



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Saúde Mental na Gravidez: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Vera Lúcia Gordo Polainas

Orientador(es) | Maria Martins
Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2024



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Saúde Mental na Gravidez: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Vera Lúcia Gordo Polainas

Orientador(es) | Maria Martins
Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2024



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Martins (Universidade de Évora) (Orientador)
Maria da Conceição Santiago (Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém) (Arguente)

AGRADECIMENTOS

Este Relatório de Estágio dá forma a um sonho que vivia há demasiado tempo, ser Mestre em Enfermagem e Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Para que isto fosse possível, não posso deixar de agradecer a quem foi imprescindível neste percurso.

Dedico este Relatório de Estágio aos meus queridos Pais Maria do Rosário e Carlos, à minha super Irmã Ana e à minha Sobrinha Francisca, que é o meu amor maior e o meu coração fora do peito.

Obrigada aos meus pais, pelas horas de ausência, pela paciência que demonstraram e pela força que transmitiram sempre que achei que não era capaz. Sem eles não seria o que sou hoje.

À minha irmã e ao meu cunhado Diogo, por toda a força e apoio transmitidos. E ainda, não menos importante, toda a ajuda dada. À minha sobrinha, por ser a minha alegria nos dias mais difíceis e me ensinar o que é um amor inesgotável.

Aos meus avós por, mesmo não entendendo a minha ausência, sempre me apoiarem.

Às minhas três companheiras desta jornada: Vanda, Sara e Lita. À Vanda por formar dupla comigo desde sempre – equipa que ganha não mexe. À Sara e à Lita por toda a ajuda e apoio durante estes dois anos, partilhando bons e outros momentos juntas e dando-me sempre motivos para não desistir.

À professora Doutora Maria da Luz Barros, pela orientação neste Relatório Final.

À professora Antónia Martins, pela orientação deste Relatório Final, pela disponibilidade, compreensão, apoio e motivação que sempre ofereceu, pelos saberes e experiências partilhadas nesta etapa, nem sempre fácil.

A todos os professores e colegas, pela partilha de conhecimentos e experiências.

À Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora, pela oportunidade em frequentar este mestrado.

A todas as Enfermeiras EESMO que me orientaram, pois foram essenciais neste percurso de aprendizagem constante.

Aos meus colegas de trabalho, pois sem a ajuda deles não conseguiria fazer piruetas com horários, para tornar isto possível.

Aos meus amigos, por perceberem a minha ausência e me ensinarem que, mesmo assim, estão comigo, em tudo.

TÍTULO: “Saúde Mental na Gravidez: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”

RESUMO

Introdução: O Estágio de Natureza Profissional permite a aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, encontrando-se incluído no 2º ciclo de formação académica. Baseia-se no desenvolvimento teórico-prático, sob supervisão clínica, fortalecido pela evidência científica.

Objetivo: Documentar o processo de aquisição de competências e contributos para a área.

Metodologia: Descrição reflexiva das experiências vividas e aprofundamento da temática Saúde Mental Perinatal. **Resultados:** Aquisição das competências previstas, com base nos resultados obtidos nos diversos contextos clínicos. A exploração desta temática veio confirmar a necessidade de avaliação da saúde mental da mulher. **Conclusões:** Os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, sendo que as competências adquiridas promovem a qualidade dos cuidados prestados. A exploração da temática revela a importância do seu envolvimento na promoção da Saúde Mental Perinatal.

Descritores (MeSH): *Saúde Mental; Depressão; Período Pós-Parto; Gravidez; Enfermeira Obstétrica*

TITLE: Mental health in pregnancy: Nurse-midwifery interventions

ABSTRACT

Introduction: The professional internship with final report allows the acquisition of specific and common skills by the specialized in maternal and midwifery nurse, as it is included in the 2nd cycle of the academic education. It is based on the theoretical and practical development, under clinical supervision, strengthened by the scientific proof. **Objective:** To document the process of skills acquisition and contributions to the field. **Methodology:** Critical description of the experiences encountered and deepening of the theme of Perinatal Mental Health. **Results:** Skills acquisitions were obtained based on the results of the different clinical contexts. The study of this subject confirmed the necessity to evaluate women's mental health. **Conclusions:** The initial goals were achieved, and the skills acquired promote the quality of the care provided. The study of this subject demonstrates the importance of its involvement in the promotion of Perinatal Mental Health.

Descriptors (MeSH): *Mental Health; Depression; Postpartum; Pregnancy; Nurses Midwife*

Abreviaturas e Siglas

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

ADS - DSM-5 Especificador de Angústia Ansiosa

ARS - Administração Regional de Saúde

BDI - Inventário de Depressão de Beck

BOMI - Bloco Operatório Materno-Infantil

CES-D - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos

CHULC - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DPP - Depressão Pós-Parto

EBSCOhost - *Elton Bryson Stephens Company*

EEESMO - Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENPRF - Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

EPDS - *Edimburg Depression Postpartum Scale*

GAD-7 - Transtorno de Ansiedade Generalizada

GC – Grupo Controle

GI – Grupo Intervenção

GP - Grupo Pandémico

GPP - Grupo Pré-Pandémico

HADS-A - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, subescala de ansiedade

HAPD - Hospital Central de Apoio Perinatal Diferenciado

IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

IG – Idade Gestacional

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MCESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica

MeSH - *Descritores Medical Subject Headings*

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OCI-R - Inventário Obsessivo-Compulsivo-Revisado

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PDSS - *Postpartum Depression Screening Scale*

PF - Planeamento Familiar

PHQ-2 - Questionário de Saúde do Paciente

PROMIS - Sistema de Informação de Medição de Resultados Relatados pelo Paciente

PSI-SF - Parenting Stress Index Short Form

PSOC - Parenting Sense of Competency

PSS - Escala de Stress Percebido

PubMed - Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RCM - Rastreio do Cancro da Mama

RF – Relatório Final

RN – Recém-Nascido

SCL-25 - *Hopkins Symptom Check List*

SIO - Serviço de Internamento de Obstetrícia

SMP - Saúde Mental Perinatal

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOG - Serviço de Obstetrícia e Ginecologia

SRQ-20 - *Self- Report Questionnaire 20*

SUGO - Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia

TDM - Transtorno Depressivo Maior

TEPT - TEPT Perinatal Modificado

TP – Trabalho de Parto

UC - Unidades Curriculares

UE - Universidade de Évora

UE-ESESJD - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

URCI - Unidade de Recobro Cuidados Intensivos

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

INTRODUÇÃO	13
1. ANÁLISE DO CONTEXTO	18
1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	18
1.1.1. Unidade de Saúde A	19
1.1.2. Unidade de Saúde B	22
1.1.3. Unidade de Saúde C	24
1.1.4. Unidade de Saúde D	26
1.2. METODOLOGIA	27
1.2.1. Objetivos de Aprendizagem.....	27
1.2.2. População-Alvo.....	28
1.2.3. Método de Aprendizagem.....	29
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	30
2.1. REVISÃO DA LITERATURA.....	32
2.2. RESULTADOS.....	35
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	56
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	57
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	62
CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICES	75
APÊNDICE A: PROPOSTA DE PROJETO/TESE/DISSERTAÇÃO/ESTÁGIO/TRABALHO DE PROJETO (MODELO T-005), RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA	76

APÊNDICE B: APRESENTAÇÃO “SAÚDE MENTAL PERINATAL – VALOR DO EEESMO” E CERTIFICADO DE FORMADOR	82
APÊNDICE C: PANFLETO “BANHO DO RN”	94
APÊNDICE D: PANFLETO “MEDIDAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO”	96
APÊNDICE E: APRESENTAÇÃO “MEDIDAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO”	99
APÊNDICE F: PANFLETO “TRABALHO DE PARTO: ADMISSÃO NA MATERNIDADE”	113
APÊNDICE G: APRESENTAÇÃO “TRABALHO DE PARTO: ADMISSÃO NA MATERNIDADE”	115
APÊNDICE H: REFLEXÃO PARTO GEMELAR	128
APÊNDICE I: PANFLETO “CONSULTA DE REVISÃO DO PUERPÉRIO	133
ANEXOS	135
ANEXO I: ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)	136
ANEXO II: REGISTO DO CURRÍCULO	140

Índice Figuras

Figura 1: Caracterização demográfica Unidade de Saúde A	21
Figura 2: Taxa Bruta Natalidade Alentejo Central.....	22
Figura 3: Número de Partos do ano 2022 na Unidade de Saúde B	24
Figura 4: Taxa Bruta Natalidade Região Metropolitana de Lisboa	24
Figura 5: Fluxograma PRISMA.....	31
Figura 6: Faixa etária das grávidas.....	42
Figura 7: Paridade	43
Figura 8: Idade Gestacional	43
Figura 9: Gravidez Planeada	44
Figura 10: Diagnóstico Prévio de Depressão	44
Figura 11: Habilitações Literárias.....	45
Figura 12: Emprego.....	45
Figura 13: Nacionalidade.....	45
Figura 14: Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.....	46
Figura 15: Tenho tido esperança no futuro.....	47
Figura 16: Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.....	47
Figura 17: Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo	48
Figura 18: Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.....	49
Figura 19: Tenho sentido que são coisas demais para mim	49
Figura 20: Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.....	50
Figura 21: Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.....	51
Figura 22: Tenho-me sentido tão infeliz que choro.....	51
Figura 23: Tive ideias de fazer mal a mim mesma	52
Figura 24: Score Total EPDS.....	53

Índice Tabelas

Tabela 1: Contextos Clínicos - 1º Semestre	19
Tabela 2: Contextos Clínicos - 2º Semestre	19
Tabela 3: Formulação Pergunta PICO	30
Tabela 4: Categorias/Questões da EPDS.....	34
Tabela 5: Apresentação dos resultados dos artigos incluídos	35

INTRODUÇÃO

A Universidade de Évora (UE) é uma instituição que faculta o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), sendo este um curso de 2º ciclo de formação, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora (UE-ESESJD), que proporciona a aquisição do Grau de Mestre.

O MESMO encontra-se registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e tem parecer favorável por parte da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), que confere o Título de Enfermeiro Especialista. Com a finalização do MESMO, adquirem-se as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b). Estas competências proporcionam ao EEESMO a responsabilidade pela vigilância da saúde da mulher em todas as fases de vida e ainda, a promoção da saúde e deteção precoce de complicações na saúde do recém-nascido (RN) até ao 28º dia de vida. De acordo com as orientações descritas no Plano de Estudos do MESMO (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019) (República, 2019), o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) é uma das Unidades Curriculares (UC) estabelecidas, exigindo a apresentação do Relatório Final (RF) e a sua discussão em Provas Públicas.

O ENPRF teve início no dia 12/09/2022 e término no dia 18/06/2023, sendo composto pelos seguintes contextos clínicos: Cuidados de Saúde Primários, Internamento de Grávidas/Ginecologia, Bloco de Partos e Internamento de Puérperas, sob a orientação pedagógica por professoras da UE-ESESJD e supervisão clínica por um EEESMO nos diferentes contextos clínicos.

Os objetivos do ENPRF, descritos no planeamento desta UC, são os seguintes: - Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; - Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência; - Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

De forma a dar resposta a cada um destes objetivos, foi realizado um Projeto de Estágio (Apêndice A), onde foram descritos os objetivos estabelecidos, as atividades a desenvolver e

os resultados esperados, que convergem para as competências comuns e específicas do EEESMO, a adquirir ao longo dos seis contextos clínicos, bem como a justificação da temática escolhida, de modo a aprofundar conhecimentos e prestar cuidados de excelência.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 2012), Enfermeiro Especialista define-se como

“(...) o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (p.3).

Neste sentido, para que seja possível a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher em todas as fases de vida, é necessário que esta prática seja consolidada com a Prática Baseada na Evidência (PBE), isto é, ao longo de todos os contextos clínicos, foi fundamental aceder a plataformas de investigação, a fim de consolidar a teoria com a prática.

Dando resposta à necessidade de aprofundamento de conhecimento científico numa área temática, que dê contributos para a melhoria da assistência da Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, foi explorado o cuidado à mulher no período perinatal em situação de saúde/desvio de saúde na área da Saúde Mental Perinatal (SMP). Esta temática foi escolhida por se ter percebido, ao longo deste curso, que a saúde mental da mulher é, muitas vezes, subvalorizada e subtratada, não dando oportunidade à mulher de se expressar e explorar os seus sentimentos e dúvidas, junto da família e/ou profissionais de saúde. Deste modo, surgiu a vontade de explorar este tema e a curiosidade em saber como se pode ajudar as mulheres/casais, num futuro como EEESMO.

A SMP diz respeito à saúde mental da mãe e da criança, a qual pode processar-se desde a concepção até ao primeiro ano de vida (Arante et al., 2021). Os sintomas depressivos presentes no pós-parto enquadram-se em três categorias: *blues* pós-parto, depressão pós-parto (DPP) e psicose puerperal (Néné et al., 2016).

A DPP é considerada o transtorno de humor com maior prevalência associado ao parto, afetando mais de uma em cada dez mulheres (Karić & Mivšek, 2022; Seymour-Smith et al., 2021). É de realçar que os desvios da saúde mental estão entre as complicações mais comumente relatadas durante a gravidez, afetando até 20% das mulheres durante e após a gravidez (Baker et al., 2020).

Socialmente, a maternidade continua a ser vista como um período de bem-estar para a mulher e para a sua família e que todas as alterações vividas são normais. Deste modo, a grávida acaba por desvalorizar os seus sentimentos, não os transmitindo à sua família e aos profissionais de saúde à sua volta, pela pressão social de que é vítima (Néné et al., 2016).

A gravidez é considerada um período crítico para o desenrolar deste quadro depressivo, visto ser um período de maior vulnerabilidade para a doença mental, pois o “tornar-se mãe” é o evento mais complexo da nossa vivência (Chaharrahifard et al., 2021; Sahin & Seven, 2018). Deste modo, se a mulher já possuir uma predisposição para a doença, as alterações que vivencia na gravidez podem precipitar o início ou recorrência da mesma (Chakravorty, 2022; Howard & Khalifeh, 2020).

A DPP é caracterizada como um episódio depressivo, não só condicionado à experiência do parto (Silverman et al., 2019) e que, na maioria das vezes, aparece dentro de quatro semanas após o mesmo (Lee et al., 2022). Para o diagnóstico deste transtorno, é imprescindível manter a atenção em determinados sinais e sintomas, como: incapacidade de enfrentar determinadas situações, baixa autoestima, solidão, tristeza, sentimentos de impotência, perturbações do sono e apetite, alterações do peso, falta de energia, alterações de humor, sentimento de culpa, dificuldade de concentração e diminuição da sensação de prazer ao realizar atividades que antes eram consideradas agradáveis (APA, 2013; Catala et al., 2021).

A SMP tende a ser esquecida no decorrer dos exames pré-natais de rotina, o que se torna preocupante no entendimento em que a maioria das mulheres não procura ajuda e os sintomas, já existentes durante a gravidez, tendem a manter-se no período pós-parto (Kingsnton & Tough, 2012). Deste modo, torna-se fundamental o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da mulher durante a gravidez e ainda, da mulher e da criança no período pós-parto (Kingsnton & Tough, 2012), usando ferramentas de triagem eficazes (Hutchens et al., 2021; Molgora et al., 2022; Urbanová et al., 2021).

Sendo considerado este tema como subvalorizado por parte das mulheres e dos profissionais de saúde, considera-se ser de especial relevância para aprofundar no presente RF. Assim, no decorrer do contexto clínico de Grávidas Patológicas, foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Cox & Holden, 2003) (Anexo I), conforme recomendação da DGS (DGS, 2005, 2015), a todas as grávidas a quem foram prestados cuidados.

No decorrer do ENPRF, tornou-se essencial seguir uma Teoria de Enfermagem, de forma a fundamentar a prestação de cuidados especializados. No que diz respeito à Promoção da Saúde Mental existem quatro Teorias de Enfermagem que apresentam alguns contributos

teóricos, sendo elas: Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau (1952), Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2001), Teoria das Transições de Afaf I. Meleis (1997) e a Teoria Modelo de Adaptação de Callista Roy (2001) (Bittencourt et al., 2018). De entre estas quatro, foi selecionada a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau (1952).

Peplau é considerada a referência major da Enfermagem Psiquiátrica e o seu contributo para a ciência da enfermagem passa pelo desenvolvimento da Teoria das Relações Interpessoais, visto ser uma teoria de médio alcance centrada na relação enfermeiro-doente (Tomey & Alligood, 2004). Antes de 1952, período em que esta Teoria foi criada, a prática de enfermagem centrava-se na ação sobre, para e pelo doente, isto é, os enfermeiros deviam agir com base na doença (Tomey & Alligood, 2004). Contudo, Peplau defende que as relações interpessoais entre enfermeiro-doente são essenciais para que os mesmos cresçam juntos (Bittencourt et al., 2018). Deste modo, os enfermeiros não se centram na doença, mas sim no significado dos sentimentos e comportamentos do doente, de forma a explorar os sentimentos do mesmo e incluí-los nas intervenções de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Para que exista uma relação interpessoal entre enfermeiro-doente, Peplau descreve quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. A primeira fase – Orientação – é o primeiro contacto entre enfermeiro-doente e é o momento em que o enfermeiro identifica as necessidades do doente sobre o problema atual, tendo em consideração os sentimentos do mesmo. Na segunda fase – Identificação – o enfermeiro ajuda o doente a definir estratégias para ultrapassar o problema, sendo que reorienta sentimentos e fortalece os traços positivos da personalidade. Na terceira fase – Exploração – a relação enfermeiro-doente deve ser fortalecida ao máximo, de modo que o doente consiga alcançar os seus objetivos e traçar novas metas. Na quarta e última fase – Resolução – é o momento em que o doente começa a quebrar laços que o ligam ao enfermeiro e começa a conseguir resolver os seus problemas de forma autónoma (Bittencourt et al., 2018; Tomey & Alligood, 2004).

Ao longo de todos os contextos clínicos, foi sempre mantida a ideia de que a relação interpessoal, que se estabelece com a mulher/casal, pode ser uma mais-valia para proporcionar momentos felizes ao longo da gravidez e ainda, um desfecho feliz naquele que é o momento mais esperado – o parto. Apesar de terem sido prestados cuidados a mulheres de diversos pontos do Mundo, foi possível estabelecer uma boa relação com cada uma delas, sendo que muitas destas agradeciam por todo carinho e empatia com que eram tratadas. Tudo isto se reflete nesta teoria, pois a relação interpessoal constitui um pilar para a transmissão de sentimentos e receios, de forma que o profissional de saúde consiga intervir.

Após análise da teoria supracitada, considera-se que se adapta ao presente RF, uma vez que demonstra a importância da relação interpessoal enfermeiro-doente, de modo que o doente consiga ultrapassar os seus problemas e seja promovida a saúde mental do mesmo.

O presente RF tem como objetivo descrever de forma reflexiva todo o processo de aquisição de competências comuns e específicas, para a obtenção do Grau de Mestre. Este encontra-se com a seguinte estrutura: inicialmente surge a Introdução; seguindo-se a Análise do Contexto de cada Campo Clínico onde decorreu o ENPRF; posteriormente aparece o Contributo para a Melhoria da Assistência em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, que inclui a Revisão Temática da Literatura centrada na temática escolhida; a Análise Reflexiva sobre o Processo de Aquisição de Competências do EEESMO; as Considerações Finais, as Referências Bibliográficas e por fim os Apêndices e os Anexos, utilizados para complementar todo o trabalho desenvolvido.

O RF foi elaborado respeitando a ordem de serviço nº01/2023, relativo às normas para a realização de trabalhos académicos e científicos escritos na UE-ESESJD, de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e, conforme as normas *American Psychological Associations* 7ª Edição (APA, 2020) e respeita o Regulamento Académico da Universidade de Évora (UE, 2022).

1. ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste capítulo, será descrito pormenorizadamente cada contexto clínico onde decorreu o ENPRF, especificando a estrutura física, recursos humanos e dados estatísticos de cada um deles. Esta análise de contexto torna-se imprescindível no que respeita à compreensão do trabalho desenvolvido, ao longo de todo o ENPRF.

O ambiente de aprendizagem em contexto clínico permite que os alunos preencham a lacuna teórico-prática e obtenham capacidade crítica e argumentativa para a tomada de decisões (Mbakaya et al., 2020), utilizando, para esse efeito, tanto recursos humanos como materiais existentes em cada contexto clínico.

O ENPRF divide-se em seis contextos clínicos, de modo que se possam solidificar os conhecimentos anteriormente aprendidos e adquirir novos conhecimentos, com a ajuda da diversidade de equipas multidisciplinares e metodologias de trabalho diferenciados.

Com o desenrolar do ENPRF tornou-se possível a prestação de cuidados de enfermagem especializados em doente com afeções do foro ginecológico, grávidas, parturientes, puérperas, RN e também a observação da prestação de cuidados especializados na área da neonatologia. Todos estes pontos foram reveladores de extrema importância para a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b).

1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENPRF decorreu em seis contextos clínicos, divididos em dois semestres. O primeiro semestre decorreu de 12 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023, período este que corresponde a 18 semanas, divididas em três contextos clínicos. A tabela seguinte especifica os contextos clínicos realizados ao longo do período supracitado (tabela 1).

Tabela 1: Contextos Clínicos - 1º Semestre

1º Semestre		
Período	Semanas	Contexto Clínico
12 de setembro de 2022 - 21 de outubro de 2022	6	Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde A
24 de outubro de 2022 - 2 de dezembro de 2022	6	Bloco de Partos – Unidade de Saúde B
5 de dezembro de 2022 - 27 de janeiro de 2023	6	Grávidas e Ginecologia – Unidade de Saúde B

Fonte: Elaboração Própria

O segundo semestre decorreu de 6 de fevereiro de 2023 a 18 de junho de 2023, período este que corresponde a 18 semanas, divididas em três contextos clínicos. A tabela seguinte especifica os contextos clínicos realizados ao longo do período supracitado (tabela 2).

Tabela 2: Contextos Clínicos - 2º Semestre

2º Semestre		
Período	Semanas	Contexto Clínico
6 de fevereiro de 2023 – 17 março de 2023	6	Puerpério e Neonatologia – Unidade de Saúde C
20 de março de 2023 – 21 abril de 2023	4	Serviço de Urgência Ginecologia e Obstetrícia – Unidade de Saúde D
24 de abril de 2023 a 18 de junho de 2023	8	Serviço de Urgência Ginecologia e Obstetrícia – Unidade de Saúde D

Fonte: Elaboração Própria

1.1.1. Unidade de Saúde A

A Unidade de Saúde A faz parte da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARS-Alentejo), pertencente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Nesta região, no ano de 2022 contava com 53.577 habitantes residentes. A cidade, do qual a Unidade de Saúde A faz parte, caracteriza-se como sendo sede do quinto município mais extenso de Portugal, com 1307 km² de área (Pordata, 2022a).

A Unidade de Saúde A foi criada em 2006 e integra o Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central, Modelo Unidade de Saúde Familiar-B, que, por sua vez, integra a Administração Regional de Saúde (ARS) Alentejo. Esta USF tem como missão

“(....) a satisfação das necessidades de saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários dos utentes da USF; o cumprimento do Plano Nacional de Saúde, normas oficiais e políticas de saúde em vigor; e corresponder às expectativas de realização profissional e satisfação dos profissionais da USF” (ACSS, 2022a).

Como visão, tem como objetivo “assegurar a resposta em cuidados de saúde, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, aos utentes inscritos (...) de modo que corresponda à satisfação dos utentes e dos profissionais da USF” (ACSS, 2022a). Regem-se, ainda, por valores como: “prestação de um serviço de qualidade; respeito pelos direitos humanos; igualdade de tratamento e respeito no atendimento dos nossos utentes independentemente do seu género, raça ou etnia, religião, estilo de vida, orientação sexual, estatuto social e económico; responsabilidade pela missão e compromissos assumidos” (ACSS, 2022a).

O Plano de Desenvolvimento Organizacional, Modelo B, está orientado para “equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente” (ACSS, 2022b).

De acordo com o parecer n.º 04/ 2016 da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (MCESMO), os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade têm como finalidade fornecer competências para a gravidez, parto e transição para a parentalidade (OE, 2016). Deste modo, esta unidade dispõe do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, lecionado por uma EEESMO, com a regularidade de uma vez por semana. Neste curso, são abordados temas de especial relevância para o período perinatal. São aulas teórico/práticas e demonstrativas de alguns exemplos. É um espaço em que as grávidas, que podem estar acompanhadas da pessoa significativa, podem tirar as suas dúvidas e partilhar experiências vividas no decorrer da gravidez. Além deste Curso, foram realizadas consultas de monitorização da gravidez de baixo risco, consultas de revisão do puerpério, consultas de amamentação, consultas do RN, consultas de Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU), Rastreio do Cancro da Mama (RCM) e consultas de planeamento familiar (PF).

Esta unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar, composta por 8 médicos com especialidade de Medicina Geral e Familiar, 8 enfermeiros (1 EEESMO, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 4 Enfermeiros Generalistas), 6 secretários clínicos e 7 médicos a frequentar o internato médico da formação específica em Medicina Geral e Familiar (Planície, 2022).

O método de trabalho de Enfermagem é por Enfermeiro de Família. Segundo a OE, o Enfermeiro de Família é definido como sendo “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (OE, 2014).

Quanto à sua estrutura física, a mesma encontra-se situada no espaço físico de uma outra Unidade de Saúde. É constituído por quatro pisos, sendo estes partilhados com outra unidade da mesma categoria. A cave dispões das seguintes divisões: dois vestiários para profissionais, duas salas de aprovisionamento, uma sala de sujus e WC’s. No rés-do-chão encontra-se: balcão administrativo, balcão do segurança, sala de espera, WC’s (incluindo para pessoas com mobilidade reduzida), oito gabinetes médicos, sala de tratamentos de enfermagem, sala de observação, copa, WC’s para profissionais e sala de sujus. No primeiro piso existe: sala de espera, WC’s para utentes e outra para profissionais, dois gabinetes de enfermagem para consultas de Diabetes *Mellitus*, Quiropodia e Hipertensão Arterial, gabinete de Saúde Infantil, gabinete de Saúde Materna e Planeamento Familiar, cantinho da amamentação, fraldário, gabinete da vacinação e outro gabinete médico. O segundo piso é de uso exclusivo de outra USF. No quarto piso existe: sala de refeições, sala de reuniões (onde se realizam reuniões de equipa multidisciplinar semanalmente, com apresentação de casos clínicos e do *Journal Club*) e WC’s para profissionais.

Quanto ao horário de funcionamento, funciona de segunda a sexta-feira das 08h00 às 20h00 e aos sábados, domingos e feriados das 08h00 às 14h00. Tem um total de 14.255 utentes inscritos, sendo que 3.354 são mulheres em idade fértil (figura 1) (ACSS, 2022b).

Figura 1: Caracterização demográfica Unidade de Saúde A



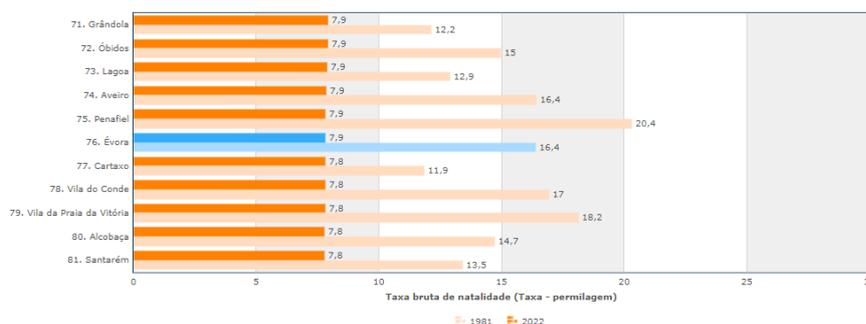
Fonte: ACSS, 2023

1.1.2. Unidade de Saúde B

A Unidade de Saúde B é uma Unidade Hospitalar de carácter público criada em 1495, tendo sofrido diversas alterações e designações ao longo dos séculos. Atualmente está inserida no Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Sub-Região do Alentejo Central (HESE, 2022).

Esta Unidade tem como missão: “prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (HESE, 2022). Como visão sabe-se que pretende “dar resposta às necessidades de cuidados de saúde diferenciados da população que serve” (HESE, 2022). Esta unidade rege-se pelos seguintes valores: respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, excelência técnica, cultura da melhor gestão, respeito pelas normas ambientais, promoção da qualidade, ética, integridade e transparência, motivação e trabalho de equipa (HESE, 2022). A sua atividade decorre 24 horas por dia, durante 365 dias por ano. É um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) e recebe, maioritariamente, parturientes da região do Alentejo (HESE, 2022). Na Sub-Região do Alentejo Central, em 2022 verificou-se uma Taxa Bruta de Natalidade de 7.9% (figura 2) (Pordata, 2023).

Figura 2: Taxa Bruta Natalidade Alentejo Central



Fonte: Pordata, 2023

O Serviço de Obstetrícia e Ginecologia (SOG) localiza-se no 3ª piso do edifício e encontra-se dividido em três grandes áreas: ala esquerda – duas salas como Bloco de Partos, Bloco Operatório Materno-Infantil (BOMI – onde deveriam ser realizadas cesarianas e cirurgias ginecológicas), três quartos de dilatação, quarto para analgesia epidural, gabinete de enfermagem, WC's (para utentes e para profissionais de saúde), sala de sujos, copa, vestiários e sala de reuniões médicas; ala central - secretariado, gabinete “Nascer Cidadão” para registo do RN, sala de admissões e Consulta de Diagnóstico Pré-Natal; ala direita – quartos para puerpério, quartos para grávidas patológicas, quartos para ginecologia, sala de

triagem do RN, sala de rastreio auditivo, gabinete de enfermagem, sala de sujos, aprovisionamento e WC's (para utentes e para profissionais de saúde) (HESE, 2021).

