é importante que o EEESMO proceda à avaliação geral da puérpera, auxiliando e supervisionando os cuidados de higiene e realizar os ensinamentos necessários. A observação física da puérpera inclui as seguintes avaliações: Avaliação do estado das mamas - de forma a detetar o ingurgitamento mamário e avaliar o tipo e integridade dos mamilos; Avaliação da involução uterina - de forma a garantir a contração do útero no pós-parto e detetar o risco de atonia uterina; Avaliação de lóquios e suas características (quantidade, cheiro e cor) - para deteção de infeções ou hemorragias pós-parto; Avaliação do estado do períneo - com a finalidade de detetar a presença de sinais inflamatórios ao nível da episiorrafia ou lacerações (suturadas ou não) bem como a presença de hemorroidal; Avaliação do penso da sutura

operatória (no caso de cesarianas) – de forma a avaliar a presença de repasse e a necessidade de troca ou avaliação de sinais inflamatórios da sutura; Avaliação do regresso da eliminação vesical e intestinal no período pós-parto (OE, 2015).

De forma a promover a autonomia da puérpera nesta fase, foi valorizada a educação para a saúde, realizando ensinamentos sobre: Cuidados a ter com as mamas e quando ocorre a “descida do leite”; Sobre a involução uterina (as mudanças que o útero sofre no pós-parto); avaliação dos lóquios (quanto à sua cor, cheiro, fluxo e características, que se modificam com o tempo decorrido após o parto); E, por fim, quando o parto ocorre por via vaginal, são explicados à puérpera os cuidados a ter com o períneo.

Cabe ao EEESMO, para além da observação geral, atuar perante desconfortos manifestados pela puérpera, através da administração de terapêutica prescrita, ou também pela disponibilidade e presença efetiva, sempre que a mulher necessita de ajuda ou manifesta alterações emocionais. O puerpério é uma época mais vulnerável com a ocorrência de transtornos psiquiátricos (Pereira et al., 2020).

De acordo com Silva & Carneiro (2018), é o EEESMO que realiza uma avaliação das necessidades do binómio mãe/filho (OE, 2015) identificando as competências que os casais precisam adquirir de forma a desenvolverem a autonomia necessária para prestação de cuidados ao RN, no momento do regresso a casa.

Nos Cuidados de Saúde Primários, em contexto de UCC, tive a oportunidade de participar de forma ativa e autónoma nos cursos de recuperação pós-parto (CRPP). Propus-me apresentar o tema do relatório de estágio às puérperas que frequentavam o curso, dando-lhes a conhecer as complicações emocionais que podem surgir no puerpério e quais as estratégias que elas podem adotar para prevenir que estas surjam, detetando-as precocemente (Apêndice XI). Para além dos cursos, existia um cantinho de apoio à amamentação, onde consegui apoiar puérperas e mães com dificuldade na amamentação e esclarecer-lhes outras dúvidas.

No contexto da UCSP, prestei cuidados tanto a puérperas, na observação obstétrica como na prestação de cuidados ao RN. Recordo-me de uma puérpera que se deslocou até a UCSP com o RN para a realização do teste de diagnóstico precoce. Nesta consulta realizei avaliação obstétrica da puérpera, reforcei ensinamentos sobre o puerpério e os sinais de alerta à que deve prestar maior atenção e a importância de realizar a

consulta de revisão do puerpério após 4-6 semanas do pós-parto, para avaliar como se encontra quer física quer psicologicamente. Realizei um folheto informativo sobre as complicações emocionais que podem surgir no puerpério (apêndice X).

Em relação ao RN realizei o teste de diagnóstico precoce, que, de acordo com Sequeira et al., (2020), é um procedimento fundamental para identificar os RN aparentemente saudáveis com transtornos hereditários sérios, geralmente de origem metabólica. Realizei uma avaliação cefalocaudal do RN. O conhecimento dos resultados normais esperados na avaliação do RN permite aos enfermeiros reconhecer desvios que podem impedir o seu normal desenvolvimento no período pós-natal (Wheeler, 2014). Indo ao encontro do que foi referido anteriormente, o regulamento de competências específicas do EEESMO da OE, salienta a importância e a responsabilidade do enfermeiro especialista na otimização dos cuidados de saúde do RN e na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2019).

Relembrei com a mãe o banho do RN, a limpeza da cara, olhos e do coto umbilical. Observei a mamada e corriji a pega quando necessário, lembrando pontos importantes sobre a amamentação à mãe, para manter os cuidados com os mamilos e ter uma boa drenagem da mama, de forma a evitar o ingurgitamento mamário ou, mais grave, uma mastite. Referi que o início das vacinas era apenas aos 2 meses de idade e que a BCG é apenas administrada neste momento a grupos de risco. Identifiquei inconformidades no transporte do RN, voltando a repetir os ensinamentos, reforçando que o sistema de retenção para crianças é homologado pelo Regulamento n.º 44 da Comissão Económica para a Europa, das Nações Unidas. Este deve ser adequado à idade, estatura e peso, de modo a proporcionar as condições necessárias a uma viagem de automóvel segura (DGS, 2010).

A prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família, no contexto de Neonatologia, teve como objetivo poder observar e colaborar nos cuidados em situação de prematuridade ou patologia. Foi uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento para a “cooperação com outros profissionais no tratamento do RN com problemas de saúde no período neonatal” (OE, 2019, p. 13564), tendo como foco nomeadamente os cuidados na área da Nutrição, da Termorregulação, do Controlo do ambiente físico, Posicionamento e dos Cuidados de higiene (banho).

3.5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade em processo de saúde/doença ginecológica no âmbito do planejamento familiar e climatério

O cuidado especializado à mulher que se encontra a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, no sentido de potenciar a sua saúde, foi realizado nos contextos de Cuidados de Saúde Primários/UCSP e no internamento de Ginecologia.

Durante o meu percurso no internamento de Ginecologia, observei, frequentemente, senhoras com disfunções do pavimento pélvico ou com hemorragias vaginais pré ou pós-menopausa, associadas a diagnóstico de Endometriose ou Adenomiose. De acordo com Mascarenhas (2009), as disfunções do pavimento pélvico constituem um problema de saúde pública que deve ser tido em atenção, pois tem uma grande prevalência na população feminina, aumentando progressivamente com a idade da mulher, e têm um grande impacto na qualidade de vida social e sexual da mulher. É de extrema importância que o EEESMO tenha conhecimento destas disfunções, bem como dos sintomas, de forma a detetá-las precocemente, conseguindo prevenir a sua progressão ou até prevenir o seu aparecimento, efetuando o encaminhamento devido e os ensinamentos apropriados a cada situação de cada mulher. As disfunções do pavimento pélvico da mulher incluem a incontinência urinária e o prolapso dos órgãos do pavimento pélvico, tendo sido estas as disfunções mais frequentemente encontradas nas mulheres que são internadas naquele serviço.

Houve variados momentos de aprendizagem que me proporcionaram a oportunidade de desenvolver competências nesta área da saúde da mulher. Surgiu a ocasião de estar 1 dia na Unidade de Histeroscopia e Laser, tendo observado e participado em histeroscopias de diagnóstico e tratamento, cooperando com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério, informando e orientando a mulher sobre a sua saúde ginecológica (OE, 2019).

A histeroscopia é uma intervenção que é feita em ambulatório com recuperação rápida da mulher, sendo a única queixa o desconforto do exame e dismenorreia nos ciclos menstruais subsequentes, que alivia com administração de terapêutica analgésica. Os métodos não farmacológicos utilizados durante estes procedimentos, habitualmente causadores de dor ou desconforto, foram o conforto durante o procedimento, a distração através de diálogo intencionalmente não relacionado com o

procedimento, o humor e riso, a musicoterapia, a crioterapia - através de aplicação de gelo na região suprapúbica, a termoterapia - através do aquecimento da roupa, dos lençóis e material cirúrgico utilizado no procedimento. É dever do EEESMO informar a utente que pequenas perdas de sangue vaginais podem ocorrer, sendo normal, e aconselhar o repouso nas primeiras 24h, indo acompanhada para casa, mantendo abstinência sexual e a não realização de exercício físico. Devem ainda ser informadas dos sinais de alerta, tais como febre, dores abdominais intensas, hemorragia vaginal intensa e persistente, de forma a dirigir-se ao serviço de Urgência.

No decorrer do contexto de aprendizagem, observei uma cirurgia de histerectomia total com anexectomia bilateral, após o diagnóstico de carcinoma do endométrio. De acordo com O'Reilly et al., (2008), o carcinoma do endométrio é o terceiro cancro mais frequente do trato genital da mulher. Habitualmente, este carcinoma apresenta-se após a menopausa, com hemorragia anormal. Este acompanhamento em específico foi bastante importante no desenvolvimento das minhas competências como futura EEESMO, uma vez que fiz o acolhimento da mulher no internamento de Ginecologia, durante o qual lhe pude explicar todo o processo que iria ocorrer durante a cirurgia, tendo observado a cirurgia e posteriormente acompanhá-la no pós-operatório, até a alta. Assim, tal como Afaf Meleis (2010) preconiza, o Enfermeiro atua como fator facilitador, permitindo que a pessoa (mulher), adquira a mestria para lidar com as transições que vivencia.

No âmbito do planeamento familiar tive a oportunidade de cuidar da mulher nos vários estádios do ciclo de vida. Utilizei o Boletim de Saúde Reprodutiva, uma vez que este permite a circulação de informação clínica relevante entre os cuidados de saúde primários e hospitalares. Durante as consultas, procurei informar e orientar acerca dos métodos contraceptivos, prevenção e diagnóstico de infeções sexualmente transmissíveis (IST). Forneci os métodos contraceptivos e dei a informação necessária acerca dos mesmos, os seus efeitos secundários e correta utilização, tendo em conta os fatores de risco, critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos (prevenção primária), fatores sociais, de comportamento e, essencialmente, a preferência individual (DGS, 2008).

Na UCSP onde realizei estágio, existe a única consulta do país, em contexto de cuidados de saúde primários, para as IST. De acordo com a Associação para o

Planeamento da Família (2020), as IST são infeções que são transmitidas durante as relações sexuais não protegidas, (por via vaginal, anal ou oral) e que são provocadas por bactérias, vírus e/ou parasitas que se encontram no sangue, sémen e outros líquidos corporais, ou na pele e mucosas da zona genital (APF, 2020).

Durante o tempo que estive na UCSP, tive a oportunidade de ir 3 dias a estas consultas e realizá-las de forma autónoma. Fazia o acolhimento das utentes, apresentando-me e, em primeiro lugar, percebendo qual o motivo principal da procura daquela consulta. Nas 1^{as} consultas é realizada a anamnese, sendo a utente posteriormente encaminhada para a médica, que habitualmente solicita as análises e, quando necessário, realiza as colheitas com zaragatoa e coloca em placas de cultura para pesquisa de gonorreia, tricomonas e clamídia. Por fim, a utente volta a ir à equipa de enfermagem para realização das colheitas para análises de sangue, testes rápidos de VIH, administração de medicação e para esclarecimentos adicionais.

Apesar de existir uma maior incidência de IST entre os 18-25 anos (O'Reilly, Bottomeley e Rymer, 2008), encontrei mulheres de várias idades e que tinham vários parceiros sexuais. As mulheres com IST podem ser sintomáticas ou a infeção ser descoberta acidentalmente, durante a investigação de uma dor pélvica ou hemorragia irregular (O'Reilly, Bottomeley e Rymer, 2008). Quando as mulheres são sintomáticas a infeção manifesta-se por corrimento vaginal, coitorragia, menorragia, prurido, dispareunia, dor abdominal, irritação vulvar ou vesículas (O'Reilly, Bottomeley e Rymer, 2008). As IST mais frequentemente pesquisadas nas consultas são: Clamídia – que pode afetar o endocolo e a uretra; Gonorreia; Trichomonas; Sífilis e VIH. As IST estão a aumentar, não sendo, com frequência, adequadamente tratadas (O'Reilly, Bottomeley e Rymer, 2008). É essencial que se faça também o rastreio do parceiro, o aconselhamento acerca da necessidade de abstinência durante o tratamento e o incentivo para a adesão do mesmo, como para a realização do *follow up* (O'Reilly, Bottomeley e Rymer, 2008).

