



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

**Parturiente com cardiopatia:  
intervenções do enfermeiro obstetra**

**Justo Ruiz López**

---

**Lisboa  
2021**



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

**Parturiente com cardiopatia:  
intervenções do enfermeiro obstetra**

**Justo Ruiz López**



Orientador: Maria Helena Carvalho Valente Presado  
Coorientador: Maria Teresa Santana Félix



**Lisboa**  
**2021**

## **AGRADECIMENTOS**

**À Professora Maria Teresa Félix** por todo o seu apoio, orientação e disponibilidade ao longo deste percurso e por acreditar no meu projeto.

**Ao meu marido**, pelo seu apoio, amor incondicional e paciência demonstrada face aos momentos da minha ausência e pouca disponibilidade.

**À minha família**, por terem sempre acreditado em mim e nas minhas capacidades de superação.

**Aos Enfermeiros Orientadores**, pela partilha de experiências que contribuíram na minha aprendizagem.

A todas **as docentes deste CMESMO** pelas aprendizagens proporcionadas e que permitiram o desenvolvimento de um pensamento reflexivo.

A todas **as mulheres, casais e famílias** que me permitiram ser partícipe dos seus cuidados sobre tudo neste momento de tanta responsabilidade e tão maravilhoso como é o nascimento de um filho.

**Muito obrigado**

A todas as mulheres portadoras de cardiopatia.

## **LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

**ACOG** – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

**Ao** – Aorta

**APN plan** - *Advance Practice Nurse Plan*

**BCF** – Batimento Cardíaco Fetal

**BNP** – Péptido Natriurético Tipo B

**bpm** – Batimento por minuto

**BSG** – Boletim de Saúde da Grávida

**CE** – Consulta de Enfermagem

**CIA** – Comunicação Interauricular

**CTCU** – Clampagem Tardia do Cordão Umbilical

**CTG** – Cardiotocografia

**CV** – Cardiovascular

**DPP** – Data provável de parto

**DCV** – Doença Cardiovascular

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio

**EC** – Ensino Clínico

**EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**EO** – Enfermeiro Obstetra

**ER** – Estágio com Relatório

**ESC** – *European Society of Cardiology*

**FSD** – Fundo do Saco de Douglas

**HTA** – Hipertensão Arterial

**IG** – Idade Gestacional

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**ITS** – Infecção Transmissível Sexualmente

**IVG** – Interrupção Voluntária da Gravidez

***JBI** – Joanna Briggs Institute*

**LFD** – Linha Flexível de Defesa

**LND** – Linha Normal de Defesa

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**RN** – Recém-nascido (s)

**RNPT** – Recém-nascido Pré-termo

**SMMF** – Serviço de Medicina Materno-Fetal

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

***SR** – Scoping Review*

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

**TP** – Trabalho de Parto

**UCI** – Unidade/(s) de Cuidados Intensivos

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**URCI** – Unidade de Recobro de Cuidados Intermédios

## RESUMO

Este relatório reflete o meu percurso de aprendizagem para a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica/Enfermeiro Obstetra (EEESMO/EO) e as inerentes ao grau de mestre, desenvolvidas no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório inserida no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

As alterações hemodinâmicas derivadas do estado gravídico poderão causar eventos cardiovasculares na mulher com cardiopatia e, como consequência, pôr em risco o bem-estar materno-fetal. Sendo o EEESMO o profissional de saúde que cuida e intervém longitudinalmente no percurso da mulher com cardiopatia que deseja engravidar, justifica-se o desenvolvimento de competências específicas para intervir com qualidade. Neste sentido, procurei enquadrar neste relatório a evidência científica relacionada com as intervenções do EEESMO à parturiente com cardiopatia. Para nortear e sustentar este relatório tomei como referência o Modelo Teórico de Betty Neuman que visualiza a pessoa de uma forma holística em interação com o exterior e com tendência a procurar a estabilidade e o bem-estar. A metodologia deste relatório teve por base a prática baseada na evidência com a realização de uma *Scoping Review* conforme as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (2017), a fim de mapear toda a evidência científica sobre o tema. A questão de pesquisa foi: **“Quais as intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia?”**. Realizei uma pesquisa na plataforma *EBSCOhost*, nas bases de dados *CINAHL*, *MEDLINE* e *COCHRANE Database of Systematic Reviews* que fundamentou a prática de cuidados. Foram realizados registos sobre os cuidados prestados a 2 parturientes com cardiopatia, no instrumento criado para o efeito e posteriormente analisado parte do seu conteúdo identificando-se a categoria, *cuidados personalizados na gravidez e trabalho de parto* e quatro subcategorias: *profissional de saúde de referência, satisfação, segurança e informação*, que vão ao encontro da evidência científica. Constata-se que o EEESMO/EO assume um papel fundamental na gestão dos estressores destas clientes durante o parto e é visto como o profissional de saúde de referência da equipa multidisciplinar que informa, transmite segurança potenciando a satisfação com a experiência do parto.

**Palavras-chave:** parturiente, cardiopatia, intervenção, enfermeiro obstetra.

## ABSTRACT

This report describes my path of learning to acquire the general and specific skills of the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics/nurse midwife (EEESMO) in the Curricular Unit with Report that is part of the 10th Master's Course in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Hemodynamic alterations resulting from pregnancy can cause cardiovascular events in women and, as a consequence, put maternal-fetal well-being at risk. The EEESMO/nurse midwife is the health professional who takes care of and is involved in all stages of the path of a woman with heart disease who wants to become pregnant, so the development of specific skills to provide high quality support is justified. Therefore, in this report, I have sought to set out the scientific evidence relating to the involvement of the EEESMO in the pregnancies of women with heart disease. To orientate and support this report, I used Betty Neuman's Theoretical Model as reference. This Model visualises the person in a holistic way in interaction with the outside and always with a tendency to seek stability and well-being. The foundation for the methodology of this report is evidence-based practice after conducting a Scoping Review in accordance with the guidelines of the Joanna Briggs Institute (2017) in order to map all scientific evidence on the subject. The question for my research was: **“What involvement does the obstetric nurse have with the parturient with heart disease?”** I carried out research on the EBSCOhost platform and in the CINAHL, MEDLINE databases and the COCHRANE Database of Systematic Reviews. Records were made on the care provided to two parturients with heart disease in the care interaction document created for this purpose. The content of these records was subsequently analysed to identify the category, personalised care in pregnancy and labour, and four subcategories: the contact health professional, satisfaction, safety and information, which are in line with the scientific evidence. From the analysis of the results obtained, we can see that the EEESMO plays a fundamental role in managing the stressors of these clients during childbirth and is seen as the key member of the multidisciplinary team who transmits a feeling of safety and of health benefits that enhance satisfaction in the experience of childbirth.

**Keywords:** parturient, heart disease, role of the obstetric nurse, obstetric nurse.



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	15
1.1. A parturiente com cardiopatia .....	15
1.2. Intervenções de enfermagem à parturiente com cardiopatia segundo o modelo teórico de Betty Neuman .....	15
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	19
2.1. Prática baseada na evidência .....	19
2.2. <i>Scoping Review</i> .....	20
2.2.1. Objetivos e questão de pesquisa .....	20
2.2.2. Critérios de inclusão e exclusão .....	21
2.2.3. Estratégia de pesquisa .....	22
2.2.4. Resultados da pesquisa .....	23
2.3. Instrumento orientador da prestação de cuidados e interação telefónica.....	25
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS RELATIVAS À ESPECIALIDADE E AO GRAU DE MESTRE .....	27
3.1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar durante o período pré-concepcional e período pré-natal .....	29
3.2. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	38
3.2.1. O contributo do Enfermeiro Obstetra para a estabilidade e bem-estar da parturiente com cardiopatia .....	50
3.3. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67

## **ANEXOS**

**Anexo I** – Certificado de participação nas Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia: “E quando a Obstetrícia tem patologia?”

**Anexo II** – Certificado de participação no *Cardio Obstetrics 2020 International Virtual Symposium*.

**Anexo III** – Comentário escrito na minha rede social por uma parturiente que assisti durante o parto

**Anexo IV** – Certificado da Formação “Intervenção do EEESMO à mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto”

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Tabela de termos de pesquisa nas bases de dados

**Apêndice II** – Histórico de pesquisa

**Apêndice III** – Estudos incluídos na *SR* em função do ano de publicação

**Apêndice IV** – Estudos incluídos na *SR* em função do desenho do estudo

**Apêndice V** – Extração de dados de acordo com *JBI QARI* e segundo os tipos de estudo e *critical appraisal checklist*

**Apêndice VI** – Síntese dos resultados da *SR*

**Apêndice VII** – Síntese das intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia

**Apêndice VIII** – Instrumento orientador da prestação de cuidados

**Apêndice IX** – Quadro síntese da análise de conteúdo dos registos de interação telefónica

**Apêndice X** – “Intervenções do EEESMO na mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto”. Apresentação livre nas Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia: “E quando a Obstetrícia tem patologia?”

**Apêndice XI** – “Intervenções do EEESMO na mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto”. Artigo publicado nas atas das Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia: “E quando a Obstetrícia tem patologia?”

**Apêndice XII** – Sessão apresentada no Curso de Preparação para o Parto “Preparação para o parto e parentalidade: alterações emocionais na gravidez. Conjugalidade e parentalidade. A sexualidade durante a gravidez”

**Apêndice XIII** – Sessão de Formação *Webinar*: “Intervenções do EEESMO à mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto”. Formação em contexto de formação de serviço através da plataforma *Microsoft Teams* e planeamento da sessão

**Apêndice XIV** – Sessão de Formação inserida no EC II Puerpério: “A puérpera com cardiopatia”

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Estágio com Relatório (ER) inserido no 10º Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, que decorreu em diferentes contextos, culminando no Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO) e Bloco de Partos numa maternidade em Lisboa. Teve uma duração de 41 semanas com início a 1 julho de 2019 tendo sido interrompido a 11 de março de 2020 devido à pandemia da Covid-19 e retomado de dia 1 de setembro a 15 de dezembro de 2020.

Descrevo neste relatório, de forma reflexiva e sempre baseado na evidência científica, as 750 horas durante as quais desenvolvi as competências exigidas para a atribuição do grau de mestre e as competências comuns e específicas para o exercício futuro como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Segundo o regulamento das competências específicas do EEESMO, compete ao EEESMO “cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Regulamento nº 391/2019, p.13561) através da conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção da estabilidade e bem-estar da mulher e da sua família.

Para desenvolver as competências propostas tive por base o Modelo de Sistemas da Betty Neuman que vê a pessoa de uma forma global enquadrando-se numa visão holística.

O trabalho de parto (TP) é um fenómeno sujeito a estressores positivos e negativos que produzirão alterações as quais permitirão que o sistema se adapte e, por sua vez, desencadeie respostas para evitar que a pessoa perca a estabilidade.

A escolha do tema “A parturiente com cardiopatia: intervenções do enfermeiro obstetra” surge como resultado da minha necessidade de identificar evidência científica sobre as intervenções do enfermeiro obstetra (EO) durante este tão importante momento na vida da mulher com cardiopatia (ao longo deste relatório será utilizado EO e EEESMO, uma vez que ambas correspondem a designações referidas em Portugal).

Devido aos avanços na gestão de cuidados e tratamento das cardiopatias, o número de mulheres que atinge a idade reprodutiva está em crescimento. O processo fisiológico da gravidez incrementa a resposta hormonal o que se traduz numa sobrecarga dos sistemas cardiovascular e respiratório. Estas alterações hemodinâmicas poderão ter como consequência um acréscimo do risco de eventos cardiovasculares maternos e um risco na morbilidade e mortalidade materno-fetal que dependerão da patologia cardíaca, sua gravidade e dos tratamentos cirúrgicos pelos quais a mãe foi submetida. Assim é importante ter uma abordagem abrangente das grávidas adultas com cardiopatia envolvendo o planeamento pré-natal, além de cuidados diligentes no período do pré-parto, parto e pós-parto. (Shum, Gupta, Canobbio, Durst & Shah, 2018).

Segundo a *European Society of Cardiology (ESC) (2018)*, a idade média das primíparas varia entre os 28,8 e 31,2 anos. Este ligeiro aumento da idade materna não justifica o incremento das doenças cardiovasculares (DCV) durante a gravidez. No entanto, as gravidezes em idades mais avançadas (entre os 40-50 anos) estão associadas a uma prevalência crescente de fatores de risco cardiovascular, especialmente diabetes, hipertensão e obesidade. A *ESC* nas suas recomendações (2018), dá como exemplo que em Viena (Áustria), no período entre 2011 e 2014, a taxa de admissão nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) foi de 6,4 por 1000 partos. Isto corresponde a um internamento a cada 156 partos. No mesmo estudo foi também observada uma taxa de mortalidade de 5% considerando-se semelhante à da restante literatura.

Os internamentos nas UCI peri parto tiveram um aumento em mulheres com patologia de base grave, com idade mais avançada, que apresentam múltiplas comorbilidades e também cardiopatias congénitas. As cardiomiopatias são raras, mas representam causas graves de complicações cardiovasculares na gravidez (*ESC, 2018*).

Em Portugal existem poucos estudos. Um deles, realizado em 2014 pelo Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Marta onde o tamanho da amostra era de 515 mulheres com cardiopatia congénita e que experimentaram um total de 965 gravidezes, revelou que no geral, a gravidez é bem tolerada com resultados satisfatórios na maioria das mulheres mas que ainda é necessária uma avaliação abrangente para facilitar um aconselhamento adequado à grávida relacionada com a segurança e planeamento dos cuidados pré-natais (Monteiro et al., 2014).