A equipa é constituída por 30 enfermeiras (sendo que 28 Enfermeiras são Especialistas em Enfermagem de Saúde Maternal e Obstétrica – 23 enfermeiras detentoras do Título de EEESMO na carreira de Enfermagem como Enfermeira Especialista e 5 enfermeiras detentoras do Título de EEESMO na carreira de Enfermagem como Enfermeira Generalista, 1 Enfermeira Generalista e 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica), 23 médicos especialistas, 3 internos da especialidade, 14 assistentes operacionais e 3 assistentes técnicas. Este serviço conta com o apoio do Médico Anestesiologista do Bloco Operatório, que se desloca ao serviço sempre que for solicitada analgesia do trabalho de parto (TP) e ainda, do Pediatra de serviço de Neonatologia, que acompanha o RN durante todo o tempo de internamento. O Pediatra faz uma avaliação inicial após o parto, uma avaliação detalhada durante o internamento e uma avaliação final a fim de perceber se o mesmo tem condições para ter alta hospitalar.

A prestação de cuidados rege-se pelo Método de Enfermeiro Responsável, que permite atender às necessidades individuais de cada utente e à prestação de cuidados de forma individualizada, no entanto, na realidade a prestação de cuidados é feita à tarefa. Esta unidade não tem como boa prática o preenchimento do Partograma. A distribuição das utentes por Enfermeiro é realizada no início do turno da manhã pela Enfermeira Gestora e mais tarde, pelo enfermeiro responsável de turno para os restantes turnos do dia. Deste modo, ao longo de cada turno, os Enfermeiros realizam as intervenções destinadas e ainda, aquelas que consideram relevantes de ser acrescentadas, a cada utente que lhes foi atribuída. O rácio enfermeiro/doente é de 1/5 no internamento e de 1/3 em sala de partos, sendo que o serviço não cumpre as dotações seguras estipuladas pela OE (OE, 2019c).

Cada RN detém de uma pulseira eletrónica devidamente identificada e que aciona um alarme sempre que o RN ultrapassar o perímetro identificado como de segurança. Estas pulseiras são desativadas no dia da alta clínica, pelas enfermeiras de serviço, pois são as únicas profissionais conhecedores do código de ativação/desativação.

Segundo dados do site Transparência do SNS, no ano 2022 realizaram-se um total de 1049 partos, sendo que 442 destes partos foram distócicos por cesariana (figura 3) (Transparência, 2023).

Figura 3: Número de Partos do ano 2022 na Unidade de Saúde B

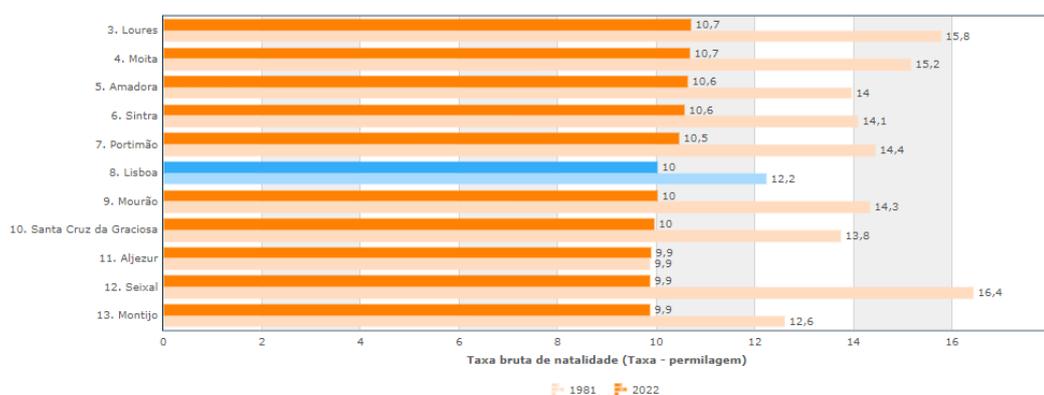


Fonte: Transparência - SNS, 2023

1.1.3. Unidade de Saúde C

A Unidade de Saúde C é uma Unidade Hospitalar de gestão privada, criada em 2000, que faz parte de um Grupo com inúmeros Hospitais e Clínicas. Está localizada na região área metropolitana de Lisboa e é composta por 3 torres unidas entre si, dispondo de várias especialidades médicas. No ano 2022, nesta região, existiam 546.923 habitantes residentes. Esta cidade caracteriza-se por ser a maior cidade do país, com 100,05 km² de área. O distrito a que pertence é formado por 16 municípios e 134 freguesias (Pordata, 2022a). Segundo a Pordata, na mesma região, em 2022, verificou-se uma Taxa Bruta de Natalidade de 10% (figura 4) (Pordata, 2023).

Figura 4: Taxa Bruta Natalidade Região Metropolitana de Lisboa



Fonte: Pordata, 2023

A Unidade de Saúde C tem como missão “alcançar os melhores resultados de saúde na perspetiva dos doentes através de um diagnóstico e tratamento rápido e eficaz, com absoluto

respeito pela sua individualidade e criar uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais” (Luz, 2022a). Tem como visão “ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde de elevada especialização e complexidade, pela prática de uma medicina de excelência e inovação integrada com o ensino e a investigação” (Luz, 2022b). A sua atividade decorre 24 horas por dia, durante 365 dias por ano e recebe parturientes de todas as regiões do país. Segundo dados obtidos no serviço, no ano 2022 realizaram-se um total de 3347 partos nesta instituição.

O Serviço de Internamento de Obstetrícia (SIO) localiza-se nos 4º e 5º pisos da torre C. o 4º piso encontra-se dividido em 2 alas: é composto por quartos individuais, proporcionando o alojamento conjunto com o acompanhante de cada puérpera, cada um deles com WC privado, num total de 27 quartos. A Ala A é composta por 13 quartos individuais e áreas de acesso reservado; a Ala Central é composta pelo balcão central onde se encontra a receção do internamento, sala de espera, WC’s para profissionais, sala de pausa, gabinete de coordenação, sala de enfermagem, gabinete “Nascer Cidadão”, Unidade de Neonatologia, sala de sujios, sala de arrumos de roupa limpa, sala de registos, balcão central de enfermagem, copa, sala de material de consumo e sala de cuidados ao RN; a Ala B é composta por 13 quartos individuais, áreas de acesso reservado e arrecadação do serviço. O 5º piso também é constituído por 2 alas, contudo o SIO apenas dispõe de uma das alas. Assim, a Ala A é composta por 13 quartos individuais, gabinete de cuidados ao RN e de registo, WC’s para profissionais e áreas de acesso reservado (Luz, 2022c). Esta unidade conta, ainda, com uma Consulta de Apoio à Mãe e ao RN, que, como o próprio nome indica, é possível dar apoio no pós-parto à puérpera, RN e família, bem como tirar dúvidas que possam existir.

A equipa é constituída por 92 médicos obstetras, 34 enfermeiros (destes, apenas 3 são EEESMO e 2 estão a frequentar o MESMO, e exercem funções a tempo inteiro; outros 2 EEESMO são prestadores de serviço) e 22 auxiliares de ação médica. O serviço conta, ainda, com a equipa de Pediatria, que realiza uma avaliação detalhada ao RN nas primeiras 24 horas de vida. O rácio enfermeiro/doente é de 1/7, sendo que o serviço não cumpre as dotações seguras estipuladas pela OE (OE, 2019c). O método de trabalho praticado neste serviço é o Método por Enfermeiro Responsável, em que a cada enfermeiro lhe é distribuído um número de puérperas por turno. Este método é vantajoso, visto ser proveitoso o acompanhamento da puérpera pelo mesmo profissional, durante todo o período de internamento, pois a Enfermeira Gestora faz a distribuição das puérperas no início do turno da manhã, de modo que seja possível. Nos restantes turnos, a distribuição fica a cargo do enfermeiro responsável do turno.

Cada RN é identificado com uma pulseira eletrónica devidamente identificada, que aciona um alarme sempre que o mesmo se aproximar da porta de entrada do serviço, ou caso a pulseira esteja larga ou danificada. Esta pulseira só é retirada no dia da alta clínica.

A Unidade de Neonatologia encontra-se inserido dentro do SIO, no 4º piso da Torre C. É composto por 10 unidades, devidamente equipadas com todo o material necessário, incluindo cuidados intensivos e ventilação invasiva. Destas 10 unidades, 1 funciona como isolamento. A Unidade de Neonatologia destina-se a cuidar de RN's que careçam de cuidados específicos na transição da vida fetal para a neonatal, a partir das 32 semanas de gestação. Tal como o SGO, funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano. Trata RN's que tenham nascido no próprio hospital, que tenham nascido noutras unidades com referência para este hospital e ainda, que recorram às urgências do hospital. Esta unidade conta com 15 enfermeiros (3 exercem funções a tempo inteiro e 12 são prestadores de serviço); a equipa de auxiliares de ação médica é a mesma que no SIO e conta, ainda, com o apoio de pediatras de serviço, que realizam a avaliação do RN ao longo de todo o tempo de internamento.

1.1.4. Unidade de Saúde D

A Unidade de Saúde D foi criada em 1932 e é um Hospital de gestão pública do SNS, especializado em Obstetrícia e Ginecologia, pertencente a um Centro Hospitalar Universitário, localizado em Lisboa.

Esta unidade tem como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS)” (SNS, 2022). É um HAPD e a sua atividade decorre 24 horas por dia, durante 365 dias por ano, recebendo mulheres da zona de influência do hospital mas, também, de todas as regiões do país (CHULC, 2020). Segundo dados obtidos no serviço, no ano 2022 realizaram-se um total de 3321 partos.

O Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia (SUGO) localiza-se no piso 0, encontrando-se dividido por zona de quartos de dilatação/partos e zona de urgência para admissão. O SUGO é constituído da seguinte maneira: 10 quartos de dilatação, equipados com cromoterapia e bola de pilates, além de todo o material necessário no decorrer do tempo de internamento; uma sala *Snoezelen* que dispõe de aromoterapia, cromoterapia, musicoterapia, bola de pilates e também, hidroterapia; zona de trabalho de enfermagem; copa, WC's funcionários; Direção Serviço Urgência; Sala ECO; Espaço Bebê; 3 Gabinetes de Urgência; 2 gabinetes de triagem; Sala CTG; Serviço Observação com duas camas; zona

sujos; acesso ao Bloco Operatório de Obstetrícia; acesso ao Bloco Operatório de Ginecologia; Neonatologia; sala de médicos; gabinete da chefia e URCI (Unidade de Recobro Cuidados Intensivos) com 3 camas.

A equipa é constituída por 61 enfermeiros (49 EEESMO e 12 generalistas) que se dividem em 6 equipas (cada equipa é constituída por 2 enfermeiros generalistas e 8 EEESMO), cerca de 85 médicos obstetras e internos da especialidade, também eles divididos por equipas e 16 auxiliares de ação médica. Este serviço conta com o apoio do pediatra de serviço e também, com o anestesista do Bloco Operatório, que se desloca ao serviço sempre que for solicitada analgesia do TP.

A prestação de cuidados rege-se pelo Método Enfermeiro Responsável, que permite atender às necessidades individuais de cada utente e à prestação de cuidados de forma individualizada. É, também, prática desta unidade, o preenchimento do Partograma, que ajuda a perceber a evolução do TP das parturientes internadas.

Cada RN detém de uma pulseira eletrónica devidamente identificada e que aciona um alarme sempre que o RN ultrapassar o perímetro identificado como de segurança. Estas pulseiras são desativadas aquando da transferência para o internamento de puerpério e novamente ativadas à chegada do serviço.

1.2. METODOLOGIA

No presente subcapítulo é descrita a Metodologia referente ao ENPRF, sendo que serão apresentados os Objetivos de Aprendizagem, a População-Alvo e o Método de Aprendizagem adotado para atingir os objetivos.

1.2.1. Objetivos de Aprendizagem

Os objetivos de aprendizagem do ENPRF encontram-se descritos no Planeamento desta UC, sendo eles:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
 - a) no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
 - b) no período pré-natal;
 - c) no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
 - d) nos vários estádios do Trabalho de Parto em situação de saúde/desvio de saúde;

- e) no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
 - f) durante o período pós-natal;
 - g) a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - h) demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência (PBE);
3. Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no Estágio de Natureza Profissional.

Os objetivos do ENPRF têm a finalidade de adquirir as Competências Específicas do EEESMO, definidas no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b). Deste modo, estes objetivos correspondem às competências descritas no regulamento:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

1.2.2. População-Alvo

A População-Alvo do Presente RF inclui todas as mulheres/famílias inseridas na comunidade, a quem foram prestados cuidados de enfermagem especializados, ao longo das 36 semanas em contexto clínico.

Esta população engloba todas as mulheres/famílias que foram alvo de cuidados nos seguintes serviços: Cuidados de Saúde Primários, Internamento de Grávidas Patológicas e Ginecologia, Internamento em Puerpério e Sala de Partos.

1.2.3. Método de Aprendizagem

O ENPRF foi realizado sob a supervisão clínica de um EEESMO, em cada contexto clínico e com a orientação pedagógica da Professora da UE-ESESJD. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a supervisão clínica é vista como

“(...) um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e o supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” (OE, 2020).

O exercício de Enfermagem em Supervisão Clínica torna-se fundamental para sustentar uma relação supervisiva, de modo a garantir a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados e por forma a assegurar a aquisição de competências por parte do supervisionado (República, 2018). Deste modo, Enfermeiro Supervisor Clínico distingue-se pelo “processo de supervisão que detém um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de Enfermagem e da Supervisão Clínica, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área” (República, 2018). Assim, com a orientação dos vários supervisores clínicos, foi possível definir estratégias para garantir o processo de aprendizagem, como por exemplo: observação de cuidados especializados prestados por parte dos EEESMO; treino clínico e prestação de cuidados especializados; análise reflexiva de casos clínicos específicos; esclarecimento de dúvidas através de pesquisa bibliográfica ou diretamente com os EEESMO's; pesquisa bibliográfica para aprofundamento de conhecimentos teóricos e para realização da revisão da literatura; participação ativa na formação em serviço; desenvolvimento de atividades ao longo do ENPRF, que serão descritas a pormenor no capítulo destinado à aquisição de competências. Foram, também, realizadas reuniões de avaliação intercalar e final, em cada contexto clínico, em conjunto com a Professora Orientadora e com cada Supervisor Clínico. Além destas, foram ainda realizadas reuniões com a Professora Orientadora, a fim de obter ajuda para a execução deste RF.

2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A Enfermagem é, frequentemente, desafiada a procurar novo conhecimento científico de modo a promover a melhoria dos cuidados prestados (Galvão et al., 2004). Deste modo, o MESMO exige a aquisição de competências e ainda, a melhoria dos cuidados prestados, com base na evidência científica disponível e atualizada.

A Revisão da Literatura é um método de investigação que “permite a procura, a avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis sobre um tema investigado” (Sousa et al., 2017). Assim sendo, para a concetualização da temática em estudo, tornou-se imprescindível recorrer a este método de investigação. Neste sentido, este capítulo diz respeito à Revisão Temática da Literatura (Moreira, 2004) sobre a temática escolhida e à apresentação dos resultados obtidos na prática clínica.

A presente revisão tem como objetivo geral descrever a saúde mental da grávida em fase perinatal e como objetivos específicos: - Identificar o risco de desenvolver depressão; - Referenciar os casos detetados para encaminhamento especializado. Foi formulada a questão norteadora a partir do método PICO (Sousa et al., 2018), definindo-se como “Existem sinais/sintomas depressivos ou risco de depressão durante a gravidez em estudos que usem a EPDS?” (tabela 3).

Tabela 3: Formulação Pergunta PICO

ACRÓNIMO	DESCRIÇÃO	COMPONENTE DA QUESTÃO
P	População	Grávidas
I	Intervenção	Despiste de sinais de vulnerabilidade da saúde mental
C	Contexto	Durante a gravidez
O	Resultados	Identificar sinais de vulnerabilidade da saúde mental

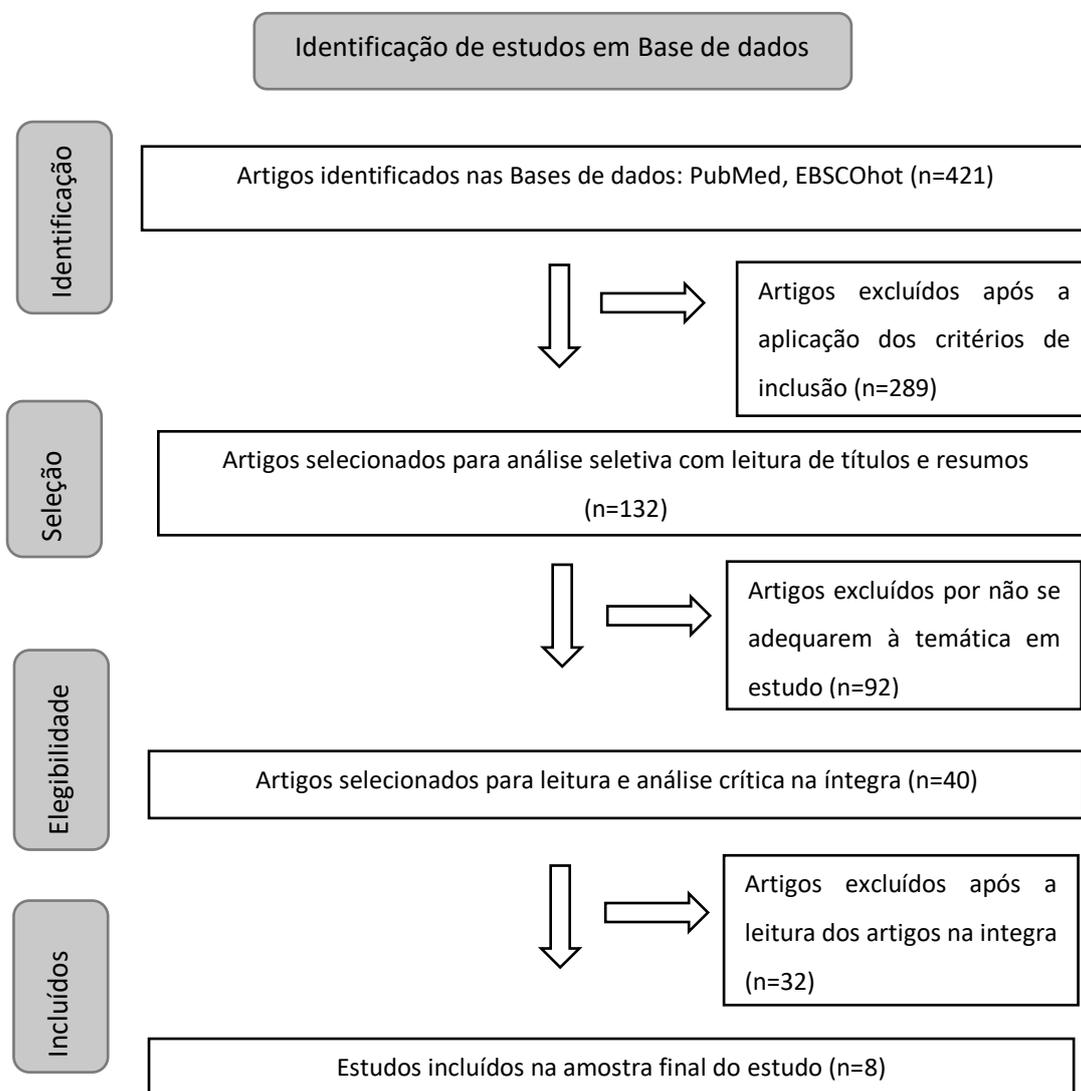
Fonte: Elaboração própria, adaptado de Sousa et al., (2018)

Para a realização desta Revisão Temática da Literatura, recorreu-se aos seguintes motores de busca: Biblioteca Nacional de Medicina (NLM®) dos Estados Unidos - PubMed ®

e Elton Bryson Stephens Company (EBSCOhost), usando como estratégia de pesquisa os Descritores Medical Subject Headings (MeSH) *Postpartum Depression; Symptoms; Pregnancy; EPDS* e foi utilizado o operador booleano “AND” para o efeito. Foram definidos como critérios de inclusão: período de 2018-2022, texto completo, artigos de revisão, grávidas, texto em português, espanhol ou inglês; como critérios de exclusão: artigos de anos anteriores a 2018, revisão sistemática ou integrativa da literatura, duplicados, excluídos pós leitura do título e resumo, texto incompleto e texto noutras línguas que não português, espanhol ou inglês.

Baseado na Metodologia PRISMA, apresenta-se um fluxograma que representa a seleção feita manualmente e os critérios aplicados para o número de artigos final (figura 5) (Page et al., 2021). Cada artigo foi classificado quanto ao Nível de Evidência segundo Briggs (Briggs, 2013).

Figura 5: Fluxograma PRISMA



Fonte: Elaboração própria adaptado de Page et al. (2021)

2.1. REVISÃO DA LITERATURA

Atualmente, existe a imagem de que a mulher vive a gravidez e o pós-parto como um período de grande felicidade, considerando que os desconfortos que possa sentir são normais, acabando por os desvalorizar. Esta desvalorização é devida à pressão familiar, social e não menos importante, da que lhe é imposta por si própria, de que a maternidade é um período sem dificuldade (Krauskopf & Valenzuelac, 2020; Néné et al., 2016; Val & Míguez, 2023). Embora o período perinatal seja percebido como um período de felicidade, este também pode trazer desafios físicos, biológicos e emocionais (Noonan et al., 2016; Yu et al., 2020), que podem culminar em alterações da saúde mental da mulher.

A SMP, como referido anteriormente, foca-se na saúde mental da mulher desde o momento da conceção até ao primeiro ano de vida do RN (Silverwood et al., 2019). Para estudar a SMP, existe a Psiquiatria Perinatal, que se preocupa com a prevenção, deteção e tratamento de problemas de saúde mental que podem complicar a gravidez e o período pós-parto, quer seja a primeira vez ou já exista história prévia (Chakravorty, 2022; Rema et al., 2022).

O nascimento de um filho acarreta um impacto significativo na saúde mental da mulher, podendo levar a desenvolver quadros de doença, como: *baby blues*, transtornos de ansiedade, depressão pós-parto, psicose puerperal e transtornos de *stress* pós-traumático (Molgora et al., 2022).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada cinco mulheres desenvolverá um problema de saúde mental durante a gravidez ou no primeiro ano pós-parto (OMS, 2022), sendo que a Doença Mental Perinatal constitui uma das principais causas de morte materna (Baker et al., 2020).

Os transtornos mentais que podem surgir durante a gravidez incluem: ansiedade, *stress*, instabilidade, medo e depressão (Cordero et al., 2018). Já no período pós-parto, o transtorno mais comumente vivenciado diz respeito à DPP, que afeta mais de uma em cada dez mulheres (Karić & Mivšek, 2022; Seymour-Smith et al., 2021), sendo definida como um episódio depressivo não só condicionado ao parto (Silverman et al., 2019), que ocorre dentro de quatro semanas após o mesmo (Lee et al., 2022).

Estudos indicam que 45% a 65% das mulheres que sofrem de DPP têm o primeiro sintoma no primeiro ano pós-parto, considerando que 17% destas são mulheres sem história prévia de doença mental (Seymour-Smith et al., 2021). É de destacar que 50% das mulheres com doença mental pré-existente têm uma recaída durante o período perinatal (Phillips &

Thomas, 2015). Sabe-se que a prevalência de ansiedade durante a gravidez é de 10% em países desenvolvidos e 25% em países em desenvolvimento (Alikamali et al., 2020). É, portanto, de realçar que a gravidez e o pós-parto são dois momentos que acarretam mais vulnerabilidade para desenvolver depressão na mulher (Bray et al., 2019).

No entanto, um desvio da saúde mental pode não ser reconhecido, devido às mudanças, tanto físicas como psicológicas, que a mulher passa durante toda a gravidez e pós-parto. Sabe-se, ainda, que mulheres que sofreram sintomas depressivos durante a gravidez, têm um risco aumentado de dificuldades psicossociais no pós-parto, do que mulheres que não sofreram nenhum destes sintomas (Cheng et al., 2021).

Os fatores de risco associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos incluem: gravidez na adolescência ou indesejada, abuso sexual ou físico, baixo nível de escolaridade, *status* socioeconómico, dependência financeira, falta de apoio social e/ou financeiro, eventos de vida anteriores *stressantes*, antecedentes pessoais ou familiares de transtornos mentais, problemas conjugais e familiares, multiplicidade de papéis, alterações hormonais, complicações durante a gravidez, complicações durante o parto e violência obstétrica (Campos & Rodrigues, 2015; Dekel et al., 2019; Goren et al., 2020; Molgora et al., 2022; Seymour-Smith et al., 2021).

A Depressão caracteriza-se por inúmeros sintomas, aos quais a equipa multidisciplinar deve estar atenta, como por exemplo: incapacidade de enfrentar determinadas situações, baixa autoestima, solidão, tristeza, sentimentos de impotência, vazio, perda, perturbações do sono e apetite, alterações do peso, falta de energia e motivação, alterações de humor, sentimento de culpa, dificuldade de concentração, preocupação excessiva e anedonia, isto é, diminuição da sensação de prazer ao realizar atividades que antes eram consideradas agradáveis (APA, 2013; Catala et al., 2021; Cordero et al., 2018; OMS, 2022; Rompala et al., 2016). Ainda segundo Rompala et al. (2016), estes sintomas podem ser acompanhados de alterações somáticas e cognitivas, que podem afetar a capacidade funcional da mulher.

Atualmente os cuidados de saúde mentais perinatais constituem um recurso de saúde que se gostaria que fossem facilmente acessíveis, equitativos e culturalmente adequados a cada mulher (Markey & Ibejaero, 2022). No entanto, segundo Campos e Rodrigues (2015), a Depressão é considerada uma das doenças que acarreta mais gastos na saúde da mulher e conseqüentemente, maior afastamento dos locais de trabalho. Para evitar esta situação, é necessário que os profissionais de saúde, independentemente da sua categoria, consigam identificar os sinais para que seja possível a resolução deste problema. Ou seja, ao reconhecer uma situação de risco, deve ser feita a referenciação para os serviços especializados na área da SMP (Markey & Ibejaero, 2022).

Sabe-se que os cuidados de saúde são muito centrados na saúde física da mãe e do feto, reduzindo o foco para a saúde mental (Savory et al., 2022). Deste modo, as grávidas sentem relutância para falar sobre os seus sintomas e sobre o que as preocupa, com medo de existir estigma por parte de quem as cuida (Schouten et al., 2021; Silverwood et al., 2019). Para que esta relutância seja diminuída, é necessário que os cuidados à saúde mental da grávida sejam mais disponíveis, funcionais e sustentáveis (Graham et al., 2022).

A ausência do uso de ferramentas de triagem constitui uma falha no diagnóstico de possíveis desvios na saúde mental da grávida, levando a subtratamento da mesma (Rompala et al., 2016). Neste sentido, é imprescindível que os profissionais de saúde saibam que escalas existem e como as utilizar.

A *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* é a ferramenta de triagem mais utilizada, pois foi traduzida para várias línguas, nomeadamente o português (Augusto et al., 1996). Atualmente é utilizada para identificar o risco de desenvolver depressão no período perinatal, sendo que pode ser aplicada em grávidas e em puérperas.

Através dos resultados obtidos às questões feitas na EPDS, é possível distinguir se a mulher está numa fase de anedonia, ansiedade ou depressão (Heller et al., 2022b). A tabela seguinte revela as diferenças (tabela 4).

Tabela 4: Categorias/Questões da EPDS

ANEDONIA	ANSIEDADE	DEPRESSÃO
✓ Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas	✓ Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal	✓ Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal
✓ Tenho tido esperança no futuro	✓ Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo	✓ Tenho-me sentido triste ou muito infeliz
	✓ Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo	✓ Tenho-me sentido tão infeliz que choro
	✓ Tenho sentido que são coisas demais para mim	✓ Tive ideias de fazer mal a mim mesma

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Heller et al. (2022)

2.2. RESULTADOS

Na tabela seguinte, serão apresentados, de forma sistemática, os oito artigos considerados de maior relevância, para dar resposta à pergunta PICO e aos objetivos inicialmente propostos (tabela 5).