3.6. Competências do Grau Académico de Mestre

O grau académico de mestre é atribuído ao estudante que tenha obtido aprovação em todas as unidades curriculares que incluem um plano de estudos do curso de mestrado e após a discussão pública, com sucesso, do relatório final de estágio, segundo o decreto-lei n.º 65/2018. A aquisição deste grau académico, por parte do profissional, tem por objetivo dar seguimento aos conhecimentos e competências

obtidas no 1º ciclo de estudos, podendo aprofundá-los e desenvolvê-los, em especial no âmbito da investigação.

No decorrer deste processo de aprendizagem, houve inúmeras oportunidades de aquisição e desenvolvimento de competências, delineadas pelos cinco domínios mencionados, que definem os detentores do grau de mestre.

Ao longo dos vários contextos de estágio, a capacidade de perceção das situações clínicas, levaram a formulação de diagnósticos de enfermagem após a avaliação da pessoa e da situação, examinando rigorosamente os dados obtidos e implementando intervenções de enfermagem adequadas, individualizadas e holísticas. Sempre que houve necessidade procedeu-se à reformulação dos diagnósticos, adaptando as intervenções à evolução da situação clínica do cliente.

No processo de julgamento/tomada de decisão, foi tido em conta o código de ética e deontológico, de modo a manter cuidados de saúde de qualidade e respeitando as vontades, crenças e autonomia do cliente. No desenvolvimento da capacidade de aplicação do conhecimento e compreensão do mesmo, foi obtido através da prática reflexiva e julgamento crítico. É fundamental realizar uma prática reflexiva quer individual quer com os pares, para realizar um balanço das atividades desenvolvidas, como perceber quais as implicações para a prática clínica.

No domínio da comunicação, foi possível desenvolver essa capacidade através de apresentações públicas que pude realizar durante o estágio, nomeadamente no contexto de cuidados de saúde primários, chamando a atenção para as complicações emocionais que ocorrem durante o puerpério às futuras mães e mães, nos cursos de preparação para parentalidade e parto bem como nos cursos de recuperação pós-parto. Este percurso académico permitiu-me adquirir uma maior autonomia, na forma como atuei nos vários contextos, sendo este fundamental para atribuição do grau de mestre.

Segundo a OE (2015), tendo como base os padrões assistenciais do EEESMO e para prestar cuidados de excelência, é primordial a atualização contínua dos conhecimentos. Estes conhecimentos são obtidos através do desenvolvimento de trabalhos assentes na evidência científica mais recente, após os resultados obtidos na investigação.

4. CONTRIBUTOS DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Como futura EEESMO, pretendo implementar na minha prática os contributos identificados na SR, de forma a melhorar a prática dos cuidados a mulheres a vivenciar uma gravidez tardia. O EEESMO tem várias oportunidades de pôr em prática as intervenções, como por exemplo: nos cuidados de saúde primários (consulta pré concecional e pré-natal), nos CPPP, nos serviços de medicina materno-fetal, puerpério e nos CRPP. Irei apresentar as sugestões para a prática de acordo com os três grandes temas já mencionados.

A relação entre a idade materna e a DPP: Alguns autores referem que as mulheres que fazem a transição para a parentalidade, mais cedo ou mais tarde do que o esperado, (ao nascimento do primeiro filho), apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos (Carlson, 2011). Também para Youn et al. (2017) a idade materna mais jovem (< 20 anos) ou avançada (\geq 35 anos) é um fator de risco para o desenvolvido de DPP. Este facto levou-me a definir a idade materna, acima dos 35 anos de idade, como um dos critérios de inclusão para o meu estudo. De igual forma, Xu et al. (2012) referem que a idade materna se associou positivamente à hospitalização por DPP, e sugerem ainda que seja feito o rastreio de depressão nos primeiros 3 meses e ao 1º ano do período de pós-parto, às mulheres nesta faixa etária.

Tendo este risco em mente, os EEESMO devem identificar todas as mães de 1º filho nesta faixa etária como mulheres em risco de vir a desenvolver DPP. As oportunidades de contacto destas mães com os cuidados de saúde devem ser aproveitadas para avaliar o estado emocional da mulher. Nas unidades de cuidados de saúde primários em que há a figura do “enfermeiro de família” será eventualmente mais fácil identificar estas mulheres. Nas outras unidades, poderá o EEESMO trabalhar em parceria com os enfermeiros de outras especialidades, de modo a que estas mães sejam referenciadas quando se verificar necessário.

A identificação dos fatores de risco para desenvolver DPP: O tipo de parto parece ter um papel importante na saúde mental materna, de acordo com Dekel et al. (2019). Os mesmos autores referem que um rastreio das mulheres em risco poderia melhorar a qualidade dos cuidados e prevenir sintomas duradouros. Também Tsakiridis et al. (2019), mencionam que a elevada prevalência de sintomas depressivos, em

mulheres com complicações obstétricas, sugere a necessidade de um rastreio mais rigoroso. De igual modo, Youn et al. (2017) identificam fatores como a primiparidade, a depressão anterior, histerectomia periparto, necessidade de embolização da artéria uterina, parto prematuro, descolamento prematuro da placenta, cesariana, parto induzido ou pré-eclâmpsia como fatores de risco que aumentam a probabilidade de ter DPP.

Outro fator de risco para o desenvolvimento de DPP é ter antecedentes de depressão anterior (quer seja DPP ou depressão não relacionada com a maternidade). No estudo que realizei, apesar da amostra não ser significativa e não permitir generalizações, podemos verificar que, das 6 participantes R, 4 delas possuíam antecedentes de depressão, crises de ansiedade ou pânico. Importa também referir que, das 4 participantes que apresentavam *scores borderline* na EDPS (10 e 11), 2 delas tinham também antecedentes de depressão. Considero importante que, durante a vigilância da gravidez e no período pós-parto, os EEESMO se foquem na identificação dos fatores de risco mencionados, quer de saúde mental quer obstétricos, o que lhes permitirá detetar precocemente as mulheres em risco de DPP, e possam encaminhá-las para outros profissionais.

Para além destes fatores de risco, o EEESMO não deve esquecer que a transição para a parentalidade constitui um desafio para todas as mulheres e não apenas para as que se encontram na faixa etária superior a 35 anos de idade. Como já mencionado, Meleis (2010, p.25) define transição como “a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, sendo um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções”. Cabe ao EEESMO ser um facilitador deste processo de transição, não desvalorizando a importância que todos os fatores atrás mencionados têm para a nova mãe. De igual modo, os EEESMO devem ter em consideração “os padrões de resposta”, o que lhes permitirá verificar os “indicadores de resultados”, que lhes confirmam se “o domínio de novas competências e a reformulação de identidades” estão a ser atingidos.

No que se refere às **Intervenções do EEESMO para detetar precocemente a DPP**: No seu estudo, Teixeira et al. (2021) concluíram que é fundamental incentivar a investigação quanto à presença de fatores de risco para DPP, ainda nas consultas do período pré-natal, podendo o EEESMO apresentar questões relacionadas com a

aceitação da gravidez, presença do parceiro ou família, com o intuito de desenvolver um cuidado completo à saúde da mulher, dirigido tanto para a sua saúde física como mental, tentando intervir nos fatores de risco para DPP (identificados na literatura e confirmados como evidência científica), fortalecendo os fatores de proteção.

A EDPS é uma alternativa de fácil e rápida aplicação, tornando possível identificar sintomas depressivos nas mulheres, e a partir disso interligar o diagnóstico clínico e, quando necessário, iniciar ações de prevenção e de promoção da saúde mental (Boska et al., 2016; Ferreira et al., 2018; Coutinho et al., 2019). Também Venkatesh et al. (2016) defendem a utilidade da EDPS para fazer triagem durante o período pré e pós-parto e, consoante o resultado, poder encaminhar a mulher para cuidados de saúde mental. Embora a maioria dos autores defenda a utilidade da escala EDPS para fazer uma triagem das mulheres, quer durante a gravidez quer durante o pós-parto, não a vi ser utilizada uma única vez, durante a minha prática ao longo dos vários contextos do Estágio com Relatório.

Outro aspeto importante, que permitirá prevenir o agravamento dos sintomas depressivos, é referido por Tandon et al. (2013). Estes referem que se podem sugerir cursos pós-parto para mães e bebés, bem como visitas domiciliárias, considerando que podem ser essenciais para diminuir o risco de desenvolvimento de DPP. Nos hospitais onde realizei os ensinamentos clínicos não existe a visita domiciliária, sendo raras, também, no contexto de cuidados de saúde primários, acabando por não existir a continuidade dos cuidados à puérpera e ao RN após a alta hospitalar.

Uma das questões colocadas no questionário que apliquei pretendia saber se, durante a frequência dos CPPP ou durante a vigilância da gravidez, alguém (enfermeiro, médico), lhes tinha falado acerca do risco de complicações emocionais durante o puerpério. Das 19 participantes, 11 delas referiram que ninguém tinha abordado esse tema. Das 8 mulheres a quem alguém tinha falado acerca do assunto, 6 delas mencionaram que foram os enfermeiros. Tendo conhecimento sobre todos estes fatores de risco para o desenvolvimento de DPP, bem como as intervenções que permitem detetar e intervir positivamente na DPP, os EEESMO têm, por isso, uma enorme responsabilidade em não permitir que a identificação das mulheres em risco continue a ser negligenciada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por muito longos que todos os caminhos possam ser, todos têm um início, um meio e um fim, e este percurso de futura EEESMO, com a elaboração do presente relatório, teve também essas mesmas etapas, que terminam com a finalização da sua apresentação e discussão. O percurso de aquisição de competências para futura EEESMO, constitui por si só um grande desafio. Este meu crescimento quer pessoal quer profissional, foi muitas vezes difícil de conciliar com a vida pessoal, profissional e ainda com a vida académica. Tive sempre por foco mobilizar todo o conhecimento teórico adquirido, com as aprendizagens práticas em cada contexto clínico, no cuidado especializados à saúde da mulher. Foi necessário realizar uma reflexão crítica diária dos cuidados prestados, com o intuito de melhorar a prática e construir a minha identidade profissional enquanto futura EEESMO.

Todo este percurso foi norteado pela Teoria das Transições, de Afaf Meleis, que me permitiu ter uma visão mais aprofundada sobre as transições que as pessoas vivenciam (neste caso as mulheres/casal). A temática em estudo e que desenvolvi ao longo dos ensinamentos clínicos foi “A Maternidade Tardia: Cuidado do Enfermeiro Obstetra na Deteção da Depressão Pós-Parto”. Para o desenvolvimento desta temática além da SR, apliquei um questionário a mulheres com mais 35 anos de idade. A maternidade tardia é um acontecimento que cada vez mais é vivenciado quer em Portugal quer nos países desenvolvidos e a depressão afeta bastante a população mundial (OMS, 2016).

Posso considerar que todos os objetivos delineados foram superados com sucesso. A metodologia adotada foi a mais adequada, e apesar de não ter obtido os resultados que inicialmente esperava devido à reduzida amostra, sei que dei o primeiro passo para a mudança em relação aos cuidados a serem prestados às grávidas, puérperas, mães e mulheres a vivenciar uma maternidade tardia, conseguindo assim garantir a qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMO na deteção precoce da DPP a estas mulheres. Como futura EEESMO, pretendo sugerir a inclusão de informação sobre os riscos de desenvolver complicações emocionais no puerpério nos CPPP e nos CRPP. Pretendo divulgar os resultados da minha SR, para os pares e para os futuros enfermeiros. Pretendo realizar um novo estudo sobre a temática, desta vez com uma amostra significativa, para com isso conseguir melhorar as práticas atuais com dados mais relevantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaia, J., Rodrigues, L., Magalhães, M. (2016). Uso da Escala de Edinburgh pelo enfermeiro na identificação da depressão pós-parto: Revisão integrativa da literatura. *Revista Ciência e Sociedade*. N.º 1, v. (1).
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). Clinical Management Guidelines for obstetrician-Gynecologists. Practice Bulletin number 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 128(1), e1-e15. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001523.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-V Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (5nd ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). APA.
- American Psychological Association (2021). APA Style Blog. <https://apastyle.apa.org/blog>.
- Amorim, M. M. R., Duarte, A. C., Andreucci, C. B., Knobel, R., Takemoto, M. L. S. (2013). Distúrcia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. Vol 41. N.º 3. Brasil.
- Andrade, L. (2000). Puerpério e lactação. In L. Graça (2nd ed.). *Medicina Materno-fetal*. 423-430. Lisboa: Lidel.
- Antunes, M. S. C., Fernandes, C. M. P. S. F., Silva, M. F. F. S., Rodrigues, S. C. C. & Carracha, S. I. A. V. (2007). As perturbações psicológicas do puerpério. *Nursing – Revista de formação contínua em enfermagem*, (226), 26 -28. ISSN n.º 0871619.
- Aranha, D. (2001). Puerpério: aspectos fisiopatológicos, clínicos e da prestação de cuidados de saúde na mulher puérpera. *Revista portuguesa clínica geral*, 17 (5), 375-394.
- Areias, M. E, Kumar, R., Barros, H., Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *BJP*, 169: 30-35.