Em 2015 foi publicado no *The Journal of Heart Valve Disease*, outro estudo realizado também pelo mesmo serviço em conjunto com a Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Neste, a amostra era de 84 mulheres grávidas com doença valvular (23 delas com prótese valvular e 61 com outra valvulopatia). Foram avaliados os resultados cardíacos, obstétricos e neonatais e constatou-se que com uma adequada assistência multidisciplinar, a gravidez é bem tolerada em mulheres com esta patologia cardíaca. No entanto, a presença de uma prótese cardíaca é ainda uma condição desafiadora associada a uma elevada morbidade materna e fetal (Monteiro, Rebelo, Patrício, Campos, Borges & Ferreira, 2015).

Exposto isto, embora a gestão do trabalho de parto em mulheres com cardiopatia apresente escassa evidência científica, os melhores resultados podem ser assegurados com a realização de um plano de gestão de parto centrado na grávida com cardiopatia e com a criação de equipas multidisciplinares compostas não só por médicos obstetras, cardiologistas e anestesistas, mas incluindo também enfermeiros obstetras, vistos como o gestor dos cuidados.

Este ER tem como objetivo geral desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, como futuro EEESMO, para a promoção da estabilidade e bem-estar da parturiente com cardiopatia. Como objetivos específicos: desenvolver competências específicas no cuidado da parturiente com cardiopatia; conhecer a evidência científica existente sobre as intervenções do EO na promoção da estabilidade e bem-estar da parturiente com cardiopatia, permitindo a prática baseada na evidência.

Este relatório tem como objetivo apresentar uma análise crítica e reflexiva das competências desenvolvidas ao longo deste percurso e foi dividido em 4 capítulos. No primeiro capítulo foram desenvolvidos os conceitos fundamentais para a compreensão da temática. O segundo capítulo aborda as opções metodológicas implementadas para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO/EO. No terceiro foi feita uma análise reflexiva sobre as competências desenvolvidas, relativas à especialidade e ao grau de mestre, ao longo do percurso formativo e os resultados da evidência na prática de cuidados à mulher com cardiopatia, foco dos meus cuidados. Finaliza com o capítulo quatro que aborda as considerações finais e as limitações identificadas no desenvolvimento do ER.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **1.1 A parturiente com cardiopatia**

Existe um número crescente de mulheres com cardiopatia congénita que atinge a idade reprodutiva. Durante a gravidez, a doença cardíaca materna é a principal causa de morte materna nos países ocidentais. Para além dos distúrbios hipertensivos que ocorrem em 5-10% das gestações, a cardiopatia congénita é a DCV mais frequente durante a gravidez no mundo ocidental, representando entre os 75-82% frente à doença valvular reumática que predomina nos países não ocidentais e que representa 56-89% de todas as DCV na gravidez (ESC, 2018).

A cardiopatia é “o nome genérico de todas as afeções do coração” (Garnier & Delamare, 2002, p.189). Segundo Posner, Dy, Black & Jones (2014), a parturiente é a “mulher em trabalho de parto” (p.66). Exposto o anterior, podemos afirmar que a parturiente com cardiopatia é a mulher em trabalho de parto com alguma afeção do coração.

A gravidez é um estado hipercoagulável associado a um risco acrescido de tromboembolismo. As contrações uterinas, o posicionamento, a dor, a ansiedade, o esforço, as hemorragias e a involução uterina causam alterações hemodinâmicas significativas durante o TP e pós-parto. A anestesia, as hemorragias e a infeção podem induzir stress cardiovascular adicional. A pressão arterial e o débito cardíaco aumentam durante o parto e o pós-parto (ESC, 2018).

Em conclusão podemos dizer que a presença de uma cardiopatia é um fator de estresse que pode alterar a estabilidade e o bem-estar da parturiente existindo, no entanto, recomendações específicas para a gestão do parto deste tipo de clientes (ESC, 2018), recomendações estas que ainda não parecem efetivar-se na prática de cuidados às parturientes com cardiopatia.

### **1.2 Intervenções de enfermagem à parturiente com cardiopatia segundo o modelo teórico de Betty Neuman**

Para Neuman as **intervenções** “são ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema” (Freese, T. B., 2004, p.339). Os **cuidados**

**de enfermagem** visam a redução dos efeitos nocivos perante a reação ao estressor (Neuman & Fawcett, 2011).

O modelo de sistemas de Betty Neuman visualiza a pessoa de uma forma global enquadrando-se numa visão holística. Ela própria descreve o modelo como abrangente e dinâmico, promovendo uma visão multidimensional dos indivíduos, famílias e comunidades (clientes). Estes são sistemas vivos e abertos, em interação e troca constante com o exterior, tendendo para o equilíbrio (Neuman et. al., 2011). A pessoa é conhecida como sistema-cliente e trata-se de um composto dinâmico formado por uma estrutura básica, o *core*, composto por “variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual) em que cada uma é uma subparte do todo” (Neuman et al., 2011, p.3). Os fatores de proteção e sobrevivência do ser humano estão incluídos no *core*, que é considerado a energia básica. “Não é uma estrutura estática pelo que se encontra em constante troca de matéria, energia e informação (...) entre o cliente e o ambiente, com entrada ou saída do sistema em qualquer momento” (Neuman et al., 2011, p.4).

Betty Neuman considera que os estressores podem estar localizados em três tipos de ambientes: o intrasistema, o intersistema e o extrasistema. O *core* está protegido por um conjunto de linhas que o defendem contra os chamados estressores que são os fenómenos que provêm do exterior. A linha de proteção mais externa é a Linha Flexível de Defesa (LFD) e tem como objetivo impedir a invasão do sistema pelos estressores mediante a mobilização dos recursos do sistema. A Linha Normal de Defesa (LND) define o estado de saúde normal do cliente e é uma linha estável que representa a resposta aos estressores. Esta linha é protegida pela LFD. O *core* é protegido pelas Linhas de Resistência (LR) e são ativadas quando os estressores penetram na LND causando uma reação no sistema. Trata-se da última linha de proteção do cliente e têm como função o restabelecimento da sua saúde normal. Isto até pode causar uma adaptação e conseqüentemente um menor nível de saúde, como nas situações das clientes com cardiopatia, foco de aprofundamento deste relatório. Podemos dizer que a presença de uma cardiopatia é um fator que pode alterar a estabilidade da parturiente existindo recomendações específicas para a gestão do parto nestas clientes (ESC, 2018) de modo a potenciar a estabilidade. Na saúde há uma procura pelo estado ótimo de bem-estar. Uma diminuição do bem-estar será o resultado da não satisfação das necessidades do



sistema levando-o ao estado de mal-estar. O TP é um fenômeno sujeito a estressores positivos e negativos, que vão produzir alterações que exigem uma adaptação do sistema. Estas alterações vão desencadear respostas nas LFD e LND para evitar que a pessoa perca o equilíbrio e o “core” seja lesado. Os cuidados de enfermagem visam restaurar o equilíbrio do sistema atuando aos três níveis de prevenção que este modelo engloba: primária, secundária e terciária. A **prevenção primária** tem como objetivo intervir junto do cliente reforçando a LFD. Para isso é necessário identificar os fatores de risco associados a estressores ambientais para que o cliente possa manter ou atingir o seu bem-estar, intervindo-se para promoção da saúde. Neste sentido, os cuidados prestados pelo EO poderão contribuir para a tomada de decisão da parturiente com cardiopatia sobre os procedimentos desejados durante o TP e que não causem alterações do equilíbrio.

Segundo Pieper (2011), a grávida deverá ter uma consulta no final do 2º trimestre onde será informada, motivada e onde será delineado um plano de gestão do parto que inclua: o momento do parto (se espontâneo ou induzido), o tipo de parto (vaginal ou cesariana), o tipo de analgesia/anestesia, o aconselhamento sobre a medicação durante o trabalho de parto, a amamentação e a consulta pós-parto.

A **prevenção secundária** tem como objetivo reforçar a LND procurando eliminar ou minimizar os efeitos nocivos dos estressores. Neste caso a prioridade é a proteção do core após ter sido invadida a LND mediante a identificação precoce dos sintomas. O trabalho em parceria com o cliente é fundamental para recuperar ou manter a estabilidade do sistema. As intervenções de enfermagem englobam o monitorizar, otimizar, facilitar, motivar, educar, envolver, promover, para minimizar os efeitos da reação aos estressores e simultaneamente, potenciarem os fatores de resistência. O papel do EO é muito importante na identificação de fatores de risco como por exemplo a realização repetida e continuada da Manobra de Valsava no segundo estágio do TP (Cauldwell et al., 2017).

A **prevenção terciária** atua diretamente nas LR e tem como objetivo capacitar o cliente enquanto sistema para que possa identificar no futuro os estressores e ele próprio criar defesas que permitam manter o equilíbrio. Este nível de prevenção está relacionado com os processos de ajustamento e os fatores de manutenção que fazem o cliente voltar ao nível primário de prevenção. O EO pode identificar junto com a grávida,

os fatores de risco que poderão afetar o seu bem-estar para que, no momento do parto, seja capaz de identificá-los. Por exemplo podemos instruir a cliente sobre exercícios respiratórios para evitar realizar a manobra de Valsalva durante o 2º estágio do TP (Kafka et al., 2006; Salmon, 2014; Cauldwell et al., 2017). Nesta fase a parturiente deve possuir os conhecimentos necessários para controlar a situação e diminuir o efeito dos estressores.

O facto de uma cliente ser portadora de uma cardiopatia constitui um fator de estresse que vai exigir uma adaptação do sistema. O estado gravídico implica adaptações cardiovasculares durante o primeiro trimestre com pico no final do segundo trimestre e no início do terceiro até cerca da sexta semana pós-parto. Embora estas alterações/adaptações sejam benéficas no estabelecimento da circulação materna normal, podem constituir um desafio (estresse) para a cliente com cardiopatia que aumenta com a complexidade crescente das lesões cardíacas (Kafka et al., 2006). Neste sentido, o EO tem um papel fundamental nos cuidados à mulher com cardiopatia durante o TP e também com intervenções específicas na vigilância da gravidez e no período pós-natal, para potenciar o bem-estar e estabilidade do sistema através de intervenções inerentes aos três níveis de prevenção.

## **2. OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Neste capítulo abordam-se as opções metodológicas que permitiram construir o corpo de conhecimento sobre o tema, recurso para o desenvolvimento das competências do EEESMO face os objetivos definidos, e que foram norteadoras da aprendizagem. Para que as intervenções de enfermagem sejam de qualidade, devem estar baseadas na evidência científica pelo que é extremamente importante realizar um mapeamento da mesma e conhecer o estado da arte. Este capítulo está estruturado em três partes: a primeira parte refere-se à prática baseada na evidência como alicerce para a qualidade dos cuidados prestados pelo EO. Na segunda parte aborda-se o desenvolvimento da SR e a terceira e última parte, reserva-se à criação do instrumento orientador da prestação de cuidados e a minha reflexão.

### **2.1 Prática baseada na evidência**

Como refiro no início deste relatório, o número de mulheres com cardiopatia que atinge a idade reprodutiva tem aumentado devido aos grandes avanços na medicina, nomeadamente na gestão de cuidados e tratamento das cardiopatias. Isto exige adquirir novos conhecimentos e novas formas de atuar na prática de enfermagem o que implica, de maneira obrigatória, a atualização dos nossos conhecimentos para se oferecerem cuidados de qualidade. Para Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg & Haynes, (2000, p.1) a competência profissional é definida como a “capacidade de utilizar as nossas capacidades/perícias clínicas e experiência passada para rapidamente identificar o estado de saúde e o diagnóstico de cada doente, os riscos e benefícios individuais de intervenções potenciais”. Nesta linha de pensamento encontra-se a prática baseada na evidência (PBE). Pedrolo, Danski, Mingorance, Lazzari, Méier & Crozeta (2009, p.760) definem a PBE como “uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde”, tendo por base as “evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores condutas frente a cada caso”. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012) afirma que se os enfermeiros realizassem uma abordagem da sua prática baseada na evidência, colocariam questões apropriadas sobre como e quando devem mudar a sua prática e

desta forma, demonstrar que utilizam boa informação onde basear as suas decisões, avaliar a sua prática e saber se os resultados serão adequados e aceites.

Para basear a minha prática na melhor e mais atual evidência científica foi fundamental realizar um mapeamento sobre as intervenções do EO à parturiente com cardiopatia pelo que realizei uma *SR* segundo o protocolo do *JBI*. Esta *SR* foi a base do projeto inserido na UC Opção II e os resultados foram o guia orientador para o desenvolvimento de competências. A OE (2018) elaborou um relatório sobre o impacto da especialização dos cuidados de enfermagem, onde refere que o estágio na “especialidade é um instrumento adequado ao processo de desenvolvimento e valorização profissional do enfermeiro, necessário à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista, permitindo conferir, de uma forma protocolada, conhecimentos e competências especializadas” (p.4). Nos Ensinos Clínicos (EC) procurei sensibilizar os profissionais de saúde, nos diferentes contextos, sobre os cuidados do EO à mulher com patologia cardíaca, baseando-me na evidência científica decorrente da *SR*.

## **2.2 Scoping Review (SR)**

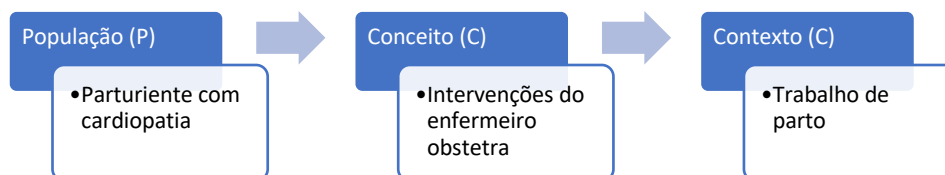
A *Scoping Review* foi o método escolhido para mapear e analisar a evidência científica sobre as intervenções de EO à parturiente com cardiopatia. Esta estratégia de pesquisa permite mapear os conceitos chave de uma forma abrangente e são muito úteis para examinar evidências emergentes. Todas as *SR* iniciam-se com o desenvolvimento de um protocolo com critérios de inclusão e exclusão relacionados diretamente com o objetivo e questão ou questões de pesquisa. (*The Joanna Briggs Institute, 2017*). Segundo as orientações do *JBI* (2017), o *background* deve ser compreensível e deve abranger todos os elementos principais do tema de revisão. Neste caso, foi feita uma pesquisa exaustiva de literatura sobre o tema e os resultados da evidência científica foram agrupados no subcapítulo 2.2.4. A pesquisa foi realizada em dois momentos, em maio de 2019 e em março de 2020 com o fim de procurar novas evidências.