Tabela 5: Apresentação dos resultados dos artigos incluídos

Artigo, Autores, Ano	Tipo de Estudo e Nível de Evidência	Objetivo Estudo	Amostra	Resultados Obtidos
<i>Depressive symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study</i> (Sahin & Seven, 2018)	Estudo Prospetivo – Nível de Evidência 3	Determinar a prevalência e os fatores de risco da depressão pós-parto e as mudanças ao longo do tempo, desde a gravidez até ao período pós-parto	497 Grávidas	Através da aplicação de duas escalas: Inventário de Depressão de Beck (BDI, 1961) e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS, 1987). <input checked="" type="checkbox"/> De todas as participantes, 13.5% apresentaram sintomas depressivos durante a gravidez. <input checked="" type="checkbox"/> Nas Maldivas, a prevalência de sintomas depressivos às 36 semanas de gestação é de 24%. <input checked="" type="checkbox"/> Na Holanda, a prevalência de depressão provável do início ao fim da gravidez foi de 5.4% a 10%, respetivamente. <input checked="" type="checkbox"/> A avaliação da DPP deve ser iniciada durante a gravidez e continuada no pós-parto. <input checked="" type="checkbox"/> Fatores que diminuem a prevalência de DPP: maior idade das mulheres e maridos, casamentos mais longos e, ainda, ter mais de um filho. <input checked="" type="checkbox"/> Para reduzir a prevalência de DPP, é essencial que os profissionais de saúde realizem visitas domiciliárias no pós-parto, prestem apoio por telefone e realizem o encaminhamento para psicoterapia interpessoal. <input checked="" type="checkbox"/> Os profissionais de saúde devem preparar as mulheres e famílias para o parto e período pós-parto, de modo a reduzir o medo e a ansiedade durante a gravidez. <input checked="" type="checkbox"/> A depressão durante a gravidez foi identificada como o principal fator de risco para desenvolvimento de DPP. Os EEESMO's devem estar em contacto contínuo com as mulheres, durante a gravidez, de modo a terem condições de identificação de fatores de risco de DPP, para realizar o encaminhamento especializado.
<i>Perinatal depressive symptoms often start in the prenatal rather than postpartum</i>	Estudo Longitudinal – Nível de Evidência 3	Descrever os sintomas depressivos perinatais.	1179 Grávidas	Grupos de Grávidas: > Corte 1 (C1) – 858 mulheres com 4-10 semanas de gravidez; > Corte 2 (C2) – 321 mulheres com 28-33 semanas de gravidez; > Ambos os cortes foram acompanhados até 3 meses após o parto. Foram aplicadas as seguintes escalas: EPDS (1987), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE, 1996), Escala de Stress Percebido (PSS, 1983), Transtorno de Ansiedade

<p><i>period: results from a longitudinal study</i></p> <p>(Wilcox et al., 2021)</p>				<p>Generalizada (GAD-7), DSM-5 Especificador de Angústia Ansiosa (ADS), Sistema de Informação de Medição de Resultados Relatados pelo Paciente (PROMIS), Inventário Obsessivo-Compulsivo-Revisado (OCI-R), Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-2), TEPT Perinatal Modificado (TEPT).</p> <p>Quase 10% das mulheres iniciaram a gravidez com sintomas depressivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> A prevalência foi praticamente a mesma em 4 semanas e 3 meses após o parto. <input checked="" type="checkbox"/> A prevalência aumentou para 16% no 3º trimestre. <input checked="" type="checkbox"/> 80% dos casos incidentes ocorreram durante a gravidez, sendo que 33% destes iniciou no 1º trimestre, 24% no 2º trimestre e 22% no 3º trimestre. <input checked="" type="checkbox"/> Não existiram diferenças na história de saúde mental relatada ou experiências de vida entre os grupos. <input checked="" type="checkbox"/> Diferenças nos sintomas e diagnósticos nos dois grupos: C1 – fadiga e náuseas; C2 – lombalgias, distúrbios do sono, ansiedade, sintomas depressivos, dificuldade em controlar o peso e diabetes gestacional. <input checked="" type="checkbox"/> Uma em cada quatro mulheres (27%) relatou ter sofrido depressão em algum momento previamente à gravidez. <input checked="" type="checkbox"/> No início do estudo, 10% das mulheres de C1 pontuaram “provável TDM (Transtorno Depressivo Maior)”. Este valor aumentou para 13% no final do 1º e 2º trimestre, e para quase 16% no final do 3º trimestre. Estes valores desceram para 10% novamente, no pós-parto. <input checked="" type="checkbox"/> Em C2, 12,7% das mulheres no início do estudo e 10,7% das mulheres no final do 3º trimestre pontuaram “provável TDM”. Após o parto, em cada grupo, os valores caíram para 9,6% e 8%, respetivamente. <p>Os sintomas depressivos incidentes foram definidos com uma pontuação ≥ 14 na Escala EPDS (“provável TDM”).</p>
<p><i>Transient vs enduring distress in late pregnancy using the EPDS: a brief longitudinal exploratory study</i></p> <p>(Agostini et al., 2019)</p>	<p>Estudo Exploratório – Nível de Evidência 3</p>	<p>Relatar o fenómeno de sofrimento transitório em mulheres durante o 3º trimestre de gravidez.</p>	<p>84 Grávidas</p>	<p>Grupos de Grávidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ T1 – 84 mulheres no 3º trimestre de gravidez; ➢ T2 – 84 mulheres 8 e 42 dias após o parto. <p>Foi aplicada a EPDS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Aproximadamente metade das mulheres que pontuaram alto na EPDS em T1, não pontuaram alto em T2 – 40% para um total de ≥ 9; 59% para um total de ≥ 10. <input checked="" type="checkbox"/> Cerca de metade das mulheres que pontuaram alto na EPDS apresentaram apenas sofrimento transitório no 2º e 3º trimestre. <input checked="" type="checkbox"/> Poucos dos pontuadores de T1 baixos pontuaram alto em T2, usando qualquer limite – 7% para um total de ≥ 9; 5% para um total de ≥ 10. <input checked="" type="checkbox"/> Para ambos os limiares, as diferenças nas percentagens de variação ao longo do intervalo T1-T2 para pontuadores altos e baixos foi estatisticamente significativa – T2 40% vs T1 7% (para um total de ≥ 9) e T2 59% vs T1 5% (para um total de ≥ 10). <input checked="" type="checkbox"/> Estes achados foram semelhantes, mesmo quando analisados em separado para o grupo testado novamente 3 semanas pós-parto. <input checked="" type="checkbox"/> O grupo testado 8 a 10 dias pós-parto tinha um padrão de achados semelhante ao grupo testado 42 dias pós-parto. Contudo, os pontuadores iniciais altos eram mais propensos a mudar de classificação do que os pontuadores iniciais baixos.

				<p><input checked="" type="checkbox"/> ¼ daqueles com sofrimento transitório (EPDS ≥ 10 em apenas um momento), tiveram uma diminuição da sua pontuação EPDS de pelo menos 3 pontos.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Para o limiar mais alto (≥ 10) - Enquanto metade dos pontuadores altos em T1 não pontuaram alto em T2, 1/3 dos pontuadores altos em T1 sofreram uma queda suficientemente grande em EPDS para sugerir que tiveram melhoria de humor.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Para o limiar mais baixo (≥ 9) - Aproximadamente ¼ dos pontuadores altos em T1, que tiveram pontuação baixa em T2, tiveram uma descida de 3 ou mais pontos, indicando uma mudança de humor dos participantes.</p> <p>Para os participantes com pontuação alta em T1 mas baixa em T2, todos mudaram em pelo menos 3 pontos, indicando deterioração do seu humor.</p>
<p><i>The COVID-19 outbreak increases maternal stress during pregnancy, but not the risk for postpartum depression</i></p> <p>(Boekhorst et al., 2021)</p>	<p>Estudo de Corte Prospectivo – Nível de Evidência 3</p>	<p>Comparar sintomas perinatais de depressão e stress durante e antes da pandemia por Covid-19</p>	<p>669 Grávidas</p>	<p>As participantes preencheram um questionário durante os 3 trimestres da gravidez e 8 a 10 semanas após o parto.</p> <p>Grupo Pré-Pandémico (GPP):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ T1 – 393 mulheres no 1º trimestre de gravidez; ➢ T2 – 350 mulheres no 2º trimestre de gravidez; ➢ T3 – 350 mulheres no 3º trimestre. ➢ 250 destas também responderam a avaliação no pós-parto. <p>Grupo Pandémico (GP):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ T1 – 265 mulheres no 1º trimestre de gravidez; ➢ T2 – 203 mulheres no 2º trimestre de gravidez; ➢ T3 – 110 mulheres no 3º trimestre. ➢ 59 destas também responderam a avaliação no pós-parto. <p>Foi aplicada a EPDS.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Para o GPP, a pontuação média de EPDS foi 6 no 1º trimestre, 5 no 2º trimestre, 7 no 3º trimestre.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Para o GP, a pontuação média de EPDS foi 5 no 1º trimestre, 6 no 2º trimestre, 6 no 3º trimestre.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O principal efeito da pandemia não foi um preditor significativo de sintomas depressivos durante a gravidez.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Existiu um ligeiro aumento nos sintomas depressivos do 1º trimestre para o 3º trimestre, mas esse efeito do tempo não foi significativo.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 7% das mulheres do GPP e 8.5% das mulheres do GP tiveram uma pontuação ≥ 12 em 8 a 10 semanas no pós-parto.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não foi observado um aumento de sintomas depressivos durante a gravidez nem um aumento de sintomas depressivos no pós-parto durante a pandemia.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A presença de preocupações e ansiedade relacionados ao Covid-19 durante a gravidez pode não estar relacionada com a depressão pós-parto.</p> <p>Muitas mulheres grávidas podem sofrer de stress durante a pandemia, mas esses sintomas podem não ser detetados durante a triagem de rotina.</p>
<p>The Effect of Midwife-led Psycho-Education on</p>	<p>Estudo Controlado Randomizado</p>	<p>Investigar o efeito da intervenção da psicoeducação</p>	<p>66 Grávidas</p>	<p>As participantes deste estudo são mães nulíparas com gravidez de alto risco, avaliadas em 4 sessões.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Grupo Intervenção (GI) – 33 grávidas; ➢ Grupo Controle (GC) – 33 grávidas.

<p>Parental Stress, Postpartum Depression and Parental Competency in High Risk Pregnancy Women: A Randomized Controlled Trial</p> <p>(Chaharrahifard et al., 2021)</p>	<p>– Nível de Evidência 3</p>	<p>realizada por E'ESMO's sobre o <i>stress</i> parental, competência e depressão pós-parto em mulheres nulíparas hospitalizadas com gravidez de alto risco.</p>		<p>Em ambos os grupos, foram usadas as seguintes escalas: EPDS (1987), Parenting <i>Stress</i> Index Short Form (PSI-SF) e Parentig Sense of Competency (PSOC). O GI recebeu psicoeducação conduzida por EEESMO's em 2 sessões por um período de 60-90min. Em ambos os grupos, os questionários EPDS, PSI-SF e PSOC foram preenchidos simultaneamente antes da sessão de educação, após a alta hospitalar e 1 mês pós-parto. <input checked="" type="checkbox"/> A variável de <i>stress</i> paterno teve uma mudança significativa ao longo do tempo no GI (P<0,001). Portanto, a psicoeducação conduzida por EEESMO's teve um efeito significativo sobre o <i>stress</i> dos pais. <input checked="" type="checkbox"/> A variável depressão pós-parto teve uma mudança significativa ao longo do tempo no GI (P<0.001), e houve diferença entre os dois grupos. Sendo assim, a psicoeducação teve um efeito positivo no GI. <input checked="" type="checkbox"/> A variável de competência parental teve uma mudança significativa ao longo do tempo no GI (P<0.001), e houve diferença entre os dois grupos. Deste modo, a psicoeducação teve um papel positivo na competência dos pais no GI. <input checked="" type="checkbox"/> A psicoeducação teve um efeito positivo sobre o <i>stress</i> parental e depressão pós-parto, competência parental nas grávidas de alto risco. <input checked="" type="checkbox"/> A psicoeducação conseguiu uma redução do <i>stress</i> parental no GI. <input checked="" type="checkbox"/> O treinamento em grupo aumenta a autoconfiança, melhora o estado mental e cria um ambiente amigável e íntimo favorável à comunicação e transmissão de experiências vividas por cada grávida. O sofrimento pré-natal deve ser avaliado rotineiramente, especialmente se as grávidas forem diagnosticadas com gravidez de risco.</p>
<p>Construct Validity and Responsiveness of Instruments Measuring Depression and Anxiety in Pregnancy: A Comparison of EPDS, HADS-A and CES-D</p> <p>(Heller et al., 2022a)</p>	<p>Estudo Clínico Randomizado – Nível de Evidência 3</p>	<p>Avaliar a validade da construção estrutural da CES-D, EPDS e HADS-A.</p>	<p>159 Grávidas</p>	<p>As participantes deste estudo são mulheres grávidas que manifestaram interesse numa intervenção através da internet, para tratar os sintomas depressivos e ansiosos. > T0 – 159 grávidas; > T1 – 119 grávidas, 10 semanas após o estudo. Em ambos os grupos, foram usadas as seguintes escalas: EPDS (1987), Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, subescala de ansiedade (HADS-A). <input checked="" type="checkbox"/> A pontuação média de EPDS foi de 14 em T0 e 8 em T1. <input checked="" type="checkbox"/> Os <i>scores</i> de mudança na CES-D e EPDS que medem o afeto depressivo foram mais correlacionados entre si do que com os <i>scores</i> de mudanças na ansiedade. Contudo, foram também relacionados com o fator anedonia da EPDS. <input checked="" type="checkbox"/> Os <i>scores</i> de mudança dos itens sobre ansiedade, de todas as escalas, foram relacionados. <input checked="" type="checkbox"/> A correlação dos <i>scores</i> de mudança da EPDS anedonia foi menos relacionada com o <i>score</i> de mudança da CES-D anedonia, do que com os <i>scores</i> de mudança de afeto negativo em CES-D. O fator anedonia da EPDS é considerado como incapacidade de sentir prazer em experiências normalmente prazerosas e em outros estudos como tendo baixo afeto positivo.</p>
<p>The Effect of Antepartum</p>	<p>Estudo de Corte</p>	<p>Identificar a relação entre a depressão</p>	<p>959 Grávidas</p>	<p>As participantes deste estudo são mulheres grávidas com Idade Gestacional (IG) > 32 semanas.</p>

<p><i>Depression on the Outcomes of Pregnancy and Development of Postpartum Depression A prospective cohort study of Omani women</i></p> <p>(Rawahi et al., 2020)</p>	<p>Longitudinal Prospetivo – Nível de Evidência 3</p>	<p>pré-natal e os resultados da gravidez, incluindo o risco de desenvolver depressão pós-parto, em Omã.</p>		<p>Todas as participantes foram acompanhadas em 6 a 8 semanas pós-parto. Foi aplicada a EPDS no pré-natal e no pós-parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 233 mulheres (24,4%) tiveram depressão pré-natal com pontuação ≥ 13 na EPDS. <input checked="" type="checkbox"/> Das 592 mulheres (61,7%) que compareceram na clínica entre 6 a 8 semanas pós-parto, 126 (21,3%) tiveram depressão pós-parto, com score ≥ 13, das quais 58,7% também tiveram depressão pré-natal. <input checked="" type="checkbox"/> A depressão pré-natal foi associada a um risco acrescido de desenvolver depressão pós-parto. <input checked="" type="checkbox"/> A triagem das mulheres para depressão pré-natal e o encaminhamento adequado podem reduzir os resultados adversos da gravidez e o risco de desenvolver depressão pós-parto. <input checked="" type="checkbox"/> 367 (38,3%) mulheres não compareceram ao acompanhamento pós-parto, sendo que 94 (25,6%) destas apresentaram depressão pré-natal, o que pode ter influenciado os resultados. <input checked="" type="checkbox"/> A prevalência de depressão pré-natal em Omã é de 24,3%, que foi determinada usando um ponto de corte de ≥ 13 na EPDS. <input checked="" type="checkbox"/> As mulheres em Omã que tinham depressão pré-natal corriam maior risco de desenvolver depressão pós-parto do que mulheres sem depressão pré-natal. <input checked="" type="checkbox"/> A depressão pré-natal tem efeitos prejudiciais na saúde da mãe e do bebé e está relacionada a vários resultados adversos em mulheres, incluindo o risco de depressão pós-parto. <p>A triagem de mulheres para a depressão pré-parto e o encaminhamento especializado pode ajudar a reduzir as complicações da gravidez e do parto.</p>
<p><i>Allopregnanolone and depression and anxiety symptoms across the peripartum: an exploratory study</i></p> <p>(Standeven et al., 2021)</p>	<p>Estudo Observacional Prospetivo – Nível de Evidência 3</p>	<p>Medir os sintomas de humor e ansiedade e os níveis de ALLO POR ELISA no 2º e 3º trimestre</p>	<p>111 Grávidas</p>	<p>Foram medidos os sintomas de humor e ansiedade e os níveis de Alopregnanolona (ALLO – esteróide neuroativo e metabólico da progesterona) medidos por avaliação específica, no 2º e 3º trimestres (T2 e T3), e na 6ª semanas pós-parto (S6) nos seguintes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 111 participantes: 42 mulheres com histórico de transtornos de ansiedade (AD), 66 mulheres com histórico de transtornos de humor (MD) e 38 mulheres saudáveis (HC). 35 mulheres tinham histórico de TA e DM e, portanto, aparecem em ambos os grupos. <p>Foi aplicada a EPDS e a Escala de Triagem de Ansiedade Pré-Natal (PASS).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Entre todas as 111 participantes, os níveis mais altos de ALLO na S6 foram associados a scores mais altos de depressão e ansiedade. <input checked="" type="checkbox"/> Cada aumento de uma unidade em ALLO na S6 foi associado a um aumento de 2,54 pontos na EPDS e um aumento de 8,0 pontos na PASS. <input checked="" type="checkbox"/> A relação de ALLO com sintomas de humor e ansiedade foi a mesma entre mulheres com e sem histórico psiquiátrico. <input checked="" type="checkbox"/> Em todo o grupo, apenas uma pequena minoria de mulheres atingiu o limiar para depressão provável (EPDS ≥ 13): T2 - 6, T3 - 8, S6 – 7. <input checked="" type="checkbox"/> A relação entre ALLO e sintomas de humor e ansiedade pode mudar ao longo do periparto. <input checked="" type="checkbox"/> Em T2, as mulheres com ALLO mais alto tiveram melhores scores de humor e ansiedade. <input checked="" type="checkbox"/> Em T3, não foi encontrada relação entre os níveis de ALLO e os sintomas.

				<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Em S6, um ALLO elevado foi associado a piores scores de humor e ansiedade.<input checked="" type="checkbox"/> A natureza da relação entre ALLO e sintomas foi significativamente diferente entre os momentos da gravidez e do pós-parto, mas não entre os dois momentos da gravidez.<input checked="" type="checkbox"/> Não foram encontradas diferenças nestas relações quando comparadas mulheres AD e MD com HC.<input checked="" type="checkbox"/> Foi encontrada uma associação entre pior sono e sintomas de humor e ansiedade mais elevados, entre as mulheres com AD apenas na gravidez, e na gravidez e pós-parto entre as mulheres com MD. <p>A relação pode mudar ao longo do tempo e pode indicar que, quando os níveis de ALLO são combinados ao longo do tempo, pode haver dificuldade em perceber se há uma diferença biológica nessa relação entre a gravidez e o pós-parto.</p>
--	--	--	--	---

Fonte: Elaboração própria

Posteriormente à pesquisa e análise detalhada da literatura existente nos últimos cinco anos, referentes à temática abordada, foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos na prática clínica, enquanto futura EEESMO.

O EEESMO possui a responsabilidade e competência para identificar sintomas depressivos na grávida, através da entrevista realizada em consulta pré-natal, com o auxílio de instrumentos clínicos, de modo a intervir e proceder à referência, quando necessário.

Neste contexto, surge a importância de investigar, em estudos anteriores, se existem sinais de vulnerabilidade de saúde mental durante a gravidez, para comparar com os resultados obtidos na prática clínica.

Existem quatro Escalas para a realização da triagem da DPP, sendo elas: *Edimburg Depression Postpartum Scale (EDPS)*, *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)*, *Hopkins Symptom Check List (SCL-25)* e *Self- Report Questionnaire 20 (SRQ-20)* (Campos & Rodrigues, 2015).

A EPDS foi criada em 1987 e como referido anteriormente é atualmente utilizada como um Instrumento Clínico específico para identificar a depressão no período perinatal (Cox & Holden, 2003), sendo que foi traduzida para português em 1996 (Augusto et al., 1996), fazendo parte do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) e do Manual de Orientação para Profissionais de Saúde – Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (DGS, 2005). É uma Escala autorreflexiva e introspetiva, pois a mulher reflete sobre os seus sentimentos dos 7 dias que antecedem o preenchimento da mesma. É composto por dez questões, cada uma delas com quatro respostas possíveis, sendo contabilizados de 0 a 3. As respostas às questões 1, 2, 4 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). O item 10 positivo com majoração positiva é indicador de gravidade e referência (DGS, 2015) e uma pontuação igual ou superior a 12 indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade (Campos & Rodrigues, 2015).

A População Alvo foi constituída por mulheres inseridas no contexto clínico de Grávidas Patológicas a quem foram prestados cuidados e que decorreu no SOG da Unidade de Saúde B. A escolha da população alvo incidiu sobre os seguintes critérios de exclusão: mulheres que à data da recolha de dados estivessem abaixo da idade fértil, mulheres que manifestassem comportamentos de perturbação emocional e que no seu processo existisse referência de vitimização por violência; como critérios de inclusão: mulheres com competências linguísticas escrita e verbal na língua portuguesa e sem patologia anterior à gravidez.

A estas utentes foi aplicada a Escala EPDS (Cox & Holden, 2003), conforme recomendação da DGS (DGS, 2005, 2015) e que constitui um Instrumento Clínico disponível no serviço.

Para o preenchimento deste questionário, todas as utentes foram informadas da sua finalidade e em que contexto estava a ser realizado, sendo a resposta ao mesmo voluntária, anónima e com consentimento verbal da própria. Aquando do preenchimento do mesmo, as utentes encontravam-se sozinhas no quarto, a fim de terem a possibilidade de refletir sobre os seus sentimentos e não sentirem pressão para dar determinada resposta.

Para efetuar a análise estatística dos dados recolhidos, através da realização de gráficos ilustrativos, foi utilizado a aplicação Microsoft Excel com a finalidade de conseguir uma melhor visualização e interpretação dos mesmos.

A população alvo analisada cumpriu os critérios de inclusão e exclusão, sendo constituída por n=23 utentes que se encontravam internadas no SOG da Unidade B. É de realçar que a amostra é reduzida, pois só as grávidas a quem foram prestados cuidados especializados neste contexto clínico fazem parte da mesma. Ainda de destacar que não foi possível obter resposta por parte de todas estas grávidas, visto que com algumas delas só existiu contacto em turnos da noite e não era adequado realizar esta entrevista, o que constitui um desvio.

As participantes têm idades compreendidas entre os 20 e os 41 anos. É possível verificar que as maiores faixas etárias representadas são dos 26-30 anos de idade (n=7, 30%) e dos 31-35 anos de idade (n=8, 35%) da amostra. Dos 20-25 anos de idade verifica-se uma percentagem mais reduzida de participantes (n=5, 22%), sendo que na faixa etária ≥ 41 se verificam apenas n=3 de participantes (13%) e dos 36-40 não se verificaram participantes (n=0, 0%) (figura 6).

Figura 6: Faixa etária das grávidas



Fonte: Elaboração própria

Os dados representados na figura 6 refletem aquilo que é a idade média das mães, no nosso país, aquando do nascimento do primeiro filho. Segundo os dados estatísticos da Pordata, no ano 2022, a idade média é de 30,8 anos (Pordata, 2022b).

Quanto à paridade das 23 utentes, pode verificar-se que n=19 (83%) participantes eram primíparas, ou seja tinham, no máximo, um parto realizado e que n=4 (17%) eram múltíparas, isto é, com dois ou mais partos realizados anteriormente (figura 7).

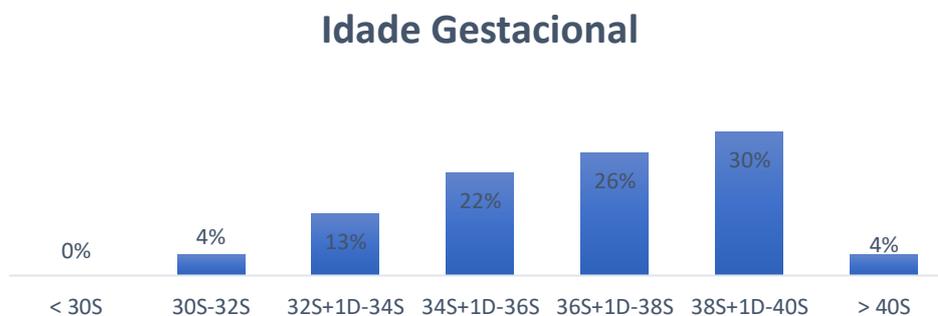
Figura 7: Paridade



Fonte: Elaboração própria

Relativamente à Idade Gestacional (IG), é demonstrado que não estava internada nenhuma grávida com IG inferior a 30 semanas (n=0, 0%), n=1 das participantes tinha entre 30-32 semanas (4%), bem como n=1 de participantes com >40 semanas (4%). Existiam, ainda, n=3 das participantes com IG entre as 32-34 semanas (13%). Quanto aos números mais relevantes, é notório que a maior IG, que é compreendida entre as 38-40 semanas, representa a maioria desta amostra (n=7, 30%), sendo que essa tendência diminui na IG de 36-38 semanas (n=6, 26%) e na IG de 34-36 semanas (n=5, 22%) (figura 8).

Figura 8: Idade Gestacional

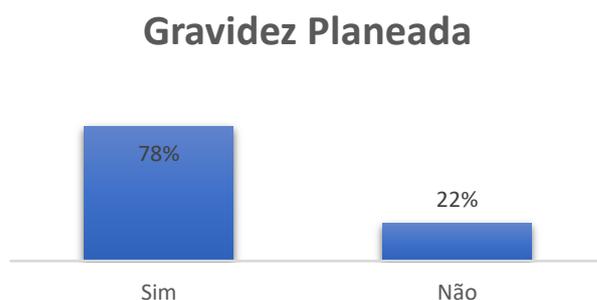


Fonte: Elaboração própria

Com a análise da figura 8, torna-se possível perceber que a maioria das utentes, a quem prestei cuidados, se encontravam com uma IG compreendida entre as 34-40 semanas de gestação.

Relativamente à questão do planeamento da gravidez, é possível verificar que a maioria das gravidezes foi planeada, o que corresponde a n=18 da amostra (78%), e que n=5 não foi planeada (22%). Através da entrevista realizada às participantes, foi possível apurar que destes 22% de gravidezes não planeadas, algumas participantes se encontravam no ensino superior, sem a sua vida estabilizada e outras já estavam numa faixa etária mais avançada e com filhos maiores (figura 9).

Figura 9: Gravidez Planeada



Fonte: Elaboração própria

Relativamente à existência de diagnóstico prévio de depressão, em gravidez anterior, apurou-se que n=21 da amostra não teve esse diagnóstico (91%) e embora em número limitado nesta amostra, n=2 (9%) já tinha sofrido de depressão durante a gravidez (figura 10).

Figura 10: Diagnóstico Prévio de Depressão



Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito à questão das habilitações literárias das participantes, a grande maioria detém de ensino superior na sua base académica, correspondendo a n=14 (61%). Já n=8 das participantes tem o 12º ano de escolaridade (35%). E por fim, com uma taxa muito baixa, existem n=1 das participantes com 9ºano de escolaridade (4%) (figura 11).

Figura 11: Habilitações Literárias

Habilitações Literárias

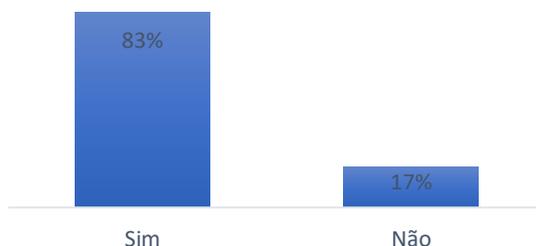


Fonte: Elaboração própria

Quanto à empregabilidade, sabe-se que n=19 das participantes está empregada (83%), e que n=4 está desempregada (17%) (figura 12).

Figura 12: Emprego

Emprego

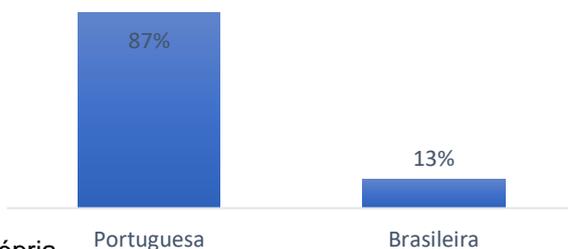


Fonte: Elaboração própria

No que se refere à nacionalidade, percebeu-se que durante este contexto clínico, apenas foram prestados cuidados a grávidas patológicas de duas nacionalidades diferentes, portuguesa e brasileira. n=20 era de nacionalidade portuguesa (87%), a contrastar com n=3 de nacionalidade brasileira (13%) (figura 13).

Figura 13: Nacionalidade

Nacionalidade



Fonte: Elaboração própria

Por fim, mas não menos importante, verificou-se que a totalidade das participantes tinha companheiro/a (n=23, 100%), pelo que a gravidez sempre foi acompanhada por ambos os elementos do casal.

De seguida, vão ser apresentados os gráficos relativos às respostas das participantes a cada questão da EPDS, bem como a análise dos mesmos. Iniciando com a questão “Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas”, n=18 (78%) das participantes responderam “Tanto como dantes”, seguido de n=4 (18%) que responderam “Menos do que antes”. Como respostas menos assinaladas, encontram-se n=1 (4%) das participantes, que responderam “Muitos menos do que antes” e ainda, n=0 (0%) das participantes responderam “Nunca”. Destacando-se assim que a maioria da amostra consegue ver o lado positivo dos acontecimentos do dia-a-dia, não revelando ser um sinal de vulnerabilidade de saúde mental (figura 14).