- Associação para o Planeamento da Família, APF (2020). Infecções Sexualmente Transmissíveis. Acedido a 20/12/21. Disponível em: <http://www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveis>.
- Augusto, A., Kumar R., Calheiro, J. M., Matos, E., Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med*, 26 (1):135-41.
- Benzies, K., Tough, S., Tofflemire, K., Frick, C., Faber, A., & Newburn-Cook, C. (2006). Factors influencing women's decisions about timing of motherhood. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 625-633. <http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00079.x>.
- Bobak, I., Lowdermilk, D., & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade*. (4.ªed.) Loures: Lusociência.
- Boska, G., A., Wisniewski, D., Lentsck, M., H. (2016). Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgo. *Journal of Nursing and Health*. 1 (1): 38-50. ISSN 2236-1987.
- Boyce, P. & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (8), 605 - 612.
- Brancato, R. M., Church, S., Stone, P. W. (2008). A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous womwn with epidural analgesia in the second stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37 (1), 4-12. DOI: 10.1111/j.15526909.2007.00205.
- Byrom, A. (2004) Advanced Maternal Age: A Literature Review. *British Journal of Midwifery* 12, n.º12 779-783. DOI: 10.12968/bjom.2004.12.12.17181.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry*,15, 243-255.
- Camacho, R. S., et al. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 92-102.

- Campos, B. C.; Rodrigues, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico*, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 323-355.
- Carlson, D. (2011). Explaining the curvilinear relationship between age at first birth and depression among women. *Elsevier. Social Science & Medicine*. 72. 494-503.
- Carnide, C., Almeida, J., Branquinho, M., Negrão, I. & Santos-Silva, I. (2011). Episiotomy: old practices, new concepts. *Acta Obstet Ginecol Port*. 5(1), 45-51.
- Carolan, M., & Frankowska, D. (2011). Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: A review of the evidence. *Midwifery*, 27(6), 793-801. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.006>.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. In CHINN, P. L., *Nursing research methodology* (p.237-257). Acedido a 6 de agosto 2021. Disponível em: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>.
- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA, 2021). Técnicas de PMA. Acedido: 1/12/21. Disponível em: <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/tecnicas-de-pma.aspx>.
- Coutinho, L., A., Oliveira, S., C., Ribeiro, I., A., P. (2019). O enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto: revisão integrativa. *Revista da FAESF*. vol. 3, n. 1, p 17-32, Jan-Mar 2019. ISSN 2594 – 7125.
- Cox, J., L., Holden, J., M., Sagovsky, R. (1987). Edinburgh Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry*. 150. 782-786.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Artigo 15º: Grau de Mestre. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, Série I* (n.º 157 de 16-08- 2018), p. 4147- 4182.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I., Agarwal, S., Pitman, R. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. Springer. *Archives of Women's Mental Health*. 22:817-824.

- Dennis, C., L. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord.* 78 (2): 163-169.
- DGS (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância- Manual de orientação para profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. ISBN: 972-675-121-7.
- DGS (2007). Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher – Guia Informativo. Portugal. Ministério da Saúde. ISBN 978-972-675-175-5.
- DGS (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS (2010). Transporte de crianças em automóvel desde a alta da maternidade. Orientação n.º 001/2010, de 16/06/2010. Lisboa.
- DGS (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa.
- DGS (2015). Orientação: Trabalho de parto estacionário. N.º 001/2015, Lisboa.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S.O. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. *Acta Scandinavica*, 106 (6), 426 – 433.
- El-Hachem, C., Rohayem, J., Bou Khalil, R., Richa, S., Kesrouani, A., Gemayel, R. (2014). Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. 14:242-.
- Faroleira, A. J. G. (2021). Relação na preparação para o parto com o Empowerment da puérpera na parentalidade (Master's thesis, Universidade de Évora).
- Félix, H. C. R., Corrêa, C. C., Matias, T. G. D. C., Parreira, B. D. M., Paschoini, M. C., & Ruiz, M. T. (2019). Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19, 335-341.
- Ferreira, C., Silva, V., Guerra, C., Silva, A., Rosário, R. (2018). Postpartum depression: early detection and associated factors *Depressão pós-parto: deteção precoce e fatores associados. Acta Obstet Ginecol Port*, 23(4), 262-267.

- Ferreira, S. (2016). Métodos não farmacológicos de alívio da dor In Néné, M., Sequeira, & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.416-424). Lisboa: Lidel
- FIGO – *International Federation of Gynecology and Obstetrics*. (2020). «Pregnancy: Risks and Complications». Acedido a 14/8/21. Disponível em: <https://www.figo.org/pregnancy-risks-and-complications>.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações Psicopatológicas do Puerpério. In Canavarro, M.: *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. 161-188. Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B., Canario, C., Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal, depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*. 44(5): 927-936.
- Frota, C. (2020). A transição emocional materna no período puerperal associada aos transtornos psicológicos como a depressão pós-parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 48: e3237.
- Gerli, S., Franternale, F., Lucarini, E., Chiaraluce, S., Tortorella, A., Bini, V., Giardina, I., Moretti, P., Favilli, A. (2019). Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *Journal of Maternal – Fetal & Neonatal Medicine*. 34 (8). 1227-1232.
- Gomes, A.G., Donelli, T.M.S., Piccinini, C.A., Lopes, R.C.S. (2008). Maternidade em Idade Avançada: Aspectos Teóricos e Empíricos. *Intervenção Psicológica*. 12(1). 99-106.
- Gonçalves, M. (2017). Transtornos mentais em pacientes em período puerperal. *Part of the international journal of psychiatry*, 15(7).
- Graça, L., M. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. 5.ª ed. Lisboa: Lidel.
- Henriques, C., & Santos, M., L. (2016). Assistência no 2º trimestre da gravidez. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. pp 123-9. Lisboa: Lidel.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

- Honikman, S., Van, T., Field, S., Baron, E., Tomlinson, M. (2012). Stepped care for maternal mental health: a case study of the perinatal mental health project in South Africa. *PLoS Med.* 2012; 9(5): e1001222.
- Imsiragic, A., Begic, D., Martic-Biocina, S. (2009). Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery-observational, comparative study. *33 (2): 521-527.*
- INE (2021). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho. Acedido a 27-06-2021. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001291&contexto=bd&selTab=tab2.
- International Confederation of Midwives (2014). Código Internacional de Ética para Parteiras. Acedido a 22-03-2023. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/ourwork/policy-and-practice/international-code-of-ethics-for-midwives.html>
- International Confederation of Midwives (2019). Essential competencies for Midwifery practice. 2019, Update 2019. Acedido a 22-08-2021. Disponível em: A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto 74 <https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>.
- JB1 Manual for Evidence Synthesis. JBI (2020). Acedido a 3/1/2021. Disponível em: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Appendix+11.1+JBI+template+source+of+evidence+details%2C+characteristics+and+results+extraction+instrument>.
- Joint Quality Initiative (2004). Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards. Report 2004. Draft 1. Dublin. Acedido a 22-08-2021. Disponível em: http://www.museologia-portugal.net/files/shared_dublin_descriptors_for_short_cycle_first_cycle.pdf.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. (2000). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Knights, J., Salvatore, M., Simpkins, G., Hunter, K., Khandelwal, M. (2016). In search of best practice for postpartum depression screening: is once enough?. 206:99-104.

- Kralik, D., Visentin, K. & Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursin*, 55 (3), 320-329.
- Leahy-Warren, P. & McCarthy, G. (2007). Postnatal Depression: Prevalence, Mother's Perspectives, and Treatments. *Archives of psychiatric nursing*. 21 (2). 91-100.
- Lima, V. K. S., de Hollanda, G. S. E., de Oliveira, B. M. M., de Oliveira, I. G., dos Santos, L. V. F., & de Lima Carvalho, C. M. (2019). Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle/Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(4), 968-975.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ªed.). Loures: Lusodidacta.
- Kopas, M. L. (2014). A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 (3), 264-276. DOI:10.1111/jmwh.12199.
- Machado, M., H., Graça, L., M. (2017). Trabalho de Parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral In Graça, L., M. (Coords.). *Medicina Materno Fetal* (pp.220 – 228). Lisboa: Lidel.
- Maldonado, T. (2002). *Psicologia da Gravidez – Parto e Puerpério*. (16nd ed.). São Paulo: Saraiva.
- Marchão, H., & Soares, I. (2016). Assistência no 3º trimestre da gravidez. In M. Néne, R. Marques, e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. pp 130-8. Lisboa: Lidel.
- Marques, A. M. & Luz, R. (2015). Baby Blues – Emoções no pós-parto. *A nossa gravidez – Guia para pais grávidos*. (19), 102-103.
- Marques, J., B. & Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros: uma emergência obstétrica. *Acta Med Port*. 24, 613-20.
- Marques, L., Silva, W., Lima, V., Nunes, J., Ferreira, A., Fernandes. M. (2016). Saúde Mental Materna: Rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. *Journal Health Npeps*. 2016; 1(2): 145-159.

- Mascarenhas, T. (2009). Capítulo 30. Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. Manual de Ginecologia - Volume II.
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 45, 255 – 259.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (3rd. ed. rev.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, Maria Filomena, Paulo Infante, Anabela Afonso, Andreia Maciel, Filipe Ribeiro, Lídia P. Tomé, e Rita B. Freitas (2016). Introdução ao Estudo – Determinantes da Fecundidade em Portugal. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido a 14/08/21. Disponível em <https://www.ffms.pt/publicacoes/grupo-estudos/1517/determinantes-da-fecundidade-em-portugal>.
- Mills, M., Rindfuss, R.R., Mcdonald, P. & Velde, E. (2011). Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human Reproduction Update*. 17, n. °6. 848-860. DOI: 10.1093/humupd/dmr026.
- Murphy, S. (1990). Human responses to transitions: A holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 1-7.
- Néné; M.; Marques, R. & Batista, M.A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: LIDEL.
- Neves, A. I. & Marques, M. D. (2007). Depressão Pós-Parto – Lágrimas e Sorrisos. *Revista Sinais Vitais*, (70), 42-44. ISSN: 0872-0844.
- Nogueira, J., P., F. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da APEO*. 12. 25-28.
- O'Connor, A.; Doris, F. & Skirton, H. (2014). Midwifery Care in the UK for Older Mothers. *British Journal of Midwifery*. DOI:10.12968/bjom.2014.22.8.568.

- O'Reilly, B., Bottomley, C., Rymer, J. (2008). Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-06-2. Loures.
- OE (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- OE (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa.
- OE (2013). Projeto da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica – Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2015). Livro de bolso dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa.
- OE (2015). Código Deontológico. Lisboa. Conselho de Enfermagem.
- Oliveira, E. M. F., & Brito, R. S. (2009). Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 13(3). 595-601. doi: 10.1590/S1414-81452009000300020
- OMS (1997). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Referência rápida. Porto Alegre: Artes Médicas.
- OMS (2016a). Mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2016.
- OMS (2016b). Mais de 75 mil pessoas foram afastadas do trabalho por depressão em 2016. Época Negócios, 2016.
- OMS (2018) - WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=328E24628B57D67E76CF06D27CEEB575?sequence=1>.
- Oppenheimer, L. & Black, A. (2014). Segundo Período do trabalho de Parto. In G. D. Posner, J. Dy, A. Y. Black & G. D. Jones (Coords). Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote, 6ª ed. (pp. 235-310). Porto Alegre: AMGH Ed. Ltda.

Parecer N.º 04/2016. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto. Acedido a 1/12/2021. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Farquivo%2Fdocumentos%2FDocuments%2FParacer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf&clen=351009&chunk=true.