### **2.2.1 Objetivos e questão de pesquisa**

O objetivo de uma *SR* deve ser claro e congruente com o título e deve indicar o que se pretende conseguir com a mesma (*JBI, 2017*). Desta forma o tema que me despertou interesse foi: **as intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia**. Segundo as indicações do *JBI* (2017), qualquer *SR* deve começar com a

formulação da questão de pesquisa segundo o formato População, Conceito e Contexto (PCC). A questão de investigação foi formulada segundo esta mnemónica: “**Quais as intervenções do enfermeiro obstetra (C) à parturiente com cardiopatia (P)?**”. Neste caso, o Contexto (C) fica implícito com o uso da palavra parturiente, pois seria o momento do “**trabalho de parto**”.

Esquema nº 1 – Mnemónica População, Conceito e Contexto.



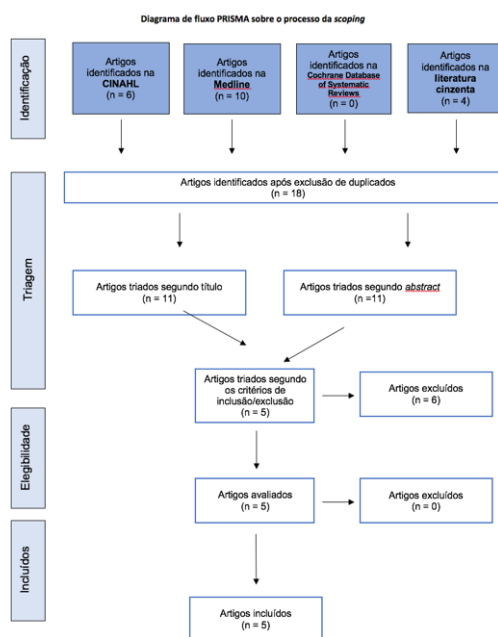
### 2.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão da SR delimitam a estratégia de pesquisa à questão PCC e restringem a evidência científica, tendo como resultado uma seleção dos artigos a analisar. Foram incluídos estudos com parturientes com cardiopatias de todas as faixas etárias internadas em meio hospitalar. A SR considerou todos os estudos de pesquisa que abordavam descrições relativas às intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia. Consideraram-se todos os estudos de investigação com idioma de publicação em Português, Inglês e Espanhol sem limite temporal dada a inexistência de estudos, e foram incluídos estudos de investigação primária de carácter quantitativo e qualitativo, revisões sistemáticas da literatura, revisões da literatura, revisões *scoping* e artigos relevantes de opinião de peritos (Hand, Mitchell & DeGregroy, 2016). Os estudos quantitativos que foram considerados para a inclusão são os ensaios clínicos controlados, aleatorizados e não aleatorizados, os estudos longitudinais quase-experimentais, prospetivos e retrospectivos, os estudos de caso-controlo, observacionais e os estudos descritivos (Hand et al., 2016). Os estudos qualitativos a incluir seriam fenomenológicos, etnográficos, *grounded-theory* e estudos de caso (Hand et al., 2016). As revisões sistemáticas de literatura poderiam incluir meta-análise e meta-síntese, e as revisões de literatura, informação de investigação realizada e conhecimento sobre o estado da arte da temática de forma resumida (Pais-Ribeiro, 2014). Foram excluídos os artigos fora do contexto hospitalar por se considerar ser uma condição para a assistência à parturiente devido à sua patologia e os não disponíveis em *Full Text*.

### 2.2.3 Estratégia de pesquisa

Iniciei a pesquisa da evidência científica após ter definido a minha questão de pesquisa e os respectivos critérios de inclusão e exclusão. A estratégia de pesquisa para uma SR deve ser abrangente com o objetivo de identificar todos os tipos de estudos publicados (primários ou revisão da literatura, qualitativos ou quantitativos), assim como também os artigos de literatura cinzenta (artigos de opinião e artigos de prática clínica) publicados nos idiomas mencionados. A estratégia de pesquisa foi feita em três etapas (JBI 2017). Na **primeira etapa** realizei uma pesquisa na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, e posteriormente, uma análise das palavras inseridas no título e resumo dos artigos identificados bem como dos termos indexados presentes nos mesmos. As palavras-chave que utilizei inicialmente foram as definidas segundo o PCC (População, Conceito, Contexto) nomeadamente, a parturiente com cardiopatia (**População**), as intervenções do enfermeiro obstetra (**Conceito**), e trabalho de parto (**Contexto**). Utilizei os termos essenciais para dirigir a pesquisa de acordo com a exploração da população: *parturient, pregnant women, cardiopathy, heart disease, heart condition, heart defects congenital e pregnan\**. Os relacionados com a exploração do conceito: *intervention, care, assistance, nursing interventions, nursing process, nursing diagnosis, nursing care, patient care planning, cardiovascular nursing, pregnancy complications, midwi\*, nurs\*, obstetric nurse, perinatal nursing, obstetric nursing, obstetric nursing standards, midwifery methods, nurse's role, nurse midwives*, e por último os relacionados com a exploração do contexto: *delivery labor, delivery obstetrics, labor stage first, labor stage second, labor stage third, labor stage, labor support e vaginal birth* (**Apêndice I**). Numa **segunda etapa** realizei uma pesquisa sequencial no motor de busca EBSCOhost, selecionando as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE with full text e COCHRANE Database of Systematic Reviews, utilizando os termos indexados e as palavras-chaves referidas nas bases de dados eletrónicas. Na última e **terceira etapa**, procedi à identificação e seleção dos artigos. Os artigos resultam do processo de combinação dos vários descritores de cada elemento do PCC com o operador booleano "OR" e posteriormente o seu resultado, com o operador booleano "AND". Desta forma obtive artigos referentes a cada uma das bases de dados os quais, resultaram em **5 artigos** elegíveis e incluídos (*Prisma Flow Diagram da SR*), em ambos os momentos da pesquisa. O histórico da pesquisa apresenta-se no **apêndice II**.

**Esquema nº 2 –  
Prisma Flow Diagram da SR**



### 2.2.4 Resultados da pesquisa

Uma vez analisados os artigos que vão ao encontro da questão de pesquisa é importante extrair objetivamente a informação pertinente, o que proporciona um resumo lógico e descritivo dos resultados (JBI 2017). Tendo como base as orientações do JBI (2017), realizei a extração dos dados tendo como base o instrumento apropriado. Em apêndice apresentam-se os quadros relativos aos estudos incluídos em função do desenho do estudo (**Apêndice III**), do ano de publicação (**Apêndice IV**) e a extração dos resultados obtidos e conclusões dos autores para cada artigo, acompanhada da avaliação crítica, (**Apêndice V**) apesar de não ser um imperativo para as SR.

Os estudos revelam a importância da criação de equipas multidisciplinares bem estruturadas que incluam o enfermeiro obstetra contribuindo para o cuidar da parturiente com cardiopatia. Referem inclusive a relevância do papel do EO na gestão de cuidados na gravidez e para orientar a grávida sobre questões relacionadas com o prognóstico, sexualidade, contraceção, riscos genéticos e parentalidade. Desta forma o EO poderá intervir por exemplo, no esclarecimento de dúvidas relacionadas com a gravidez e seu prognóstico com o objetivo de diminuir o estresse e reforçar a LND da grávida. Durante o TP o enfermeiro obstetra poderá instruir à parturiente sobre movimentos e exercícios respiratórios para evitar a manobra de Valsalva (Kafka, Johnson & Gatzoulis, 2006). Pieper (2011) alerta-nos sobre a prevenção de complicações mediante a organização e comunicação entre as equipas e, de que as grávidas com cardiopatia precisam do cuidado de uma equipa multidisciplinar. Segundo o estudo

observacional descritivo de Haynes, Frederick & Chirkoff (2012), o sucesso de um parto de risco, como é o parto de uma parturiente com cardiopatia, depende de um “*Advance Practice Nurse Plan*” (*APN Plan*), isto é, a criação de planos de gestão de parto baseados na comunicação e colaboração entre os enfermeiros obstetras e médicos e é desenvolvido através da gestão e flexibilidade da equipa de enfermagem. Nesta linha de pensamento, o EO seria a pessoa de referência para a parturiente dentro da equipa multidisciplinar. Isto diminuirá o seu estresse e contribuirá para manter o seu bem-estar. O estudo de Kafka et al. (2006) também sugere a criação de planos de gestão de parto para estabelecer, entre outras particularidades, por quanto tempo a parturiente pode realizar a Manobra de Valsalva sem ter repercussão hemodinâmica. Este plano deve-se elaborar no final do 2º trimestre e deve incluir a data provável de parto (DPP), se se optará por a indução do TP, a via de parto que se perspectiva (vaginal ou cesariana), a pertinência de monitorização hemodinâmica, analgesia e anestesia, informação sobre a medicação durante o TP, amamentação e deverá ficar agendada uma consulta para depois do parto (Pieper, 2011). Esta consulta é de grande importância onde o EO intervém na promoção e monitorização do bem-estar da cliente identificando as possíveis complicações pós-parto como as hemorragias e a má adesão à terapêutica anticoagulante. Os estudos não referem uma data específica para a realização desta consulta pós-parto. Na prática, tem lugar um mês após o parto na presença do cardiologista. A ESC (2018) também aponta que este tipo de plano deverá ser criado entre a 20ª e 30ª semana de gestação. A formação continuada e atualizada deve ser outro pilar importante para a gestão do cuidado da parturiente com cardiopatia. Cauldwell et al. (2017) sugere que as equipas multidisciplinares devem seguir as últimas recomendações da ESC. Salmon (2014), refere que a intervenção do enfermeiro nos cuidados perinatais é cada vez mais abrangente e complexa e que os enfermeiros que assistem o parto são membros vitais da equipa multidisciplinar, com competências de avaliação crítica, intervenções imediatas (em caso de paragem cardiorrespiratória), educação para a saúde continuada e apoio na vigilância ao longo da gravidez e parto. O estudo de Cauldwell et al. (2017) alerta que repetidas Manobras de Valsalva podem causar hipotensão, dado muito importante a ter em conta nas intervenções de enfermagem durante o parto em parturientes submetidas a cirurgia de Fontan (devemos instruir à parturiente a realizar exercícios respiratórios); o risco de arritmias não aumenta durante o parto e, que o risco de a parturiente com cardiopatia entrar em



insuficiência cardíaca é maior no pós-parto que durante o parto. O estudo alerta-nos também que a diminuição da duração da fase ativa do 2º estágio do TP (extremamente importante), aumenta o número de partos instrumentados. Este estudo refere que o 23% das parturientes com cardiopatia desencadeiam hemorragia pós-parto (HPP), provavelmente devido à terapia com uterotónicos sugerido pelas *guidelines* (2 UI ocitocina). As parturientes que recebem as 2 UI adicionais de ocitocina tem menos perdas hemáticas. O estudo de Kafka et al. (2006) também ressalta a importância da monitorização dos sinais vitais da parturiente com cardiopatia. A tabela de extração de dados encontra-se no **apêndice VI**. As intervenções do EO extraídas dos estudos encontram-se sintetizadas no **apêndice VII**.

### **2.3 Instrumento orientador da prestação de cuidados e interação telefónica**

Desenvolvi um instrumento orientador da prestação de cuidados (**Apêndice VIII**) sustentado na teoria de enfermagem e nos resultados da SR, quanto às intervenções. Este instrumento está dividido em duas partes: a primeira está composta por vinte campos cujo objetivo foi identificar as variáveis afetadas, a alocação dos estressores ao sistema afetado e desta forma poder planear e intervir a nível da prevenção primária, secundária ou terciária para restabelecer o bem-estar, e uma segunda parte com tópicos cujo objetivo era identificar as necessidades de cuidados para a melhoria da prestação de cuidados em futuras clientes. A sua elaboração norteou posteriormente a prestação de cuidados e permitiu à posteriori a reflexão sobre as anotações realizadas à luz da evidência científica. Alguns dos registos foram efetuados durante a interação nas consultas e na sala de partos. Estes registos fundamentaram a tomada de decisão e as subsequentes intervenções implementadas e serão mobilizadas ao longo da análise das competências na rúbrica sobre o tema.

A segunda parte das anotações no instrumento de prestação de cuidados foi o foco da interação telefónica, 3 semanas após o parto com duas clientes.

A análise de conteúdo dos registos desta interação foi realizada conforme Bardin (2016). Optei por identificar categorias e sub-categorias resultantes dos registos das interações com as duas parturientes/puérperas com cardiopatia, que tive oportunidade de cuidar durante o TP e pós-parto (**Apêndice IX**). Para esta autora, a análise de

conteúdo é um conjunto de técnicas que permite a análise das comunicações mediante o uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Para Santos (2011), a análise de conteúdo é uma “leitura profunda, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspetos exteriores” (p.387). Esta técnica permite a compreensão, a utilização e a aplicação de um determinado conteúdo.