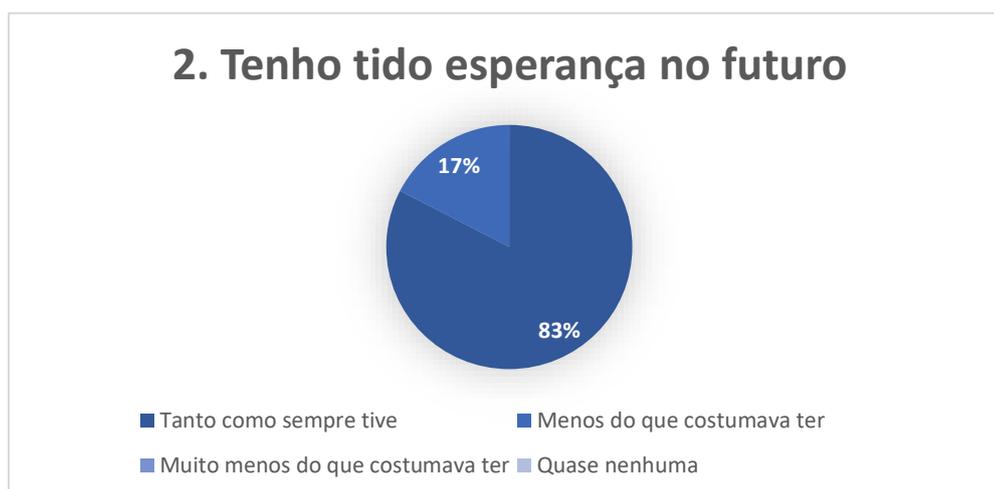
Figura 14: Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas



Fonte: Elaboração própria

Conseguiu-se observar as respostas à pergunta “Tenho tido esperança no futuro”, em que n=19 (83%) das participantes responderam “Tanto como sempre tive” e n=4 (17%) das participantes responderam “Menos do que costumava ter”. Estes resultados contrastam com a percentagem para as respostas “Muito menos do que costumava ter” (n=0, 0%) e também, “Quase nenhuma” (n=0, 0%). As respostas obtidas nesta questão são reveladoras de que a maioria da população tem sentido esperança no futuro de cada uma, o que também não constitui desvio para a saúde mental das mesmas (figura 15).

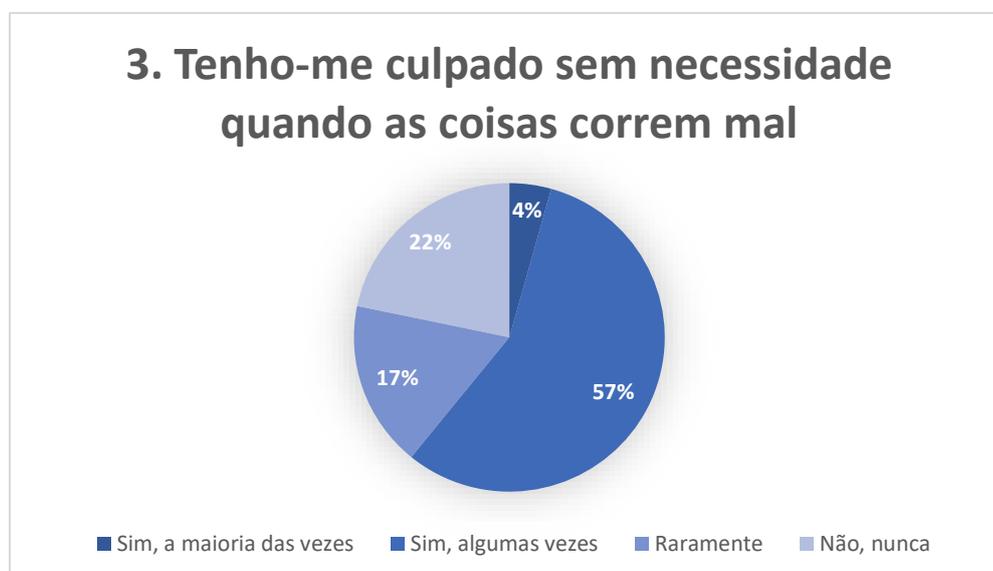
Figura 15: Tenho tido esperança no futuro



Fonte: Elaboração própria

Quanto à questão “Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal”, n=13 (57%) responderam “Sim, algumas vezes”, seguindo de n=5 (22%) que responderam “Não, nunca”. Muito próximo a esta resposta, encontram-se n=4 (17%) das participantes que responderam “Raramente”, destoando com n=1 (4%) das participantes que responderam “Sim, a maioria das vezes”. O que é interessante sobre estes dados é que se constata que mais de metade das participantes se culpam por coisas que ocorrem de maneira menos positiva, mesmo sabendo que o controlo está fora do alcance das mesmas. Deste modo, a questão é reveladora de um desvio, pois o sentimento de culpa pode trazer malefícios à saúde mental das participantes (figura 16).

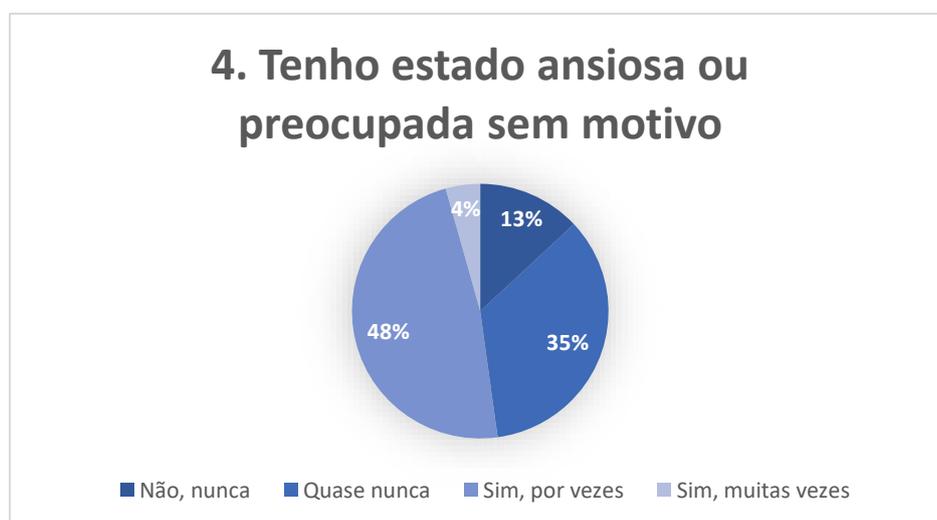
Figura 16: Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal



Fonte: Elaboração própria

Na pergunta “Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo”, n=11 (48%) das participantes responderam “Sim, por vezes”, n=8 (35%) responderam “Quase nunca”, n=3 (13%) responderam “Não, nunca” e por fim, n=1 (4%) responderam “Sim, muitas vezes”. É possível perceber que a grande maioria das participantes tem tido períodos de preocupação sem motivo aparente, o que pode trazer consequências na saúde mental das mesmas (figura 17).

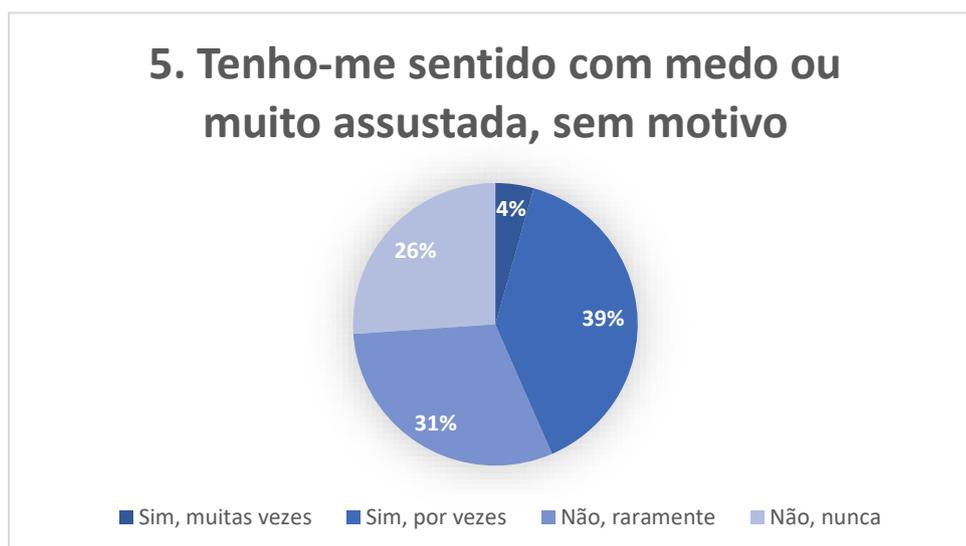
Figura 17: Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo



Fonte: Elaboração própria

Para a pergunta “Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo”, podemos observar que n=9 (39%) respondeu “Sim, por vezes”, n=7 (31%) respondeu “Não, raramente”, n=6 (26%) respondeu “Não, nunca”, e a destoar desta realidade, n=1 (4%) respondeu “Sim, muitas vezes”. Estes resultados são reveladores de que há uma dualidade de respostas a esta questão, visto que a grande maioria das participantes ficaram divididas entre sentirem medo sem motivo algumas vezes ou raramente vivenciarem este sentimento (figura 18).

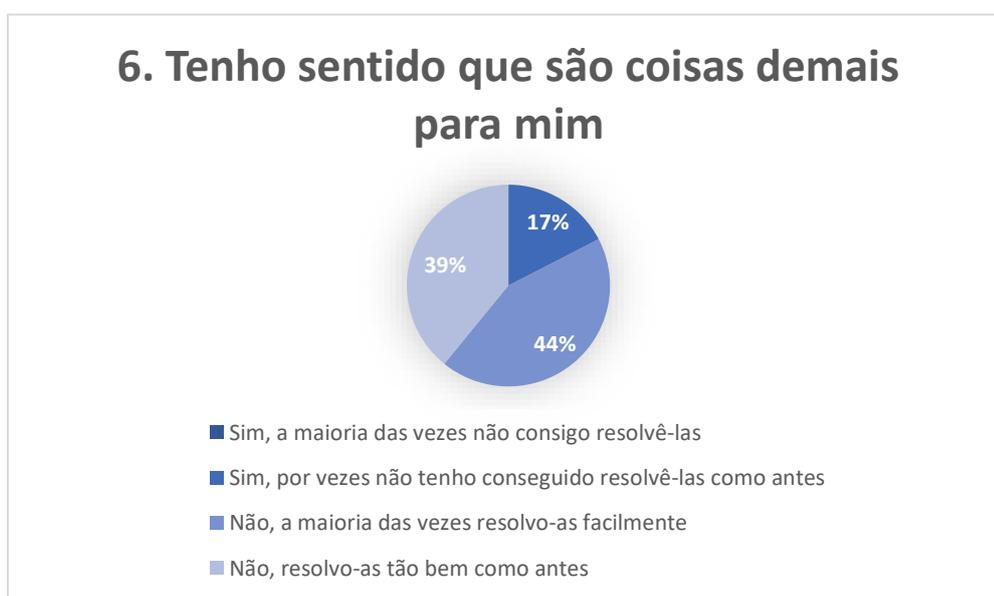
Figura 18: Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo



Fonte: Elaboração própria

Na pergunta “Tenho sentido que são coisas demais para mim”, n=10 (44%) das participantes responderam “Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente”, em seguida, também com um valor significativo, n=9 (39%) responderam “Não, resolvo-as tão bem como antes” e n=4 (17%) responderam “Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes”. Em contraste com estes valores surge a resposta “Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las”, que representa n=0 (0%) das participantes (figura 19). Assim, vale a pena referir que mais de metade das participantes consegue resolver as adversidades tão bem como antes de engravidar, logo parece não constituir um desvio para a sua saúde mental.

Figura 19: Tenho sentido que são coisas demais para mim

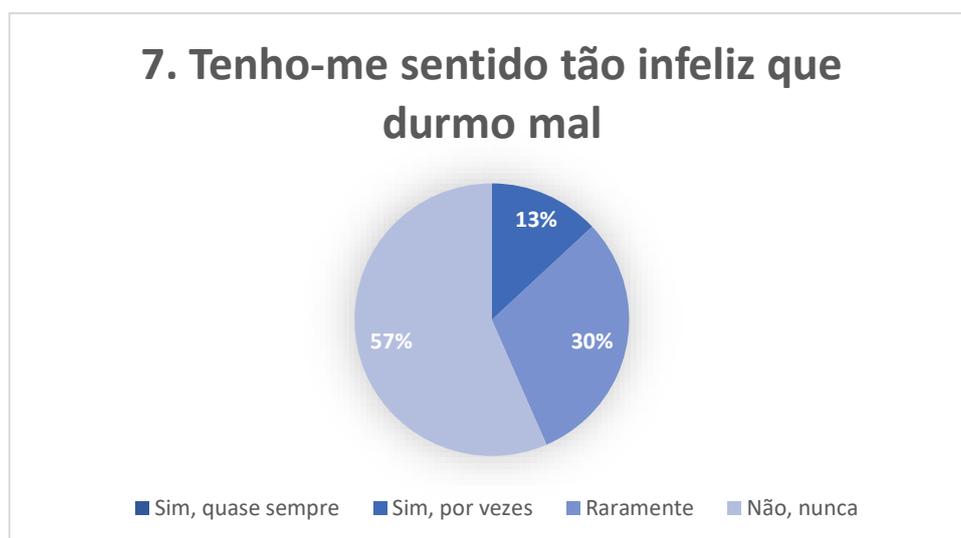


Fonte: Elaboração própria

Relativamente à pergunta “Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal”, verifica-se que n=13 (57%) das participantes responderam “Não, nunca”, n=7 (30%) responderam “Raramente”, n=3 (13%) responderam “Sim, por vezes” e por fim, n=0 (0%) responderam “Sim, quase sempre” (figura 20).

Sendo assim, entende-se que, mais uma vez, a maioria das participantes não se tem sentido infeliz ao ponto de não conseguir dormir e descansar normalmente. Deste modo, esta questão também parece não representar um desvio para a saúde mental. Um aspeto interessante é que todas as respostas que indicam desvio para a saúde mental da grávida, foram devidamente referenciados para a equipa de Saúde Mental Perinatal existente na Unidade de Saúde B.

Figura 20: Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal



Fonte: Elaboração própria

Na questão “Tenho-me sentido triste ou muito infeliz”, pode observar-se que mais de metade das participantes, ou seja, n=12 (52%) respondeu “Não, nunca”, seguido de n=9 (39%) que responderam “Raramente”. Com números menos significativos aparece a resposta “Sim, muitas vezes” (n=2, 9%) e “Sim, quase sempre” (n=0, 0%). Desta forma, mais uma vez, conseguimos perceber que os sinais que podiam indicar vulnerabilidade da saúde mental da grávida, encontram-se num número bastante reduzido de respostas (figura 21).

Figura 21: Tenho-me sentido triste ou muito infeliz



Fonte: Elaboração própria

Para a questão “Tenho-me sentido tão infeliz que choro”, n=11 (48%) das participantes respondeu “Não, nunca”, com praticamente o mesmo número de respostas, n=10 (43%) das participantes responderam “Só às vezes”. Divergindo destes resultados, n=2 (9%) respondeu “Sim, muitas vezes” e n=0 (0%) respondeu “Sim, quase sempre”. Dado estas respostas, é possível perceber que a maioria das participantes não tem sentimentos de infelicidade durante a gravidez, ainda que um número reduzido das mesmas, n=2 (9%), confirma esta vulnerabilidade (figura 22).

Figura 22: Tenho-me sentido tão infeliz que choro



Fonte: Elaboração própria

À última questão da escala, “Tive ideias de fazer mal a mim mesma”, em que basta responder “Sim, muitas vezes”, para se considerar que a grávida tem sinais de vulnerabilidade da saúde mental, pode-se observar que n=22 (96%) respondeu “Nunca” e n=1 (4%) respondeu “Muito raramente”. Verifica-se, ainda, que n=0 (0%) responderam “Por vezes” e

n=0 (0%) responderam “Sim, muitas vezes”. É possível constatar que a maioria das participantes não teve intenções de fazer mal a si própria (figura 23).

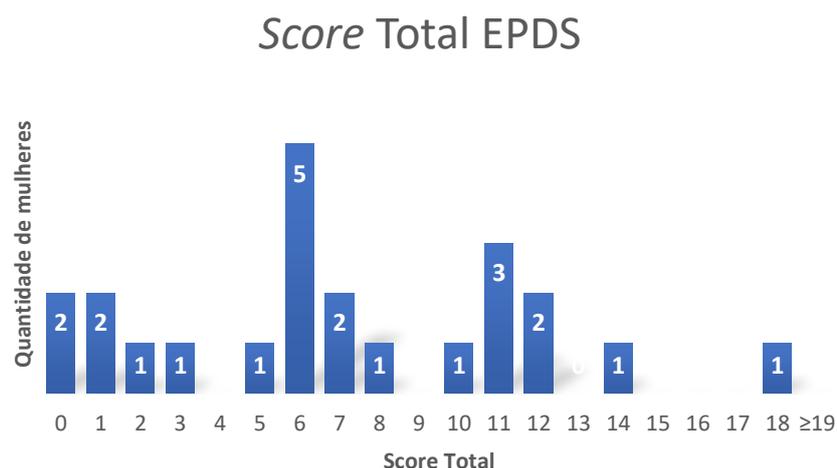
Figura 23: Tive ideias de fazer mal a mim mesma



Fonte: Elaboração própria

A figura 24 reproduz o SCORE Total da EPDS, respondida pelas participantes. Verifica-se que, na grande maioria, não se observaram sinais de vulnerabilidade de saúde mental. Os resultados obtidos foram os seguintes: 2 participantes obtiveram score 0; 2 participantes obtiveram score 1; 1 participante obteve score 2; 1 participante obteve score 3; 0 participantes obtiveram score 4; 1 participante obteve score 5; 5 participantes obtiveram score 6; 2 participantes obtiveram score 7; 1 participante obteve score 8; 0 participantes obtiveram score 9; 1 participante obteve score 10; 3 participantes obtiveram score 11; 2 participantes obtiveram score 12; 0 participantes obtiveram score 13; 1 participante obteve score 14; 0 participantes obtiveram score 15, 16 e 17; 1 participante obteve score 18 e por fim, 0 participantes obtiveram score ≥ 19 (figura 24).

Figura 24: Score Total EPDS



Fonte: Elaboração própria

Após análise da figura 24, é possível perceber que o resultado mais relevante diz respeito ao *score* 6, visto $n=5$ participantes terem obtido esta pontuação, seguido da pontuação 11 ($n=3$) e das pontuações 0, 1, 7 e 12 ($n=2$ para cada uma destas). Os restantes resultados não foram considerados de especial importância. Deste modo, é possível concluir que na amostra selecionada, $n=23$, há indicadores relevantes para a vulnerabilidade da saúde mental das participantes.

Em todas as oportunidades que surgiram, foram criadas estratégias para ajudar as grávidas a ultrapassar os seus problemas, tal como preconiza a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. A autora desta Teoria de Enfermagem defende que, através da relação interpessoal que se cria com cada mulher, é possível que o enfermeiro se foque no significado psicológico de cada situação e nos comportamentos e sentimentos das mulheres que cuida, de modo a que sua intervenção passe pelo apoio psicológico, arranjando estratégias resolutivas para os problemas encontrados (Tomey & Alligood, 2004). Peplau afirma que as relações interpessoais são essenciais para que utentes e enfermeiros cresçam juntos, sendo um processo dinâmico ao longo de todo o tempo de prestação de cuidados (Bittencourt et al., 2018). Deste modo, ao longo do ENPRF, foi possível compreender e valorizar que ao criar uma relação interpessoal com cada mulher/casal a quem foram prestados cuidados, a sua experiência de internamento se tornaria mais positiva e existiria liberdade para expressar todos os seus sentimentos e receios.

É, ainda, de destacar que dos resultados obtidos, aqueles com especial destaque e que são indicativos de vulnerabilidade de saúde mental (*score* 12, $n=2$; *score* 14, $n=1$; *score* 18=1), foram devidamente referenciados para a equipa de Saúde Mental Perinatal existente na Unidade de Saúde B. Das grávidas que obtiveram estas pontuações, apenas 2 tinham antecedentes de depressão em gravidezes anteriores. Este resultado torna-se interessante

de analisar, visto que as restantes grávidas nunca tiveram diagnóstico de depressão, o que nos remete para que estes sintomas possam aparecer devido às mudanças físicas e possíveis diagnósticos de doenças induzidas, ou não, pela gravidez, que acarretam sentimentos depressivos. De realçar que os resultados obtidos na exploração deste tema suscitam uma pesquisa aprofundada, de forma a responder à questão que se impõe, como profissionais de saúde.

Um estudo recente, realizado por Sahin & Seven, diz-nos que 13.5% das grávidas apresentaram sintomas depressivos durante a gravidez. Neste estudo, foram relatados fatores que podem diminuir a prevalência da depressão, como sendo: maior idade do casal, casamentos mais duradouros e casais com mais do que um filho. Também foi possível perceber, que para diminuir esta prevalência, é imprescindível que os profissionais de saúde consigam identificar fatores de vulnerabilidade da saúde mental, para que os possam referenciar para a psicoterapia interpessoal (Sahin & Seven, 2018).

Noutro estudo, realizado por Boekhorst et al., percebeu-se que para o GPP, a pontuação média de EPDS foi 6 no 1º trimestre, 5 no 2º trimestre e 7 no 3º trimestre. Já para o GP, a pontuação média de EPDS foi 5 no 1º trimestre, 6 no 2º trimestre e 6 no 3º trimestre (Boekhorst et al., 2021). Já no estudo realizado por Heller et al., a pontuação média de EPDS foi de 14 em T0 e 8 em T1 (Heller et al., 2022b).

Wilcox et al., descobriram que 10% das mulheres do seu estudo já iniciaram a gravidez com sintomas depressivos e que 80% dos casos incidentes ocorreram durante a gravidez, sendo que 33% destes iniciou no 1º trimestre, 24% no 2º trimestre e 22% no 3º trimestre. Segundo os mesmos autores, uma em cada quatro mulheres (27%) relatou ter sofrido depressão em algum momento previamente à gravidez (Wilcox et al., 2021).

No estudo de Standeven et al., de entre todas as 111 participantes, foi encontrada uma associação entre pior sono e sintomas de humor e ansiedade mais elevados, entre as mulheres com transtornos de ansiedade apenas na gravidez e na gravidez e pós-parto entre as mulheres com transtornos de humor (Standeven et al., 2021).

Agostini et al., destacam que aproximadamente metade das mulheres que pontuaram alto na EPDS em T1, não pontuaram alto em T2 – 40% para um total de ≥ 9 ; 59% para um total de ≥ 10 (Agostini et al., 2019). Tal como Agostini et al., outros autores referem que, não é possível relatar uma taxa de depressão provável usando apenas uma pontuação EPDS, pois as participantes podem estar a passar por um processo de sofrimento transitório (Agostini et al., 2019; Cox & Holden, 2003). O que explica os resultados obtidos na prática, pois das 4 participantes com pontuação ≥ 12 , só 1 tinha antecedentes de depressão. Logo, as restantes podiam estar a passar por um período de sofrimento transitório, conseqüente do seu

internamento no serviço. No entanto, apesar disto, duas pontuações altas na EPDS geralmente confirmam a depressão (Cox & Holden, 2003).

No estudo de Rawahi et al., 24,4% das mulheres tiveram depressão pré-natal com pontuação ≥ 13 na EPDS. Os autores referem que a triagem das mulheres e o encaminhamento adequado podem reduzir os resultados adversos da gravidez e o risco de desenvolver depressão pós-parto. Segundo os mesmos autores, a depressão pré-natal tem efeitos prejudiciais na saúde da mãe e do RN (Rawahi et al., 2020).

Chaharrahifard et al., explicam que a psicoeducação tem um efeito positivo sobre o *stress* parental e a depressão pós-parto, competência parental nas grávidas de alto risco e que o treino em grupo aumenta a autoconfiança, melhora o estado mental e cria um ambiente íntimo, favorecendo a comunicação e partilha de experiências vividas por cada grávida (Chaharrahifard et al., 2021).

Por fim, é necessário aumentar a conscientização sobre a importância da saúde mental materna, além de que as grávidas devem ser avaliadas rotineiramente nas consultas de acompanhamento e monitorização da gravidez, permitindo, assim, a deteção precoce de sintomatologia (Cheng et al., 2021; Val & Míguez, 2023). Esta monitorização da grávida torna-se de especial importância se a mesma for diagnosticada com gravidez de risco (Chaharrahifard et al., 2021).

Deste modo, sugere-se repetir o teste nas grávidas que inicialmente tiveram pontuação alta na EPDS, independentemente do trimestre. Como tal não foi possível realizar e como não se manteve contacto com estas mais tarde, fica a dúvida se estariam apenas a passar por um período de sofrimento transitório ou se já seriam indícios de depressão. Assim, pretende-se investir numa investigação futura, que permita uma maior pesquisa desta temática e permita uma avaliação mais aprofundada da saúde mental na grávida.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Para a obtenção do Grau de mestre e do Título de Enfermeiro Especialista, é necessária a aquisição de competências destinadas a este Título, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Tendo em conta esta perspetiva, o ENPRF tem como base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b), sendo que, com a aquisição destas competências, o EEESMO possui a responsabilidade pela vigilância da mulher em todas as fases da sua vida, sendo elas: planeamento familiar, pré-concepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, saúde/doença ginecológica e deteção precoce de complicações na saúde do RN até ao 28º dia de vida.

Considerando os objetivos definidos para o Estágio de Natureza Profissional, com o intuito de adquirir as competências supracitadas, foram desenvolvidas várias intervenções que se revelaram de extrema importância para consolidar a teoria abordada anteriormente e a prática desenvolvida ao longo dos contextos clínicos, sendo que se encontram espelhadas no presente Relatório Final.

No presente capítulo, encontram-se descritas as intervenções realizadas que contribuíram para o processo de aquisição de competências, bem como a reflexão crítica acerca das mesmas. Após uma análise crítica, é possível compreender e avaliar os conhecimentos que foram gerados através das experiências vividas enquanto mestranda, com a finalidade de identificar pontos-chave para a melhoria dos cuidados prestados. Estes foram fundamentados com a prática baseada na evidência científica, sendo que foram atualizados os conhecimentos, com a ajuda de pesquisa de literatura recente e de profissionais experientes (Peixoto & Peixoto, 2016).

Para atingir estas competências, foi imprescindível o contacto com as mulheres e respetiva família e a prestação de cuidados especializados a cada uma delas. Num total foram prestados cuidados a 270 grávidas, 191 grávidas ou puérperas de risco, 115 trabalhos de parto de risco, 330 RN's saudáveis, 39 RN's de risco, 74 mulheres com afeções ginecológicas, participação ativa em 23 partos (3 gemelares e 20 distócicos) e realização de 46 partos eutócicos. O registo do currículo encontra-se no Anexo II.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, Competências Comuns consideram-se aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2019a).

Dentro destas competências, o Regulamento n.º 140/2019 define: a) Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; b) Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade; c) Competência do domínio da gestão de cuidados e d) Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens (OE, 2019a).

a) Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Descritivo – O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Atividades – Foi imprescindível a integração nos vários contextos clínicos, sendo que esta integração não foi apenas junto de cada equipa de enfermagem, como também da restante equipa multidisciplinar, para que fosse possível trabalhar em conjunto com todos os elementos e se desenvolvesse uma relação de entreajuda. A construção de uma boa relação profissional com cada Supervisora Clínica e os demais, teve impacto na aprendizagem, pois facilitou a passagem de conhecimentos. Existiu, ainda, necessidade de aquisição de conhecimentos relativos às dinâmicas de cada serviço, que só foram possíveis de adquirir com a ajuda dos protocolos existentes nos serviços e com a prática diária.

As estratégias utilizadas foram as seguintes: a apresentação enquanto profissional e mestranda a cada mulher/família é de extrema importância, no sentido em que as utentes ficam mais tranquilas por saber quem cuida delas; estabelecimento de uma relação terapêutica com cada mulher/família a quem se prestaram cuidados, de forma empática, independente do motivo da admissão; respeito pela tomada de decisão da mulher/família, após realização de ensinamentos, para que esta decisão fosse informada.

Durante todo o processo de aquisição de competências, existiu sempre a supervisão pela EEESMO que acompanhava cada contexto, a fim de minimizar a ocorrência de erros,

promovendo a segurança das utentes e possibilitando a qualidade do processo de aprendizagem. De destacar que em cada contexto clínico, à medida que as competências foram sendo desenvolvidas, foi adquirida a autonomia na prestação dos cuidados.

Competência A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Descritivo – O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Atividades – Foram prestados cuidados com base no respeito pela dignidade humana e família, preservando a privacidade da mulher, o respeito pela sua individualidade e as suas crenças e valores, nunca descurando o sigilo profissional; foi minimizado o desconforto que a atuação pudesse causar, prestando sempre os cuidados em locais privados e utilizando barreiras físicas para proteger a privacidade da mulher; foram realizados ensinamentos acerca de cada procedimento, mostrando sempre disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e pedindo sempre permissão para a realização de cada procedimento.

Existiram limitações no que respeita à comunicação eficaz, visto prestar cuidados a inúmeras utentes provenientes do Nepal, Bangladesh, Índia, Paquistão, Bielorrússia, Ucrânia, Guiné, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Angola, entre outros. Receber estas utentes tornou-se numa barreira linguística, dado a inexperiência em falar a língua inglesa e a dificuldade, ainda maior, destas utentes, pois apenas conseguiam comunicar através da sua língua materna. Foi de extrema importância a atualização de conhecimentos na língua inglesa para conseguir ultrapassar esta barreira, bem como a utilização de ferramentas informáticas.

b) Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade

Competência B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo – O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Atividades – No âmbito da Saúde Mental Perinatal, existe um Projeto denominado “Programa de Saúde Mental Perinatal DPSM”, a decorrer na Unidade de Saúde B e gerido pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do qual faz parte uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica que exerce funções no SOG da mesma unidade. Através da

prática clínica e tendo em conta o tema deste RF, foi feito o encaminhamento necessário para este programa às grávidas, aquando da pontuação ≥ 12 na EPDS.