Pereira, G., Moreira, K., & Novo, A. (2020). Alterações psicológicas no puerpério (APP): revisão sistemática da literatura. *RevSalus*, (Suplemento N.º 2), 136-137.

Pordata (2021). Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por grupo etário da mãe. Acedido a 13/07/21. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

Pordata (2023). Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por grupo etário da mãe. Acedido a 1/05/23. Disponível em: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), p.4744-4750. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário de República*, 2ª série (N.º 85 de 03-05-2019), p.13560-13565. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. (3ªed.). Porto: Afrontamento.

Rezende, J. & Montenegro, C. (2008). *Obstetrícia fundamental* (11nd ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3).

- Rodrigues, C. (2012). A depressão pós-parto: O papel do EESMO na sua prevenção. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. (12), 51-57. ISSN n.º 1646-3624.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015). The Management of Third and Fourth Degree Perineal Tears. Green-top Guideline No 29 (3ª ed.). Acedido a 15/07/22. disponível www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg2911022011.pdf em.
- Santos, M., Lopes, M. & Botelho, M. (2019). «Do consciencializar a decidir ser mãe depois dos 35 anos: Um estudo de Grounded Theory». *Atas CIAIQ 2019: Investigação Qualitativa em Saúde*, 2: 31-40. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2001>.
- Santos, M., Lopes, M., Rebelo-Botelho, M. (2020). Maternidade Tardia: consciencialização do desejo à decisão de ser mãe. *Exaequo*. Nº41, pp. 89-105. DOI: <https://doi.org/10.22355/exaequo.2020.41.06>.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Sequeira, A., Henriques, C., M., G., Costa, F., Mendes, G., Pousa, O. & Cunha, A., L. (2020). Teste de Guthrie. In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C., F. *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (pp. 284-289). Lidel. Lisboa.
- Silva, C. D. S., & Carneiro, M. D. N. F. (2018). Pais pela primeira vez: aquisição de competências parentais. *Acta Paul Enferm.*, 31(4), 366-373.
- Silva, C., Pereira, G., Jesus, N., Aoyama, E., Souto, G. (2020). Depressão pós-parto: a importância da detecção precoce e intervenções de enfermagem. *Revista Brasileira Interdisciplinas de Saúde*. 2(2), 12-9.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts P., Reginster, J. Y., Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal infant outcomes. *Women's Health*. Vol. (15). 1-55.
- Smyth, R. M., Alldred, S. K., & Markham, C. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Ver*, (1), Art. N.º CD006167.

- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa. 1-1988. Acedido em 1/12/2021.
- Sousa, E. J. V. (2006). Depressão Pós-Parto Numa Perspectiva Preventiva. *Nursing – Revista de Formação Contínua Em Enfermagem*, (214),10-12. ISSN n.º 0871-6196.
- Souza, W.; Maia, E.; Oliveira, M.; Morais, T.; Cardoso, P.; Lira, E.; Melo, H. (2016). Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social. *Periódicos Eletrónicos em Psicologia*. (66), 144. São Paulo. ISSN n.º 0006-5943.
- Stern, D. & Bruschiweiller-Stern, N. (2000). Nascimento de uma mãe: Como a experiência da maternidade transforma uma mulher. Porto: Ambar.
- Subrat, Panda, Singh A. Santa, e Jha Vandana (2013). «The Concepts and Consequences of Early Ovarian Ageing: A Caveat to Women's Health». *Journal of Reprouction & Infertility* 14 (1): 3-7. Acedido a 14/08/21. Disponível em <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID= 280075>.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do Nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tandon, D., Leis, J., Mendelson, T., Perry, D., Kemp, K. (2013). Six-Month Outcomes from a Randomized Controlled Trial to Prevent Perinatal Depression in Low-Income Home Visiting Clients. *Springer. Matern Child Health J.* 18:873–881 DOI 10.1007/s10995-013-1313-y.
- Teissedre, F., Chabrol, H. (2004). Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Can J Psychiatry*. 49 (1): 51-54.
- Teixeira, M., G., Carvalho, C., M., S., Magalhães, J., M., Veras, J., M., M., F., Amorim, F., C., M., Jacobina, P., K., F. (2021). Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica. *Journal of Nursing and Health*. 11 (2): e2111217569. ISSN:2236-1987.
- Troy, N. W. (2003). Is the significance of postpartum fatigue being overlooked in the lives of women? *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28, 252-257.
- Tsakiridis, I., Bousi, V., Dagklis, T., Sardeli, C., Vasiliki Nikolopoulou, Papazisis, G. (2019). Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies

due to obstetric complications: a scoping review. Springer. Archives of Gynecology and Obstetrics. 300:849–859.

Venkatesh, K., Nadel, H., Blewett, D., Freeman, M., Kaimal, A., Riley, L. (2016). Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 215, 517.e1-517.e8.

Vilelas, J. (2017). Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento 2ª edição. Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-901-5.

Waldenström, Ulla (2016). «Postponing Parenthood to Advanced Age». Upsala Journal of Medical Sciences 121 (4): 235-243. DOI: <https://doi.org/10.1080/03009734.2016.1201553>.

Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.

Wheeler, B. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família, In M. Hockenberry, e D. Wilson. Wong: Enfermagem da criança e do adolescente (9ª ed.). Lusociência. Loures.

Yonkers K. A., et al. (2001). Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. American Journal of Psychiatry, 158, 1856 -1863.

Youn, H., Lee, S., H., S., W., Kim, L., Y., Lee, T., Oh, M., Jeong, H., Cho, G., J. (2017). Obstetric risk factors for depression during the postpartum period in South Korea: a nationwide study. Journal of psychosomatic research [J Psychosom Res]. Vol. 102, pp. 15-20.

Xu, F., Austin, M., Reilly, N., Hilder, L., Sullivan, E. (2012). Major depressive disorder in the perinatal period: using data linkage to inform perinatal mental health policy. Springer. Arch Womens Ment Health.15:333–341. DOI 10.1007/s00737-012-0289-8.

ANEXOS OU APÊNDICES

Anexo I – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS)

Nome:

Pontuação:

Data:

Aplicador da escala:

Idade do bebé:

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos 7 dias:

Não, nunca

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

Tanto como dantes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo?

Não, nunca

Quase nunca

Sim, por vezes

Sim, muitas vezes

2. Tenho tido esperança no futuro?

Tanta como sempre tive

Menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

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

Sim, muitas vezes

Sim, por vezes

Não, raramente

Não, nunca

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

Sim, a maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim?

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

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

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como antes

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

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz?

Sim, quase sempre

Nunca

Sim, muitas vezes

Raramente

Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro?

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Só às vezes

Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma?

Sim, muitas vezes

Por vezes

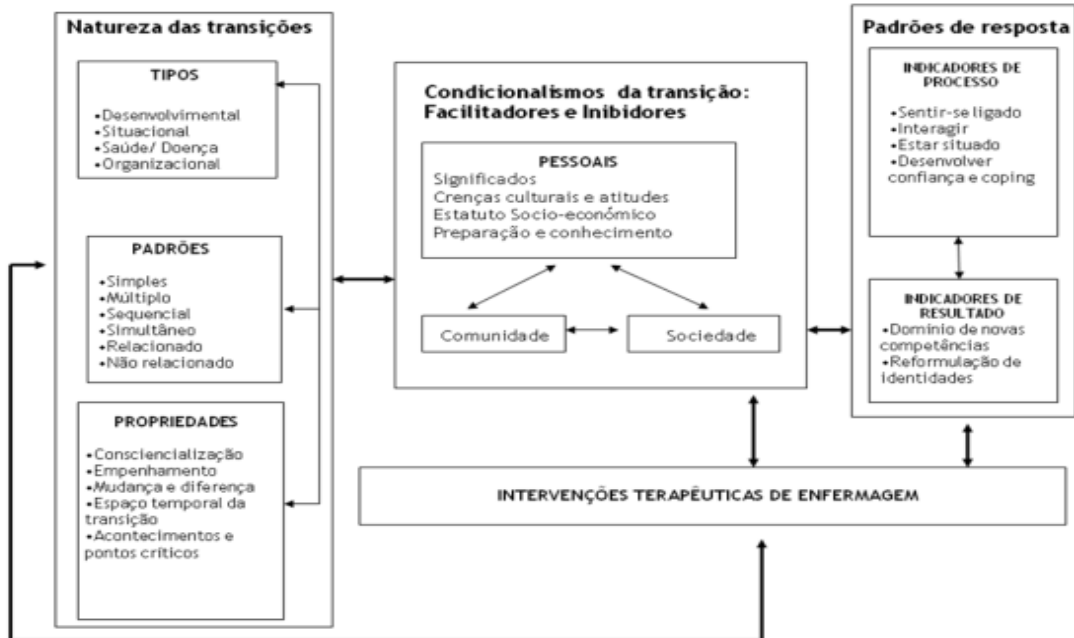
Muito raramente

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. A EDPS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

(Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786. Versão Portuguesa: Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26 (1):135-41; 1996 Jan)

Anexo II - Modelo de transições: uma teoria de médio alcance adaptado de Afaf Meleis



Anexo III – Parecer da Comissão Ética da ESEL

ESEL Nº3050/2022 Data: 24/05/2022



DE: Comissão de Ética da ESEL

PARA: Exmo. Sr. Presidente da ESEL, Professor João Santos

Assunto:

Pedido do mestrando Ágata Rita Raposo Sardinha Cipriano, para apreciação do projeto "A maternidade tardia: o cuidado do enfermeiro obstetra na deteção precoce da depressão pós-parto"

Processo Nº: 1720/2022/CE

Data: 24 de maio de 2022

Da apresentação dos factos:

A Comissão de Ética da ESEL recebeu, via Iportal com o Nº. 1720/2022, de 21 de março, o pedido da enfermeira Ágata Rita Raposo Sardinha Cipriano, estudante do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL, para apreciação do projeto de investigação, com vista à obtenção do grau de mestre, intitulado "A maternidade tardia: o cuidado do enfermeiro obstetra na deteção precoce da depressão pós-parto", sendo orientadora a Professora Doutora Maria Luísa Sotto-Mayor.

O processo contém os seguintes documentos:

- A. Documento dirigido ao Presidente da ESEL a solicitar a apreciação do projeto de investigação pela CE.
- B. Projeto do estudo onde constam os elementos:
 1. Título do projeto;

2. Autor;
3. "Colaboradores"
4. Objetivos do estudo;
5. Justificação e fundamentação teórica;
6. Metodologia e métodos com descrição do tipo de estudo, participantes, critérios de inclusão e exclusão, locais onde decorrerá a investigação, instrumento de recolha de dados;
7. Riscos / benefícios;
8. Confidencialidade;
9. Consentimento;
10. Termo de responsabilidade.

C. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados criado é um Questionário de Google Forms sobre o estado emocional no pós-parto que garante o anonimato e que contém o consentimento informado.

Da apreciação dos factos:

1. A justificação e fundamentação teórica do estudo e da sua pertinência estão apresentadas claramente e sustentadas em bibliografia pertinente e atual.
2. Trata-se de um estudo qualitativo, baseado num questionário respondido por puérperas com mais de 35 anos de idade e com mais de quatro semanas de pós-parto.
3. Devem ser substituídos os termos no masculino "o(s) participante(s)", e escrever no feminino "a(s) participante(s)", em vários locais dos textos.