Segundo Bardin (2016), a técnica da análise de conteúdo consta de três fases sequenciais: a **pré-análise**, a **exploração do material** e o **tratamento dos resultados**. A primeira fase (pré-análise), é uma fase de organização do material com o objetivo de torná-lo operacional. Esta primeira etapa foi realizada após ter concluído os registos da interação telefónica com as puérperas, mediante a leitura dos registos efetuados. Uma vez finalizada esta leitura seleccionei os excertos do texto que constituem o meu corpus de análise, em função do objetivo de identificar as necessidades de cuidados/intervenções do EO na gravidez e trabalho de parto. A de exploração do material é a fase do processo em que se criam categorias para codificar os resultados (Bardin, 2016). Este processo apresenta várias etapas: a codificação (que compreende a escolha de unidades de registo); a classificação (agrupar pelo sentido das palavras) e a categorização. Assim identifiquei as unidades de significação/registo (codificação), sublinhando os recortes de texto (“tive sempre o enfermeiro Justo ao meu lado” (N1), “manter como pessoa de referência o enfermeiro (N1), “bem vigiada” (N2), “tivesse preferido ter ficado internada durante menos tempo” (N2), entre outros), as quais sombreiei com diferentes cores agrupando pelo sentido das palavras, (classificação). Na fase de categorização, devido ao texto reduzido, apenas identifiquei/defini uma categoria: **cuidados personalizados**. Como subcategorias emergiram: **profissional de saúde de referência, satisfação, segurança e informação**, decorrentes do processo de classificação. A última fase desta técnica de análise de conteúdo diz respeito ao tratamento dos resultados. Nesta fase confrontei os resultados obtidos com os resultados obtidos dos estudos implicados na SR. Disto depreende-se que a necessidades das clientes vão ao encontro da evidência científica.

Quanto à informação que as clientes me transmitiram respeitei os princípios éticos e deontológicos garantindo o anonimato e a confidencialidade das clientes. Protegi o direito ao consentimento livre e esclarecido oralmente.

### 3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS RELATIVAS À ESPECIALIDADE E AO GRAU DE MESTRE

Neste capítulo exponho o meu percurso formativo para a aquisição de competências enquanto futuro EEESMO e mestre através de uma análise crítica e reflexiva das minhas experiências, tendo como base o referencial teórico de enfermagem e a evidência científica, coluna vertebral deste processo formativo.

Segundo o Regulamento nº. 391/2019 das competências específicas do EEESMO:

“assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (p.13561).

No mês de outubro de 2019, iniciei o ER no Serviço de Ginecologia de um hospital central de Lisboa, para além do objetivo geral de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados na área da saúde sexual e reprodutiva no cuidar da mulher que vivencia processos de saúde e/ou doença ginecológica (ESEL, 2019), tentei conhecer o percurso da mulher com doença ginecológica e portadora de cardiopatia desde o diagnóstico da patologia ginecológica até ao internamento. Nenhuma das utentes internadas durante o meu estágio, apresentava patologia cardíaca de base mas apresentei uma comunicação livre nas Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia com o título de “As intervenções do EEESMO na mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto” (**Apêndice X**) com o objetivo de apresentar o estado da arte sobre as intervenções do EEESMO à parturiente com cardiopatia e enumerar as intervenções do EEESMO à mulher com cardiopatia no período pré-natal, perinatal e pós-parto. Escrevi também um artigo científico com o mesmo título tendo sido publicado na ata das jornadas (**Apêndice XI**). Obtive o 3º prémio. Este estágio foi uma fonte de aprendizagem pois tive a oportunidade de passar pelas várias valências que o Serviço de Ginecologia oferece, onde adquiri e desenvolvi competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, no período pré-natal, durante o climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Fiquei mais sensibilizado com a patologia ginecológica, nomeadamente com a neoplasia da mama. Segundo Sousa, Geisa & Costa (2014), o cancro de mama “é

um dos principais problemas de saúde pública consolidando-se como o segundo tipo mais frequente no mundo” (p.13). Tive de aprofundar conhecimentos nesta área pois era desconhecida para mim e sobretudo para saber como cuidar estas clientes que estavam a vivenciar este processo de doença. No internamento de ginecologia, prestei cuidados à mulher com patologia ginecológica no período pré e pós-operatório, na preparação para a alta, na referenciação da mulher de risco, para os diferentes recursos na comunidade e identifiquei conjuntamente com uma mulher em menopausa, os conhecimentos sobre os riscos acrescidos deste período e os possíveis tratamentos.

Em consulta, uma das clientes mais jovem não tinha realizado o exame à urina para pesquisa de clamídia pedido na consulta anterior. Perguntei-lhe por que não o tinha feito e também quis saber os conhecimentos que ela tinha sobre este tipo de infeção. A jovem desconhecia ser uma infeção transmissível sexualmente (ITS). Informei-a sobre os riscos desta infeção e de como realizar a prevenção da mesma e de outras ITS. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019) a cada dia, há mais de 1 milhão de novos casos de ITS curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos, o equivalente a mais de 376 milhões de novos casos anuais relativos a quatro infeções, entre elas, a clamídia. Esta bactéria, junto com a gonorreia são as principais causas de doença inflamatória pélvica e infertilidade em mulheres. A minha intervenção como futuro EEESMO, nesta situação, contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências, no cuidar da mulher no âmbito da saúde sexual, ginecológica e do planeamento familiar.

O Centro de Procriação Medicamente Assistida deste hospital, iniciou as suas funções em 1975 e foi pioneiro na execução em Portugal da técnica de fertilização *in vitro*. As clientes/casais são encaminhadas para esta unidade através da consulta de fertilidade. Durante o meu período de EC neste contexto, cooperei com os diferentes profissionais nos cuidados e tratamento da mulher/casal com problemas de fertilidade e realizei educação para a saúde para a autoadministração da medicação hormonal. Segundo o Regulamento nº. 391/2019 das competências específicas do EEESMO, o mesmo providencia “cuidados à mulher com disfunções sexuais e problemas de fertilidade” (p.13562). Os problemas de fertilidade são frequentes em mulheres com cardiopatia. A menarca, que é o indicador clínico do nível de maturação do hipotálamo e da capacidade de procriar, surge na população feminina na adolescência, por volta dos 12,3 anos de idade (Canobbio, Perloff & Rapkin, 2004). O padrão menstrual em mulheres

com doença cardíaca não cianótica é similar ao padrão da população em geral, mas as cardiopatias cianóticas apresentam irregularidades na menstruação o que implica anovulação e aumento do risco de carcinoma de útero (Canobbio, et al., 2004). Como futuro EESMO, tenho um papel fundamental no cuidado à mulher com disfunções sexuais e problemas de fertilidade” (Regulamento nº. 391/2019 das competências específicas do EEESMO, p.13562), na identificação, junto com a cliente, dos estressores intrasistema que possam causar alteração da sua estabilidade e bem-estar. Considero que apoiado pela evidência científica o EO é capaz de capacitar a cliente para criar mecanismos de  *coping*  com o objetivo de lidar com a ameaça destes estressores. Apesar de não ter cuidado de nenhuma mulher com patologia cardíaca, considero ter atingido os objetivos e desenvolvido competências nesta área e as inerentes ao grau de mestre.

### **3.1 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar durante o período pré-concepcional e período pré-natal**

Para Guerreiro e Dias (2016) “a avaliação pré-concepcional é considerada um método que permite determinar o risco, intervir em conformidade, contribuir para a monitorização atempada e criteriosa das gravidezes com riscos comprovados e assim melhorar o prognóstico” (p.34). Dito isto, no caso da mulher com cardiopatia, é fundamental uma avaliação de qualidade sobre os riscos das complicações materno-fetais, pelo que uma consulta de planeamento familiar é essencial. Segundo Kafka et al. (2006), as mulheres com cardiopatia devem de ser referenciadas à consulta de planeamento familiar quando chegam à adolescência uma vez que 80% das gravidezes não desejadas (em mulheres sem cardiopatias) ocorrem durante este período. Deste estudo também se depreende que as gravidezes não desejadas podem alterar o estilo de vida destas adolescentes e podem colocar em risco a vida das que são portadoras de patologia cardíaca. Durante o meu curto percurso na consulta de planeamento familiar, em contexto hospitalar, aprofundei conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, promovi a vivência da sexualidade de forma saudável e segura e, sempre que tive a oportunidade, partilhei com os futuros pais os meus conhecimentos para uma maternidade e paternidade responsáveis.

Em contexto de **cuidados de saúde primários**, não foi possível cuidar de grávidas com cardiopatia, pois a vigilância da gravidez é realizada sempre em consulta de alto risco em contexto hospitalar, mas foi igualmente uma grande fonte de aprendizagem que me ajudou a adquirir competências. Decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Lisboa. Esta UCSP partilha o edifício com o Centro Anónimo de Detecção de Infecções Transmissíveis Sexualmente (CAD/ITS) pelo que assisti aí a uma consulta com a EEESMO responsável pela mesma. A Direção Geral de Saúde (DGS) preconiza que na consulta realizada pelo enfermeiro, seja avaliada a saúde do cliente e estabelecido conjuntamente, o plano de cuidados de enfermagem, de modo a potenciar a sua capacidade máxima de autocuidado (DGS, 2015). Durante estas consultas, a EEESMO identificava os hábitos sexuais dos/das clientes. Uma vez finalizado o mesmo, a EEESMO colaborava com o/a cliente na identificação dos maus hábitos e, juntos delineavam estratégias para modificá-los. Seguidamente era realizada uma análise de urina e de sangue para teste rápido de HIV, e encaminhado para a consulta com o médico.

Segundo o Regulamento nº. 391/2019, o EEESMO tem competência “para cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional” (p.13561). Neste sentido, a CE preconcepcional promove “a saúde da própria mulher/casal e também do novo ser ainda antes da sua conceção, corrigindo comportamentos de risco” (Cheio, 2016, p. 49). No caso desta UCSP não existe uma CE preconcepcional per se. A EO responsável pela consulta de planeamento familiar, informa a mulher da importância e da necessidade de estabelecer um plano de cuidados caso ela/casal queira engravidar. Durante o meu percurso nesta unidade de saúde, falei com a enfermeira orientadora sobre a importância da existência e implementação desta consulta com o objetivo de “modificar hábitos e identificar alterações que podem ser tratadas ou equilibradas antes do início da gravidez” (Cheio, 2016, p.49), assim o EO poderia intervir com a mulher/casal na identificação dos possíveis estressores e reforçar a LFD contribuindo desta forma para que a mulher mantenha ou atinja o seu bem-estar. Nas consultas de planeamento familiar realizei a colheita de dados e identificação das necessidades da mulher/casal, através de entrevista e de observação dos parâmetros essenciais a cada sistema cliente. Estes dados são recolhidos de uma forma sistematizada e completa de acordo com as recomendações da DGS (2015). Privilegiei o esclarecimento de dúvidas,

assim como a realização de educação para a saúde, sobretudo no que se refere ao método anticoncetivo escolhido pela cliente e às ITS. Vivenciei situações que me apelaram à reflexão: grande número das mulheres vem à consulta sem a companhia do parceiro e quase todas as adolescentes usam a “pílula” como método anticoncetivo e desconhecem a importância do uso do preservativo como método de prevenção das ITS. Isto vai ao encontro do descrito pela OMS (2019) que diariamente surgem mais de 1 milhão de novos casos de ITS na faixa etária dos 15-49 anos e a mulher parece ser a única responsável pela saúde reprodutiva. A competência 1.2.2 do Regulamento das competências específicas de EEESMO, refere que este tem competência para conceber, planejar, coordenar, implementar e avaliar intervenções de proteção da saúde e prevenção das ITS. Em parceria com a enfermeira orientadora, mantive uma atitude informadora e esclarecedora com estas adolescentes e também com algumas mulheres adultas. Identifiquei os conhecimentos que elas tinham sobre a forma de transmissão destas infeções e sobre a importância do uso do preservativo como a única forma de prevenção das mesmas. Desta forma consegui atingir os objetivos propostos sobre a promoção da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, no planeamento familiar e durante o período preconcecional promovendo a vivência da sexualidade de uma forma saudável e segura e tendo, ao mesmo tempo, aprofundado os meus conhecimentos sobre os métodos contraceptivos.