Competência B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo – O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Atividades - Visto que os cuidados de saúde são um bem público, é necessário que haja uma intensa procura pela melhoria dos mesmos, de forma que estes possam ser efetivos e promover a segurança dos utentes, tendo em conta os recursos humanos e matérias disponíveis (WHO, 2020). Além disso e de forma a garantir a melhoria na qualidade dos cuidados, durante o decorrer do ENPRF, foram atualizados conhecimentos de acordo com as necessidades experienciadas, recorrendo a pesquisa da literatura recente e aos ensinamentos por parte das Enfermeiras Supervisoras, que se tornaram uma ajuda fundamental. Estas necessidades centravam-se em determinados pontos como: ensinamentos sobre métodos contraceptivos; ensinamentos acerca de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's); realização de cervicometria; episiotomia/episiotomia; perceber a anatomia do períneo feminino e as diferentes estruturas; perceber se o períneo é distensível ou há probabilidade de lacerar; saber identificar as características das mamas das mulheres; trabalhar com o partograma e perceber a variabilidade da apresentação fetal.

Competência B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo – O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Atividades – De maneira a estabelecer um ambiente seguro, sempre que possível foi promovida a presença da pessoa significativa. Na sala de partos: foi regulada a temperatura ambiente, colocada música ambiente, ajustada a luminosidade da sala, ligada a cromoterapia com a cor desejada pela utente e facilitado o acesso à bola de pilates, sempre de acordo com as preferências. Na Unidade de Saúde D foi, ainda, possível encaminhar as utentes para o Espaço *Snoezelen* e facilitar o acesso a banho relaxante, aromoterapia, cromoterapia e musicoterapia. Manteve-se, também, um ambiente calmo e tranquilo, fechando a porta e utilizando barreiras, de modo a respeitar o espaço das utentes. Além de tudo isto, sempre que solicitado e se possível, era administrada a analgesia do TP.

Ter conseguido realizar contexto clínico na Unidade de Saúde D foi bastante enriquecedor, na medida em que foram aprendidas diferentes técnicas, nomeadamente medidas não farmacológicas para alívio e controlo da dor durante o TP, que não teria sido possível noutra das instituições onde decorreram os restantes contextos clínicos.

c) Competência do domínio da gestão de cuidados

Competência C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo – O Enfermeiro Especialista realiza a gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Atividades – Cada elemento da equipa, segundo a sua categoria profissional, tem funções distintas na mesma, com o objetivo comum de melhoria na prestação de cuidados. Sendo assim, foi indispensável o estabelecimento de uma boa comunicação com todos os elementos da equipa, de forma a conseguir articular, quando necessário, para que fosse possível atingir a promoção da prestação de cuidados com qualidade e a continuidade dos mesmos.

De acordo com as suas competências, a assistência no TP de uma gravidez de baixo risco é assumida pelo EEESMO. Deste modo, foi possível adquirir autonomia neste parâmetro, supervisionada pela EEESMO que conduzia o contexto clínico. Sempre que foi identificada uma situação fora do padrão da normalidade, as mesmas foram encaminhadas para os médicos obstetras responsáveis pelo turno, para que fosse possível a resolução do problema encontrado.

Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo – O Enfermeiro Especialista, na gestão de cuidados, adequa os recursos às necessidades dos cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Atividades – Foi necessário um treino de gestão de tempo e recursos necessários, estabelecendo prioridades e articulando com a equipa multidisciplinar, sempre que necessário, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Sendo assim, em cada contexto clínico, foi necessária uma adaptação ao serviço, de acordo com o método de trabalho utilizado, para conseguir atingir os objetivos propostos.

d) Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens

Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo – O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da Relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Atividades – O desenvolvimento do autoconhecimento foi um desafio a ultrapassar ao longo dos vários contextos clínicos, na medida em que existiu necessidade de fortalecer o conhecimento teórico para conseguir aplicar na prática, dando uma assistência individualizada a cada mulher/família. De destacar, também, que o desenvolvimento do autoconhecimento foi fundamental na medida em que trouxe mais segurança nos ensinamentos realizados. Esta demonstração de autoconhecimento serviu para que os EEESMO's depositassem confiança no trabalho realizado e garantissem o ganho de autonomia em cada cuidado prestado.

Sempre que surgiram dúvidas e/ou dificuldades na prestação de cuidados, foi procurada ajuda junto dos EEESMO's e foi utilizada a pesquisa em base de dados e junto de protocolos de cada instituição, como fonte de atualização de conhecimento. Visto que esta barreira interfere com a capacidade de transmissão de segurança junto da mulher/família, tentou-se ao máximo enriquecer o conhecimento, para que fosse possível a transmissão da mesma.

Foi possível a participação em uma formação em serviço, na qualidade de formadora, com o tema "Saúde Mental Perinatal – Valor do EEESMO" (Apêndice B) na Unidade de Saúde D. A elaboração desta formação foi acompanhada pela Supervisora Clínica e com orientação pedagógica da Professora. Esta participação contribuiu para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos na temática abordada. A apresentação foi realizada em contexto de webinar para os Enfermeiros que fazem parte desta unidade.

Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Descritivo – O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Atividades - Esta competência requer uma atualização de conceitos, tendo em conta a evidência científica, a fim de ter tomada de decisão e juízo crítico nas suas intervenções. Para adquirir esta competência, foi necessário fortalecer o conhecimento não só na temática escolhida, como também em todas as valências inerentes a cada ensino clínico, para conseguir dar resposta a cada caso que surgisse.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, Competências Específicas definem-se como as “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (OE, 2019a). Neste sentido, como Competências Específicas do EEESMO, o Regulamento n.º 391/2019 (2019) define: 1) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; 2) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período de pré-natal; 3) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; 4) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; 5) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; 6) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e 7) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2019b).

Competência 1 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo – Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, 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.

Atividades – Saúde Reprodutiva depreende que o casal possa ter uma “vida sexual satisfatória e segura e decidir se, quando e com que frequência têm filhos” (DGS, 2008). Para tal é necessário que o casal esteja informado para que a decisão seja informada, segura e eficaz. O Planeamento Familiar (PF) surge neste âmbito, na medida em que é possível obter informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico de IST’s, RCCU e RCM e cuidados pré-concepcionais.

Deste modo, no contexto clínico de Cuidados de Saúde Primários (CSP), realizado na Unidade de Saúde A, houve oportunidade de assistir a Consultas de PF, dividida em consulta de enfermagem e consulta médica. Estas consultas têm como objetivo identificar o método contraceptivo que cada mulher/casal utiliza e como planeiam o seu futuro, no que diz respeito a constituição familiar e prevenção de IST’s, além de criar um espaço para esclarecimento de dúvidas. Nesta consulta são também realizados o RCCU e o RCM, pelo médico de família com o apoio do enfermeiro de família.

Foi possível realizar as consultas de enfermagem supracitadas e consultas de enfermagem de revisão do puerpério. Deste modo, realizaram-se as seguintes atividades: facultar métodos contraceptivos e supervisionar a sua utilização; fornecer informações e esclarecer dúvidas acerca dos mesmos; identificar riscos associados à vivência da sexualidade e encaminhar situações que estavam para além da área de atuação.

Também na Unidade de Saúde C foi possível colocar em prática algumas das atividades descritas anteriormente, na medida do aconselhamento sobre o método contraceptivo adequado ao estilo de vida de cada puérpera, evitando gravidezes indesejadas neste período.

Competência 2 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período de pré-natal

Descritivo – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Atividades – Considera-se Gravidez de Baixo Risco aquela em que não é possível identificar qualquer fator de risco de morbilidade materno-fetal e/ou neonatal, após avaliação de acordo com a Escala de Goodwin Modificada (DGS, 2015). Assim, o acompanhamento deste tipo de gravidez pode ser realizado por um EEESMO em consulta de enfermagem nos CSP ou nas Consultas Externas de uma Unidade Hospitalar, norteadas pelo Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, que tem como objetivo a promoção da saúde desde o início deste período (DGS, 2015).

Assim, para colocar em prática a competência da promoção da saúde materno-fetal, na Unidade de Saúde A, foi realizado o acompanhamento a um número elevado de grávidas, de forma a minimizar riscos, diagnosticar e tratar precocemente complicações. As atividades desenvolvidas foram as seguintes: orientar sobre estilos de vida saudáveis; ensinar sobre desconfortos e possíveis formas de os contornar; monitorizar a gravidez; monitorizar a saúde materno-fetal através de meios clínicos apropriados como avaliação antropométrica, a utilização do Doppler, avaliação da altura do fundo do útero e realização das Manobras de Leopold; ensinar sobre sinais e sintomas de risco; promover a elaboração do Plano de Parto e identificar desvios de saúde, referenciando as situações que estavam para além da área de atuação. Além destas atividades, foi possível participar nas aulas do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, lecionadas na mesma unidade e Panfletos relacionados com os temas, como: “Banho do RN”, “Medidas Farmacológicas e Não Farmacológicas para Alívio da Dor no Trabalho de Parto” e “Trabalho de Parto: Admissão na Maternidade” (Apêndices C, D, E, F e G).

Visto que o EEESMO acompanha gravidezes de baixo risco, na qual promove a saúde materno-fetal, não pode ser descorada a saúde mental da grávida. Neste sentido, durante o acompanhamento de cada mulher, a criação de uma relação interpessoal tornou-se num processo imprescindível para a promoção da saúde mental das mesmas, como preconiza Peplau na sua Teoria de Enfermagem.

Esta autora recomenda o desenvolvimento de uma relação interpessoal enfermeiro-utente, para que o enfermeiro possa facilitar a identificação de necessidades específicas do utente e contribua para a sua independência e autonomia, oferecendo ferramentas de promoção da saúde física e mental (Bittencourt et al., 2018).

Durante todo o ENPRF, não foi possível assistir a Consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). No entanto, na Unidade de Saúde B e na Unidade de Saúde D, foram esclarecidas todas as dúvidas inerentes a este tema, como quais os recursos disponíveis na comunidade, a monitorização de todo o processo de abortamento e identificação de complicações no pós-aborto, visto ter existido contacto com utentes em período expulsivo ou pós-expulsão do produto da concepção.

Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Descritivo – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

Atividades – No decorrer dos vários contextos clínicos em Sala de Partos, foi possível assistir a um leque de intervenções realizadas à mulher em TP, com a finalidade de proporcionar o melhor momento possível durante todo o tempo de internamento no serviço.

A aquisição desta competência foi possível através da realização das seguintes intervenções: identificar a história clínica de cada mulher (antecedentes pessoais e familiares, antecedentes obstétricos e história da gravidez atual); identificar e monitorizar o TP; identificar a integridade da Bolsa Amniótica e as características do Líquido Amniótico; promoção do conforto e bem-estar da mulher e pessoa significativa; identificar e facilitar a promoção da vinculação da díade e da tríade; facilitar e encorajar o aleitamento materno, através do esclarecimento de dúvidas; colaborar com outros profissionais de saúde na promoção do alívio da dor, através da analgesia de TP; encorajar ao uso da Sala *Snoezelen*, na Unidade de Saúde D, que dispõe de cromoterapia, aromaterapia, musicoterapia, bola de pilates e hidroterapia; encorajar à mudança de posição durante o trabalho de parto, adotando posições de 4 apoio, cócaras, deambulação pelo quarto, posição lateral; facilitar a cromoterapia e o uso da bola de pilates

em cada quarto; identificar o risco materno-fetal durante o TP e parto, referenciando as situações que estão para além da área de atuação; identificar desvios padrão da evolução normal do TP; identificar a estrutura pélvica materna e a variabilidade fetal; ter em especial atenção os cuidados específicos a uma mulher com patologia associada; identificar as condições do períneo e a necessidade da realização de episiotomia; identificar os sinais de dequitação; identificar a formação do Globo de Segurança de Pinard e quantificar as perdas sanguíneas; identificar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação; monitorizar o estado de saúde da mãe e do RN no período do puerpério imediato e assegurar a continuidade dos cuidados de saúde especializados.

Durante estes contextos, houve necessidade de refletir sobre Gravidez e Parto Gemelar, visto que foi possível a participação ativa em 3 partos gemelares, sendo um deles Distócico por Ventosa e os outros dois Eutócicos (Apêndice H).

Competência 4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Descritivo – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Atividades – Designa-se por Puerpério o período que se inicia imediatamente após o 3º estadio do TP (dequitação) e que termina 6 a 8 semanas após o parto, ou quando a mulher se sentir recuperada física e psicologicamente. É durante este período que acontece o retorno dos órgãos reprodutores ao seu estado pré-gravídico. Este período é dividido em três fases: Puerpério Imediato – primeiras 2h após o parto; Puerpério Precoce – das 2h até ao 10º dia; Puerpério Tardio – do 10º dia até às 6 a 8 semanas após o parto (DGS, 2015). Devido a todas alterações na vida da mulher/casal, torna-se essencial avaliar a adaptação destes ao seu novo papel – o papel parental.

No contexto clínico de CSP, foi possível realizar a Consulta de Revisão do Puerpério, onde se obtiveram competências como: realização do exame físico da puérpera e do RN; capacitação do casal na prestação de cuidados ao RN; apoio na amamentação; identificação de complicações pós-parto e ensinamentos sobre sinais e sintomas de alarme da puérpera e do RN. Além desta consulta, durante o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, lecionado na mesma unidade, foi realizada uma aula sobre a “Consulta de Revisão de Puerpério” (Apêndice I), onde se explicou às grávidas a importância destas consultas.

No contexto clínico de Puerpério, realizado na Unidade de Saúde C, desenvolveram-se atividades como: avaliação inicial da puérpera e do RN, aquando da entrada no serviço; apoio

na amamentação; exame físico à puérpera e ao RN; prestação de cuidados à puérpera; prestação de cuidados ao RN; banho do RN; avaliação da bilirrubina do RN; avaliação do peso do RN; esclarecimento de dúvidas do casal; ensinamentos sobre sinais e sintomas de alarme da puérpera e do RN; ensinamentos sobre a alta; identificação de complicações pós-parto; referenciação e encaminhamento de situações que estavam para além da área de atuação.

Na Unidade de Neonatologia, pertencente à Unidade de Saúde C, foi tida a oportunidade de observar e participar em alguns dos cuidados prestados aos 16 RN's internados nesta unidade, ao longo dos vários dias de observação. Estes RN's tinham as seguintes condições: RN pré-termo, Hiperbilirrubinemia, RN pré-termo com mãe com suspeita de Pré-Eclâmpsia, Bradicardia, Síndrome Dificuldade Respiratória (SDR), e Distócia de ombros durante o TP e convulsão pós-parto.

Foi possível adquirir competências para identificar quais as necessidades do RN na fase em que se encontravam para que os cuidados prestados sejam centrados nas necessidades de cada um. De realçar que também os pais eram capacitados para a prestação de cuidados ao RN, para um regresso a casa seguro, de modo a promover a saúde física e mental da mulher.

Competência 5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Descritivo – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Atividades – O Climatério designa-se pelo período de tempo entre o pleno potencial reprodutivo e a incapacidade para tal, onde ocorre um declínio progressivo da função ovariana (SPG, 2021).

No decorrer do contexto clínico de CSP, na Unidade de Saúde A, acompanharam-se mulheres no período de climatério, que se deslocaram à unidade de saúde a fim de receber apoio médico e de enfermagem, para esclarecimento de dúvidas sobre este período e para realizar o RCCU e o RCM. Visto esta fase ser caracterizada por irregularidades menstruais, alterações cognitivas e de humor, alterações no padrão de sono, enxaquecas, atrofia vulvovaginal, alterações cutâneas, dificuldade na relação sexual, alterações cardiovasculares e metabólicas, alterações osteoarticulares, afrontamentos e/ou sudorese noturna (SPG, 2021), muitas mulheres recorrem às unidades de saúde com o intuito de melhorar a sua sintomatologia, para vivenciarem esta fase da melhor maneira.

Competência 6 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Atividades – Na Unidade de Saúde B, ao longo do contexto clínico de Ginecologia, acompanharam-se mulheres nas seguintes condições de afeção ginecológica: Histerectomia Vaginal, Aborto em evolução, gravidez ectópica, IVG por Síndrome de Down às 21 semanas de gestação, Anexectomia via laparoscópica, Histerectomia Total via laparoscópica, excisão de massa anexial, Doença Inflamatória Pélvica (DIP) com abscesso tubo ovárico esquerdo e Laparoscopia exploratória. A todas estas utentes, foram prestados cuidados de saúde especializados no pré e pós-operatório.

Competência 7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo – Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Atividades – No decorrer dos contextos clínicos de cuidados de saúde primários, no internamento de puerpério e no internamento de ginecologia, foram aplicadas intervenções de educação para a saúde a mulheres/casais que se encontravam em idade fértil, de modo que possam ter comportamentos saudáveis na sua vida sexual e reprodutiva. Como existiu a oportunidade de prestar cuidados a utentes de vários pontos do Mundo, o que constituiu um leque de crenças e religiões bastante distintas, houve a necessidade de adaptação da comunicação e a prestação de cuidados a cada especificidade encontrada, para que as mulheres/casais pudessem ficar devidamente esclarecidos.

CONCLUSÃO

A formação contínua na área de Enfermagem, nomeadamente em SMO, proporciona a mestria para a prática enquanto EEESMO. Através da formação e da realização dos vários contextos clínicos e deste RF, foi possível compreender a verdadeira importância do espírito crítico e da capacidade de autorreflexão, no que remete à responsabilidade pela vigilância da saúde da mulher em todas as fases de vida e a promoção da saúde e deteção precoce de complicações na saúde do RN.

O ENPRF revelou-se uma experiência bastante enriquecedora, no sentido em que a passagem pelos diversos contextos clínicos possibilitou a aquisição das competências comuns e específicas, enquanto futura EEESMO e a consolidação de todos os conhecimentos adquiridos anteriormente, de forma a exercer a prática de acordo com a evidência científica mais atualizada. Foi incrementada, ainda, a capacidade de aprendizagem de forma autónoma e orientada.

A este projeto, alicerçou-se a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, visto ser aquela que permite ao EEESMO estabelecer uma ligação com a mulher/casal, no decorrer do tempo de internamento, a fim de proporcionar a melhor experiência possível.

Considera-se que todos os objetivos propostos foram atingidos, contribuindo para uma melhor atuação e aquisição de competências. Destaca-se a importância do contacto com todos os EEESMO's, em especial às orientadoras de estágio, pois sem a ajuda de todos, o caminho não tinha sido tão enriquecido. Foi um período de constante aprendizagem e partilha de experiências vividas, favorecendo o desempenho e conhecimento. A apresentação, em contexto de *Webinar*, da formação "Saúde Mental Perinatal – Valor do EEESMO", cujo *feedback* foi muito bom, também se revelou bastante importante no decorrer deste percurso. As experiências vivenciadas permitiram assim dar resposta ao preconizado na Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei nº 9 /2009 de 4 de março (República, 2009).

A qualidade da assistência à mulher/casal só se consegue através do incremento de práticas baseadas na evidência científica. Deste modo, foi escolhida uma temática para aprofundar os meus conhecimentos e aperfeiçoar os cuidados prestados. Com a realização da Revisão Temática da Literatura, verificou-se que complicações da SMP são atualmente

uma das principais complicações obstétricas subdiagnosticadas. Têm consequências determinantes na saúde da mãe e definitivas no desenvolvimento e saúde do filho. Para promover a saúde mental da mulher, os profissionais de saúde, independentemente da sua categoria profissional, devem atuar para além das estratégias de tratamento de complicações, nomeadamente basear a sua atuação na promoção da saúde mental.

Esta atuação pode surgir de diversas formas, como: facilitar a comunicação; promover um ambiente seguro e calmo; gestão de *stress*; esclarecimento de dúvidas; facilitar o uso de programas de preparação para o parto e parentalidade; apoiar as medidas não farmacológicas de controlo da dor durante o TP, como por exemplo, o uso de um espaço *Snoezelen* onde é possível utilizar a aromaterapia, cromoterapia, musicoterapia, hidroterapia, massagem, bola de pilates, entre outros; suporte *online* ou presencial para partilhar experiências vividas com outras grávidas; uso de ferramentas de triagem na deteção de desvios de saúde mental, bem como a sua referenciação para os serviços especializados na área da SMP.

Este RF traduz o culminar desta etapa, sendo que a frequência deste curso possibilitou o crescimento pessoal e profissional, no que remete à relação de empatia que se cria com a mulher/casal.

Durante este percurso de dois anos, existiram momentos de grande dificuldade, nomeadamente na capacidade de gestão da vida pessoal, profissional e enquanto mestranda. No entanto, todas as situações de maior complexidade foram devidamente ultrapassadas, com a ajuda de todos os intervenientes neste processo, sendo eles professores, orientadores de estágio ou colegas e ainda mais importante, no esforço e dedicação para ultrapassar todas as adversidades.

Com a finalização deste percurso, é de destacar o crescimento pessoal e profissional e que a relação interpessoal estabelecida com cada mulher/casal tornou a sua experiência mais feliz e segura, junto de profissionais de saúde que os respeitam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2022a). *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2021*. Retrieved 21 de setembro de 2022 from <http://www.acss.min-saude.pt>
- ACSS. (2022b). *Modelos Organizacionais - Unidades de Saúde Familiar*. Administração Central do Sistema de Saúde - Ministério da Saúde. Retrieved 21 de setembro de 2022 from <https://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>
- Agostini, F., Matthey, S., Minelli, M., Dellabartola, S., & Bonapace, S. (2019). Transient vs enduring distress in late pregnancy using the EPDS: a brief longitudinal exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1610730>
- Alikamali, M., Khodabandeh, S., Motesaddi, M., Bagheri, Z., & Esmaili, M. A. (2020). The Association Between Demographic Characteristics and Attempting of Pregnancy with Postpartum Depression and Anxiety Among Women Referring to Community Health Centres: A Cross Sectional Study. *Malays J Med Sci.*, 27(3), 93-104. <https://doi.org/10.21315/mjms2020.27.3.10>
- APA. (2013). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- APA. (2020). *Concise guide to APA Style, 7th ed* [doi:10.1037/0000173-000]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000173-000>
- Arante, F. O., Tabb, K. M., Wang, Y., & Faisal-Cury, A. (2021). The relationship between postpartum depression and lower maternal confidence in mothers with a history of depression during pregnancy. *Psychiatr Q. Author manuscript*, 91(1), 21–30. <https://doi.org/10.1007/s11226-019-09673-w>
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med*, 26(1), 135-141. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033778>
- Baker, N., Gillman, L., & Coxon, K. (2020). Assessing mental health during pregnancy: An exploratory qualitative study of midwives' perception. *Elsevier*, 86(2020), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102690>
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(18), 125-132. <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Boekhorst, M. G. B. M., Muskens, L., Hulsbosch, L., Deun, K. V., Bergink, V., Pop, V. J. M., & Heuvel, M. I. V. D. (2021). The COVID - 19 outbreak increases maternal stress during pregnancy, but not the risk for postpartum depression. *Women's Mental Health*, 24, 1037–1043. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01104-9>
- Bray, N., L., G. K., Lind, P. A., Painter, J. N., Colodro-Conde, L., & Medland, S. E. (2019). The psychosocial impact of nausea and vomiting during pregnancy as a predictor of postpartum depression. *Journal of Health Psychology*, 00(0), 1-12. <https://doi.org/10.1177/1359105319859048>
- Briggs, J. (2013). JBI Levels of Evidence. *Joanna Briggs Institute*, 1-5. https://doi.org/https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

- Campos, B. C., & Rodrigues, O. M. P. R. (2015). Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebés no Primeiro Ano de Vida. *Revista Psico*, 46(4), 483-492. <https://doi.org/http://doi.org/10.15446/198D-8623.2015.4.20802>
- Catala, P., Suso-Ribera, C., Marin, D., & Peñacoba, C. (2021). Predicting postpartum post-traumatic stress and depressive symptoms in low-risk women from distal and proximal factors: a biopsychosocial prospective study using structural equation modeling. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 303(6), 1415-1423. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05857-z>
- Chaharrahifard, L., Motlagh, A. J., Kamrani, M. A., Ataee, M., & Saeieh, S. E. (2021). The Effect of Midwife-led Psycho-Education on Parental Stress, Postpartum Depression and Parental Competency in High Risk Pregnancy Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, 10(2), 70-76. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.014>
- Chakravorty, T. (2022). The role of specialist perinatal psychiatrists in modern medicine. *J. Perinat. Med.*, 50(9), 1168-1173. <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0512>
- Cheng, C., Chou, Y., Chang, C., & Liou, S. (2021). Trends of Perinatal Stress, Anxiety, and Depression and Their Prediction on Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9387), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179307>
- CHULC. (2020). *Maternidade*. Retrieved 16 de janeiro de 2023 from <https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/38-homepage/areas-de-interesse/131-maternidade>
- Cordero, M. J. A., García, J. C. S., Blanque, R. R., López, A. M. S., & Villar, N. M. (2018). Moderate Physical Activity in an Aquatic Environment During Pregnancy (SWEP Study) and Its Influence in Preventing Postpartum Depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 00(0), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1078390317753675>
- Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Royal College of Psychiatrists.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Dishy, G. A., & Mayopoulos, P. A. (2019). Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Women's Mental Health*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01006-x>
- DGS. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de orientação para profissionais de saúde*. Direção Geral de Saúde.
- DGS. (2008). *Saúde Reprodutiva - Planeamento Familiar* (D. G. Saúde, Ed.). Direção Geral de Saúde.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção Geral de Saúde.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 12(3), 549-556.
- Goren, G., Sarid, O., Philippou, P., & Taylor, A. (2020). Sense of Coherence Mediates the Links between Job Status Prior to Birth and Postpartum Depression: A Structured Equation Modeling Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(6189), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176189>
- Graham, A. M., Doyle, O., Tilden, E. L., Sullivan, E. L., Gustafsson, H. C., Marr, M., . . . Seghete, K. L. M. (2022). Effects of Maternal Psychological Stress During Pregnancy on Offspring Brain Development: Considering the Role of Inflammation and Potential for Preventive Intervention. *Society of Biological Psychiatry*, 7, 461-470. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.10.012>
- Heller, H. M., Draisma, S., & Honig, A. (2022a). Construct Validity and Responsiveness of Instruments Measuring Depression and Anxiety in Pregnancy: A Comparison of EPDS, HADS-A and CES-D. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(7563), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137563>
- Heller, H. M., Draisma, S., & Honig, A. (2022b). Construct Validity and Responsiveness of Instruments Measuring Depression and Anxiety in Pregnancy: A Comparison of EPDS, HADS-A and CES-D. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7563), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137563>

- HESE. (2021). *Serviço Obstetrícia e Ginecologia*. Retrieved 30 de outubro from <https://www.hevora.min-saude.pt/2020/01/08/obstetricia-e-ginecologia/>
- HESE. (2022). *HESE EPE*. Retrieved 30 outubro de 2022 from <https://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>
- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Hutchens, B. F., Holland, M. L., Tanner, T., & Kennedy, H. P. (2021). Does Perceived Quality of Care Moderate Postpartum Depression? A Secondary Analysis of a Two-Stage Survey. *Matern Child Health J*, 25(4), 613-625. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03103-1>
- Karić, A., & Mivšek, A. P. (2022). Use of the Edinburgh postpartum depression scale for screening new fathers for postpartum depression: A pilot study. *Slovenian Nursing Review*, 56(2), 117-122. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3036>
- Kingsdon, D., & Tough, S. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43(5), 683-714. <https://doi.org/http://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>
- Krauskopf, V., & Valenzuelac, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Perinatal depression: A review on diagnosis and treatment strategies. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>
- Lee, Y.-L., Tien, Y., Bai, Y.-S., Lin, C.-K., Yin, C.-S., Chung, C.-H., . . . Wu, G.-J. (2022). Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5118), 1-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph19095118>
- Luz, H. (2022a). *Luz Saúde: visão, missão e valores*. Retrieved 17 de novembro from <https://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/sobre/luz-saude-visao-missao-e-valores>
- Luz, H. (2022b). *Luz Saúde: visão, missão e valores*. Retrieved 17 de novembro de 2022 from <https://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/sobre/luz-saude-visao-missao-e-valores>
- Luz, H. (2022c). *Maternidade: gravidez, parto, nascimento*. Retrieved 17 de novembro from <https://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/servicos/maternidade#tabp-0>
- Markey, K., & Ibeajaero, M. (2022). Double jeopardy: The importance of nurturing culturally responsive perinatal mental healthcare. *Nurse Education Today*, 116(105446), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105446>
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., . . . Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: a mixedmethod study. *BMC Nursing*, 19(87), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12912-020-00480-4>
- Molgora, S., Saita, E., Carones, M. B., Ferrazzi, E., & Facchin, F. (2022). Predictors of Postpartum Depression among Italian Women: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1553), 1-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph19031553>
- Moreira, W. (2004). Revisão da Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção. *Lorena, SP*, 1, 21-30.
- Noonan, M., Doody, O., Jomeen, J., & Galvin, R. (2016). Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems: An integrative review *Midwifery*, 45 (2017), 56–71 <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.010>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL.
- OE. (2014). *DL 118/2014*. Diário da República Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/enfermeiro-de-fam%C3%ADlia-publicado-em-di%C3%A1rio-da-rep%C3%BAblica/>
- OE. (2016). *Parecer nº4/2016*. Mesa do colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica

- OE. (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º140/2019*. Diário da República n.º26/2019, Série II
- OE. (2019b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 391/2019*. Diário da República n.º85/2019, Série II
- OE. (2019c). *Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro*. Diário da República n. 184/2019, Série II de 2019-09-25
- OE. (2020). *A supervisão clínica no desenvolvimento profissional vai a debate*. Retrieved 22 de novembro de 2022 from <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/a-supervis%C3%A3o-cl%C3%ADnica-no-desenvolvimento-profissional-vai-a-debate/>
- OMS. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services* World Health Organization.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Research methods and reporting* 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmi.n71>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Phillips, L., & Thomas, D. (2015). The first antenatal appointment: An exploratory study of the experiences of women with a diagnosis of mental illness. *Midwifery*, 31(8), 756-764. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.004>
- Planície, U. (2022). *Manual de Acolhimento*.
- Pordata. (2022a). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Retrieved 21 de setembro from <https://www.pordata.pt/>
- Pordata. (2022b). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Retrieved 21 de setembro de 2022 from <https://www.pordata.pt/>
- Pordata. (2023). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Retrieved 28 agosto from <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+natalidade-366>
- Rawahi, A. A., Kiyumi, M. H. A., Kimyani, R. A., Lawati, I. A., Murthi, S., Davidson, R., . . . Azri, M. A. (2020). The Effect of Antepartum Depression on the Outcomes of Pregnancy and Development of Postpartum Depression A prospective cohort study of Omani women. *Clinical and Basic Research*, 20(2), 179-186. <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.02.008>
- Rema, J. P., Miguel, A. R., Reis, T. A., Martucci, L., & Senevirante, G. (2022). The Time is Now: An Overview on Perinatal Psychiatry. Este é o Momento: Uma Visão Geral da Psiquiatria Perinatal *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 8(3), 134-136. <https://doi.org/10.51338/rppsm.417>
- REPE. (2012). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. In (pp. 22). Lisboa: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro.
- Diário da República, 1.ª série — N.º 44 — 4 de março de 2009, 1466-1530 (2009).
- Diário da República, 2.ª série — N.º 113 — 14 de junho de 2018, 16656-16663 (2018).
- Universidade de Évora Aviso n.º 15812/2019- Parte E, 139-140 (2019).
- Rompala, K. S., Cirino, N., Rosenberg, K. D., Fu, R., & Lambert, W. E. (2016). Prenatal Depression Screening by Certified Nurse-Midwives, Oregon *Journal of Midwifery & Women's Health*, 00(0), 1-7. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12491>
- Sahin, E., & Seven, M. (2018). Depressive symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study. *Perspect Psychiatr Care*, 55, 430-437. <https://doi.org/10.1111/ppc.12334>
- Savory, N. A., Sanders, J., & Hannigan, B. (2022). Midwives' experiences of supporting women's mental health: A mixed-method study. *Elsevier*, 111(103368), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103368>
- Schouten, B. C., Westernengb, M., & Smitc, A. M. (2021). Midwives' perceived barriers in communicating about depression with ethnic minority clients. *Elsevier*, 104(2021), 2393-2399. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.032>

- Seymour-Smith, M., Cruwys, T., & Haslam, S. A. (2021). More to lose? Longitudinal evidence that women whose social support declines following childbirth are at increased risk of depression. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 4(45), 338-343. <https://doi.org/http://doi.org/10.1111/1753-6405.13099>
- Silverman, M. E., Reichenberg, A., Lichtenstein, P., & Sandin, S. (2019). Is depression more likely following childbirth? A population-based study. *Archives of Women's Mental Health*, 22(2), 253-258. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0891-5>
- Silverwood, V., Nash, A., Chew-Graham, C. A., Walsh-House, J., Sumathipala, A., Bartlam, B., & Kingstone, T. (2019). Healthcare professionals' perspectives on identifying and managing perinatal anxiety: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 768-776. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X706025>
- SNS. (2022). *Missão, Visão, Valores e Objetivos - CHULC*. Retrieved 16 de janeiro de 2023 from <https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>
- Sousa, L., Frade, M., Firmino, C., Valentim, O., Marques, J., & A., A. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 31-39. <https://doi.org/https://www.researchgate.net/publication/325699143>
- Sousa, L. M. M., Severino, S., Marques-Vieira, C., & Antunes, V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-26.
- SPG. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa* (L. Ad Médic, Ed.). SPG - Secção Portuguesa de Menopausa.
- Standeven, L. R., Osborne, L. M., Betz, J. F., Yenokyan, G., Voegtline, K., Hantsoo, L., & Payne, J. L. (2021). Allopregnanolone and depression and anxiety symptoms across the peripartum: an exploratory study. *Women's Mental Health*, 25, 521–526 <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01186-5>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5th ed.). Lusociência.
- Transparência. (2023). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. Retrieved 4 de março de 2023 from <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>
- Regulamento Académico da Universidade de Évora, 1-119 (2022).
- Urbanová, E., Škodová, Z., & Bašková, M. (2021). The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10458), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>
- Val, A., & Míguez, M. C. (2023). Prevalence of Antenatal Anxiety in European Women: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20(1098), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021098>
- WHO. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. World Health Organization.
- Wilcox, M., McGee, B. A., Ionescu, D. F., Leonte, M., LaCross, L., Reps, J., & Wildenhaus, K. (2021). Perinatal depressive symptoms often start in the prenatal rather than postpartum period: results from a longitudinal study. *Women's Mental Health*, 24, 119-131. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01017-z>
- Yu, M., Gong, W., Taylor, B., Cai, Y., & Xu, D. (2020). Coping Styles in Pregnancy, Their Demographic and Psychological Influences, and Their Association with Postpartum Depression: A Longitudinal Study of Women in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3654), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103654>

APÊNDICES

APÊNDICE A: PROPOSTA DE
PROJETO/TESE/DISSERTAÇÃO/ESTÁGIO/TRABALHO DE PROJETO (MODELO
T-005), RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria da Luz Ferreira Barros</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>08257980 -6ZZ3</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>917127477</u> E-mail: <u>mlb@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-5620-0162</u>	
Nome: <u>Maria Antónia Martins</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>06260633 -6ZX4</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>917766306</u> E-mail: <u>maria.antoniamartins@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-2595-579X</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u>  <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>Depressão Pós-Parto; Prevenção; Saúde Mental; Enfermagem obstétrica</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Assistência à mulher no período perinatal	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Em anexo	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade I&D de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo) <input type="checkbox"/> Outros: _____	Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O Projeto de Estágio surge no âmbito do Relatório de Estágio de Natureza Profissional, no segundo ano do curso de 2º ciclo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora. Com a finalização deste curso obtém-se o grau de mestre, o qual está registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03). Tem parecer favorável pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), com a aquisição de conhecimentos e competências necessárias para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO). Deste modo, é possível adquirir as Competências Comuns do Enfermeiro EESMO (OE, 2019a) e, também, as Competências Específicas do Enfermeiro EESMO (OE, 2019b). Estas propõem ao Enfermeiro EESMO a responsabilidade pela vigilância da mulher em todas as fases da sua vida, bem como a deteção precoce de complicações inerentes à sua saúde.

O Estágio de Natureza Profissional (ENPRF) é uma Unidade Curricular com apresentação do Relatório Final, em provas públicas, tendo como referência a descrição detalhada das competências adquiridas ao longo dos seis ensinos clínicos. O ENPRF teve início no dia 12/09/2022 e término no dia 7/07/2023, sendo composto pelos seguintes ensinos clínicos: Cuidados de Saúde Primários; Internamento de Grávidas/Ginecologia; Bloco de Partos e Internamento de Puerperas.

Os objetivos do ENPRF, descritos no planeamento desta Unidade Curricular, são os seguintes: Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência; Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional. De forma a dar resposta a cada um destes objetivos, executei um Plano de Atividades com Cronograma que descreve as atividades a desenvolver e os resultados esperados para cada objetivo, bem como o tempo estipulado para cada uma delas.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (2012), Enfermeiro Especialista define-se como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (REPE, 2012). Neste sentido, para que seja possível a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher em todas as fases da sua vida, é necessário que esta prática seja consolidada com a Prática Baseada na Evidência (PBE).

No decorrer dos seis ensinos clínicos, a temática abordada que merece aprofundamento do conhecimento teórico centra-se na Intervenção do EEESMO na Saúde Mental da grávida, e surge no âmbito da saúde da mulher no período perinatal em situação de saúde/desvio de saúde.

É objetivo deste Projeto de Estágio: descrever o plano para aquisição de competências como Enfermeiro Especialista ESMO, através da prática clínica. No sentido de aprofundar o tema que dá o título a este Projeto de Estágio, pretende-se como objetivo geral: descrever a saúde mental da grávida em fase perinatal, em contexto clínico; e como Objetivos específicos: 1) identificar precocemente o risco de desenvolver Depressão; 2) referenciar os casos para encaminhamento especializado.

Para alcançar estes objetivos, utilizar-se-á o Instrumento Clínico Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Cox & Holden, 2003), conforme recomendação da DGS (Cox & Holden, 2003; DGS, 2005, 2015), a todas as grávidas a quem irei prestar cuidados, no decorrer dos contextos clínicos.

Socialmente, existe a imagem de que a mulher vive a gravidez e o pós-parto da melhor maneira possível e que as alterações/desconfortos que existem são normais e, por isso, acabam por ser desvalorizados. Deste modo, a mulher ao experienciar alguma alteração/desconforto durante a gravidez e pós-parto sente a necessidade de o desvalorizar e omitir, pela pressão social/pessoal, à pessoa de referência, à família e, ainda, aos profissionais de saúde. O mesmo posicionamento acontece à pessoa significativa, à família e aos profissionais de saúde. Os sintomas depressivos presentes no pós-parto enquadram-se em três categorias: blues pós-parto, depressão pós-parto (DPP) e psicose puerperal (Néné et al., 2016). A DPP é vista como o transtorno de humor mais prevalente associado ao parto, afetando mais de uma em cada dez mulheres (Karić & Mivšek, 2022; Seymour-Smith et al., 2021) e é definida como um episódio depressivo condicionado ao parto (Silverman et al., 2019), que ocorre dentro de quatro semanas após o mesmo (Lee et al., 2022). Este transtorno caracteriza-se por vários sintomas, como por exemplo: baixa autoestima, incapacidade de enfrentar determinadas situações, solidão, tristeza e sentimentos de incompetência (Catala et al., 2021). Segundo vários autores, é importante investigar o estado psicológico da grávida em fase perinatal, para que possam ser identificados fatores de risco para o desenvolvimento deste transtorno, usando ferramentas de triagem eficazes (Hutchens et al., 2021; Molgora et al., 2022; Urbanová et al., 2021). A Edinburgh Postnatal Depression Scale foi criada em 1987, como um instrumento clínico específico para identificar o risco de desenvolver depressão no período perinatal, e foi traduzida para português em 1996, fazendo parte do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) e do Manual de Orientação para Profissionais de Saúde – Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (DGS, 2005). A EPDS contém dez questões, cada uma delas com quatro respostas possíveis, sendo contabilizadas de 0 a 3. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade (DGS, 2015).

Visto que a Depressão é um desvio na saúde da grávida que se torna realidade com frequência, considero relevante explorar esta temática, de modo que a prestação de cuidados especializados por parte do Enfermeiro EESMO seja sustentada pela evidência científica. Para que tal seja possível, é imprescindível recorrer ao método de revisão da literatura, de forma a aplicar a evidência científica na prestação de cuidados (Sousa et al., 2016).

PLANO DE ATIVIDADES

Campo Clínico	Objetivos	Atividades a Desenvolver	Resultados Esperados	Processo de Avaliação
Cuidados de Saúde Primários	Objetivo 1. Cuidar da mulher/casal inseridos na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional	1.1. Orientação e assistência à mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	Promover a saúde da mulher durante o período pré-concepcional	Registos validados por orientador clínico: SClinico
		1.2. Orientação e assistência à mulher na prevenção de complicações do período pré-concepcional	Prevenir e diagnosticar precocemente complicações na saúde da mulher no período pré-concepcional, através do Rastreio do Cancro do Colo do Útero e do Rastreio do Cancro da Mama	Boletim Saúde Grávida Protocolos de serviço
		1.3. Orientação e assistência à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis	Prestar cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade ou infeções sexualmente transmissíveis	Registos curriculares: Exames pré-natais Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU)
	Objetivo 2. Cuidar da mulher/casal no período pré-natal	2.1. Orientação e assistência a mulheres na vigilância da gravidez	Promover a saúde da mulher grávida durante o período gestacional	Rastreio do Cancro da Mama Número de Afeções Ginecológicas
		2.2. Orientação e assistência a mulheres em fase de diagnóstico pré-natal	Diagnosticar e prevenir precocemente complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal	Cuidados a puérperas
		2.3. Orientação e assistência a mulheres em fase de decisão para IVG	Prestar cuidados à mulher no período pré-natal nas situações de interrupção da gravidez	Cuidados a recém-nascidos
		2.4. Orientação e assistência a mulheres em fase de decisão para ILG		
	Objetivo 3. Cuidar da mulher/casal no período pós-natal	3.1. Orientação e assistência a mulheres que vivenciam um processo de saúde/doença no âmbito da sexualidade, planeamento familiar e período pós-natal	Promover a saúde da puérpera no período pós-natal	
			Diagnosticar e prevenir precocemente complicações na saúde da mulher/casal durante o período pós-natal,	

			através do Rastreio do Cancro do Colo do Útero e do Rastreio do Cancro da Mama	
	Objetivo 4. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	4.1. Orientação e assistência a mulheres no processo de transição à menopausa	Promover a saúde da mulher, apoiando o processo de transição à menopausa Realizar diagnósticos precoces e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério, através do Rastreio do Cancro do Colo do Útero e do Rastreio do Cancro da Mama	
Serviço de Grávidas/Ginecologia	Objetivo 5. Cuidar da mulher/casal no período pré-natal	5.1. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas patológicas	Diagnosticar e prevenir precocemente complicações na saúde da mulher durante o período gestacional Promover a monitorização contínua da gravidez	Registos validados por orientador clínico: SClinico Boletim Saúde Grávida Partograma Protocolos de serviço Registos curriculares: Exames pré-natais
		5.2. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas de termo	Avaliar bem-estar materno-fetal, pelos meios clínicos e técnicos apropriados	
		5.3. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas pré-termo		
		5.4. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas em indução de trabalho de parto		
	5.5. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas com feto morto ou em processo de ILG	Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento		
Objetivo 6. Cuidar da mulher/família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica	6.1. Prestação de cuidados de enfermagem a mulheres em situação de abortamento até às 18 semanas de idade gestacional	Identificar e monitorizar o trabalho de abortamento Promover a saúde ginecológica da mulher	Registos validados por orientador clínico: SClinico Protocolos de serviço	
	6.2. Prestação de cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios a mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas oncológicas	Diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama	Registos curriculares: Número de Afeções Ginecológicas	
	6.3. Prestação de cuidados de enfermagem à mulher com afeção do aparelho génito-urinário e/ou mama	Promover a adaptação da mulher com patologia ginecológica e/ou mama à nova situação clínica		
Serviço de Obstetrícia/Puerpério	Objetivo 7. Cuidar da mulher/casal durante o período pós-natal	7.1. Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas	Promover a saúde da mulher no período pós-natal Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o período pós-natal Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher no período pós-natal	Registos validados por orientador clínico: SClinico Boletim Saúde Infantil e Juvenil Aleitamento Materno Protocolos de serviço Registos curriculares: Cuidados a puérperas Cuidados a recém-nascidos
		7.2. Prestação de cuidados de enfermagem a recém-nascidos	Promover a saúde do recém-nascido no período pós-natal Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde do recém-nascido durante o período pós-natal Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde do recém-nascido no período pós-natal	
	Objetivo 8. Cuidar da mulher/casal durante o trabalho de parto	8.1. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas durante o trabalho de parto	Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extruterina Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido	Registos validados por orientador clínico: SClinico Partograma Aleitamento Materno Protocolos de serviço Registos curriculares: Número/Tipo de partos Exames pré-natais Cuidados a puérperas Cuidados a recém-nascidos
		Objetivo 9. Cuidar da mulher/casal durante o período pós-natal	9.1. Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas no período pós-natal imediato (até 2 horas)	
No decorrer de todos os campos clínicos	Objetivo 10. Cuidar da mulher em fase perinatal	10.1. Promover Saúde Mental da Grávida	Identificar precocemente o risco de Depressão Referenciar os casos para encaminhamento especializado	Aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), durante a prestação de cuidados, no decorrer dos contextos clínicos
		Objetivo 11. Gerir a prestação de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica com segurança e qualidade	10.2. Prestação de cuidados de enfermagem nos diversos campos clínicos	
	10.3. Divulgar o conhecimento sobre a temática em estudo em eventos científicos creditados	Promover a divulgação do conhecimento científico	Publicação do conhecimento produzido	

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

TAREFAS/ ATIVIDADES	ANO 2021				ANO 2023												
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Reuniões para elaboração do Projeto de Estágio																	
Pesquisa Bibliográfica																	
Realização do Estágio de Natureza Profissional																	
Realização do Projeto de Estágio																	
Submissão do Projeto de Estágio																	
Revisão da Literatura																	
Recolha e informação																	
Análise e tratamento da informação																	
Elaboração do Relatório Final																	
Entrega do Relatório Final																	
Discussão do Relatório Final																	

REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Catala, P., Suso-Ribera, C., Marin, D., & Peñacoba, C. (2021). Predicting postpartum post-traumatic stress and depressive symptoms in low-risk women from distal and proximal factors: a biopsychosocial prospective study using structural equation modeling. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 303(6), 1415-1423. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05857-z>

Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Royal College of Psychiatrists.

DGS. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de orientação para profissionais de saúde*. Direção Geral de Saúde.

DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção Geral de Saúde.

Hutchens, B. F., Holland, M. L., Tanner, T., & Kennedy, H. P. (2021). Does Perceived Quality of Care Moderate Postpartum Depression? A Secondary Analysis of a Two-Stage Survey. *Matern Child Health J*, 25(4), 613-625. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03103-1>

Karić, A., & Mivšek, A. P. (2022). Use of the Edinburgh postpartum depression scale for screening new fathers for postpartum depression: A pilot study. *Slovenian Nursing Review*, 56(2), 117-122. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3036>

Lee, Y.-L., Tien, Y., Bai, Y.-S., Lin, C.-K., Yin, C.-S., Chung, C.-H., . . . Wu, G.-J. (2022). Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5118), 1-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph19095118>

Molgora, S., Saita, E., Carones, M. B., Ferrazzi, E., & Facchin, F. (2022). Predictors of Postpartum Depression among Italian Women: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1553), 1-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph19031553>

Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL.

OE. (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º140/2019*. Diário da República n.º26/2019, Série II

OE. (2019b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 391/2019*. Diário da República n.º85/2019, Série II

REPE. (2012). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. In (pp. 22). Lisboa: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro.

Seymour-Smith, M., Cruwys, T., & Haslam, S. A. (2021). More to lose? Longitudinal evidence that women whose social support declines following childbirth are at increased risk of depression. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 4(45), 338-343. <https://doi.org/http://doi.org/10.1111/1753-6405.13099>

Silverman, M. E., Reichenberg, A., Lichtenstein, P., & Sandin, S. (2019). Is depression more likely following childbirth? A population-based study. *Archives of Women's Mental Health*, 22(2), 253-258. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0891-5>

Sousa, A. M. M., Souza, K. V. d., Rezende, E. M., Martins, E. F., Campos, D., & Lansky, S. (2016). Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*, 20(2), 324-331. <https://doi.org/http://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>

Urbanová, E., Škodová, Z., & Bašková, M. (2021). The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10458), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>

APÊNCIDE B: APRESENTAÇÃO “SAÚDE MENTAL PERINATAL – VALOR DO EEESMO” E CERTIFICADO DE FORMADOR



Saúde Mental Perinatal Valor do EEESMO

Enfermeira Vera Polainas, 50194

Orientação Clínica: EEESMO Gracinda Martins

Orientação Pedagógica: Professora Luz Barros e Professora Antónia Martins

Junho, 2023



Índice

1. Objetivos
2. Saúde Mental Perinatal
3. Tipos de Transtorno
4. Fatores de Risco
5. Sinais e Sintomas
6. Cuidados de Saúde
7. Como identificar
8. Anedonia vs Ansiedade vs Depressão
9. Importância do EEESMO
10. Conclusão
11. Referências



1.OBJETIVOS



- ✓ Dar a conhecer a importância da Saúde Mental Perinatal.
- ✓ Valorizar o papel do EEESMO.
- ✓ Reconhecer o investimento na força de trabalho do EEESMO para a eficácia do Sistema de Saúde.

2. Saúde Mental Perinatal

Saúde Mental da mãe e da criança, desde a concepção até ao primeiro ano de vida.

A Psiquiatria Perinatal dedica-se ao “estudo, deteção e tratamento das perturbações mentais que ocorrem na gravidez e no pós-parto”.



Kannabiran et al., 2007

3. Tipos de Transtorno

PÓS-PARTO

- ✓ Stress pós traumático
- ✓ Depressão Pós-Parto



DURANTE A GRAVIDEZ



- ✓ Ansiedade
- ✓ Stress
- ✓ Instabilidade
- ✓ Medo
- ✓ Depressão

Cordero et al., 2018
Karić & Mivšek, 2022
SeymourSmith et al., 2021

3. Tipos de Transtorno

A DPP é considerada o transtorno de humor com > prevalência associado ao parto, afetando mais de 1 em cada 10 mulheres.

Incidência > primeiras semanas pós-parto.

30-40% dos sintomas começam durante a gravidez.

1 em cada 5 mulheres desenvolverá um problema de saúde mental durante a gravidez ou no primeiro ano pós-parto.

A Doença Mental Perinatal é considerada uma das principais causas de morte materna.

45% a 65% das mulheres que sofrem de DPP têm o primeiro sintoma no primeiro ano pós-parto, considerando que 17% destas são mulheres sem história prévia de doença mental.

50% das mulheres com doença mental pré-existente têm uma recaída durante o período perinatal.

Austin, 2010
Baker et al., 2020
Karić & Mivšek, 2022
OMS, 2022
Phillips & Thomas, 2015
SeymourSmith et al., 2021

3. Tipos de Transtorno

A Gravidez é considerada um período de desafios físicos, biológicos e emocionais

Pode trazer alterações da saúde mental da mulher.



A maternidade é vista como um período de bem-estar e todas as alterações são vividas como normais, pela mulher e família.

Existe a desvalorização de sentimentos e não transmissão à família e profissionais de saúde.

Pode ser provocada pela pressão que a própria impõe, os profissionais de saúde e, ainda, social e/ familiar.

Mulheres que sofreram sintomas depressivos durante a gravidez, têm risco aumentado de dificuldades psicossociais no pós-parto, do que mulheres que não sofreram nenhum destes sintomas.

Cheng et al., 2021
Krauskopf & Valenzuela, 2020
Néné et al., 2016
Noonan et al., 2016
Val & Miguez, 2023
Yurt et al., 2020

3. Tipos de Transtorno



GRAVIDEZ



SAÚDE MENTAL

Vulnerabilidade

As alterações podem precipitar o início ou recorrência



Predisposição para a doença

A DPP é caracterizada como um episódio depressivo, não só condicionado à experiência do parto e que, na maioria das vezes, aparece dentro de 4 semanas após o mesmo.

Lee et al., 2022
Riecher-Rössler & Steiner, 2005
Silverman et al., 2019
Wenzel & Stuart, 2011

4. Fatores de Risco

Gravidez na adolescência ou indesejada	Abuso sexual ou físico	Baixo nível de escolaridade	Stress pós traumático
Dependência financeira	Falta de apoio social e/ou financeiro	Status socioeconómico	Antecedentes pessoais ou familiares de transtornos mentais
Problemas conjugais e familiares	Eventos de vida anteriores <i>stressantes</i>	Alterações hormonais	Complicações durante a gravidez
Multiplicidade de papéis	Complicações durante o parto	Violência obstétrica	

Campos & Rodrigues, 2015
Dekel et al., 2019
Goren et al., 2020
Molgora et al., 2022
Seymour-Smith et al., 2021

5. Sinais e Sintomas

Baixa autoestima	Falta de energia	Perturbações do sono	Anedonia
Dificuldade de concentração	Perturbações do apetite	Alterações de humor	Incapacidade de enfrentar determinadas situações
Alterações do peso	Tristeza	Sentimento de culpa	Solidão
Sentimentos de impotência			

APA, 2013
Cataliet al., 2021
Cordero et al., 2018
OMS, 2022
Rompala et al., 2016

6. Cuidados de Saúde

Centrados na saúde física da Grávida, Mãe, Feto e RN, reduzindo o tempo de atendimento e o foco para a saúde mental.

As Grávidas/Puérperas sentem relutância para falar sobre os seus sintomas e sobre o que as preocupa, com medo de existir estigma por parte de quem as cuida.

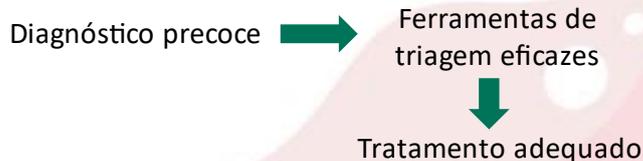


6. Cuidados de Saúde

- ✓ Acessível;
- ✓ Equitativo;
- ✓ Culturalmente adequados;
- ✓ Funcionais;
- ✓ Sustentáveis e eficientes;
- ✓ Qualidade dos serviços prestados.

Graham et al., 2022
Markey & Ibejaero, 2022

7. Como identificar



Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), serve para identificar o risco de desenvolver depressão no período perinatal, sendo que pode ser aplicada em grávidas e em puérperas.

Através dos resultados, percebemos se a mulher está numa fase de anedonia, ansiedade ou depressão.



Heller et al., 2022
Hutchens et al., 2021
Kingston & Tough, 2012
Molgora et al., 2022
Urbanová et al., 2021

8. Anedonia vs Ansiedade vs Depressão

Anedonia

- ✓ Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.
- ✓ Tenho tido esperança no futuro.

Ansiedade

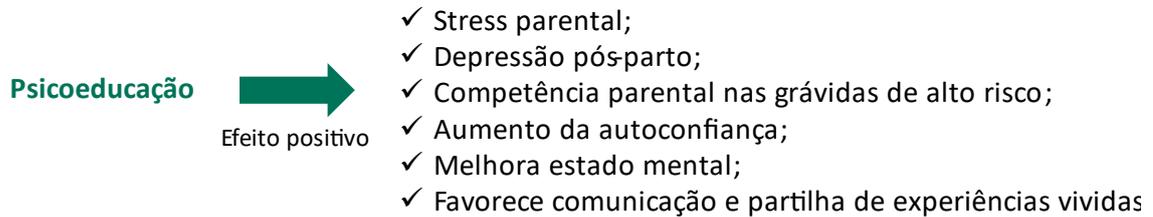
- ✓ Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.
- ✓ Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.
- ✓ Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.
- ✓ Tenho sentido que são coisas demais para mim.

Depressão

- ✓ Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.
- ✓ Tenho-me sentido triste ou muito infeliz
- ✓ Tenho-me sentido tão infeliz que choro.
- ✓ Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Heller et al., 2022

9. Importância do EEESMO



Aumentar a conscientização sobre a importância da SM

Avaliar sistematicamente nas consultas de monitorização da gravidez, com especial relevância em grávidas de risco.

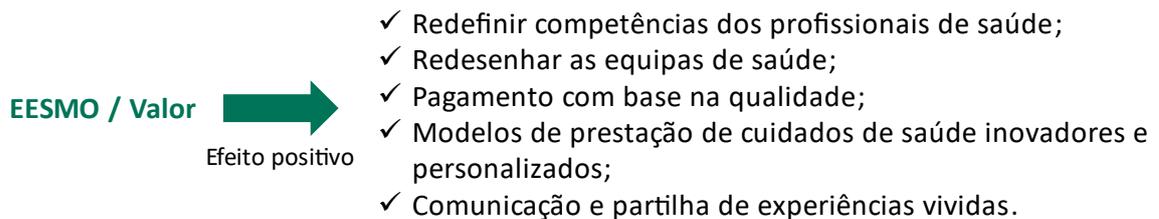
Avaliar sistematicamente na consulta de revisão do puerpério, com especial relevância se antecedentes de depressão e/ou parto traumático.



Deteção precoce de sintomatologia

Cheng et al., 2021
Val & Miguez, 2023

10. Conclusão



Advanced Practice in Nursing and Midwifery

- ✓ Enfermagem Avançada como elemento essencial para o desenvolvimento do EEESMO.
- ✓ Forma de garantir o acesso a cuidados de saúde cada vez mais especializados e complexos.
- ✓ Atuação em Enfermagem cada vez mais autónoma e avançada no contexto da especialidade SMO.
- ✓ Novos campos e áreas de investigação e de intervenção EEESMO.