Apêndice I – Termos de Pesquisa

Questão de Pesquisa	Termos de Linguagem CINAHL		Termos de Linguagem MEDLINE		Termos de Linguagem MedicLatina	
	Natural	Indexada	Natural	Indexada	Natural	Indexada
P (População)	Advanced maternal age	MH “Maternal Age” MH “Maternal Age 35 and Over”	Advanced maternal age	MH “Maternal Age”	Advanced maternal age	MH “Maternal Age”
C (Conceito)	Depression Mental Health Obstetric Nursing Midwifery-1	MH “Depression” MH “Depression, Postpartum” MH “Mental Health” MH “Mental Health Care” MH “Obstetric Nursing” MH “Midwifery”	Depression Mental Health Obstétrica Nursing Midwifery	MH “Depression” MH “Depression, Postpartum” MH “Mental Health” MH “Mental Health Care” MH “Obstetric Nursing” MH “Nurse Midwives” MH “Midwifery”	Depression Mental Health Obstétrica Nursing Midwifery	MH “Depression” MH “Depression, Postpartum” MH “Mental Health” MH “Mental Health Care” MH “Obstetric Nursing” MH “Nurse Midwives” MH “Midwifery”
C (Contexto)	Todos os contextos de pós-parto					

Apêndice II – Histórico da pesquisa na base de dados CHINAL (SR1)



Sunday, September 05, 2021 3:49:30 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S17	S5 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral, Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Restringir por SubjectAge: - all adult Restringir por SubjectAge: - adult: 19-44 years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	23
S16	S5 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral, Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	40
S15	S5 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	45
S14	S5 AND S9 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	70
S13	S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã
S12	"Mental Health Care"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã
S11	"Mental Health"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã
S10	(MH "Mental Health") OR (MH "Mental Health Care (Saba CCC)")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã
S9	S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã
S8	"Depression"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã
S7	"Depression, Postpartum"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã
S6	(MH "Depression, Postpartum") OR (MH "Depression")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã
S4	"Advanced Maternal Age"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã
S3	"Maternal Age 35 and Over"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	Ecrã

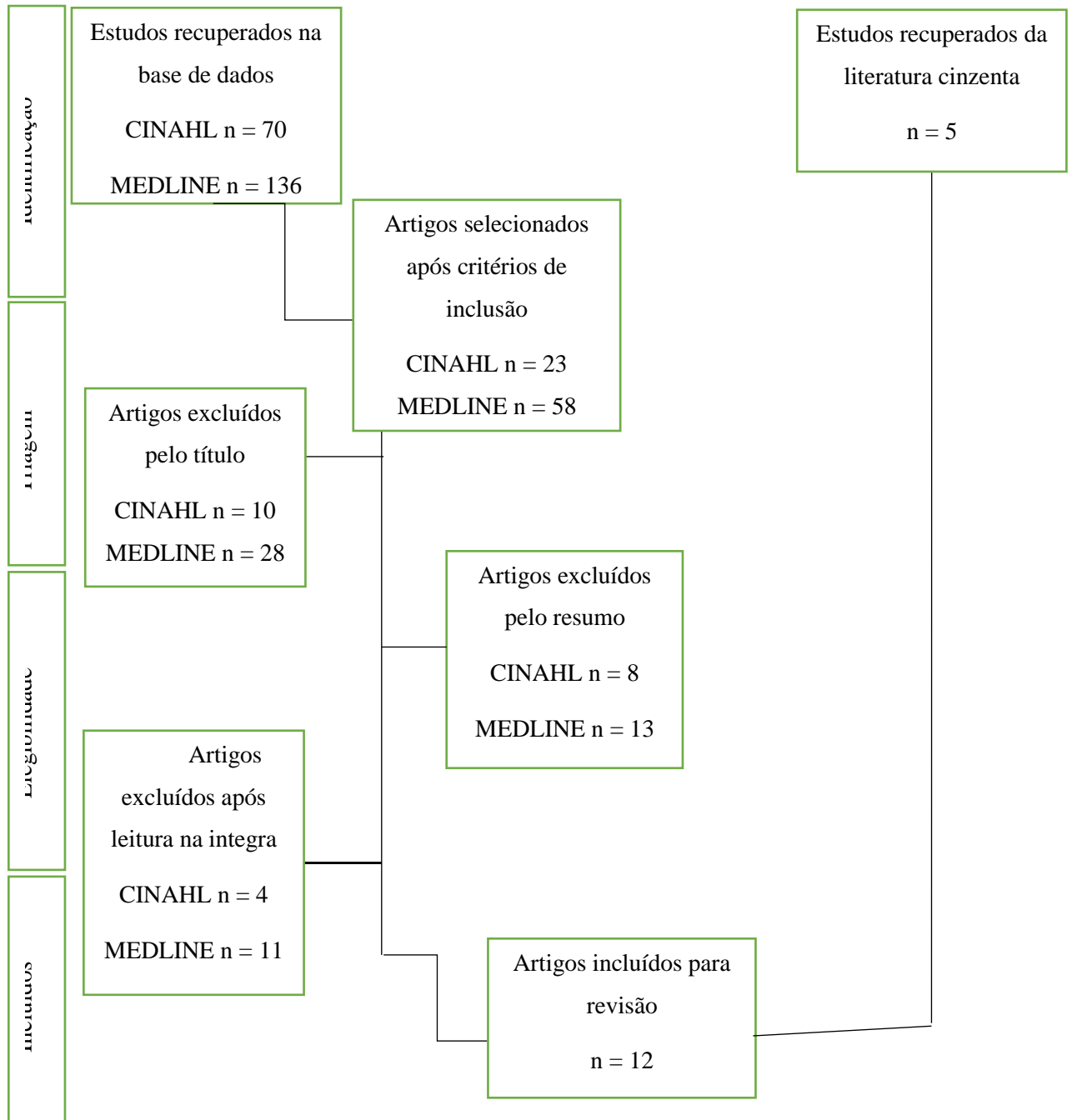
Apêndice III – Histórico de pesquisa na base de dados Medline (SR1)



Sunday, September 05, 2021 4:05:57 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S20	S5 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Restringir por SubjectAge: - adult: 19-44 years Restringir por SubjectAge: - all adult: 19+ years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	58
S19	S5 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Restringir por SubjectAge: - adult: 19-44 years Restringir por SubjectAge: - all adult: 19+ years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	58
S18	S5 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Restringir por SubjectAge: - adult: 19-44 years Restringir por SubjectAge: - all adult: 19+ years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	0
S17	S5 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20110101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	80
S16	S5 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	89
S15	S5 AND S9 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	136
S14	S5 AND S9 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	70
S13	S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S12	"Mental Health Care"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S11	"Mental Health"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S10	(MH "Mental Health") OR (MH "Mental Health Care (Saba CCC)")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S9	S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S8	"Depression"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S9	S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S8	"Depression"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S7	"Depression, Postpartum"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S6	(MH "Depression, Postpartum") OR (MH "Depression")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S4	"Advanced Maternal Age"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S3	"Maternal Age 35 and Over"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S2	"Maternal Age"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã
S1	(MH "Maternal Age") OR (MH "Maternal Age 35 and Over")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete; MEDLINE Complete	Ecrã

Apêndice IV – Fluxograma *Scoping Review*/Prisma (SR1)



Apêndice V – Histórico da pesquisa nas bases de dados CHINAL, Medline e MedicLatina (SR2)

S16	S5 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20210101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Restringir por SubjectAge: - all adult Restringir por SubjectAge: - adult: 19-44 years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	4
S15	S5 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20210101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	11
S14	S5 AND S9 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	93
S13	S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	189,481
S12	mental health care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	38,784
S11	mental health	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	186,453
S10	(MM "Mental Health") OR (MM "Mental Health Care (Saba CCC)")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	29,802
S9	S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	203,892
S8	depression postpartum	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	7,059
S7	depression	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	203,892
S6	(MH "Depression, Postpartum") OR (MH "Depression")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	133,574
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	12,207
S4	maternal age 35 and over	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	524
S3	Maternal age	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	12,207
S2	(MH "Maternal Age 35 and Over") OR (MH "Maternal Age")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	6,296
S1	advanced maternal age	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	1,141

S13	S3 AND S7 AND S11	Limitadores - Texto Integral, Data de Publicação: 20210101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	2
S12	S3 AND S7 AND S11	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	40
S11	S8 OR S9 OR S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	405,348
S10	mental health care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	46,258
S9	mental health	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	405,348
S8	(MH "Mental Health")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	57,706
S7	S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	505,711
S6	depression postpartum	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	7,540
S5	depression	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	505,711
S4	(MH "Depression, Postpartum") OR (MH "Depression")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	151,942
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	22,388
S2	advanced maternal age	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	2,969
S1	(MH "Maternal Age")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	20,810

S10	S3 AND S6 AND S9	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MediciLatina	0
S9	S7 OR S8	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MediciLatina	2,944
S8	mental health care	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MediciLatina	117
S7	mental health	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MediciLatina	2,942
S6	S4 OR S5	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MediciLatina	2,436
S5	depression postpartum	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MediciLatina	10
S4	depression	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MediciLatina	2,436
S3	S1 OR S2	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MediciLatina	334
S2	maternal age	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MediciLatina	334
S1	advanced maternal age	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MediciLatina	40

Apêndice VI – Extração dos resultados

Identificação do Estudo	Título	Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados
	Autor (es)	Cátia Ferreira, Vanessa Silva, Cláudia Guerra, Ana Isabel Silva, Rafaela Rosário
	Ano de Publicação	2018
	País de Origem	Portugal
Objetivos	É determinar a prevalência de sintomatologia depressiva entre o 2º e o 3º dia pós-parto, bem como a sua potencial relação com várias variáveis	
População	Todas as puérperas do serviço de Obstetrícia do Hospital Senhora Oliveira (HSO) entre 1 de fevereiro de 2016 e 31 de janeiro de 2017. (857 puérperas)	
Tipo de estudo	Estudo original	
Metodologia	Aplicação de um questionário constituído pela EDPS e seis itens adicionais: peso no início e final da gravidez, escolaridade, estado civil, profissão, história de depressão prévia ou durante a gravidez e peso e comprimento do RN. Presença de sintomatologia depressiva foi um score ≥ 10 , à semelhança de estudos prévios em Portugal, realizados no mesmo período pós-parto.	
Resultados		
<p>O grupo que pontuou scores mais elevados apresentou mais frequentemente história de patologia depressiva prévia. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em relação à idade, escolaridade, profissão, aumento ponderal durante gestação e consumo de álcool e tabaco. No que diz respeito aos antecedentes pessoais, a DM surge como um fator associado a sintomatologia depressiva no pós-parto. Em relação aos antecedentes obstétricos, não foi encontrada nenhuma relação entre o score de DPP e a paridade. A RCF surge como fator associado a scores de DPP mais elevados, permanecendo esta relação após o ajuste para a história de patologia depressiva prévia. Não foi encontrada qualquer associação entre a sintomatologia depressiva no puerpério e a via de parto, indução do trabalho de parto, analgesia epidural, episiotomia ou lacerações de 3º e 4º graus.</p>		
Contributos para a questão Scoping		
A utilidade de aplicar a Escala de Depressão Pós-parto precocemente (na alta hospitalar), em mulheres com sintomatologia depressiva previa, para poder intervir o mais precocemente possível.		
Referências Bibliográfica		
Ferreira, C., Silva, V., Guerra, C., Silva, A., Rosário, R. (2018). Postpartum depression: early detection and associated factors Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. Acta Obstet Ginecol Port, 23(4), 262-267.		

Identificação do Estudo	Título	Depressão pós-parto: a importância da detecção precoce e intervenções de enfermagem
	Autor (es)	Cristina Rejane Alves da Silva; Giselle Menezes Pereira; Noemi Bispo de Jesus; Elisângela de Andrade Aoyama; Giancarlo Rodrigues Souto
	Ano de Publicação	2020
	País de Origem	Brasil
Objetivos	Deste estudo é identificar os sinais e sintomas da DPP nas puérperas e a importância das intervenções de enfermagem para o tratamento deste mal.	
População	Incluídas no estudo 10 mulheres que se encontravam gestantes. As idades das colaboradoras variavam entre 19 e 38 anos (média = 27,5 anos).	
Tipo de estudo	Artigo científico	
Metodologia	Pesquisa bibliográfica através revisão integrativa de literatura	
Resultados		
<p>A DPP é um problema de saúde pública que pode ser detetado o mais precocemente possível, preferencialmente ainda durante o período gestacional, sendo de fundamental importância uma assistência de pré-natal caracterizada com estratégias para prevenção da mesma.</p> <p>Desse modo, cabe ao enfermeiro o conhecimento acerca da DPP, uma vez que esse profissional constitui uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que corresponde à terapêutica e prevenção deste transtorno mental. Mas para isso o enfermeiro deve estar habilitado para detetar os casos e consequentemente encaminhá-los aos profissionais que atendem às demandas de saúde mental na atenção básica. A consulta de pré-natal é um momento em que o enfermeiro e a gestante têm oportunidade de criar vínculo, sendo fundamental a relação de confiança entre a paciente e o profissional de saúde, mesmo porque o enfermeiro atua na prevenção, com intuito de minimizar os possíveis riscos de ocorrer uma DPP (p.18).</p>		
Contributos para a questão Scoping		
O enfermeiro é fundamental para detetar precocemente a DPP, uma vez que contacta frequentemente com a grávida nas consultas pré-natais e para isso deve estar habilitado para detetar estes casos.		
Referências Bibliográfica		
Silva, C., Pereira, G., Jesus, N., Aoyama, E., Souto, G. (2020). Depressão pós-parto: a importância da detecção precoce e intervenções de enfermagem. Revista Brasileira Interdisciplinas de Saúde. 2(2), 12-9.		