Para Torgal (2016) “a assistência à grávida desde as primeiras semanas de gravidez é essencial para se detetarem precocemente fatores de risco que possam comprometer a adequada evolução da mesma e o bem-estar do feto” (p.117). Uma consulta de vigilância da gravidez (de baixo risco) pode demorar entre 25-40 minutos. Vai depender da grávida/casal, das dúvidas que poderão ter e da idade gestacional (IG). Segundo Torgal (2016) é importante a realização da **primeira consulta** antes de completar a 12ª semana de gestação. Desta forma poderão realizar-se rastreios e intervenções associados a medidas de educação para a saúde que contribuam para a otimização dos resultados maternos e perinatais. Esta primeira consulta e, seguindo a linha de pensamento de Torgal (2016) exige uma colheita de dados pormenorizada às grávidas, como preconiza a DGS. Nesta consulta procedi à recolha de dados que me permitiu identificar as variáveis e planejar intervenções de prevenção primária, calculei a IG, a DPP e interpretei os resultados dos exames que foram pedidos na consulta preconcecional, se realizada. Fiz uso da tabela de Goodwin Modificada para avaliar o

risco da gravidez com o “objetivo de detetar e tratar precocemente complicações que possam aumentar a morbidade e mortalidade materna e neonatal” (Torgal, 2016, p. 119). Segundo a DGS (2015), “considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de morbidade materna, fetal e/ou neonatal” (p.33). Não podemos esquecer que o risco é dinâmico pelo que deve ser reavaliado em todas as consultas. Durante esta consulta também avaliamos o risco social e o rastreio da violência doméstica. Colaborei na realização do exame físico da grávida incluindo a avaliação da TA, altura, peso, IMC, auscultação cardíaca fetal e inspeção da boca e orofaringe. Desconhecia que as grávidas dispõem de três “cheques dentistas” para a manutenção da saúde oral. Outras intervenções que realizei foram o exame rápido à urina, a pesquisa de edemas dos membros inferiores e os sinais de anemia severa (coloração da pele e mucosas). O exame físico engloba o exame mamário e ginecológico. Torgal (2016) também refere como intervenções do EEESMO, a prescrição de exames laboratoriais e a prescrição da 1ª ecografia conforme o disposto na competência 2.2.3, mas nesta UCSP isto está atribuído ao médico. Validei com a grávida a suplementação com o ácido fólico e iodo e assegurei prescrição dos mesmos, se necessário. Informei sobre a necessidade de realizar a primeira ecografia e a marcação das consultas subsequentes. Nas consultas identificou-se que muitas das clientes tinham realizado a ultrassonografia numa clínica omitindo dados que não obedeciam ao preconizado pela Norma nº 023/2011 emitida pela DGS sobre “exames ecográficos na gravidez de baixo risco”. Segundo a mesma, a ecografia do 2º trimestre deve conter entre outros dados:

o contorno craniano e cérebro, incluindo as estruturas inter-hemisféricas, face e pescoço (órbitas, perfil, osso nasal, lábios, maxilares e prega da nuca), tórax (coração com as 4 cavidades, cruzamentos das grandes artérias e corte dos três vasos, BCF e pulmões), parede abdominal, fígado, estômago, intestino, rins e bexiga, coluna vertebral, membros superiores e inferiores, cordão umbilical e genitais externos (p.2).

para além do número de placentas, localização da mesma e movimentos fetais, os quais estes relatórios não discriminavam. Segundo esta norma, “deve ser produzido relatório escrito onde obrigatoriamente deve constar” a informação anterior. Este caso reportava-se a uma grávida e à ecografia do 2º trimestre, motivo do meu Jornal de Aprendizagem, onde refleti sobre a importância da referenciação de clientes a centros



de diagnóstico onde realizem ecografias fetais que sigam o estabelecido pela Norma nº 023/2011 emitida pela DGS sobre “Exames Ecográficos na Gravidez de baixo risco”. Também refleti sobre o dever do enfermeiro informar sobre os recursos a que a cliente pode ter acesso, bem como sobre como os obter. O plano de cuidados de enfermagem para a mulher e a família durante a gravidez, depende da veracidade e fiabilidade destes dados pois é orientado pelos mesmos. Depois de ter refletido sobre o assunto falei com a enfermeira orientadora sobre a possibilidade de criar um documento ou folheto informativo com os nomes e moradas de algumas clínicas (com acordos com a Segurança Social) sem incluir essa clínica, para facultar às grávidas e casais quando assistidos na primeira consulta, mas o assunto ficou pendente de apreciação. Todas as intervenções do EEESMO em que participei, nesta UCSP, iam ao encontro do Programa Nacional para a Vigilância e Gravidez de Baixo Risco da DGS (2015) e também do referido por Torgal (2016) exceto a prescrição dos exames complementares de diagnóstico. Todos estes dados foram registados no sistema informático e no Boletim de Saúde da Grávida, assegurando a circulação correta da informação. Para além das intervenções referidas anteriormente, também participei na CE do **2º trimestre**. Para Henriques & Santos (2016), esta consulta tem como finalidade “a continuidade do aconselhamento em matéria de alterações e desconfortos gravídicos comuns entre a 13ª e 24ª semanas de gestação” (p.123) e detetar precocemente desvios da normalidade. Para a grávida/casal esta consulta servia como reforço da LND pois eram esclarecidas dúvidas relacionadas com o bem-estar fetal limitando os estressores intersistema. Como futuro EO, e no sentido da identificação dos estressores físicos que poderão afetar a LFD, avaliei, planeei cuidados e intervim, assegurando o bem-estar materno-fetal apesar de não ter sido possível realizar o exame obstétrico (era realizado pelo médico) como preconizado pelos mesmos autores (Henriques & Santos, 2016). Questionei a enfermeira orientadora, mas como não se costumava fazer, vi-me impedido de o concretizar apesar de ser relevante para se detetar precocemente qualquer alteração que possa pôr em risco a gravidez, e também faz parte das competências específicas do EEESMO (Competência 2.2.4). Durante o **3º trimestre** de gravidez, as intervenções que realizei foram semelhantes às das consultas do 2º trimestre. Mantive atenção aos desvios da normalidade, identificando os estressores e encaminhei para o médico assistente ou unidades de saúde de referência quando a LND afetada e/ou a situação ultrapassasse os limites da competência do EEESMO (Marchão & Soares, 2016). Mas há

várias intervenções específicas deste trimestre que também tive a oportunidade de realizar, nomeadamente, a profilaxia da isoimunização do antigénio D do fator Rhesus (quando aplicável), a instrução da cliente para o registo dos movimentos fetais no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) a partir da 35ª semana, para identificação precoce de alterações ao bem-estar fetal. Assegurei a pesquisa de estreptococcus do grupo B no exsudado vaginal e retal e referenciei para o hospital de referência (Marchão & Soar 2016). Participei na vacinação contra a tosse convulsa cerca da 28ª semana (prevenção primária) conforme o PNV (DGS, 2016). O objetivo das consultas de vigilância pré-natal é “assegurar que a gravidez decorra sem prejuízo para a saúde da mãe e que culmine no nascimento de uma criança saudável” (Marchão et al., 2016, p.131). Nesta linha de pensamento, para além de todas as intervenções citadas anteriormente, e dos exames complementares de diagnóstico, intervimos na educação para a saúde (prevenção primária) e no controlo e diminuição da ansiedade durante a gravidez (prevenção secundária) procurando restabelecer a LND. Para isso é essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica com a grávida/casal com início na consulta pré-concepcional ou durante a primeira consulta pré-natal. Privilegiei “a qualidade do contato com o cliente, quer seja manifestando preocupação com o seu conforto ou pedindo a sua colaboração ou ainda, encorajando-o a expressar o que sente” (Chalifour, 2009, p.106). A relação terapêutica é influenciada pelos anos de experiência, mas também pelas atitudes e personalidade dos enfermeiros (Pereira & Botelho, 2014). Neste sentido os mais de dezasseis anos de profissão e o facto de ter trabalhado anteriormente nos cuidados de saúde primários, foram os meus aliados para poder estabelecer esta relação terapêutica. Outro dos meus objetivos durante este EC era a participação ativa numa sessão de preparação para o parto. Em vez de optar por uma temática do meu domínio como nomeadamente os cuidados ao RN, desafiei-me e decidi ampliar os meus conhecimentos sobre a sexualidade na gravidez. Esta sessão teve como objetivos: capacitar o casal para identificação de estressores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, enumerar as alterações fisiológicas e psicológicas durante a gravidez, diferenciar a parentalidade e a conjugalidade e por último, desmitificar a sexualidade na gravidez, tendo elaborado uma apresentação em *Power Point* (**Apêndice XII**). Desta forma, tentei atuar fortalecendo a LFD preparando os pais para uma maternidade e paternidade responsáveis e para promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura. Exposto o anterior e tendo realizado 103

exames pré-natais, considero ter atingido o meu objetivo e ter adquirido as competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal assim como as competências para o nível de mestre.

No **Serviço de Medicina Materno Fetal (SMMF)** em uma maternidade de Lisboa o objetivo era “a capacitação do estudante para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/família em situação de risco materno-fetal” (Guia Orientador EC IV, 2019, p.1). Durante este período de aprendizagem, tive como foco desenvolver atividades que facilitassem o desenvolvimento de competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, potenciando a sua saúde, detetando e atuando precocemente face a complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, 2019). Neste EC participei em várias consultas de alto risco e identifiquei uma grávida com patologia cardíaca. Nesta maternidade existe uma consulta de cardiologia para grávidas com patologia cardíaca e para mulheres com patologia ginecológica. Embora os enfermeiros especialistas colaborem na vigilância da gravidez nas consultas de alto risco, a grávida com cardiopatia, não é assistida na CE. Considero que este contexto foi uma fonte de grande aprendizagem onde tive a oportunidade de cuidar da grávida com alterações na LND (patologia associada). Segundo Orfão, a gravidez de baixo risco é “aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica do risco pré-natal baseada na Tabela de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de aborto espontâneo, parto pré-termo, morte fetal e aumento da morbidade materna e/ou neonatal” (2016, p.109). Nesta linha de pensamento, podemos dizer que a gravidez de risco é aquela em que existem fatores associados que podem condicionar a evolução da mesma. O EO pode, desta forma, cuidar a grávida com o objetivo de proteger o *core* após ter sido invadido pelos estressores intra, inter e extrasistema e minimizar os efeitos da reação aos mesmos (prevenção secundária: reforço da LND). Quando a classificação do risco aponte a médio ou alto risco, deve referenciar-se para a consulta hospitalar de especialidade (Orfão, 2016). As patologias mais comuns durante o meu estágio foram os quadros hipertensivos. Para Monteiro & Leite (2016) “a hipertensão associada à gravidez constitui a causa mais importante de morbidade e mortalidade materna e perinatal” (p.182). Segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2020) entre 5-10% das gravidezes a nível mundial cursam com esta patologia. Este mesmo órgão baseia a definição de hipertensão na gravidez “em valores de consultório, pressão

arterial sistólica  $\geq$  a 140mmHg e /ou pressão arterial diastólica  $\geq$  90 mmHg e é classificado como ligeira (140-159/90-109 mmHg) ou grave ( $\geq$ 160/110mmHg), em contraste com a classificação convencional de HTA” (2020, p.67). Na última publicação da Sociedade Portuguesa de Hipertensão sobre as *guidelines* da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial (HTA), esta apresenta uma classificação sobre os diferentes tipos de HTA: **hipertensão pré-existente** (desenvolvida 20 semanas antes da gravidez), **hipertensão gestacional** (desenvolvida 20 semanas após a gravidez e desaparece 6 semanas após o parto), **hipertensão pré-existente mais hipertensão gestacional sobreposta com proteinúria, pré-eclampsia** (hipertensão gestacional com proteinúria significativa) e **hipertensão pré-natal não classificável** que ocorre quando foi feito um registo da tensão arterial pela primeira vez após 20 semanas de gestação e não é claro se o quadro hipertensivo já existia. Neste caso sugere-se uma reavaliação 6 semanas após o parto. A intervenção do EO neste tipo de situações é crucial, quer nas consultas de planeamento familiar quer nas consultas pré-natais, durante a avaliação clínica da mulher. Neste EC, cuidei da grávida com o objetivo de diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mesma identificando estressores intra, inter e extrasistema, implementando intervenções primárias e secundárias que visassem o restabelecimento das linhas de defesa prevenindo a lesão do *core*. Informei à grávida sobre os sinais e sintomas de risco que poderiam levar ao diagnóstico de uma hipertensão e/ou agravamento da mesma. Estive alerta para situações como o Síndrome de HELLP e a eclampsia, atuando em conformidade. O primeiro constitui um “quadro grave e causa importante de morbilidade materna e perinatal” (Monteiro et al., 2016, p.186) e o segundo “trata-se de uma manifestação neurológica da pré-eclampsia, podendo ser o sintoma inaugural” (Monteiro et al., 2016, p.187). Em ambos os casos, as grávidas eram transferidas para a Unidade de Recobro e Cuidados Intermédios (URCI) pelo EO responsável, em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas.

Este contexto de ER insere-se numa instituição acreditada como “Hospital Amigo dos Bebés”, iniciativa mundial da OMS/UNICEF para a promoção do aleitamento materno. Assim, abordei as grávidas sobre o aleitamento materno, se tinham um projeto de amamentação, quais eram as suas expectativas e promovi o aleitamento materno junto das futuras mães. O EEESMO tem competência para conceber, planejar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção, proteção e

apoio ao aleitamento materno (Regulamento nº. 391/2019), mas nem todas as grávidas desejam amamentar. Esta decisão é respeitável, no entanto, investi na identificação de estressores que o fundamentassem e de acordo com as situações intervim primariamente, informando sobre os benefícios do mesmo. Como refere Sardo (2016), “inúmeras vantagens para a saúde da mãe são descritas em diversos estudos, nomeadamente na redução do cancro da mama, diretamente relacionado com a duração do aleitamento materno” (p.473). Para além de monitorizar os batimentos cardíacos fetais (BFC), a dinâmica uterina e interpretar a cardiocotografia (CTG), tive a oportunidade de participar em **uma consulta de IVG** (interrupção voluntária da gravidez). O enfermeiro especialista tem competência para promover a decisão esclarecida no âmbito da IVG. Observei como se realizavam as ecografias vaginais, diagnosticava e monitorizava a gravidez. Várias situações mereceram a minha atenção, mas uma delas reportava a uma mulher de 34 anos, com história de hipertensão arterial, sobrepeso e recorrência na consulta de IVG. Em Portugal, a IVG está regulada pela alteração da Lei nº. 16/2007 de 17 abril, que permite a interrupção da gravidez por desejo da mulher até às 10 semanas. Segundo os registos, era a terceira vez que esta mulher se apresentava na consulta para realizar uma terceira IVG. Questionei-me sobre o sistema, e o que é que acontece após uma mulher entrar em consulta para realizar a interrupção da gravidez por decisão própria. A IVG realiza-se em três etapas: uma primeira consulta para datar a gravidez e onde se solicitam exames laboratoriais. A segunda onde se dão a conhecer os resultados analíticos e se valida a decisão da cliente para a IVG. Nesta consulta, caso a grávida confirme o desejo de interromper a gravidez, realiza a primeira toma da medicação. Terá de realizar mais três tomas em dias consecutivos. Na terceira etapa, a cliente é internada para proceder à expulsão dos restos fetais e é proposta uma anticonceção, não existindo continuidade nem encaminhamento. Após ter iniciado a pílula (mifepristone 1 comprimido e prostaglandina 4 comprimidos) não fica marcada uma consulta de planeamento familiar para iniciar anticonceção. A implementação precoce de um método anticoncetivo eficaz após a IVG é fundamental para a prevenção de outra gravidez indesejada (Sousa, 2016). A gravidez não planeada e não desejada continua a ser um problema mundial que afeta à mulher, o casal, a família e a sociedade. As que acabam em IVG continuam em aumento apesar de ter havido um incremento do uso de anticoncetivos e implementadas políticas de saúde que facilitam o acesso aos mesmos (Santos, 2016).