Força do Trabalho

10. Referências

- Austin, M. P. (2010). Classification of mental health disorders in the perinatal period: future directions for DSM-V and ICD-11. *Arch Women's Ment Health*, 13(1), 41-44. <https://doi.org/http://doi.org/10.1007/s00737-009-0110-5>
- Baker, N., Gillman, L., & Coxon, K. (2020). Assessing mental health during pregnancy: An exploratory qualitative study of midwives' perception. *Elsevier*, 86(2020), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102690>
- Campos, B. C., & Rodrigues, O. M. P. R. (2015). Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. *Revista Psico*, 46(4), 483-492. <https://doi.org/http://doi.org/10.15446/198D-8623.2015.4.20802>
- Chaharrahfard, L., Motlagh, A. J., Kamrani, M. A., Ataee, M., & Saeieh, S. E. (2021). The Effect of Midwife-led Psycho-Education on Parental Stress, Postpartum Depression and Parental Competency in High Risk Pregnancy Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, 10(2), 70-76. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.014>
- Cheng, C., Chou, Y., Chang, C., & Liou, S. (2021). Trends of Perinatal Stress, Anxiety, and Depression and Their Prediction on Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9387), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179307>
- Cordero, M. J. A., García, J. C. S., Blanque, R. R., López, A. M. S., & Villar, N. M. (2018). Moderate Physical Activity in an Aquatic Environment During Pregnancy (SWEP Study) and Its Influence in Preventing Postpartum Depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 00(0), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1078390317753675>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Dishy, G. A., & Mayopoulos, P. A. (2019). Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Women's Mental Health*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01006-x>
- Graham, A. M., Doyle, O., Tilden, E. L., Sullivan, E. L., Gustafsson, H. C., Marr, M., . . . Seghete, K. L. M. (2022). Effects of Maternal Psychological Stress During Pregnancy on Offspring Brain Development: Considering the Role of Inflammation and Potential for Preventive Intervention. *Society of Biological Psychiatry*, 7, 461-470. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.10.012>
- Goren, G., Sarid, O., Philippou, P., & Taylor, A. (2020). Sense of Coherence Mediates the Links between Job Status Prior to Birth and Postpartum Depression: A Structured Equation Modeling Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6189), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176189>
- Heller, H. M., Draisma, S., & Honig, A. (2022b). Construct Validity and Responsiveness of Instruments Measuring Depression and Anxiety in Pregnancy: A Comparison of EPDS, HADS-A and CES-D. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7563), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137563>
- Hutchens, B. F., Holland, M. L., Tanner, T., & Kennedy, H. P. (2021). Does Perceived Quality of Care Moderate Postpartum Depression? A Secondary Analysis of a Two-Stage Survey. *Matern Child Health J*, 25(4), 613-625. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03103-1>
- Kannabiran, M., Pearson, R., & Narayan, G. (2007). Perinatal psychiatry. 7591.
- Karić, A., & Mivšek, A. P. (2022). Use of the Edinburgh postpartum depression scale for screening new fathers for postpartum depression: A pilot study. *Slovenian Nursing Review*, 56(2), 117-122. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3036>
- Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Perinatal depression: A review on diagnosis and treatment strategies. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.rmcc.2020.01.004>

10. Referências

- Krauskopf V., & Valenzuela P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Perinatal depression: A review on diagnosis and treatment strategies. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.rmcc.2020.01.004>
- Kingston D., & Tough, S. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43(5), 683-714. <https://doi.org/http://doi.org/10.1007/s10578-012-0293-4>
- Lee, Y.-L., Tien, Y., Bai, Y.-S., Lin, C.-K., Yin, C.-S., Chung, C.-H., . . . Wu, G.-J. (2022). Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5118), 1-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph19055118>
- Markey, K., & Ibejaero, M. (2022). Double jeopardy: The importance of nurturing culturally responsive perinatal mental healthcare. *Nurse Education Today*, 116(105446), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105446>
- Molgora S., Saita E., Carones M. B., Ferrazzi E., & Facchin, F. (2022). Predictors of Postpartum Depression among Italian Women: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1553), 1-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph19091553>
- Noonan, M., Doozy, O., Jomeen, J., & Galvin, R. (2016). Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems: An integrative review. *Midwifery*, 45 (2017), 56-74. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.010>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* LIDEL.
- OMS. (2022). *Guia de integração de serviços de saúde mental em serviços de saúde da criança e do adolescente*. World Health Organization.
- Phillips, L., & Thomas, D. (2015). The first antenatal appointment: An exploratory study of the experiences of women with a diagnosis of mental illness. *Midwifery*, 31(8), 756-764. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.004>
- Riecher-Rössler, A., & Steiner, M. (2005). *A historical perspective on the psychiatry of motherhood* (Vol. 173). Bench to Bedside. <https://doi.org/http://doi.org/10.1159/000087441>
- Savory, N. A., Sanders, J., & Hannigan, B. (2022). Midwives' experiences of supporting women's mental health: A mixed-method study. *Elsevier*, 118(103368), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103368>
- Schouten, B. C., Westeren, B. M., & Smit, A. M. (2021). Midwives' perceived barriers in communicating about depression with ethnic minority clients. *Elsevier*, 104(2021), 2393-2399. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.07.032>
- Silverman, M. E., Reichenberg, A., Lichtenstein, P., & Sandin, S. (2019). Is depression more likely following childbirth? A population-based study. *Archives of Women's Mental Health*, 22(2), 253-258. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0891-5>
- Silverwood, V., Nash, A., Chew-Graham, C. A., Walsh-House, J., Sumathipala, A., Bartlam, B., & Kingstone, T. (2019). Healthcare professionals' perspectives on identifying and managing perinatal anxiety: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 69(776). <https://doi.org/10.3399/bjgp190706025>
- Seymour-Smith, M., Crawley, T., & Haslam, S. A. (2021). More to lose? Longitudinal evidence that women whose social support declines following childbirth are at increased risk of depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(4), 339-344. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1361903120934389>
- Urbanová, E., Škodová, Z., & Bašková, M. (2021). The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10458), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph181010458>
- Val, A., & Miguez, M. C. (2023). Prevalence of Antenatal Anxiety in European Women: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1098), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021098>
- Wenzel, A., & Stuart, S. (2011). *Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment*. American Psychological Association. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/12302-000>
- Yu, M., Gong, W., Taylor, B., Cai, Y., & Xu, D. (2020). Coping Styles in Pregnancy: Their Demographic and Psychological Influences, and Their Association with Postpartum Depression: A Longitudinal Study of Women in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3554), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103554>



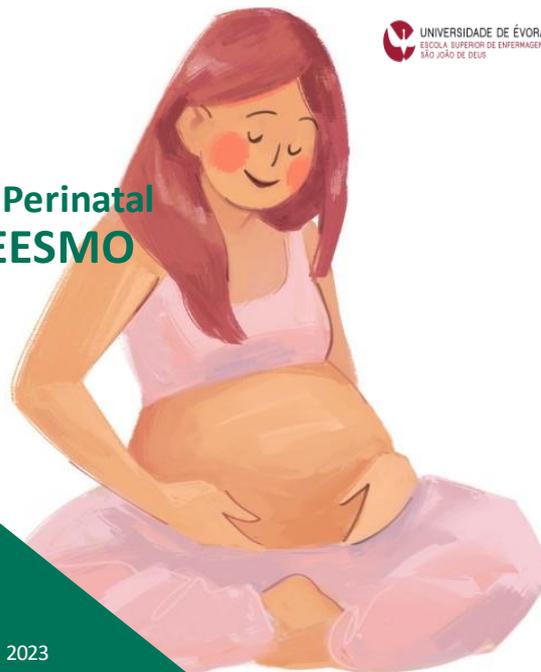
Saúde Mental Perinatal Valor do EEESMO

Enfermeira Vera Polainas, 50194

Orientação Clínica: EEESMO Gracinda Martins

Orientação Pedagógica: Professora Luz Barros e
Professora Antónia Martins

Junho, 2023





CERTIFICADO

Certifica-se que **VERA POLAINAS** colaborou como Formador(a) na **Videoconferência "Saúde Mental Perinatal - Valor do EEESMO"**, realizada no dia **02 de Junho de 2023**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 22 de Junho de 2023

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira
Técnico Superior

Certificado N.º 1037/2023/CS

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

APÊNDICE C: PANFLETO “BANHO DO RN”

Cuidados com a pele do RN:

A pele do RN caracteriza-se por ser sensível, fina e frágil. Por isso, é necessário hidratá-la com produtos que não agriçam a mesma.

Devem ser evitados produtos que contenham perfumes e corantes (pelo risco de dermatite de contato).

Cuidados com a fralda:

- ✓ A fralda deve ser trocada sempre que necessário;
- ✓ Deve usar o tipo de fraldas que se sentirem mais confortáveis (reutilizáveis ou descartáveis).

Cuidados ao coto umbilical:

- ✓ O coto umbilical vai secando e, normalmente, cai entre o 7º/10º dia;
- ✓ Limpar o coto umbilical na base e pele circundante com uma compressa limpa com água tépida, sempre num movimento único de 360 graus e unidirecional na base da inserção do coto;
- ✓ Limpar o coto umbilical no sentido ascendente, do corpo do cordão para a base do clamp/mola. Caso apresente cheiro, limpar com uma compressa embebida em álcool a 70°C, seguido de uma secagem com uma compressa seca e esterilizada;
- ✓ Quando o coto umbilical cai, pode reparar na perda de algumas gotas de sangue, sendo este um processo normal que não representa nenhum perigo;
- ✓ Ficar atento a determinados sinais de alerta, que poderão significar infeção: cheiro fétido, secreções purulentas ou pele ruborizada na base do cordão.

Vestuário do RN:

- ✓ Adequar o vestuário à estação do ano atual;
- ✓ Lavar a roupa do RN antes de ser usada, com sabão ou detergente neutro, sem perfume para bebé;
- ✓ Preferir roupa simples e de lavagem prática;
- ✓ Optar por roupa fácil de vestir, que feche com molas e folgada;
- ✓ Optar por vestuário composto por algodão ou linho;
- ✓ Remover as etiquetas de todas as peças de vestuário.

Referências bibliográficas

AMARAL, C., POUSA, O., SEQUEIRA, A. *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL. Lisboa. p.260-278. 2020. ISBN 9789897524165

OMS. (2022). *Recomendações sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo*. Obtido em <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240044074> ISBN 978-92-4-004851-5

Antes da execução do banho:

- ✓ Lavar as mãos antes de pegar no RN;
- ✓ Preparar previamente do material necessário, colocando-o junto ao RN;
- ✓ Colocar roupa por ordem de vestir e com as molas ou botões abertos previamente;
- ✓ Assegurar que a roupa não tem etiquetas que agriçam a pele;
- ✓ Verificar a temperatura ambiente (22°C a 25°C), sem correntes de ar;
- ✓ Deitar a água fria e de seguida a água quente, ajustando a temperatura correta da água (a quantidade de água na banheira deve ser a que os pais se sintam confortáveis);
- ✓ Verificar temperatura da água, usando o cotovelo, a face interna do pulso ou um termómetro (36,5°C a 37°C);
- ✓ proporcionar um ambiente calmo e tranquilo;
- ✓ Respeitar o estado comportamental do RN (evitar altura em que se encontra em sono profundo ou com fome).

NOTA: O banho pode ser dado em qualquer altura do dia que ache conveniente

Durante o banho:

- ✓ Desapertar toda a roupa;
- ✓ Colocar o RN sobre a toalha e cobrir o tórax;
- ✓ Verificar se a fralda se encontra suja e realizar higiene perineal, se necessário;
- ✓ Despir o RN na totalidade;
- ✓ Colocar o RN na banheira;
- ✓ Segurar o RN, passando com o braço não dominante por trás da sua cabeça e prendendo-o pelo braço, junto à axila, com os dedos em forma de pinça;
- ✓ Posicionar o RN como se ficasse sentado na banheira, seguro pela mão não dominante;
- ✓ Começar a lavagem na cara, pelos olhos (de fora para dentro);
- ✓ Limpar as narinas e orelhas;
- ✓ Lavar o couro cabeludo com movimentos suaves e circulares;
- ✓ Lavar os membros superiores das extremidades para a raiz, com movimentos rotativos;
- ✓ Lavar o tronco, no sentido do pescoço para o abdómen;
- ✓ Lavar os membros inferiores das extremidades para a raiz, com movimentos rotativos;
- ✓ Rodar o RN e segurá-lo pela axila, novamente em pinça, mantendo-o apoiado no braço;
- ✓ Lavar as costas;

BANHO DO RECÉM-NASCIDO

Objetivos do banho do recém-nascido (RN):

- ✓ Permite fazer a higiene completa do RN;
- ✓ Possibilita a observação completa do RN;
- ✓ Promove o conforto;
- ✓ Favorece a interação/socialização do RN com os pais e família.



Fonte: Pinterest, 2022

Évora, outubro de 2022

Alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:

Enfermeira Helena Ildefonso, nº 50674 e Enfermeira Vera Polainas, nº 50194

Supervisão Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins, Professora Convidada

Orientação: Professora Ana Frias, Professora Luz Barros



- ✓ Lavar a região perineal: movimentos únicos, no sentido vagina ou pénis – ânus, para não arrastar para a uretra possíveis microrganismos do ânus;
- ✓ Retirar o RN da banheira e secá-lo por pressão, e não por fricção.

NOTA: Usar produtos com pH neutro, preferencialmente sem perfumes. Todos os produtos que fazem espuma são extremamente agressivos para o RN. Usar preferencialmente óleos hidrossolúveis.

Após o banho:

- ✓ Colocar a fralda, abaixo do local de inserção do coto umbilical;
- ✓ Vestir o tronco, para minimizar perdas de calor;
- ✓ Executar a limpeza do coto umbilical;
- ✓ Vestir a restante roupa;
- ✓ Limpar os olhos do RN com compressas esterilizadas e Soro Fisiológico;
- ✓ Limpar secreções nasais com compressa limpa ou com soro fisiológico, fazendo movimentos delicados e rotativos;
- ✓ Limpar pavilhões auriculares com compressa limpa, realizando movimentos delicados e rotativos. Não usar cotonetes;
- ✓ Pentear com pente fino ou escova de RN, para ajudar na prevenção da descamação do couro cabeludo (crosta láctea).

Cuidados com as unhas:

- ✓ Limar as unhas (1xsemana) ou cortar com uma tesoura apropriada para o efeito (unhas dos pés devem ser cortadas a direito e as unhas das mãos de forma curva).



Fonte: Pinterest, 2022

APÊNDICE D: PANFLETO “MEDIDAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO”

Vantagens	Desvantagens
Analgésia completa	Monitorização da grávida e do bebé
Evita anestesia Geral	Diminuição da Pressão Arterial
Doses de reforço	Dificuldade em urinar
Bloqueio sensitivo, mas não motor	Parestesias
Não proporciona sedação ou perda de consciências da grávida	Lombalgias
	Desconforto no local da inserção do cateter
	Náuseas e vômitos
	Cefaleias

(Morgan et al., 2010)



Fonte: Pinterest, 2022

Referências Bibliográficas

Morgan, E., Mikhail, M., Murray, M. (2010). Anestesiologia Clínica. (4ª ed). Revinter. Rio de Janeiro
 Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2018). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 2ª (ed). Lidel. Lisboa

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS NO TRABALHO DE PARTO



Fonte: Pinterest, 2022

Évora, outubro de 2022

Alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:

Enfermeira Helena Ildefonso, nº 50674 e Enfermeira Vera Polainas, nº 50194

Supervisão Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins, Professora Convidada

Orientação: Professora Ana Frias, Professora Luz Barros



A Dor do Parto é frequentemente considerada a mais intensa experimentada durante a vida de uma mulher, não se referindo apenas à dor do Trabalho de Parto (TP), pois durante a gravidez a mulher vivencia desconfortos músculo-esqueléticos, como por exemplo lombalgias (Néné et al., 2018).

A dor do TP resulta das contrações uterinas e da dilatação cervical no 1º estadio do TP, e da dilatação da vagina e do assoalho pélvico durante o 2º estadio do TP (Morgan et al., 2010).

	1º Estadio TP	2º Estadio TP
Localização e tipo de Dor	- Inicia na região lombar e irradia para a região inferior do abdómen, cristas ilíacas, região glútea e coxas - Dor "maçadora", localização difusa	- Região lombar e região inferior do abdómen - Dor intensa, aguda, tipo queimadura e bem localizada

(Néné et al., 2018)

Os Métodos Farmacológicos para alívio da dor dividem-se em dois grupos:

- Anestesia
- Analgesia

A Anestesia Geral provoca diminuição da dor, com diminuição do estado de consciência, deixando a grávida a dormir.

A Analgesia diminui a sensação de dor, mantendo o estado de consciência da grávida, e pode ser administrada por via endovenosa ou epidural (Morgan et al., 2010).

Por via endovenosa é através do soro, podendo ser dada durante uma fase inicial do TP. Para este efeito são utilizados fármacos opioides que se caracterizam por provocar um alívio marcado da dor (Morgan et al., 2010).

Vantagens	Desvantagens
Fácil administração	Eficácia mais reduzida
Monitorização mínima dos sinais vitais	Possível sedação e depressão do sistema respiratório da grávida e do RN
Administração em qualquer estadio do TP	Náuseas e vômitos

Por via epidural é através da colocação de um cateter no espaço epidural, entre a L3-L4 ou L4-L5, sendo que podem ser administradas doses de reforço. Este cateter é retirado antes da saída do recobro.



Fonte: Morgan et al., 2010

A grávida vai sentir contrações sem ter dor, pernas ligeiramente mais pesadas, calor e formigueiro nos pés e bloqueio sensitivo e térmico (mas mantém a capacidade para deambular) (Morgan et al., 2010).

Métodos Não Farmacológicos no Trabalho de Parto

Técnica da pressão e contrapressão/massagens – Estas técnicas podem ser aplicadas até mesmo pela pessoa significativa dada a sua simplicidade e facilidade na execução. Facilitam a fixação da cabeça do bebé, no estreito inferior da bacia, enquanto reduzem a tensão muscular, diminuindo o stress e desconforto ao mesmo tempo que estimulam a circulação e oxigenação dos tecidos. Promovem uma progressão mais rápida para a segunda fase do trabalho de parto.

A utilização destes métodos ao aliviarem a dor, vão reduzir a ansiedade da mulher, promover a interação entre esta e a pessoa significativa e diminuir o consumo de analgésicos

Referências Bibliográficas

Jameei-Moghaddam, M., Goljaryan, S., Charandabi, S. M. A., Taghavi, S., Mirghafourvand, M. (2021). Effect of plantar reflexology on labor pain and childbirth experience: A randomized controlled clinical trial. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 1-11. <http://doi.org/10.1111/jog.14755>

Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (2ª ed). Lidel. Lisboa.

Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M., Small, R. (2017). Supporting the updated definition of pain. But what about labour pain? *PAIN*, 158(5), 990-991. <http://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000841>

Alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:
Enfermeira Helena Ildefonso, nº 50674 e Enfermeira Vera Polainas, nº 50194
Supervisão Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins
Orientação: Professora Ana Frias, Professora Luz Barros






Évora, outubro de 2022

O Trabalho de Parto (TP) é um momento de grande exigência, quer a nível físico quer psicológico para a mulher, gerando um misto de emoções entre a ansiedade e medo e a felicidade e excitação (Néné *et al.*, 2018).

A perceção que cada mulher tem da dor e a forma como lida com ela é muito subjetiva, estando ligada a uma diversidade de fatores como físicos, psicológicos, sociais e culturais (Whitburn *et al.*, 2017).

Os métodos naturais podem ser usados exclusivamente ou podem surgir como complemento dos métodos farmacológicos.

Estes métodos podem ser agrupados em 3 grandes grupos:

Intervenções corpo-mente	Medicinas complementares	Métodos de cura manual
Yoga, hipnose, meditação e visualização, terapias de relaxamento, musicoterapia, aromaterapia, posicionamentos e liberdade de movimentos, hidroterapia, estimulação elétrica transcutânea	Acupuntura, Reiki, homeopatia e osteopatia	Shiatsu, reflexologia, massagem, técnicas de pressão e contrapressão

(Néné *et al.*, 2018)

Musicoterapia e aromaterapia – Criação de um ambiente tranquilo, colocando música calma e tranquilizante e/ou uso de óleos essenciais e massagens que promovem o relaxamento e o equilíbrio entre mente, corpo e alma. O aroma deve ser escolhido antecipadamente, de forma que seja do gosto da grávida/parturiente e pessoa significativa.



Fonte: Pinterest, 2022

Hidroterapia (banho de imersão ou de chuveiro) – Alivia a sensação de dor e de desconforto, promove o relaxamento muscular (o calor e a flutuação da água diminuem a tensão muscular), sem interferir na progressão do trabalho de parto.

Deambulação e alteração da posição – Mudança frequente de posição (30/30 minutos) alivia a dor, como por exemplo, sentar, caminhar, ajoelhar, ficar de pé, deitar, posição de quatro apoios (“de gatas”).

Bola de Pilates – Facilita a alteração das posições, aumenta a irrigação do sangue à pelve, diminui a dor da contração uterina, ajuda no movimento de rotação da anca e na descida do bebé. Permite que a grávida/parturiente se movimente da frente para trás (cadeira de balanço), faça movimentos circulares e “desenhe” o número 8.



Fonte: Pinterest, 2022

Exercícios de relaxamento – Promovem na mulher um maior conhecimento do seu corpo permitindo-lhe, por exemplo, conseguir perceber a diferença entre uma contração e relaxamento. Reduzem a ansiedade, promovem alívio da dor e melhoram a tonicidade muscular contribuindo para uma boa evolução do trabalho de parto.



Fonte: Pinterest, 2022

Técnicas de respiração – Aliviam a dor e aumentam os níveis de saturação de oxigénio materno e do bebé, levando a um maior relaxamento e diminuição da ansiedade.

APÊNDICE E: APRESENTAÇÃO “MEDIDAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO”

Métodos Farmacológicos e Não Farmacológicos para alívio da dor no TP



Supervisão Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins, Professora Convidada

Orientação: Professora Ana Frias, Professora Luz Barros

Outubro, 2022

Enfermeira Helena Idefonso, 50674
Enfermeira Vera Polainas, 50194

O que é a Dor no Trabalho de Parto?

É considerada a mais intensa experimentada durante a vida de uma mulher.

Não se refere apenas à dor do trabalho de parto, pois durante a gravidez a mulher vivencia desconfortos músculo-esqueléticos, como lombalgias



Fonte: Pinterest, 2022

De onde vem a Dor no Trabalho de Parto?

Das contrações uterinas e da dilatação cervical no 1º estadio do TP

1º estadio – as contrações provocam dilatação e apagamento do colo. A dor neste período localiza-se sobre a região inferior do abdómen, irradiando para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, região glútea e coxas.

Da dilatação da vagina e do assoalho pélvico durante o 2º estadio do TP

2º estadio – a dor é intensa, aguda, tipo queimadura e bem localizada, principalmente na região inferior do abdómen e na região lombo-sagrada.

3º estadio e 4º estadio – a dor reflete os estímulos que acompanham a descida do feto através do canal de parto, e a dequitação da placenta.



Métodos Farmacológicos

Fonte: Pinterest, 2022

Anestesia Geral	Analgesia Sistémica	Anestesia/Analgesia Epidural
Provoca diminuição da dor, com diminuição do estado de consciência, ficando a grávida a dormir.	Diminui a sensação de dor, com possível sedação e depressão do sistema respiratório da grávida e do RN. Pode ser dada durante uma fase inicial do TP. São utilizados fármacos opioides, que se caracterizam por provocar um alívio marcado da dor.	Provoca analgesia completa, visto provocar bloqueio sensitivo, mas não motor.

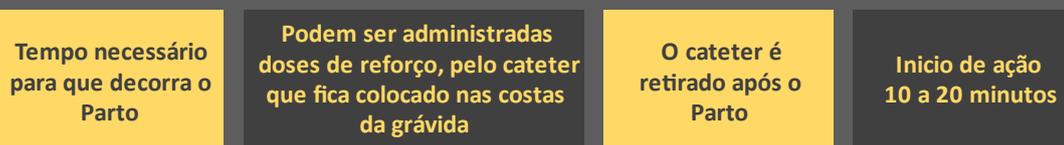


O que é a Anestesia Epidural?

- ✓ Método farmacológico para alívio e controlo da dor
- ✓ Realizada por Médico Anestesiologista



Quanto tempo dura a Anestesia Epidural?



O que a grávida vai sentir?

Calor e formigueiro nos pés

Pernas ligeiramente mais pesadas

Contrações sem dor

Bloqueio sensitivo e térmico

Quando se faz?

Fase Ativa do Trabalho de Parto

Geralmente 3-4 cm de dilatação



Fonte: Pinterest, 2022

Como se faz?

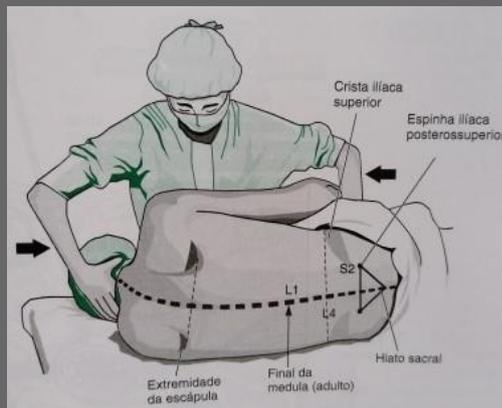
- 1** Técnica Assética
- 2** Desinfecção das costas
- 3** Anestesia local da pele
- 4** A agulha da epidural é colocada num local específico – entre duas vértebras lombares
- 5** É colocado um cateter epidural e retirada a agulha
- 6** Fixo com adesivo

Método de Administração

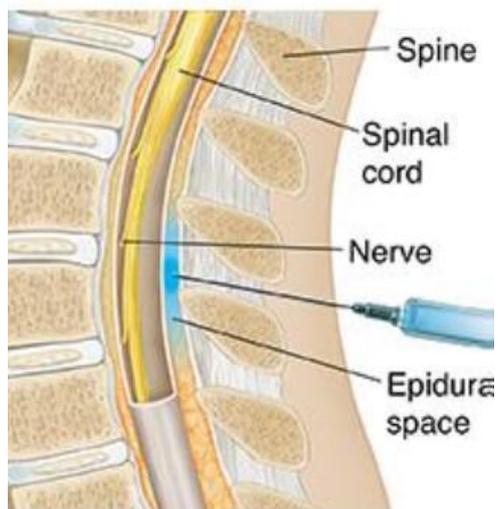
Single Shot
(1h30 – 2h)

Single Shot
+
Perfusão Epidural

Posicionamento da grávida



Fonte: Morgan et al, 2010



Fonte: Morgan et al, 2010

Indicações

Anestesia

Analgesia

Contraindicações



A grávida não querer



Alterações na coluna



Processos infecciosos



Cirurgias da coluna com colocação de implantes



Lesões na pele na zona da inserção



Alterações na coagulação



Tatuagens lombares

Vantagens

-  Analgesia completa
-  Evita Anestesia Geral
-  Não proporciona sedação ou perda de consciência da grávida
-  Doses de reforço
-  Bloqueio sensitivo, mas não motor

Desvantagens

-  Monitorização da Grávida e do bebé
-  Diminuição da Pressão Arterial
-  Dificuldade em urinar
-  Parestesias
-  Lombalgias
-  Desconforto no local de inserção do cateter
-  Náuseas e vômitos
-  Cefaleias

DIB



Fonte: Morgan et al, 2010



Fonte: Pinterest, 2022

Métodos Não Farmacológicos



Musicoterapia



Fonte: Pinterest, 2022

Colocação de música calma e tranquilizante, facilitando o relaxamento

Aromoterapia



Fonte: Pinterest, 2022

Uso de óleos essenciais e massagens que promovem o relaxamento e o equilíbrio entre mente, corpo e alma.

Hidroterapia



Fonte: Pinterest, 2022

Alivia a sensação de dor e desconforto, promovendo o relaxamento muscular

Exercícios de relaxamento



Fonte: Pinterest, 2022

Promovem na mulher um maior conhecimento do seu corpo permitindo-lhe perceber a diferença entre uma contração e relaxamento. Reduzem a ansiedade, promovem alívio da dor e melhoram a tonicidade muscular

Técnicas de respiração



Fonte: Pinterest, 2022

Aliviam a dor e aumentam os níveis de saturação de oxigénio materno e do bebé, levando a um maior relaxamento e diminuição da ansiedade

Reflexologia



Fonte: Pinterest, 2022

As regiões do calcanhar e dos tornozelos estão diretamente associadas ao útero, sendo que massagens nestas áreas podem fortalecer-lo e aumentar as contrações

Técnica de pressão e contrapressão/massagens



Fonte: Pinterest, 2022

Facilita a fixação da cabeça do bebé, no estreito inferior da bacia, enquanto reduzem a tensão muscular, diminuindo o stress e desconforto ao mesmo tempo que estimulam a circulação e oxigenação dos tecidos.

Referências

- Morgan, E.; Mikhail, M.; Murray, M. (2010). Anestesiologia Clínica. 4ª Edição. Revinter Rio de Janeiro
- Néné, M.; Marques, R.; Batista, M. (2018). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 2ª Edição. Lidel. Lisboa
- Jameei-Moghaddam, M., Goljaryan, S., Charandabi, S. M. A., Taghavi, S., Mirghafourvand, M. (2021). Effect of plantar reflexology on labor pain and childbirth experience: A randomized controlled clinical trial. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 1-11. <http://doi.org/10.1111/jog.14755>
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M., Small, R. (2017). Supporting the updated definition of pain. But what about labour pain? *PAIN*, 158(5), 990–991. <http://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000841>

APÊNDICE F: PANFLETO “TRABALHO DE PARTO: ADMISSÃO NA MATERNIDADE”

Salvo algumas exceções, após o nascimento, o seu bebé deverá ficar em contacto com a sua pele e iniciar a primeira mamada. Este fenómeno possibilita um aumento da síntese de ocitocina (hormona), que irá contribuir para a indução de contrações do útero, facilitando o estadio seguinte - a expulsão da placenta.

ESTADIO - DEQUITADURA

Este estadio vai desde a expulsão do feto até a expulsão da placenta e vai ocorrer em duas partes:

- 1º - Separação da placenta da parede uterina descendo para o segmento uterino inferior e/ou vagina.
- 2º - Saída da placenta através do canal de parto.

Existem dois mecanismos de descolamento:

Schultze – Saída da parte da placenta que está em contacto com o feto sendo que a maior parte do sangramento vai ocorrer após a saída da placenta.

Duncan – O sangramento ocorre inicialmente e a parte visível da placenta que aparece primeiro é a parte materna.

EPISIOTOMIA - É uma ferida cirúrgica ao nível do perineo. Este procedimento deverá ser realizado de uma forma seletiva, em situação de emergência materna e/ou fetal (Néné et al., 2018).

Referências Bibliográficas:

Neves, J. (2020). *Obstetrícia Fundamental*. 14 Edição. Lidel. Lisboa. ISBN 9789897523397

Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (24 ed). Lidel. Lisboa

Organização Mundial de Saúde. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization

Entre em Trabalho de Parto...

E agora?