Identificação do Estudo	Título	Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica
	Autor (es)	Teixeira, Mayara Gonçalves; Carvalho, Cláudia Maria Sousa; Magalhães, Juliana Macêdo; Veras, Juscélia Maria de Moura Feitosa; Amorim, Fernanda Cláudia Miranda; Jacobina, Pabline Kaiane Ferreira.
	Ano de Publicação	2021
	País de Origem	Brasil
Objetivos	Detetar a prevalência de DPP e fatores sociodemográficos em puérperas atendidas em uma unidade por equipes de Saúde da Família	
População	Participaram 92 puérperas atendidas pelas Equipes Saúde da Família do município de Teresina, Piauí.	
Tipo de estudo	Estudo observacional descritivo, com abordagem quantitativa	
Metodologia	A colheita de dados ocorreu de dezembro 2018 a abril 2019. Aplicou-se um questionário envolvendo variáveis socioeconômicas, juntamente com a EDPS.	
Resultados		
A elevada prevalência da DPP aponta para a necessidade de provocar mudanças no modelo assistencial destinado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, com ênfase na promoção de intervenções que possam minimizar os fatores de risco para esta patologia.		
Contributos para a questão Scoping		
Este estudo contribui para estimular a investigação quanto a presença dos fatores de risco para DPP ainda nas consultas de pré-natal, apresentando questões acerca da aceitação, presença do parceiro ou da família, com vistas ao desenvolvimento de uma atenção integral à saúde da mulher, voltada tanto à saúde física como mental da mulher e da criança, buscando intervir nos fatores de risco para DPP e fortalecendo os fatores de proteção.		
Referências Bibliográfica		
Teixeira, M., G., Carvalho, C., M., S., Magalhães, J., M., Veras, J., M., M., F., Amorim, F., C., M., Jacobina, P., K., F. (2021). Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica. Journal of Nursing and Health. 11 (2): e2111217569. ISSN:2236-1987.		

Identificação do Estudo	Título	Sintomas depressivos no período puérpera: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh
	Autor (es)	Gabriella de Andrade Boska; Danielle Wisniewski; Maicon Henrique Lentsck.
	Ano de Publicação	2016
	País de Origem	Brasil
Objetivos	Identificar sintomas depressivos e associá-los às características sociodemográficas e clínicas de mulheres no puerpério tardio	
População	51 mulheres no puerpério tardio	
Tipo de estudo	Estudo transversal	
Metodologia	Ocorreu entre fevereiro e maio de 2014. A colheita de dados ocorreu no domicílio da participante, através de questionário de caracterização sociodemográfica e da EDPS, com análise descritiva e inferencial dos dados.	
Resultados		
A EDPS é uma alternativa de fácil e rápida aplicação, em que é possível identificar sintomas depressivos nas mulheres e a partir disso, interligar ao diagnóstico clínico e iniciar as ações de prevenção e de promoção da saúde mental.		
Contributos para a questão Scoping		
Cabe aos profissionais de saúde, a promoção, a manutenção e a qualidade do atendimento na assistência à saúde da mulher, disponibilizando cuidados como: conforto psicológico, afeto e educação em saúde na vivência da DPP.		
Referências Bibliográfica		
Boska, G., A., Wisniewski, D., Lentsck, M., H. (2016). Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. Journal of Nursing and Health. 1 (1): 38-50. ISSN 2236-1987.		

Identificação do Estudo	Título	O enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto: revisão integrativa
	Autor (es)	Laíz Alves Coutinho, Suziane Carvalho de Oliveira, Ítalo Arão Pereira Ribeiro
	Ano de Publicação	2019
	País de Origem	Brasil
Objetivos	Identificar o papel dos enfermeiros quanto à Prevenção da DPP, descrever o processo de trabalho desses profissionais junto à equipe multiprofissional de saúde na construção de mecanismos destinados à patologia, e averiguar as dificuldades, avanços e desafios dos enfermeiros na assistência de pacientes com DPP.	
População		
Tipo de estudo	Revisão da Literatura	
Metodologia	Pesquisa foi realizada por meio da análise de artigos publicados no período de 2013 a março de 2017, em bancos de dados (SCIELO-Scientific Electronic Library Online, LILACSLiteratura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Periódicos Capes).	
Resultados		
O enfermeiro tem um papel de grande destaque na Prevenção da DPP, pois é ele quem acompanhará todo ciclo gravídico-puerperal da mulher e nesse acompanhamento aliado a uma escuta qualificada é que irão ser estabelecidos vínculos com a gestante. A revisão de literatura realizada revela que é importante o enfermeiro juntamente com a equipa multidisciplinar, estruturar barreiras mais fortes para prevenir a DPP, priorizando mais o olhar holístico e incluindo a família em seu plano de ações, pois o apoio familiar é fundamental.		
Contributos para a questão Scoping		
A EDPS é uma maneira eficaz de se identificar sintomas e interligá-los a diagnósticos clínicos e programar ações de Prevenção no âmbito da Saúde Mental. O enfermeiro tem um papel fundamental na detecção/prevenção da Depressão Pós-Parto.		
Referências Bibliográfica		
Coutinho, L., A., Oliveira, S., C., Ribeiro, I., A., P. (2019). O enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto: revisão integrativa. Revista da FAESF. vol. 3, n. 1, p 17-32, Jan-Mar 2019. ISSN 2594 – 7125		

Identificação do Estudo	Título	Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care
	Autor (es)	Kartik K. Venkatesh; Hiyam Nadel; Dyan Blewett; Marlene P. Freeman; Anjali J. Kaimal; Laura E. Riley
	Ano de Publicação	Mai 2016
	País de Origem	Boston
Objetivos	Avaliar a viabilidade da implementação em larga escala da triagem universal para depressão na gravidez e durante o período pós-parto com o uso da EDPS.	
População	As mulheres grávidas foram testadas na 24-28 semanas de gestação e novamente 6 semanas após o parto.	
Tipo de estudo	Estudo de coorte observacional	
Metodologia	Uma pontuação da EDPS de ≥ 12 foi o ponto de corte para encaminhamento aos serviços de saúde mental para avaliação diagnóstica e tratamento.	
Resultados		
<p>Este estudo demonstra a viabilidade da triagem universal de depressão durante os períodos pré e pós-parto com o uso da EDPS como uma triagem inicial seguida por encaminhamento de saúde mental para avaliação diagnóstica e tratamento adicionais. A população de mulheres com triagem positiva e que aceitaram serviços adicionais diferiu nos 2 momentos, o que reforça a utilidade da triagem durante os períodos pré e pós-parto. Embora a triagem universal para depressão seja viável, estudos adicionais sobre as barreiras para avaliação e tratamento de saúde mental e o impacto do tratamento sobre os resultados obstétricos são necessários.</p>		
Contributos para a questão Scoping		
A utilidade da EDPS, para fazer triagem durante o período pré e pós-parto e consoante o resultado poder encaminhar a mulher para cuidados de saúde mental.		
Referências Bibliográfica		
Venkatesh, K., Nadel, H., Blewett, D., Freeman, M., Kaimal, A., Riley, L. (2016). Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 215, 517.e1-517.e8.		

Identificação do Estudo	Título	Explaining the curvilinear relationship between age at first birth and depression among women
	Autor (es)	Daniel L. Carlson
	Ano de Publicação	Fevereiro 2011
	País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivos	Explicar a associação curvilínea entre idade ao primeiro parto e depressão em mulheres.	
População	Em 2006, todas as mulheres participantes do NLSY79 originais tinham completado 40 anos e eram elegíveis para responder ao questionário do Módulo de Saúde. 68,4% das 6283 entrevistadas originais o terminaram.	
Tipo de estudo		
Metodologia	Entrevistas	
Resultados		
Os resultados indicam que um desvio da idade esperada ao primeiro nascimento resulta em níveis mais elevados de sintomas depressivos para mulheres na meia-idade que fazem a transição para a parentalidade mais cedo ou mais tarde do que o esperado. Desvios do tempo de nascimento esperado são responsáveis pela tendência ascendente dos sintomas depressivos nas idades mais avançadas do primeiro nascimento.		
Contributos para a questão Scoping		
As mulheres mais velhas que tem o nascimento do primeiro filho mais tarde, estão relacionadas a níveis mais elevados de sintomas depressivos.		
Referências Bibliográfica		
Carlson, D. (2011). Explaining the curvilinear relationship between age at first birth and depression among women. Elsevier. Social Science & Medicine. 72. 494-503.		

Identificação do Estudo	Título	Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: a scoping review
	Autor (es)	Ioannis Tsakiridis, Vasiliki Bousi, Themistoklis Dagklis, Chrysanthi Sardeli, Vasiliki Nikolopoulou, Georgios Papazisis
	Ano de Publicação	2019
	País de Origem	
Objetivos	Rever a prevalência da depressão pré-natal em mulheres grávidas com complicações obstétricas e identificar possíveis fatores associados.	
População	Mulheres grávidas	
Tipo de estudo	Revisão da literatura	
Metodologia	Foi realizada uma pesquisa literária na base de dados PubMed e foi realizada uma revisão para identificar estudos com dados sobre a prevalência da depressão pré-natal e fatores associados entre gravidezes de alto risco devido a complicações obstétricas. Os estudos incluídos foram escritos em inglês e publicados até 31/12/2018.	
Resultados		
Em conclusão, a mulher grávida com complicações obstétricas tem um risco mais elevado de desenvolver depressão pré-natal, como se esperava, uma vez que a depressão pré-natal tem sido associada a parâmetros obstétricos em estudos gerais da população. Além disso, os fatores associados identificados nesta revisão poderiam ajudar ainda mais os médicos a planejar intervenções de rastreio mais direcionadas.		
Contributos para a questão Scoping		
Elevada prevalência de desordens depressivas em mulheres com complicações obstétricas, sugerem a necessidade de um rastreio mais rigoroso entre esta população. A identificação de fatores associados também merece atenção clínica.		
Referências Bibliográfica		
Tsakiridis, I., Bousi, V., Dagklis, T., Sardeli, C., Vasiliki Nikolopoulou, Papazisis, G. (2019). Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: a scoping review. Springer. Archives of Gynecology and Obstetrics. 300:849–859.		

Identificação do Estudo	Título	Obstetric risk factors for depression during the postpartum period in South Korea: a nationwide study.
	Autor (es)	HyunChul Youn; Suji Lee; Sung Won Han; Log Young Kim; Tae-Seon Lee; Min-Jeong Oh; Hyun-Ghang Jeong; Geum Joon Cho
	Ano de Publicação	2017
	País de Origem	
Objetivos	Identificar os fatores de risco da depressão pós-parto.	
População	Dados de 1.269.130 mulheres que deram à luz de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2012 do banco de dados e de 1º de setembro de 2016 a 31 de janeiro de 2017.	
Tipo de estudo	Análise estatística	
Metodologia	Mulheres que deram à luz entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2012 do banco de dados do Health Insurance Review and Assessment Service.	
Resultados		
Idade materna mais jovem (< 20 anos) e avançada (≥ 35 anos), primiparidade, depressão anterior, histerectomia periparto, embolização da artéria uterina, parto prematuro, descolamento prematuro da placenta, parto por cesariana, parto induzido e pré-eclâmpsia aumentaram a probabilidade de ter DPP.		
Contributos para a questão Scoping		
Existem vários fatores de risco que levam as mulheres à sofrer DPP. Portanto, a detecção precoce e uma boa avaliação dos sintomas e fatores de risco para a DPP, juntamente com o apoio social, podem ajudar as condições físicas e psicológicas das mulheres após o parto.		
Referências Bibliográfica		
Youn, H., Lee, S., H., S., W., Kim, L., Y., Lee, T., Oh, M., Jeong, H., Cho, G., J. (2017). Obstetric risk factors for depression during the postpartum period in South Korea: a nationwide study. Journal of psychosomatic research [J Psychosom Res]. Vol. 102, pp. 15-20.		