Dito isto, concordo com esta autora sobre a importância da educação sexual nas escolas, a importância da promoção social da responsabilidade pela contraceção das mulheres e dos homens e sobre a importância do *empowerment* das mulheres para o autocuidado na regulação da fertilidade (Santos, 2016).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas, o EEESMO deve “promover a saúde da mulher no período pré-natal e em situação de abortamento” (2019, p.13462). Como refere Sousa (2016) a intervenção do EO é “fulcral no acompanhamento, orientação e aconselhamento da mulher em qualquer situação promovendo a decisão esclarecida no âmbito da IVG, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade” (p.290). Tentei identificar os motivos que levaram a cliente a uma 3ª IVG. Segundo a mesma, não se encontrava a realizar nenhum método anticoncetivo oral porque “se esquecia sempre de tomar” (SIC) e não estava preparada para engravidar. Em parceria com a cliente, e seguindo a linha de pensamento de Santos (2016) sobre o *empowerment*, tentei estratégias direcionadas ao problema (aplicação no telemóvel, alarme diário). Para além disso, expus o enquadramento jurídico referente às indicações para a IVG. A cliente foi esclarecida que, a sua escolha seria sempre respeitada.

Após analisar as aprendizagens realizadas considero ter atingido com sucesso os objetivos definidos, ter desenvolvido as competências específicas e comuns incrementando a qualidade do meu desempenho, a responsabilidade profissional ética e legal, com ênfase na gestão de cuidados. Discuti situações de cuidados novas e complexas, emitindo e transmitindo juízos e procurando soluções para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

### **3.2 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto**

Parte do ER decorreu numa maternidade integrada num hospital central de Lisboa onde se prestam cuidados especializados à mulher e aos recém-nascidos (RN) que aqui nascem ou que são transferidos de outros hospitais e que carecem de cuidados especializados. A sala de partos está integrada no SUGO o qual se divide em dois pisos: o piso 0 onde se encontra a triagem, sala de observações, gabinetes médicos e a sala de partos, e o primeiro andar onde se encontra o bloco operatório com a correspondente sala de recobro e a URCI. O SUGO recebe grávidas provenientes dos

centros de saúde, das consultas externas, do próprio domicílio (por meios próprios ou em ambulância) ou que são transferidas de outras unidades de saúde. Todas são triadas pelo EO conforme a Triagem de Manchester, observadas pelo médico obstetra e internadas segundo as necessidades, sendo o médico quem efetiva o internamento.

O ER, como já referido, foi interrompido devido à pandemia Covid-19. A pandemia trouxe, entre outras coisas, muitas limitações, nomeadamente o acompanhamento das parturientes na sala de partos, tirando assim um dos direitos da mulher conforme refere o artigo 12 da Lei nº. 110/2019 de 9 setembro.

Com o objetivo de prestar cuidados de qualidade fundamentei a minha prática nos conhecimentos teóricos decorrentes da revisão da literatura de artigos científicos e de fontes internacionais e nacionais de referência. O facto me encontrar a exercer funções como enfermeiro de cuidados gerais, facilitou a minha aprendizagem mediante a observação e discussão da prática com os colegas mais experientes.

A OE (2012) no manual “Pelo direito ao parto normal”, faz uso da definição da OMS para o parto normal:

“parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice entre as 37 e as 42 semanas completas da gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição” (p.18).

Segundo o Regulamento nº. 391/2019 o EEESMO cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, realizando o mesmo em segurança com o objetivo de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina. Fatia & Tinoco (2016), definem o TP como um conjunto de fenómenos fisiológicos que atuam sobre o útero e a sua contração. Isto leva ao apagamento e dilatação do colo o que facilita a progressão fetal no canal de parto e a sua posterior expulsão. Graça (2017) considera adequado diferenciar entre TP verdadeiro e falso, pois pode levar à tomada de decisões que poderão interferir na evolução normal do mesmo. Assim, o verdadeiro TP acontece quando as contrações uterinas se instalam de uma forma regular e com dor, em frequência e intensidade (Fatia et al., 2016), “provoca o apagamento e a dilatação do colo do útero” (Dy, 2014, p.111). O TP divide-se em quatro estádios. Friedman (1978) divide o **primeiro estágio** em duas fases a fase latente e a fase ativa. A **fase latente** compreende o apagamento e o início da dilatação (0 e os 4 cm) e a **fase ativa** inicia-se no início da dilatação e acaba na dilatação pois completa (entre

os 4 e os 10 cm). Estas duas fases caracterizam-se pelas contrações regulares e dolorosas que têm como resultado o apagamento e a dilatação do colo do útero. Segundo a OMS (2018) a fase ativa do TP inicia-se aos 5 cm de dilatação. Apesar da mais recente evidência, nesta instituição, considera-se o início da fase ativa do TP aos 4 cm de dilatação. Após a dilatação completa até a expulsão do feto pelo canal do parto, designa-se **segundo estágio**. No **terceiro estágio** acontece a dequitação e a saída completa da placenta. O **quarto estágio** é o chamado período de Greenberg (Fatia & Tinoco, 2016) e corresponde à primeira hora após a dequitação. Dy (2014) recomenda manter a puérpera na sala de parto durante uma hora após parto para vigilância devido ao maior risco para a cliente devido à hemóstase. Na sala de partos onde estagiei, a puérpera permanece por um período de duas horas antes de ser transferida para o puerpério, para uma monitorização mais rigorosa dos parâmetros puerperais. Devido à pandemia da Covid-19, houve um reajuste no número de camas do puerpério pelo que muitas das vezes as puérperas e RN permaneciam na sala de partos durante um período até superior a 24 horas.

Tive como foco principal dos meus cuidados durante o TP, assegurar o bem-estar e estabilidade da parturiente e do seu convivente significativo. Ao longo deste percurso de aprendizagem, tive a oportunidade de oferecer cuidados especializados a um total de **67 parturientes**, sendo que a 27 delas, apenas durante o primeiro estágio do TP (acabaram em partos distócicos) e 40 desde a fase latente até o quarto estágio do TP. Fiz o acolhimento de todas as parturientes, apresentando-me como enfermeiro e estudante da especialidade de Saúde Materna e Obstétrica sob a supervisão e orientação da enfermeira especialista. Uma vez na respetiva unidade e após ter recebido a informação por parte do EEESMO da triagem, numa lógica de intervenções primárias, explicava às parturientes os procedimentos e dinâmica dos cuidados e monitorizava o bem-estar fetal com CTG após consentimento informado oral. Embora as recomendações da OMS (2018) refiram que a avaliação do bem-estar fetal mediante o CTG deve ser intermitente, nesta sala de partos esta avaliação está instituída de forma continua. Isto condiciona a progressão do **primeiro estágio do TP** porque reduz a mobilidade da parturiente. Esta situação não limitou a minha imaginação e sempre que o bem-estar materno-fetal não estivesse comprometido, incentivava a parturiente a deambular pelo quarto, acompanhava-a ao duche, fazíamos agachamentos juntos e até dançámos algumas vezes. Isto vai ao encontro de Fatia et al. (2016) quando refere que



no primeiro estágio, “a parturiente de ver incentivada a adotar movimentos que facilitam a dilatação e a progressão da apresentação” (p.309), promovendo a estabilidade e o bem-estar da cliente nas suas variáveis. Entre eles estão o deambular, usar a bola de parto, ir ao duche ou até ouvir música. Aproveitava sempre este estágio para estabelecer uma relação terapêutica com a parturiente pois é fundamental no desenrolar de todo o processo (Fatia et al., 2016). Tentei a participação da parturiente e do convivente significativo (quando foi possível a sua entrada) na tomada de decisão. Explorei o plano de parto (embora não fosse em formato papel), para desta forma moldar as minhas intervenções e ir ao encontro do desejo da parturiente/casal, como é da competência do EEESMO. No início de cada turno, e após ter ouvido a passagem de ocorrências, recorria ao processo das parturientes que me foram atribuídas em corresponsabilidade, para esclarecer qualquer dúvida sobre a informação transmitida pelo colega. Desta forma, conseguia identificar melhor os estressores as necessidades da parturiente e delinear o plano de cuidados. Embora na sala de partos exista um quadro com a informação mais importante de cada uma das parturientes, considerava relevante a consulta do processo, o BSG, especialmente se fator *Rhesus* negativo, para confirmar se foi administrada a imunoglobulina Anti-D e o partograma (Prada & Rafael, 2016a). Estes autores entendem o partograma “como uma representação gráfica do trabalho de parto” (p.348) existindo uma relação entre a duração do TP e a velocidade da dilatação cervical, tornando este instrumento, simultaneamente de registo e de diagnóstico. Sendo competência do EO realizar uma correta avaliação do bem-estar materno e fetal a fim de garantir um ambiente seguro durante o TP, complementei a informação do partograma com a informação do CTG. Desta forma, sempre que identificava um estressor fisiológico que indicava algum desvio da normalidade que colocasse em risco o *core* (segurança materno-fetal), referenciava ao médico obstetra (Regulamento nº.391/2019). Existem vários sistemas de classificação de CTG com o objetivo de identificar o que é normal, o que precisa de intervenção e o que é anormal e precisa de uma intervenção imediata (Santana & Figueiredo, 2016). Nesta sala de partos a classificação implementada é segundo a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2009).

Durante o primeiro estágio do TP realizei conforme instituído na unidade o Procedimento Setorial TRC.1667 (2020) sobre os cuidados durante o TP, a cervicometria quando necessário (apenas quando a parturiente referia aumento da dor e da pressão

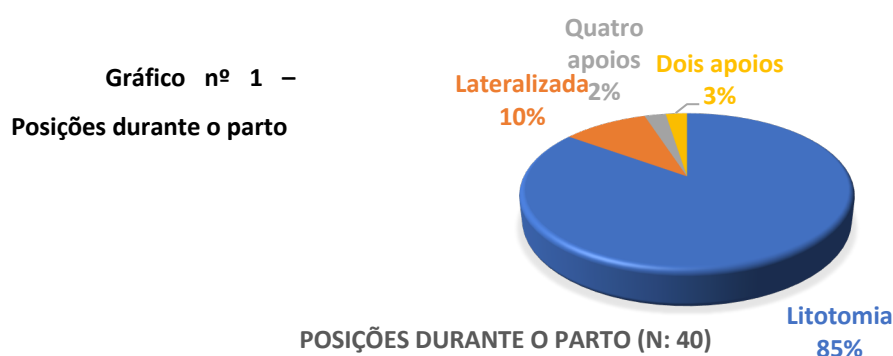
perineal) e iniciei a condução do TP com ocitocina conforme protocolo. Uma vez iniciada a ocitocina fiquei alerta para sinais que nos transmitissem alteração do bem-estar materno-fetal como a taquissistolia e/ou bradicardia fetal. A taquissistolia uterina consiste na aparição de mais de cinco contrações em dez minutos de CTG. Isto aumenta o risco de hipoxia fetal (Prada et al., 2016b). O **primeiro estágio do TP** caracteriza-se entre outros sinais pelo estressor dor. É competência do EEESMO, cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (Regulamento nº. 391/2019) e desta forma diminuir o efeito deste estressor intrapessoal, reequilibrar a LND e reforçar a LFD. Neste sentido, privilegiei a intervenção secundária, informei e esclareci a grávida/casal sobre a analgesia que estava disponível com o objetivo de poder tomar a sua decisão de uma forma consciente e informada (Guerra, 2016). Informei sobre os métodos farmacológicos (analgesia endovenosa e regional) e não farmacológicos (hidroterapia no duche e bola de parto), mas 100% das parturientes que assisti preferiram os métodos farmacológicos embora conjugados com os métodos não farmacológicos, estes mais escolhidos durante a fase latente do TP. Seguindo as indicações da OMS (2018) sobre a assistência obstétrica durante o TP recomendei o uso de técnicas de relaxamento, instruí a parturiente sobre exercícios respiratórios e instruí o acompanhante na realização de massagem na região dorsal com o objetivo de diminuir o efeito da dor (estressor) e manter o bem-estar. A diversidade cultural das clientes é uma constante nesta maternidade. Por vezes o idioma atua como barreira linguística, nomeadamente nos casos de grávidas emigrantes da Índia e que devido à pandemia, não estavam acompanhadas pelo marido na altura de tomar uma decisão esclarecida sobre a analgesia. Para facilitar a comunicação e a decisão livre e esclarecida fiz uso dos documentos que foram criados em vários idiomas onde se explica em que consiste a técnica epidural e sequencial e os efeitos adversos da mesma.

Apenas realizei uma amniotomia, para colocar uma monitorização interna devido à perda de sinal do BCF, numa parturiente obesa. Neste caso tive especial atenção a que a apresentação estivesse bem apoiada para evitar o prolapso do cordão. Segui as recomendações da OMS (2018) relacionadas com o toque vaginal, recomendado de 4 em 4 horas, mas também o realizei quando a parturiente referia aumento da dor ou da pressão perineal e sempre com o seu consentimento. Desta forma diminui-se o risco de infeção como consequência da manipulação, não afetando a LND.