Fonte: Pinterest, 2022

Évora, outubro de 2022

Alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:

Enfermeira Helena Ildelfonso, nº 50674 e Enfermeira Vera Polainas, nº 50194

Supervisão Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins

Orientação: Professora Ana Frias, Professora Luz Barros



TRABALHO DE PARTO

É definido como a alteração progressiva do colo do útero, pela ação das contrações uterinas regulares, que promovem a progressão do feto pelo canal de parto e a sua expulsão, bem como da placenta (Neves et al., 2020)

SINAIS PREMONITÓRIOS DE TP

- Sensação de queda do abdómen, duas a três semanas antes do parto, que indica a acomodação do feto no segmento inferior do útero;
- Aumento da secreção genital;
- Expulsão do rolhão mucoso;
- O colo inicia o processo de apagamento;
- Lombalgias;
- Agravamento das contrações Braxton-Hicks (Néné et al., 2018)

NO MOMENTO DA ADMISSÃO ...

- Preenchimento do processo individual;
- Apresentação do serviço e profissionais de saúde;
- Encaminhamento para a unidade onde vai ficar instalada;
- Dar conhecimento do decorrer da gravidez ao profissional de saúde;
- Explicar o motivo pelo qual recorreu à maternidade (p.e. perdas sanguíneas; dor; rutura espontânea bolsa amniótica);
- Fornecer Boletim Saúde Grávida;
- Explicar história da gravidez, como: vigilância da gravidez, idade gestacional, data da última menstruação (DUM), data provável de parto (DPP) e história obstétrica anterior;
- Observação do estado físico geral e observação ginecológica;
- Avaliação dos sinais vitais;
- Fornecer todos os exames e análises efetuados até ao momento;
- Informar sobre a hora da última refeição;
- Informar sobre dados familiares relevantes;
- Realizar higiene pessoal;
- Monitorização da grávida e do bebé;
- Se tiver Plano de Parto, deve informar previamente (p.e. acerca de administração de epidural; episiotomia) (Neves et al., 2020)



Fonte: Gettyimages, 2022

1º ESTADIO

Inicia-se com contrações uterinas regulares e termina quando o colo do útero está com dilatação completa. É dividido em três fases: fase latente, fase ativa e fase de transição.

	Apagamento e dilatação do colo do útero	Contrações
Fase Latente	Até aos 3/4cm	Irregulares e intensidade variável (entre 5 a 30 minutos, com duração de 10 a 30 segundos)
Fase Ativa	Entre os 4/7cm	Frequentes, regulares e com intensidade moderada (a cada 2 a 5 minutos, com duração de 30 a 90 segundos).
Fase Transição	Dilatação completa (10cm)	Intervalos curtos, intensidade moderada/forte e com necessidade de fazer força.

(Néné et al., 2018)

2º ESTADIO – PERÍODO EXPULSIVO

Vai desde a dilatação cervical completa até à expulsão do feto em que a parturiente sente uma vontade involuntária de fazer força por causa das contrações uterinas (OMS, 2018).

Caracteriza-se por contrações uterinas rítmicas, com intervalos inferiores a 10 minutos, dolorosas, predominantemente no hipogastro com irradiação para região lombar ou raiz das coxas (Néné et al., 2018).



Fonte: Pinterest, 2022

APÊNDICE G: APRESENTAÇÃO “TRABALHO DE PARTO: ADMISSÃO NA MATERNIDADE”



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

ACES
ALICERCE CENTRAL

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Preparação para o Parto e Parentalidade

Entrei em trabalho de parto! E agora?

Alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:
Enfermeira Helena Ildefonso, nº 50674 e Enfermeira Vera Polainas, nº 50194

Supervisão Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins, Professora Adjunta Convidada

Orientação: Professora Ana Frias, Professora Luz Barros

Outubro, 2022

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

Trabalho de Parto

É definido como a alteração progressiva do colo do útero, pela ação das contrações uterinas regulares, que promovem a progressão do feto pelo canal de parto e a sua expulsão, bem como a expulsão da placenta.



Fonte: Pinterest, 2022

(Neves et al., 2020)

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

Sinais Premonitórios do Trabalho de Parto



Fonte: Gettyimages, 2022

Sensação de queda do abdómen	Aumento da secreção genital	Expulsão do rolhão mucoso
O colo do útero inicia o processo de apagamento	Lombalgias	Agravamento das contrações Braxton-Hicks

(Néné, et al., 2018)

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

1º Estadio do Trabalho de Parto

Inicia-se com contrações uterinas regulares e termina quando o colo do útero está com dilatação completa. É dividido em três fases:



Fase Latente Fase Ativa Fase de Transição

(Néné et al., 2018)

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

1º Estadio do Trabalho de Parto

	Apagamento e dilatação do colo do útero	Contrações
Fase Latente	Até aos 3/4cm	Irregulares e intensidade variável (entre 5 a 30 minutos, com duração de 10 a 30 segundos)
Fase Ativa	Entre os 4/7cm	Frequentes, regulares e com intensidade moderada (a cada 2 a 5 minutos, com duração de 30 a 90 segundos).
Fase Transição	Dilatação completa (10cm)	Intervalos curtos, intensidade moderada/forte e com necessidade de fazer força.

(Néné et al., 2018)

1º Estadio TP - Fase Latente

O que fazer ?

Aproveite para se despedir da barriga

Sabe em que instituição vai ter o seu filho?
Conhece as rotinas?



Fonte das imagens: Gettyimages, 2022

1º Estadio do TP- Fase Ativa

O que fazer ?

Ir para a Instituição de Saúde

Concentrar-se no seu corpo e no bebé

Monitorização materna e fetal (CTG)



Fonte das imagens: Gettyimages, 2022

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

No momento da admissão ...



Fonte: Gettyimages, 2022

Preenchimento do processo individual

Apresentação do serviço e profissionais de saúde

Encaminhamento para a unidade onde vai ficar instalada

Dar conhecimento do decorrer da gravidez ao profissional de saúde

Explicar o motivo pelo qual recorreu à maternidade (p.e. perdas sanguíneas; dor; rotura bolsa amniótica)

Fornecer Boletim Saúde Grávida

Explicar história da gravidez (vigilância; idade gestacional, data última menstruação, data provável de parto)

(Neves et al., 2020)

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

No momento da admissão ...



Fonte: Gettyimages, 2022

Observação do estado físico geral e observação ginecológica	Avaliação dos sinais vitais	Fornecer todos os exames e análises efetuados até ao momento	Informar sobre a hora da última refeição
Informar sobre dados familiares relevantes	Realizar higiene pessoal	Monitorização da grávida e do bebé (CTG)	Se tiver Plano de Parto, deve informar previamente (p.e, acerca de administração de epidural; episiotomia)

(Neves et al., 2020)

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

2º Estadio do Trabalho de Parto – Período Expulsivo

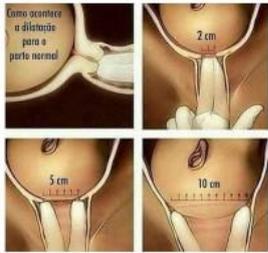
Vai desde a dilatação cervical completa até à expulsão do feto em que a parturiente sente uma vontade involuntária de fazer força, devido às contrações uterinas (OMS, 2018).

Caracteriza-se por contrações uterinas:

- Rítmicas
- Com intervalos inferiores a 10 minutos
- Dolorosas
- hipogastro com irradiação para região lombar ou raiz das coxas



Exame de Toque vaginal



Fonte: Gettyimages, 2022

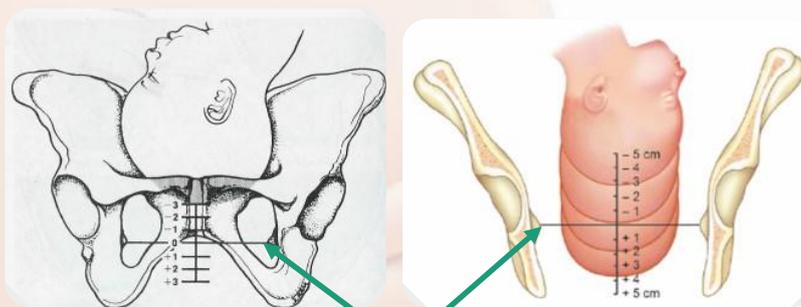
Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

2º Estadio do Trabalho de Parto – Período Expulsivo

Divide-se em 2 fases:

- Não expulsiva, passiva ou de descida
- Fase expulsiva

Plano de Lee



Espinhas isquiáticas

Fonte: academiamédica

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

2º Estadio do Trabalho de Parto – Período Expulsivo

A **posição** adotada é de extrema importância pois **vai condicionar** a forma como a fase do período expulsivo vai progredir.

A grávida deve, de preferência **deambular e alternar posições** (de pé, joelhos, de gatas, deitada, de lado). Esta alteração de posições deve ser feita tendo em conta as **preferências da mulher** e vão **facilitar o encaixe** da apresentação.

Existem outros fatores que podem influenciar a progressão do trabalho de parto



Fonte: Universidade Federal Fluminense

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

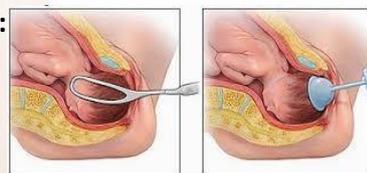
2º Estadio do Trabalho de Parto – Período Expulsivo

Critérios para uso de fórceps e extrator a vácuo/ventosa:

- Trabalho de parto prolongado
- Suspeita de sofrimento fetal
- Patologia materna (disfunção cardíaca, neurológica)
- Exaustão

Escolha do dispositivo

É necessário consentimento informado



Fórceps

Ventosa



Extrator a vácuo

Fonte: Adams

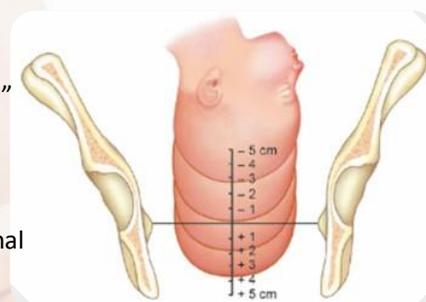
Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

2º Estadio do Trabalho de Parto – Período Expulsivo

Antes de iniciar um parto vaginal instrumental deve-se:

- Confirmar se a dilatação cervical está completa;
- Confirmar se o polo cefálico está encaixado na posição “+2” ou mais baixo
- Confirmar a rutura das membranas
- Confirmar que a posição fetal é compatível com o parto vaginal
- Esvaziar a bexiga materna
- Avaliar clinicamente as dimensões pélvicas (pelvimetria clínica) para determinar se a pelve é adequada

Plano de Lee



Fonte: academiamédica

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

É tempo de:

- Recuperar as forças



Fonte: Gettyimages, 2022



Fonte: Gettyimages, 2022

- Contacto pele a pele

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

É tempo de:

- Corte do cordão umbilical



Fonte: Gettyimages, 2022

- Favorecer a amamentação!



Fonte: Gettyimages, 2022

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

3º Estadio do Trabalho de Parto – Dequitadura

Este estadio vai desde a expulsão do feto até a expulsão da placenta, a que se dá o nome de dequitadura .

Este processo vai ocorrer em duas partes:

1º - Separação da placenta da parede uterina descendo para o segmento uterino inferior e/ou vagina.

2º - Saída da placenta através do canal de parto.



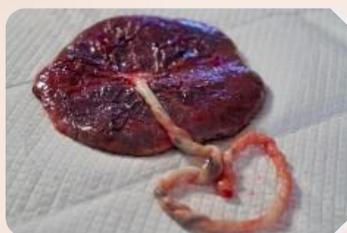
Fonte: USF São Julião

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

3º Estadio do Trabalho de Parto – Dequitadura

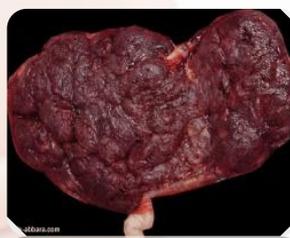
Existem dois mecanismos de descolamento:

Schultze – separação ocorre primeiro na zona central com saída da parte que está em contacto com o feto sendo que a maior parte do sangramento vai ocorrer após a saída da placenta.



Fonte:FCiência

Duncan – o descolamento tem início na periferia pelo que sangramento ocorre inicialmente e a parte visível da placenta que aparece primeiro é a parte materna.



Fonte:AlyAbbara

O profissional de seguida vai fazer a verificação da integridade da placenta (aspeto, se foi retirada na totalidade, entre outros).

Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

Episiotomia

É uma ferida cirúrgica ao nível do períneo. Este procedimento deverá ser realizado de uma **forma seletiva, em situações de emergência**, tendo várias **complicações** associadas como:



Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

- Vai ocorrer um sangramento chamado de “lóquios”;
- Pode surgir desconforto ou dores na região perineal;
- Momentos de cansaço e até de exaustão;
- Dores abdominais e cólicas causadas pela contração normal do útero;
- Adaptação à nova realidade, contando com o apoio da família e com a tranquilidade de quem é capaz de enfrentar alterações emocionais, psicológicas, familiares e sociais que estão a ocorrer.



Rede de Apoio



Entrei em Trabalho de Parto! E agora?

Referências Bibliográficas

Neves, J. (2020). *Obstetrícia Fundamental*. 1ª Edição. Lidel. Lisboa. ISBN 9789897523397

Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (2ª ed). Lidel. Lisboa

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



APÊNDICE H: REFLEXÃO PARTO GEMELAR

Reflexão Parto Gemelar – Vera Polainas

REFLEXÃO PARTO GEMELAR – VERA POLAINAS

Descrição: No decorrer de um contexto clínico em sala de partos, tive oportunidade de acompanhar a fase final e, posteriormente, o parto de duas gravidezes gemelares.

Gravidez gemelar 1: Idade grávida – 34, Idade Gestacional - 37S+4D, Índice Obstétrico – 0000.

Duas Bolsas amnióticas (diamniótico) duas placentas (dicoriônico). Parto Cesariana

Gravidez gemelar 2: Idade grávida – 31, Idade Gestacional - 38S+6D, Índice Obstétrico – 3003.

Duas Bolsas amnióticas (diamniótico) duas placentas (dicoriônico). A segunda gravidez também gemelar – primeiro gêmeo parto eutócico, segundo gêmeo eutócico (pélvico). Parto Eutócico com procidência do cordão do primeiro gêmeo.

A Gravidez múltipla/gemelar é caracterizada pela ocorrência de formação e desenvolvimento de mais de um feto na mesma gravidez (Neves, 2020).

Segundo Pereira et al. (2021), este tipo de gravidez representa 0,5% a 2,0% de todas as gravidezes do Mundo. No entanto, a incidência deste tipo de gravidez tem vindo a aumentar no decorrer das últimas décadas, consequência da adesão às Técnicas de Procriação Medicamente Assistida e, ainda, consequência da idade materna avançada (Calle et al., 2021; Vázquez-Maiz et al., 2020)

A gravidez gemelar pode ser classificada segundo vários fatores, como a zigocidade (número de zigotos/massas embrionárias), amniocidade (número de bolsas amnióticas) e, também, corionicidade (número de placentas) (Neves, 2020). De acordo com vários estudos, gêmeos monócóricos, isto é, com uma placenta, correspondem a 20% de todas as gravidezes gemelares (Krispin et al., 2022). Existem, ainda, estudos que indicam que 70% a 75% dos casos, são gravidezes monócóricas e diamnióticas, ou seja, cada feto está dentro de uma bolsa amniótica mas têm ambos a mesma placenta a nutri-los (Neves, 2020).

No caso das gravidezes gemelares que tive oportunidade de acompanhar, ambas eram gravidezes diamnióticas e dicoriônicas. Foram gravidezes vigiadas e sem nenhuma intercorrência durante a mesma. Ambas as grávidas tinham serologias atualizadas e negativas, resultado de streptococcus B negativo e resultado de teste de SARS-Cov negativo. O parto por cesariana foi programado e o parto eutócico foi de início espontâneo.

A Gravidez Gemelar é considerada uma gravidez de risco e, por isso, requer uma vigilância acrescida. Os fatores para considerar uma gravidez de risco são inúmeros e dizem respeito a complicações fetais, complicações maternas durante a gravidez e complicações maternas durante o trabalho de parto (TP).

Reflexão Parto Gemelar – Vera Polainas

As complicações fetais que ocorrem com mais frequência dizem respeito a malformações de um feto, restrição do crescimento intrauterino (RCIU), síndrome de transfusão feto-fetal, morte fetal, parto pré-termo, aumento de morbilidade e mortalidade perinatal e infantil, anemia, policitemia gemelar, baixo peso fetal e, ainda, paralisia cerebral (Calle et al., 2021; Chen et al., 2022; Filipecka-Tyczka et al., 2020; Krispin et al., 2022; Neves, 2020; Vázquez-Maiz et al., 2020).

Quanto às complicações maternas durante a gravidez, existem as seguintes: ameaça de parto pré-termo (APPT), rutura prematura de membranas, parto pré-termo, placenta prévia, placenta acreta, lombalgias, refluxo gastroesofágico, anemia, diabetes gestacional, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, colestase gravídica, hiperémese gravídica e aumento da morbilidade e mortalidade materna (Calle et al., 2021; Chen et al., 2022; Neves, 2020; Vázquez-Maiz et al., 2020).

Também durante o TP, parto e pós-parto, podem ocorrer complicações, como: hemorragia pós-parto, histerectomia, descolamento prematura da placenta, rutura uterina e mortalidade materna (Calle et al., 2021).

O tipo de parto das gravidezes gemelares pode ser por cesariana ou parto eutócico, sendo que, para tomar esta decisão, têm de ser pesados todos os prós e contras e ter em conta a experiências de todos os membros da equipa multidisciplinar para este tipo de parto. Este assunto tornou-se um tema que tem trazido bastante debate, pois existem autores que propõem cesariana para diminuir o risco de resultados perinatais adversos (Chen et al., 2022).

Tem sido sugerido que a taxa elevada de cesarianas em gravidezes gemelares está relacionada com a preocupação no manuseamento do segundo gémeo, se este estiver em apresentação pélvica (Chen et al., 2022). No entanto, desde que a gravidez gemelar seja bem vigiada e não tenha sofrido intercorrências durante todo o período gestacional, pode haver indicação para Indução do Trabalho de Parto (ITP) e, por conseguinte, realização de Parto Eutócico (Chen et al., 2022; Krispin et al., 2022; Vázquez-Maiz et al., 2020).

Calle et al. (2021) assume, ainda, que a decisão do tipo de parto também pode ser tomada por preferência materna, com influência da cultura e do estilo de vida. Sabe-se que um parto eutócico traz menos complicações e melhor recuperação (Chen et al., 2022), contudo, apesar de continuar como o menos escolhido em comparação com a cesariana, estudos revelam que este parto pode ser realizado em segurança, desde que a apresentação do primeiro gémeo seja cefálica (Chen et al., 2022; Krispin et al., 2022; Vázquez-Maiz et al., 2020).

Reflexão Parto Gemelar – Vera Polainas

No entanto, as complicações mais frequentes que podem ocorrer num parto gemelar são as seguintes: frequência cardíaca fetal não tranquilizadora do segundo gémeo, prolapso do cordão umbilical e, ainda, necessidade de parto pélvico do segundo gémeo (Krispin et al., 2022; Vázquez-Maiz et al., 2020).

No caso das grávidas que acompanhei, a que teve o parto eutócico já tinha história de parto gemelar eutócico na gravidez anterior. Nessa gravidez, o segundo gémeo encontrava-se em posição pélvica, visto ter dado a volta quando o primeiro gémeo saiu. O que não se verificou no parto atual, visto que os dois gémeos nasceram cefálicos.

Sentimentos: No momento que surgiu a oportunidade de assistir e ajudar em ambos os partos gemelares, senti-me entusiasmada e empenhada em observar tudo à minha volta e adquirir o máximo de competências possível. Tendo noção de que esta oportunidade não é muito comum, durante o decorrer da nossa aprendizagem enquanto mestrandos, acredito que dei o meu melhor.

Avaliação: Avaliando o que estas experiências trouxeram de positivo para a minha conduta enquanto futura EEESMO, dou especial relevância ao que aprendi em ambas as situações. Aprendi a importância de uma dotação segura, especialmente nestes casos, onde podem surgir complicações inesperadas, se a mesma não for respeitada. Cada recém-nascido deve ser imediatamente avaliado e se o mesmo não acontecer, podem não ser detetas complicações que ponham em causa a saúde e bem-estar do mesmo.

Análise: A Ordem dos Enfermeiros afirma que para existir dotação segura, o rácio de enfermeiro-doente na assistência Intra Parto é de 1:2 no 1º estadio TP e de 1:1 no 2º estadio do TP (OE, 2019). Com esta experiência, foi possível observar que a equipa duplica aquando de um parto gemelar, seja cesariana ou parto eutócico. Contudo, é de destacar que este rácio não acontece quando existe um parto de uma gravidez de risco de feto único.

Conclusão: Esta experiência tornou-se bastante enriquecedora, não só por todos os ensinamentos que me proporcionou, como também pela oportunidade de pôr em prática tudo o que tenho vindo a aprender até ao momento. Foi um privilégio conseguir assistir a um parto eutócico gemelar, visto ser incomum nos dias que correm.

Planeamento de ação: Todas as vivências que me têm sido proporcionadas e, em particular, estes dois partos, têm sido fulcrais para o meu crescimento profissional, levando-me a analisar criticamente as minhas práticas e a refletir sobre tudo o que tenho tido oportunidade de aprender, de forma a tirar partido de todas as aprendizagens, sejam elas teóricas ou práticas.

Reflexão Parto Gemelar – Vera Polainas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calle, M. d. I., Bartha, J. L., García, L., Cuerva, M. J., & Cortijo, D. R. (2021). Women Aged over 40 with Twin Pregnancies Have a Higher Risk of Adverse Obstetrical Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13117), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413117>
- Chen, J., Shen, H., Chen, Y. T., Chen, C.-H., Lee, K.-H., & Tornig, P.-L. (2022). Experience in different modes of delivery in twin pregnancy. *Plus One*, 17(3), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265180>
- Filipecka-Tyczka, D., Jakiel, G., Kajdy, A., & Rabijewski, M. (2020). Is growth restriction in twin pregnancies a double challenge? - A narrative review. *Journal of Mother and Child*, 24(4), 24-30. <https://doi.org/10.34763/jmotherandchild.20202404>
- Krispin, E., Zlatkin, R., Weisz, B., Mazaki-Tovi, S., & Yinon, Y. (2022). Labor induction in twin pregnancies: Does the perinatal outcome differ according to chorionicity. *Gynecology and Obstetrics*, 306, 93-100. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06272-8>
- Neves, J. (2020). *Obstetrícia fundamental* (Lidel, Ed. 1th ed.)
- Parecer N.º 43/2019, 1-4 (2019).
- Pereira, A. P. E., Cunha, A. J. L. A., Pereira, M. N., Moreira, M. E., Domingues, R. M. S. M., Viellas, E. F., . . . Gama, S. G. N. (2021). Twin Pregnancy and perinatal outcomes: Data from 'Birth in Brazil Study'. *Plos One*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245152>
- Vázquez-Maiz, O., Ginto-Zabaleta, L. M., Zubikarai-Iturralde, M., Aristegui-Guridi, O., Navarrina-Martínez, J. Á., & Lekuona-Artola, A. (2020). Desenlaces maternofetales según la comparación entre intento de parto o cesárea programada en embarazos gemelares. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(11), 735-744. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i11.4379>

APÊNDICE I: PANFLETO “CONSULTA DE REVISÃO DO PUERPÉRIO

O QUE SE FAZ NA CONSULTA?

- ✓ Esclarecimento de dúvidas;
- ✓ Avaliação do bem-estar físico, emocional e social da puérpera/recém-nascido/família nomeadamente, ao nível do aleitamento materno, dinâmica familiar e suporte social, estado nutricional, perdas hemáticas e involução uterina;
- ✓ Ensino acerca de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico;
- ✓ Orientação acerca do (re)início de um método contraceutivo;
- ✓ Informações acerca do retomar da atividade sexual;
- ✓ Avaliação do consumo de substâncias nocivas (tabaco, álcool entre outras);
- ✓ Realização do rastreio do cancro do colo do útero e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, caso se justifique;
- ✓ Verificação do estado vacinal da puérpera;
- ✓ Acompanhamento e referenciação, caso se considere pertinente, de situações de luto perinatal ou de internamento do recém-nascido.

VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM - realizada pela equipa, nos primeiros 15 dias após a chegada a casa da puérpera/recém-nascido e, com ela, pretende-se prestar cuidados de saúde no domicílio à puérpera/recém-nascido/família.

Referências bibliográficas

- Aguar P.; Almeida, I., Almeida, M. C., Beça, D., Diegues, J., Oliveira, M.G., Prazeres, S. & Prazeres, V. *Programa Nacional para a Gravidez de Baixo Risco*. Gráfica Maiadouro. Lisboa. 2015. ISBN 978-972-675-233-2
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL Lisboa. p.438-442. 2018 ISBN 9789697521461
- Neves, J. *Obstetria Fundamental*. LIDEL Lisboa. p.283-289. 2020. ISBN 9789697523397

Alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:

Enfermeira Helena Ildefonso, nº 50674 e Enfermeira Vera Polainas, nº 50194

Supervisão Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins

Orientação: Professora Ana Frias, Professora Luz Barros



CONSULTA DE REVISÃO DO PUERPÉRIO



Évora, setembro de 2022

O QUE É?

O Puerpério é o período que se estende desde o nascimento até 6 semanas após o parto (42 dias). Pode ser:



- Imediato** – primeiras 24h após o parto;
- Precoce** – primeira semana;
- Tardio** – até à 6ª semana.

À consulta que se faz durante este intervalo de tempo dá-se o nome de Consulta de Puerpério.

QUANDO SE FAZ A CONSULTA?

Realiza-se entre a 4ª e 6ª semana após o parto, contudo poderá haver necessidade de se agendar uma consulta no puerpério precoce, caso se verifiquem algumas destas situações: Extremos da idade reprodutiva, necessidade de avaliação da ferida cirúrgica e/ou realização de penso, dificuldade no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno e existência de sinalização do hospital.

O QUE ACONTECE APÓS O NASCIMENTO?

Após o parto, pela acção das hormonas, as alterações fisiológicas que ocorreram durante a gravidez, regressam progressivamente à normalidade e ocorre uma adaptação à nova realidade.

Sistema reprodutor

• **Involução uterina** – redução do tamanho do útero, intensificada no caso da mulher que amamenta, com alteração das características dos lóquios (perdas vaginais) à medida que o tempo passa:

- ✓ **Lochia rubra** – descarga de cor vermelha, que surge nos primeiros 5 dias após o parto
- ✓ **Lochia serosa** – descarga serosa de cor acastanhada, que surge entre os 5 e os 10 dias

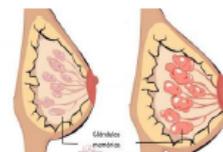
- ✓ **Lochia alba** – surge após os 10 dias e apresenta coloração amarela

• **Vagina** - Adquire pregas vaginais e espessamento normal cerca de 3 semanas pós-parto.

• **Colo uterino** - Permanece laxo e com 2-3cm de dilatação. Ao final da primeira semana, o colo uterino está formado.

Mama

O ingurgitamento mamário consiste no endurecimento da mama, associado a aumento da sensibilidade e dor. Corresponde ao início da produção de leite materno, surgindo entre as 24-72h após o parto, com o pico de sintomatologia entre os 3-5 dias, quando a produção de leite é superior.



Fonte: Sou enfermagem

Sistema urinário

Existe maior risco de infeções do trato urinário, pois verifica-se uma diurese aumentada que tem o objetivo de corrigir alterações provocadas pela gravidez.

Sistema Endócrino

Após a dequitação, ocorre uma redução progressiva dos níveis de hormonas como a progesterona, estrogénios e prolactina ao contrário das gonadotrofinas que aumentam progressivamente possibilitando o restabelecimento do ciclo menstrual, entre as 6-8 semanas, após o parto. A produção da gonadotrofina está directamente relacionada com a frequência da amamentação.

Ter atenção a sinais e sintomas como: febre (superior a 38°C), mastite (distúrbio inflamatório da mama) que pode evoluir para abscesso mamário e, caso tenha sido realizada uma episiotomia (sutura do períneo), vigiar também sinais infecciosos dessa região (dor, edema, rubor e calor).

ANEXOS

ANEXO I: ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

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 child-bearing women and matched controls*. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26 (1):135-41; 1996 Jan

Nome: _____

Data: _____

Idade do bebé: _____

Pontuação: _____

Aplicador da escala: _____

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:

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

EPDS – Orientações para cotação

De acordo com Warner, Appleby, Whitton e Faragher (1996), a depressão pós-parto atinge 10% das mães, variando este valor entre 8% e 15%.

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi desenvolvida em 1987 como um instrumento específico para identificar a depressão no período pós-natal.

A escala foi já validada no nosso país e os estudos realizados confirmaram a sua fiabilidade e sensibilidade na detecção da depressão nesta fase da vida.

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

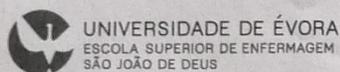
As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

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 EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

ANEXO II: REGISTO DO CURRÍCULO



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
 Ano Letivo 2022 /2023

Nome do Aluno Neza Luísa Gordo Polinas Nº 50154

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	270
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	46
• Participação activa em partos pélvicos -----	Ø
• Participação activa em partos gemelares -----	3
• Participação activa noutros partos -----	20
• Episiotomia -----	6
• Episiorrafia / perineorrafia-----	37
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	191
• Trabalho de parto -----	115
• Puerpério -----	4
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	348
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	330
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	39
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	74

Rubrica Professor

Neza Luísa Gordo Polinas