Identificação do Estudo	Título	Major depressive disorder in the perinatal period: using data linkage to inform perinatal mental health policy
	Autor (es)	Fenglian Xu, Marie-Paule Austin, Nicole Reilly, Lisa Hilder, Elizabeth A. Sullivan
	Ano de Publicação	2012
	País de Origem	Austrália
Objetivos	Investigar o internamento por transtorno depressivo maior (TDM) antes e depois do nascimento.	
População	Incluíram todas as mulheres primíparas com 18 anos-44 anos que deram à luz em NSW entre 1 de janeiro de 2002 e 31 de dezembro de 2004.	
Tipo de estudo	Estatística descritiva	
Metodologia	Colheita de dados de parteiras NSW.	
Resultados		
Sugerem que o rastreio de depressão deve ser realizado nos primeiros 3 meses pós-parto e novamente mais tarde no primeiro ano pós-parto.		
Contributos para a questão Scoping		
A idade materna associou-se positivamente à hospitalização por DPP.		
Referências Bibliográfica		
Xu, F., Austin, M., Reilly, N., Hilder, L., Sullivan, E. (2012). Major depressive disorder in the perinatal period: using data linkage to inform perinatal mental health policy. Springer. Arch Womens Ment Health.15:333–341. DOI 10.1007/s00737-012-0289-8.		

Identificação do Estudo	Título	Six-Month Outcomes from a Randomized Controlled Trial to Prevent Perinatal Depression in Low-Income Home Visiting Clients
	Autor (es)	S. Darius Tandon, Julie A. Leis, Tamar Mendelson, Deborah F. Perry, Karen Kemp
	Ano de Publicação	2013
	País de Origem	Estados Unidos América
Objetivos	Testar a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental baseada em grupo (Curso de Mães e Bebés) na redução dos sintomas depressivos e na prevenção do início da depressão perinatal entre mulheres de baixa renda inscritas em visitas domiciliares.	
População	78 que estavam grávidas ou tinham um filho com menos de 6 meses de idade.	
Tipo de estudo	Ensaio clínico randomizado	
Metodologia	O recrutamento ocorreu entre outubro de 2009 e março de 2010. Beck Depression Inventor (BDI-II). O BDI-II é uma lista de verificação de autorrelato de 21 itens que mede a existência e a gravidade dos sintomas depressivos de acordo com os critérios de sintomas do DSM-IV.	
Resultados		
<p>Eficácia do curso mãe/bebé na redução dos sintomas depressivos em 1 semana, 3 e 6 meses após a intervenção.</p> <p>Os resultados deste estudo sugerem que uma intervenção cognitiva comportamental integrada em programas de visita domiciliar pode prevenir o agravamento dos sintomas depressivos entre mulheres de baixa renda.</p>		
Contributos para a questão Scoping		
Prevenir o agravamento dos sintomas depressivos através de cursos para mãe/bebé (cursos pós-parto) e visita domiciliaria.		
Referências Bibliográfica		
Tandon, D., Leis, J., Mendelson, T., Perry, D., Kemp, K. (2013). Six-Month Outcomes from a Randomized Controlled Trial to Prevent Perinatal Depression in Low-Income Home Visiting Clients. Springer. Matern Child Health J. 18:873–881 DOI 10.1007/s10995-013-1313-y.		

Identificação do Estudo	Título	Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth
	Autor (es)	Sharon Dekel, Tsachi Ein-Dor, Zohar Berman, Ida S. Barsoumian, Sonika Agarwal, Roger K. Pitman
	Ano de Publicação	2019
	País de Origem	América do Norte
Objetivos	Saber se as mulheres que se submetem diferentes formas de parto também diferem em relação ao seu estado de saúde mental após o parto.	
População	685 mulheres que estavam em média 3 meses após o parto.	
Tipo de estudo	Estudo Empírico	
Metodologia	Foram recrutadas através de anúncios web em sites, incluindo sites relacionados com pós-parto entre novembro de 2016 e abril de 2017.	
Resultados		
<p>Em conclusão, o tipo de parto parece ter um papel importante na saúde mental materna, tal como avaliado numa grande amostra de mulheres três meses após o parto. Em contraste com o parto vaginal, as intervenções obstétricas estão associadas a angústia psicológica na mãe, e os casos clinicamente relevantes relacionados com a psiquiatria são altamente aumentados na sequência de uma cesariana não planeada. As nossas descobertas apoiam uma abordagem holística no cuidado perinatal, tendo em conta também fatores psicológicos na determinação das decisões de obstetrícia e na relação benefício vs. relação de risco em relação à saúde da mãe.</p>		
Contributos para a questão Scoping		
<p>É necessária uma maior consciencialização nos cuidados de rotina e das intervenções obstétricas no exercício da saúde mental de uma mulher. O rastreio das mulheres em risco poderia melhorar a qualidade dos cuidados e prevenir sintomas duradouros.</p>		
Referências Bibliográfica		
<p>Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I., Agarwal, S., Pitman, R. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. Springer. Archives of Women's Mental Health. 22:817–824.</p>		

Apêndice VII – Apresentação dos resultados

Tema	Resultado/Título do artigo
Ligação entre a idade materna e a Depressão Pós-Parto	<p>- As mulheres mais velhas que tem o nascimento do primeiro filho mais tarde, estão relacionadas a níveis mais elevados de sintomas depressivos. (Explaining the curvilinear relationship between age at first birth and depression among women)</p>
	<p>- A idade materna associou-se positivamente à hospitalização por DPP. (Major depressive disorder in the perinatal period: using data linkage to inform perinatal mental health policy)</p>
Como enfermeiro pode atuar para uma detecção precoce da Depressão Pós-Parto (Ex: EDPS)	<p>- A utilidade de aplicar a Escala de Depressão Pós-parto precocemente (na alta hospitalar), em mulheres com sintomatologia depressiva previa, para poder intervir o mais precocemente possível. (Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados)</p>
	<p>- O enfermeiro é fundamental para detetar precocemente a DPP, uma vez que contacta frequentemente com a grávida nas consultas pré-natais e para isso deve estar habilitado para detetar estes casos. (Depressão pós-parto: a importância da detecção precoce e intervenções de enfermagem)</p>
	<p>- Contribui para estimular a investigação quanto a presença dos fatores de risco para DPP ainda nas consultas de pré-natal, apresentando questões acerca da aceitação, presença do parceiro ou da família, com vistas ao desenvolvimento de uma atenção integral à saúde da mulher, voltada tanto à saúde física como mental da mulher e da criança, buscando intervir nos fatores de risco para DPP e fortalecendo os fatores de proteção. (Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica)</p>
	<p>- Cabe aos profissionais de saúde, a promoção, a manutenção e a qualidade do atendimento na assistência à saúde da mulher, disponibilizando cuidados como: conforto psicológico, afeto e educação em saúde na vivência da DPP. (Sintomas depressivos no período puérpera: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh)</p>
	<p>- A EDPS é uma maneira eficaz de se identificar sintomas e interligá-los a diagnósticos clínicos e programar ações de Prevenção no âmbito da Saúde Mental. O enfermeiro tem um papel fundamental na detecção/prevenção da Depressão Pós-Parto (O enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto: revisão integrativa)</p>
	<p>- A utilidade da EDPS, para fazer triagem durante o período pré e pós-parto e consoante o resultado poder encaminhar a mulher para cuidados de saúde mental. (Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care)</p>
	<p>-Eficácia do curso mãe/bebé na redução dos sintomas depressivos em 1 semana, 3 e 6 meses após a intervenção. Os resultados deste estudo sugerem que uma intervenção cognitiva comportamental integrada em programas de visita domiciliar pode prevenir o agravamento dos sintomas depressivos entre mulheres de baixa renda. (Six-Month Outcomes from a Randomized Controlled Trial to Prevent Perinatal Depression in Low-Income Home Visiting Clients)</p>

Apêndice VIII – Questionário aplicado a puérperas/mães com mais de 35 anos de idade

Questionário sobre o estado emocional no pós-parto

agatacipriano@gmail.com [Alternar conta](#)



Não compartilhado

Seção sem título

Consentimento Informado para participar no estudo

Sou enfermeira e encontro-me a frequentar o 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Venho por este meio solicitar a sua participação no meu estudo sobre as complicações emocionais no período pós-parto, nas mulheres com mais de 35 anos de idade.

Peço-lhe que responda ao questionário seguinte. Com os resultados que venha a obter neste estudo, espero contribuir para melhorar a compreensão do estado emocional e a assistência num período tão importante na vida da mulher, como é o nascimento de um filho.

A sua participação é voluntária, não acarreta qualquer risco, podendo desistir a qualquer momento, simplesmente não enviando o formulário preenchido.

O preenchimento do questionário é totalmente anónimo e confidencial, sendo impossível identificar os respondentes.

1ª Parte

Idade? *

Sua resposta _____

Número de semanas após o parto? *

Sua resposta _____

Estado Civil *

Casada

União de Facto

Solteira

Outro: _____

Situação Profissional *

Empregada

Desempregada

Outro: _____

Habilitações Literárias *

4º ano

7º ano

9º ano

12º ano

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Gravidez planeada? *

- Sim
- Não

A gravidez resultou de um projeto conjugal ou independente (mãe solteira) *

- Projeto conjugal
- Independente

Primeira gravidez? *

- Sim
- Não

Gravidez com risco? *

- Sim
- Não

Se sim, quais os riscos?

Sua resposta _____

Tem antecedentes de depressão, crises de ansiedade ou ataques de pânico? *

- Sim
- Não

Se sim, faz medicação habitualmente?

- Sim
- Não

Durante a vigilância da gravidez ou frequência dos cursos de preparação para o parto e parentalidade, alguém (médico, enfermeiro) lhe falou sobre o seu estado emocional, ou sobre as complicações emocionais no período pós-parto? *

- Sim
- Não

Se sim, quem?

- Médico
- Enfermeiro
- Outro: _____

2ª Parte

Peço-lhe que responda a todas as questões, assinalando em cada questão apenas a opção que melhor corresponde ao seu estado de espírito nos últimos 7 dias:

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

- Tanto como dantes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro? *

- Tanta como sempre tive
- Menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

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

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo? *

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

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

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim? *

- Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
- Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- Não, resolvo-as tão bem como antes

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

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz? *

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro? *

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

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

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca

[Voltar](#)

[Enviar](#)

[Limpar formulário](#)

Apêndice IX – Apresentação sobre as complicações emocionais no puerpério nos CPPP



1



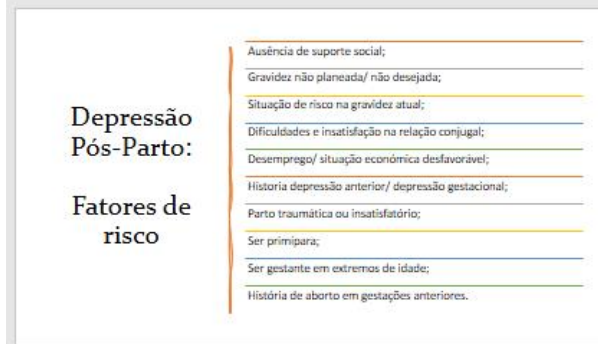
2



5



6





Baby Blues

- Conhecida também por tristeza ou blues pós-parto;
- Bastante frequente em metade das mulheres
- Ocorre com maior frequência entre o 3º e o 14º dia;
- Desaparece espontaneamente, mas não deve ser desvalorizado;
- 40 a 60% das mulheres.

9

Caracteriza-se por:

- Tristeza;
- Choro fácil;
- Indisposição;
- Mudanças bruscas de humor;
- Insegurança;
- Baixa auto-estima;
- Irritabilidade;
- Sensação de incapacidade de cuidar do bebé;
- Excesso de ansiedade;
- Insónias;
- Dificuldade de concentração.

10

Depressão Pós-Parto

- 10% mulheres tem depressão durante a gravidez e pode persistir após o parto;
- Diagnóstico mais frequente no 1º e 3º trimestre de gravidez;
- Surgir durante todo o 1º ano após o parto, mais frequente a partir do 2º mês;
- Sintomas iguais ao baby-blues que se prolongam no tempo;
- Patologia que pode originar perturbações emocionais e cognitivas quer a mãe e criança;
- Deve ser detetada e tratada precocemente.



Caracteriza-se por:

- Sensações de falhar como mãe;
- Incerteza acerca futuro;
- Exaustão, vazio, tristeza, culpa, vergonha ou desvalorização;
- Medo de estar sozinha ou de sair;
- Incapaz de pensar claramente ou tomar decisões;
- Ansiedade relacionada com o seu estado de saúde ou do bebé;
- Culpa ou sentimento de incapacidade em cuidar do recém-nascido.