Durante o **segundo estágio do TP**, o EO tem competência para executar o parto de apresentação cefálica. Fatia et al. (2016) referem que neste estágio, a parturiente deve focar-se nos esforços expulsivos e que junto com o profissional de saúde, deve encontrar a posição mais correta para que esses esforços sejam eficazes. A duração deste segundo estágio é variável e está condicionada por vários fatores como são a eficácia das contrações, a analgesia, a condição física e emocional da parturiente, a posição adotada pela parturiente durante os esforços expulsivos, a paridade, o tamanho do feto e a sua adequação pélvica e o apoio recebido pelo EO (Fatia et al., 2016). Nesta linha de pensamento, o parto não depende apenas de técnicas. Depende também da competência do EO, da relação de ajuda que estabelece com a parturiente/casal baseada no respeito, na informação e na confiança, preservando sempre a dignidade da mulher. Confesso que no início desta aprendizagem o medo invadia o meu corpo, estava mais focado na aplicação correta das técnicas, sem descuidar a vigilância do bem-estar fetal. À medida que a minha segurança, confiança e autonomia aumentavam este medo diminuía. Ao longo desta aprendizagem tive sempre uma postura *“hands off”*, respeitando o decorrer normal e fisiológico do nascimento e seguindo as indicações da OMS (2018) de não realizar intervenções que interferissem no decorrer normal do parto. Discuti com a orientadora de estágio todas as tomadas de decisão relacionadas com a evolução normal do parto, refleti sobre as situações que proporcionaram aprendizagem e desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes a cada parturiente.

O toque vaginal permite uma avaliação do colo do útero, da altura da apresentação fetal fazendo uso dos níveis De Lee e da variedade da apresentação cefálica. Para além disto permitiu-me conhecer a relação entre a pelve e a cabeça fetal e identificar a incompatibilidade feto-pélvica. No jornal de aprendizagem realizado (mais uma ferramenta na minha aprendizagem) refleti sobre a avaliação de uma situação relativa à apresentação fetal e sobre a importância de conhecer os limites da nossa prática para salvaguardar o bem-estar materno-fetal e procurar ajuda da equipa médica e/ou colegas de profissão com mais experiência. Dos 40 partos eutócicos que assisti, 15 deles tiveram períneo íntegro, em 22 ocorreram lacerações (11 de 1º grau e 11 de 2º grau), e realizei 3 episiotomias mediolaterais. Segundo Sugy (2014) a episiotomia “é a incisão feita no períneo para aumentar o espaço do estreito inferior da pelve, facilitando, assim, o nascimento da criança” (p.345). A aplicação desta técnica foi

justificada porque em um dos casos evolução do parto parou devido a maior resistência do períneo pela presença de uma cicatriz anterior (Sugy, 2014). No outro caso porque após diagnosticar uma distocia de ombros tive que realizar a episiotomia antes da Manobra de McRoberts. No último caso porque foi necessário abreviar o período expulsivo por suspeita de sofrimento fetal. Isto vai ao encontro do descrito por Sugy (2014) sobre as indicações para episiotomia. A maior parte destes partos foram realizados em posição de litotomia modificada embora também desse liberdade e incentivasse a parturiente a escolher a posição que ela considerasse confortável procurando sempre o seu bem-estar.



Confesso que ainda não me sinto seguro na realização de partos em dois e quatro apoios. Compreendo a importância das posições verticalizadas e pretende-se que o EO esteja preparado para apoiar a parturiente na adoção de posições que facilitem o TP (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016). Estes autores consideram por posição vertical, todas as posições que proporcionam um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores da mulher. Estas posições incluem a posição de “cócoras”, de dois apoios (de joelhos), de pé, sentada e a de quatro apoios (“de gatas”). A adoção destas posições traz vantagens (estressores fisiológicos positivos) como a melhoria do fluxo uteroplacentário, melhoria da ventilação pulmonar materna, contrações uterinas mais eficazes, favorece a descida fetal e o encaixe devido à ação da gravidade, diminui o ângulo da escavação pélvica, aumenta os diâmetros da bacia, ajuda a que os membros inferiores atuem como alavanca facilitando os esforços expulsivos, diminui a dor e o desconforto permitindo à parturiente uma maior participação no nascimento do seu filho facilitando a vinculação (Mineiro et al., 2016). As posições verticalizadas diminuem também os partos instrumentalizados (estressor negativo) mas devemos ter em conta os casos em que esta posição está contraindicada: presença de sinais de incompatibilidade feto-pélvica, suspeita de sofrimento fetal, macrosomia fetal,

prematuridade, pré-eclampsia, eclampsia ou síndrome de HELLP, antecedentes de patologia materna que interfiram com o equilíbrio, administração de petidina há menos de 4 horas e obesidade (Norma de procedimento GINEC-OBST-3067, 2015).

Um dos aspetos mais importantes que aprendi durante este EC, foi a necessidade de organização da mesa e do material e o seu impacto para o parto seguro. De acordo com o Regulamento nº. 391/2019, concebi, planeie e implementei intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da parturiente e do feto reforçando a LFD. Quando possível, tentei envolver o acompanhante, enquanto estressor positivo no intersistema, quando a parturiente referia não ter forças para continuar. Fatia et al. (2016) definem o mecanismo do parto como “a sequência dos movimentos passivos da apresentação fetal, que permitem a passagem através do canal do parto” (p.312). Observava e avaliava a descida da apresentação e procedia à verificação da elasticidade do períneo avaliando a distensão provocada pela pressão da cabeça fetal. Os esforços expulsivos voluntários favorecem a descida da apresentação, surgindo a cabeça no introito vaginal. O coroamento ocorre quando o diâmetro biparietal provoca a distensão da vulva. Neste momento procurava realizar a proteção do períneo com o objetivo de minimizar a lesão dos tecidos e diminuir a dor perineal. Apliquei a manobra de *Ritgen* modificada para permitir a extensão suave e controlada da cabeça durante o nascimento uma vez terminada a rotação externa. Após a expulsão da cabeça, procedi à palpação suave do pescoço para confirmar a existência de circular cervical. As circulares cervicais podem provocar hipoxia (Lowdermilk, 2006). No caso de apresentar uma circular cervical, procedia à realização da manobra de *Somersault*, mas em um dos partos, o feto apresentava 3 circulares cervicais apertadas e, seguindo a indicações de Lowermilk (2006), procedi à clampagem do cordão em dois pontos, seccionei entre os pontos e desmontei as circulares cervicais antes de permitir a continuação do nascimento. Uma vez que a cabeça do feto estava livre de obstáculos e, mediante a aplicação de uma leve tração para baixo e para fora, procedi ao desencravamento do ombro anterior. Segurando a apresentação cefálica com as duas mãos sobre os parietais, procedi ao desencravamento do ombro posterior. Depois da saída dos ombros, o resto do corpo é expulso com facilidade pelo esforço materno (Fatia et al., 2016), embora solicitasse à parturiente para realizar esforços controlados com o objetivo de diminuir o traumatismo perineal de forma a evitar mais um fator de estresse. Perguntava se desejava participar

na extração do filho mesmo se não expresso no seu plano de parto. Tive sempre o cuidado de tomar precauções para a prevenção da aspiração de mecónio e identificava previamente a sua presença no líquido amniótico. Uma das questões que colocava às parturientes no início dos esforços expulsivos, era se desejavam realizar contacto pele a pele. Considero que, embora seja importante para a vinculação, aumente os níveis de ocitocina e prolactina e favoreça a ativação dos reflexos de sucção do bebé (Alden, 2006) existem mães que por questões culturais não querem e esta decisão deve ser respeitada. Sempre que a mãe desejava realizar o contacto pele a pele, favoreci e mantive-o durante a primeira hora após o nascimento conforme as recomendações da OMS (2015). O contato pele a pele acalma o bebé e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento (Matos, Suzal, Santos, Velho, Seibert & Martins, 2010). A clientes ficam felizes e calmas contribuindo para a estabilidade e bem-estar da mãe e do RN. O contacto pele a pele com o pai não foi possível devido aos procedimentos impostos pela pandemia. Como recomendado pela ACOG (2017), procedi sempre que possível, à clampagem tardia do cordão umbilical (CTCU) e procurei que fossem prestados de imediato os cuidados ao RN incluindo a secagem e o estímulo para o choro, a manutenção da temperatura com o contato pele a pele, cobrindo-o com uma toalha seca aquecida, mantendo a cabeça coberta (Freitas & Baptista, 2016). A CTCU parece ser benéfica para os RN termo e para os recém-nascido pré-termo (RNPT). Nos RN termo, a CTCU aumenta os níveis de hemoglobina e facilita o armazenamento do ferro durante os primeiros meses de vida. Nos RNPT, esta técnica esta associada a um aumento significativo dos benefícios neonatais incluindo a baixa incidência de enterocolite necrosante e a hemorragia intraventricular, promotora da estabilidade do sistema (ACOG, 2020). Segundo os dados da ACOG (2020), a CTCU associou-se a um aumento do risco de HPP para a mãe. Porém, estudos recentes revelam que a CTCU não está associada a um aumento do risco de HPP (ACOG, 2020), o que vai ao encontro do constatado na minha prática.

No **3º estágio do TP** esperei que ocorresse o descolamento da placenta. O tempo de descolamento da placenta pode ser variável. Apesar das controvérsias em relação à condução deste estágio, eu mantive sempre uma atitude expectante em vez de uma conduta ativa conforme recomendado pela OMS (2018). A conduta ativa sugere exercer tração controlada do cordão com o objetivo de minimizar as perdas hemáticas. Identifiquei os sinais de descolamento da placenta: hemorragia, alongamento evidente

do cordão e elevação e contração do fundo do útero conforme referem, Prada et al. (2016b). Apenas realizei uma vez a tração controlada do cordão que acabou em rotura do mesmo e como consequência, a placenta ficou retida (estressor extrasistema) que condicionou a variável fisiológica. Conforme as competências do Regulamento nº. 391/2019, realizei a dequitação manual e referenciei a situação à equipa médica para realizar uma ecografia de controlo conforme estipulado nas competências do EEESMO administrei toma única de antibiótico (OMS, 2014). O mecanismo de descolamento da placenta prevalente, foi o mecanismo de *Schultze* face ao mecanismo de *Duncan*. Examinei sempre a placenta, as membranas e o cordão umbilical para minimizar as principais complicações que podem ocorrer tais como, a retenção de fragmentos placentares, HPP, atonia uterina, placenta retida, e coagulopatia (Prada et al., 2016b). Confirmei as características, verifiquei a integridade dos cotilédones e membranas e o tipo de inserção do cordão sem esquecer a verificação da presença dos vasos no mesmo (2 artérias e 1 veia) (prevenção primária).

Após a dequitação, no **4º estágio de TP**, verifiquei a formação do globo de segurança de Pinard e procedi a administração de 10 unidades de ocitocina endovenosa e diluída em 500ml de soro fisiológico, quando a puérpera tinha acesso venoso ou então via intramuscular conforme protocolo e seguindo as recomendações da OMS (2018), com o objetivo de facilitar a contração uterina e ajudar, desta forma, a prevenção da HPP, reforçando a LFD.

Segundo as competências do EEESMO, é da nossa responsabilidade avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (Regulamento nº. 391/2019), de modo a assegurar a estabilidade da cliente. Inicialmente senti alguma dificuldade em realizar a técnica de reparação perineal, mas superei rapidamente esta insegurança e desenvolvi competências na sua execução, quer na perineorrafia quer na episiorrafia, algo que vou continuar a desenvolver. Durante este procedimento, tive especial atenção à dor, identificando este estressor e administrando analgesia quando necessário (prevenção secundária). Uma vez finalizada a técnica, prestava os cuidados de conforto à puérpera, realizando uma lavagem com água e sabão na região perineal e recorrendo à crioterapia local para diminuir o edema e promover o bem-estar físico. Realizei educação para a saúde sobre os cuidados de higiene e conforto, mudança de penso e vigilância das características e quantidade dos lóquios (prevenção terciária). Tal como anteriormente

referido, e devido ao risco associado ao 4º estágio de TP (Dy, 2014), nomeadamente a HPP (Fatia et al., 2016), procedi sempre à avaliação dos parâmetros vitais, do globo de segurança de Pinard, do períneo e assegurei as medidas de controlo da dor, apesar de ser o momento em que “a parturiente manifesta alívio e diminuição da tensão provocada pelo parto” (Prada et al., 2016b, p.375) e apresenta total disponibilidade para o bebé, tal como constatei. Quanto ao RN, assegurei a sua avaliação imediata tendo implementado medidas de suporte na sua adaptação à vida extrauterina quando necessário. A maternidade ser acreditada como Hospital Amigo dos Bebés implica uma responsabilidade acrescida e dever dos profissionais que nela trabalham, para promoverem e apoiarem o aleitamento materno. De facto, durante este período, promovi o aleitamento materno e favoreci o alojamento conjunto, em segurança, contribuindo para a transição e adaptação à parentalidade. Colaborei com as puérperas na adaptação do bebé à mama, e aproveitei o tempo que estava com elas para esclarecer dúvidas relacionadas com a amamentação, na identificação dos sinais de prontidão e ensinar sobre a pega correta, intervenções de prevenção primária, relevantes para a prevenção do ingurgitamento mamário e mastites, entre outras. Como estipulado nesta instituição, duas horas após o parto, realizava uma observação e avaliação céfalo-caudal da puérpera antes de assegurar a sua transferência para o puerpério. Esta avaliação consistia em: avaliação dos sinais vitais, observação e características das mamas e mamilos principalmente após as mamadas, vigilância do padrão de eliminação urinária (verificava a presença ou não de globo vesical), confirmação do globo de segurança de Pinard, observação das características dos lóquios, observação do períneo e prestação de cuidados de higiene e conforto para o bem-estar da puérpera, reforçando a LFD. Também realizei a observação do RN, comprovando se já tinha urinado ou defecado. Todos os procedimentos ficavam registados no ObsCare®. Antes de ser transferida, garanti a sua alimentação de modo a restabelecer a sua estabilidade e bem-estar. Assegurei a continuidade de cuidados transmitindo toda a informação relevante.