Sinais

- Vontade incontrolável de chorar;
- Incapacidade;
- Irritabilidade;
- Desinteresse por algumas atividades;
- Alterações de apetite;
- Fadiga;
- Dificuldade na concentração;
- Dificuldade na tomada de decisões.

13

Sintomas

- Pessimismo;
- Tristeza acompanhada muitas vezes por angústia;
- Culpabilidade;
- Desespero;
- Crises de pânico e ansiedade;
- Alterações de humor;
- Perturbações de sono;
- Anorexia;
- Isolamento;
- Diminuição do desejo sexual.

14

Depressão pós-parto no pai?

- 10,4% têm probabilidade de desenvolver depressão;
- Depressão no pai está relacionada com a presença de depressão na companheira ou pode ocorrer isoladamente;
- Desenvolvem sintomas semelhantes aos das companheiras;
- 1 em cada 9 pais sofre depressão pós-parto;
- Altura muito desafiante para os casais, e que traz inúmeros stressores que desorganizam a rotina e o bem-estar dos novos pais.



Estratégias/ Recomendações:

- Fazer uma alimentação equilibrada e fracionada ao longo do dia;
- Realizar atividade física no seu dia;
- Meditação ou outras técnicas de relaxamento;
- Não criar expectativas irrealistas;
- Pedir ajuda se precisar;
- Obrigue-se a reservar algum tempo só para si;
- Se algo estiver a correr mal, faça um esforço para manter uma atitude positiva;
- Não se isolar, nem guardar só para si aquilo que está a sentir;
- O casal deve ter alguns momentos a sós.



Apêndice X – Panfleto sobre as complicações emocionais no puerpério entregues na UCSP

Depressão Pós-parto no pai?

Depressão no pai está relacionada com a presença de depressão na companheira ou pode ocorrer isoladamente. Desenvolvem sintomas semelhantes aos das companheiras.

1 em cada 9 pais sofre depressão pós-parto.

Estratégias/Recomendações:

- Tentar realizar atividade física;
- Não criar expectativas irrealistas;
- Pedir ajuda se precisar;
- Tentar ter tempo só para si;
- O casal deve ter momentos a sós;
- Evitar isolarse;
- Descansar enquanto o bebê dorme;
- Partilhar experiências com outras mães/pais que já passaram por vivências do pós-parto (por exemplo: grupos de recuperação do pós-parto);
- Conversar com pessoas significativas;
- **Se necessário, procurar ajuda dos profissionais de saúde.**

* ... A verdade é que a sociedade não tem empatia nenhuma pela puérpera. O que ouvimos é "você está saudável, seu bebê é perfeito, porque é que você pode estar triste? Não seja ingrata!".

Mas o puerpério é ingrato. Você ama enquanto sofre. Você agradece ao mesmo tempo que implora. Você quer fugir enquanto deseja mais do que tudo ficar exaltadamente ali..."

(Diana Erveto - A dor do pai/pai: Preconceitos falar sobre isto, 2016)

Bibliografia:

Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (2015). Direção Geral da Saúde (DGS). Lisboa
Estratégias de Saúde Materna e Obstétrica (2016). Lúcia Lisboa
Estratégias na Maternidade 7ª ed.(2009). Lucinda Lisboa



As complicações emocionais no puerpério



Elaborado por:

- Âgata Cristiano, Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ESF;
- ESF - Coordenadora Margarida Macielino, Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, ACEF Lisboa Central – UCSP Lusa
- Prof. Orientadora Mª Luísa Sotoca-Mayer, ESF.



Puerpério

É uma nova fase da vida da mulher, que tem início após a expulsão da placenta e termina 6 semanas após o parto.

É caracterizado por um período propenso a crises, devido às mudanças físicas e psicológicas que podem ocorrer.

Muitas mulheres consideram difícil a experiência emocional do puerpério, devido a vários fatores:

Anatómicos: mudança abrupta na anatomia da parturiente.

Psicológicos: originados em sentimentos da mulher, fruto das alterações de papéis.

Bioquímicos: resultado da grande variação dos níveis de hormonas sexuais (FSH e LH).

Baby Blues

É conhecida como tristeza ou blues pós-parto e afeta 40 a 60% das mulheres.

Ocorre com maior frequência entre o 3º e o 14º dia após o parto, e conforme aparece, desaparece espontaneamente.

Depressão Pós-Parto

Afeta cerca de 10% das mulheres, e pode ocorrer ainda durante a gravidez e persistir após o parto.

O seu diagnóstico é mais frequente no 1º e 3º trimestre de gravidez ou quando surge no pós-parto, no 2º mês.

Deve ser detetada e tratada precocemente.

Fatores de risco:

- Ausência de suporte social;
- Gravidez não planeada/desejada;
- Desemprego/situação económica desfavorável;
- Ser primípara;
- Ser gestante de extremas idades;
- História de depressão anterior/depressão pós-parto.

Fatores de proteção:

- Suporte familiar/pessoas significativas;

- Gravidez planeada/desejada;
- Relação estável/casada;
- Situação económica favorável;
- Ser multipara;
- Detecção precoce da DPP;

Caracteriza-se por:

- Sensações de falhar como mãe;
- Exaustão, vazio, tristeza, culpa, vergonha ou desvalorização;
- Medo de estar sozinha ou desair;
- Incapaz de pensar claramente ou tomar decisões;
- Ansiedade relacionada com o seu estado de saúde ou do bebé;
- Culpa ou sentimento de incapacidade em cuidar do bebé.



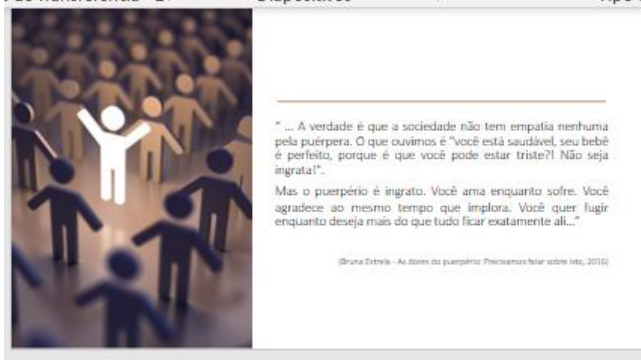
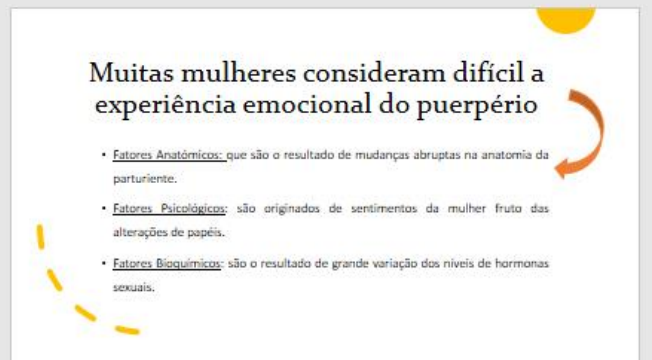
Apêndice XI – Apresentação sobre as complicações emocionais no puerpério nos CRPP



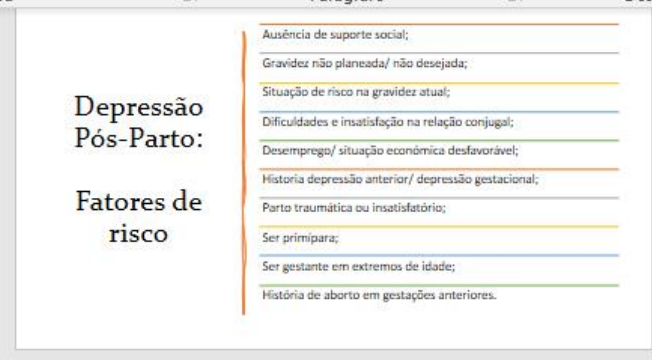
1



2



5



6



8

Depressão Pós-Parto

- 10% mulheres tem depressão durante a gravidez e pode persistir após o parto;
- Diagnóstico mais frequente no 1º e 3º trimestre de gravidez;
- Pode surgir durante todo o 1º ano após o parto, mas é mais frequente a partir do 2º mês;
- Sintomas iguais ao baby-blues, que se prolongam no tempo;
- Patologia que pode originar perturbações emocionais e cognitivas quer a mãe e criança;
- Deve ser detetada e tratada precocemente.



9

Caracteriza-se por:

- Sensações de falhar como mãe;
- Incerteza acerca futuro;
- Exaustão, vazio, tristeza, culpa, vergonha ou desvalorização;
- Medo de estar sozinha ou de sair;
- Incapaz de pensar claramente ou tomar decisões;
- Ansiedade relacionada com o seu estado de saúde ou do bebé;
- Culpa ou sentimento de incapacidade em cuidar do bebé.

10

Sinais

- Vontade incontrolável de chorar;
- Incapacidade;
- Irritabilidade;
- Desinteresse por algumas atividades;
- Alteração do apetite;
- Fadiga;
- Dificuldade na concentração;
- Dificuldade na tomada de decisões.

Sintomas

- Pessimismo;
- Tristeza acompanhada muitas vezes por angústia;
- Culpaabilidade;
- Desespera;
- Crises de pânico e ansiedade;
- Alterações de humor;
- Perturbações de sono;
- Anorexia;
- Isolamento;
- Diminuição do desejo sexual.

Depressão pós-parto no pai?

- 10,4% têm probabilidade de desenvolver depressão;
- Depressão no pai está relacionada com a presença depressão na companheira ou pode ocorrer isoladamente;
- Desenvolvem sintomas semelhantes ao das companheiras;
- 1 em cada 9 pais sofre depressão pós-parto;
- Altura muito desafiante para os casais, e que traz inúmeros stresses que desorganizam a rotina e o bem-estar dos novos pais.

13

Estratégias/ Recomendações:

- Fazer uma alimentação equilibrada e fracionada ao longo do dia;
- Realizar atividade física no seu dia;
- Meditação ou outras técnicas de relaxamento;
- Não criar expectativas irrealistas;
- Pedir ajuda se precisar;
- Obrigue-se a reservar algum tempo só para si;
- Se algo estiver a correr mal, faça um esforço para manter uma atitude positiva;
- Não se isolar, nem guardar só para si aquilo que está a sentir;
- O casal deve ter alguns momentos a sós.



14

Estratégias/ Recomendações:

- Descansar enquanto o bebé dorme;
- Partilhar experiências com outras mães que já passaram pelas vivências do pós-parto;
- Conversar com pessoas significativas sobre aquilo que sente;
- Não ficar muito tempo sozinha;
- Frequentar sessões de grupos para puérperas;
- Se necessário, procurar ajuda dos profissionais de saúde.



Tratamento

- Avaliação profissional;
- Psicoterapia individual;
- Medicação antidepressiva;
- Exercício físico;
- Grupos de recuperação pós-parto.

Apêndice XII – Síntese de Registo de Atividades Práticas

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

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/*Family counselling and health promotion* ✓
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/*Supervision and care to the pregnant woman*
 - Exames Pré-Natais/*Prenatal Examinations* (100) 80
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/*Supervision and care to the women in labor*.
 - Partos eutócicos/*Eutocic deliveries* (40) 47
 - Participação ativa em partos pélvicos/*Active participation in breech deliveries* 0
 - Participação ativa em partos gemelares/*Active participation in multiple births* 1
 - Participação ativa noutras partos/*Active participation in other type of births* 16
 - Episiotomia/*Episiotomy* 5
 - Episiorrafia, perineorrafia/*Episiorrhaphy, perineorrhaphy* 5
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/*Supervision and care to the woman at risk*
 - Gravidez/*Pregnancy* (40) 40
 - Trabalho de parto/*Labor* ✓
 - Puerpério/*Puerperium* ✓
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/*Supervision and care to the women in the postnatal period* (100) 100
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/*Supervision and care to the healthy new-born* (100) 100
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/*Supervision and care to the new-born in need of special care* ✓
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/*Supervision and care to the women with gynaecological pathology* ✓

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

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

10. Prática Simulada/Simulated practice

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

Lisboa, 05/09/2023

Estudante/Student

Ágata Raíssa Cipriano

Docente/Teacher

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

Luísa Sotto-Mayer

11ª Anabela Ferreira dos Santos