Durante o ER tive a oportunidade de assistir um parto de um feto morto. Acredito que ao longo do meu percurso como futuro EEESMO, vou deparar-me com situações deste tipo, pelo que não hesitei perante esta oportunidade, uma vez que é da competência do EEESMO conceber, planear, implementar e avaliar “intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso



de morte fetal/neonatal” (Regulamento nº.391/2019, p.13564). A grávida de origem Nepalesa chegou ao SUGO na companhia do marido, porque desde há 3 dias, não “sentia” movimentos fetais, a IG era 38 semanas. A ecografia fetal confirmou o diagnóstico de feto morto. Nestes casos, na sala de partos, o acolhimento da grávida realiza-se nas *boxes* de nascimento mais afastadas do balcão de enfermagem no sentido de se evitar que o choro dos outros RN seja audível por estas grávidas/casal. Conforme protocolo e prescrição médica, inicia-se a indução do TP. Perry (2006) considera que os enfermeiros têm uma grande influência na forma como os pais vivenciam e lidam com as situações de perda. Esta autora refere ainda que “os enfermeiros têm a oportunidade de intervir de forma sensível e cuidar destas pessoas” (p.982). Pessoalmente, considero que ninguém está preparado para tal situação. Durante os mais de dez anos em que trabalhei na unidade de cardiologia pediátrica, estive perante situações de luto e nunca me senti confortável a cuidar dos pais. Neste caso também não. À medida que a apresentação descia pelo canal do parto, invadiam-me sentimentos de insegurança e medo pois não sabia o que aconteceria depois. Todos os partos têm uma conotação de alegria e felicidade. Neste caso até o ambiente era frio. Após a cabeça do feto coroar, reparei que os esforços expulsivos são mais eficazes quando estamos perante um feto vivo. Uma vez que a cabeça fetal já se encontrava exteriorizada, confirmei a existência de duas circulares cervicais apertadas. Procedi à secção do cordão umbilical, fiz extração do feto e entreguei-o à minha colega para prestar os cuidados. Acho que nunca vou esquecer essa sensação de ter um feto morto nas minhas mãos. Foi como ter “um saco cheio de areia, inanimado, maleável”. Perry (2006) refere que “a morte de um bebé é uma experiência aguda de dor para as mães e pais que esperavam uma criança normal e saudável” (p.983). A minha intervenção, para além de assistir à parturiente, foi baseada na prevenção secundária e no controlo dos estressores. Lembro-me que o pai perguntou se era possível tirar uma fotografia. A minha primeira resposta foi talvez não ser conveniente pois seria melhor se ficassem com a imagem mental que eles tinham do seu bebé. Mas depois fiquei a pensar e questionei-me em relação a isso: “quem sou eu para tirar essa vontade aos pais?” De seguida pedi a minha colega para preparar o bebé e trazê-lo junto aos pais e o pai fotografou. Perry (2006) refere que “os prestadores de cuidados não devem influenciar os pais ou fazer presunções que possam limitar as suas escolhas ou forçá-los a optar por soluções que não desejam” (p.990). Esta autora também defende que devemos ter em conta as práticas culturais e espirituais de cada

família. Neste sentido, ter facilitado o desejo do pai de tirar uma fotografia, reforçou as variáveis espiritual e psicológica da puérpera/casal.

Considero oportuno comentar que em duas ocasiões, assisti com sucesso a dois partos que, como o colega referiu na passagem de ocorrências “não são partos para nós”. Tratava-se de duas clientes primíparas em TP muito prolongado, de quase 24h. Ambas com a LND invadidas por fatores de estresse intra e intersistema. Em colaboração com a enfermeira orientadora delineámos um plano de ação com intervenções orientadas a reforçar a LND mediante mecanismos de *coping*: apresentámo-nos, informando que as íamos assistir e instruímo-las sobre técnicas de respiração para o controlo ansiedade. A primeira cliente pariu passados uns 30 minutos após a nossa intervenção e a outra passados 20 minutos. Isto não significa que o trabalho dos outros colegas não foi válido, mas revelou que com intervenções apropriadas conseguimos o sucesso. No **anexo III** apresento o comentário que uma delas escreveu na minha conta, numa rede social.

Após a análise desta aprendizagem, considero ter atingido todos os objetivos propostos e desenvolvido as competências nesta área.

### **3.2.1 O contributo do Enfermeiro Obstetra para a estabilidade e bem-estar da parturiente com cardiopatia**

O tema foco de atenção dos cuidados no ER foi a parturiente com cardiopatia e o desenvolvimento de competências que contribuíssem para manter/atingir a sua estabilidade e bem-estar. A gravidez de uma mulher com cardiopatia é considerada uma gravidez de risco, facto que reforça a ideia de que cada grávida deverá ter um “plano de gestão do parto” conforme a sua patologia de base, para se ajustarem as intervenções e manter a estabilidade e o bem-estar. A vigilância da gravidez de uma mulher com cardiopatia é realizada em consulta de alto risco, pelo que após pedir autorização e expor os meus objetivos ao médico cardiologista responsável pela consulta às grávidas com cardiopatia na maternidade, assisti a várias consultas onde identifiquei e abordei grávidas com cardiopatia que se previam parir durante o ER em contexto de bloco de partos. “A cooperação com outros profissionais no tratamento e cuidados à mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia concomitante” com a gravidez, integra as competências do EEESMO (Regulamento nº. 391/2019, p.13562). Assim compreendi qual o papel do EO nas consultas de cardiologia, nos diferentes estádios do

TP e no puerpério, e pude ajustar as minhas intervenções às necessidades da grávida/parturiente/puérpera. Ao longo deste período identifiquei 2 grávidas com cardiopatia: uma com um status pós enfarte agudo de miocárdio (EAM) e outra com uma comunicação interauricular (CIA) operada.

Segundo Haynes et al. (2012) o sucesso de um parto de risco de uma mulher com doença cardíaca depende de um *APN plan* baseado na comunicação e colaboração entre os enfermeiros e médicos e desenvolvido através da gestão e flexibilidade da equipa de enfermagem. Pieper (2011) refere que a organização e a comunicação entre as equipas de profissionais são fundamentais para a prevenção de complicações. Na sala de partos onde me encontrava, pareceu-me existir pouca comunicação entre as equipas em relação à gestão deste tipo de partos. A equipa de enfermagem era informada que uma grávida com cardiopatia ia ser internada no dia anterior ou no próprio dia, sem qualquer protocolo/indicação de como iria ser gerido o parto. Wolfe (2020) aponta que o cuidado a uma mulher grávida com cardiopatia requer a colaboração de várias disciplinas e que a equipa multidisciplinar deve facilitar a comunicação promovendo os cuidados adequados a este tipo de clientes. Questionei-me sobre dois assuntos: a existência de uma equipa de cardiologia obstétrica e sobre os integrantes da mesma. Segundo as *Guidelines da European Society of Cardiology (ESC)*, uma mulher com um risco moderado ou alto de complicações durante a gravidez (WHO II-III, III e IV), deverá ser aconselhada em consulta preconcepcional, vigiada durante a gravidez, e o parto deverá ser realizado num centro especializado por uma equipa multidisciplinar. A chamada equipa de cardiologia obstétrica (2018).

A primeira grávida com cardiopatia a quem prestei cuidados durante o TP tinha antecedentes pessoais de status pós EAM e doença coronária de um vaso. Na altura da primeira consulta de vigilância da gravidez a que assisti encontrava-se no início do 3º trimestre de gestação. Realizou consulta pré-concepcional e de planeamento familiar no centro de saúde da área de residência, mas como se tratava de uma mulher com patologia de base que constituía risco gravídico, foi encaminhada para esta maternidade. Segundo o médico cardiologista, após os resultados dos diferentes exames complementares de diagnóstico, do ponto de vista cardíaco poderia engravidar. Segundo a informação do médico, a cliente tinha suspenso toda a medicação que realizava exceto a aspirina (100 mg) pelo risco de formação de trombos. Entre as prescrições estava a monitorização mensal do péptido natriurético tipo B (BNP). O BNP

é um indicador da função ventricular que tem um impacto na regulação hormonal cardíaca (Polónia & Gonçalves, 2019). O EEESMO tem competência para implementar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher (Regulamento nº. 391/2019) pelo que após a consulta com o cardiologista (periodicidade mensal) tentei conhecer melhor a cliente e as suas preocupações relacionadas com a gravidez e parto com o fim de identificar estressores que pudessem comprometer a sua estabilidade e bem-estar. Identifiquei vários estressores, nomeadamente a insegurança causada pelo desconhecido (nunca havia passado por esta experiência) e o medo à morte durante o parto. Esclareci as suas dúvidas relacionadas com o local onde se ia realizar o parto (estressor extrasistema) e informei-a que ia falar com a minha chefe para autorizar uma visita à sala de partos. Uma vez acabada a minha intervenção a cliente ficou mais calma. O tipo de parto e o tipo de anestesia tinham sido abordados em consulta com o cardiologista. A informação que a cliente possuía era que o parto seria vaginal (Pieper, 2011; ESC, 2018), mas com a possibilidade de recorrer a cesariana caso estivesse em risco o bem-estar materno-fetal e que a seria praticada uma analgesia epidural conforme recomendado pela ESC (2018). Pieper (2011) refere que, embora para a maior parte das parturientes com cardiopatia o parto vaginal deve ser a via de opção, numerosos estudos demonstram que a cesariana é praticada com maior regularidade. Considerei importante para a sua tranquilidade, dar-lhe o meu contacto e fiquei disponível para qualquer questão relacionada com a gravidez e/ou o parto. A consulta seguinte nunca chegou a ser realizada presencialmente por causa da pandemia então contactei-a telefonicamente. Parecia mais calma embora tivesse identificado mais estressores: o risco de infeção pelo coronavírus SARS-CoV-2, a preocupação sobre se o marido ia estar ou não presente durante o parto e o risco do bebé ficar infetado durante o parto. Informe e orientei sobre estilos de vida saudáveis a adotar durante este período baseados nas orientações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e expliquei as vias de transmissão do vírus. Informe sobre as indicações do Conselho de Administração do Hospital onde a maternidade estava inserida, relacionadas com o acompanhamento da parturiente durante o TP não permitindo a entrada de acompanhantes. Para evitar que este estressor invadisse a sua LFD e para lhe transmitir-lhe segurança, referi que eu iria estar presente, promovendo desta forma o seu bem-estar e a vivência do parto em segurança. Aparentemente ficou mais calma. Em relação ao risco de infeção do RN durante o parto, informei que no dia do internamento ela iria realizar um teste para

diagnosticar a presença ou não do vírus e que o pessoal de saúde, estaria sempre com equipamentos de proteção individual. A indução do parto ficou agendada para um mês depois. Nesta altura, a IG era de 39 semanas e 3 dias. A ESC (2018) recomenda que a indução do TP deve ser considerada às 40 semanas de gestação em todas as mulheres com doença cardíaca reduzindo assim o risco de cesariana de emergência em 12%. Marujo, Faria & Machado (2017) refere que a indução do TP está indicada em situações “em que o risco materno e/ou fetal de prolongamento da gravidez ultrapassa o risco da indução do TP e parto” (p.177). Seguindo esta linha de pensamento, poder-se ia ter uma atitude expectante quanto à indução do TP pois a patologia de base materna não colocava em risco a saúde materno-fetal, mas foi uma decisão médica.

Na altura do internamento, os estágios tinham sido cancelados devido a pandemia. Como me encontrava a trabalhar nesse serviço, como enfermeiro de cuidados gerais consegui prestar cuidados e acompanhar mais de perto o decorrer do TP embora as minhas intervenções estivessem limitadas. De qualquer forma, com a ajuda dos meus colegas especialistas e em colaboração com eles, sugeri algumas intervenções que passo a descrever mais à frente. A cliente foi internada na URCI para uma melhor vigilância hemodinâmica com monitorização contínua dos parâmetros vitais, durante a indução e curso do TP. Segundo a ESC (2018), as prostaglandinas de eleição para a indução do TP em parturientes com cardiopatia são o misoprostol ou a dinoprostona. Porém, embora o uso em mulheres sem cardiopatias de doses elevadas de misoprostol oral não tenham um efeito a nível cardíaco, existe um risco de vasoespasmos coronário e arritmias. Ainda nas suas recomendações, referem que a dinoprostona pode causar hipotensão apenas quando colocada no fundo do saco de Douglas (FSD), pelo que esta via de administração deve ser evitada. No caso de clientes com cardiopatias que apresentam um risco elevado de diminuição das resistências vasculares, recomenda-se a indução mecânica com uma algália, mas não era o caso da cliente. A rotura artificial de membranas e a administração de ocitocina, não apresentam qualquer tipo de contraindicação (ESC, 2018). Uma vez a cliente ter assinado o termo de responsabilidade, iniciou a indução com dinoprostona no FSD. Questionei o uso deste método farmacológico especialmente quando Marujo et al., (2017) nos protocolos de atuação da própria maternidade refere “precaução de utilização: cesariana anterior (...) doença cardíaca grave” (p.179). Uma vez administrada esta prostaglandina, sugeri à EO, manter a monitorização de sinais vitais, mas os valores

mantiveram-se sempre estáveis e dentro dos parâmetros normais da cliente. Na URCl, todas as clientes estão monitorizadas para uma vigilância da tensão arterial, traçado cardíaco e saturação periférica de oxigénio, o que está na linha de pensamento de Kafka et al. (2006) quando refere que a chave para o sucesso do TP e do parto, está na avaliação contínua do bem-estar fetal e hemodinâmica da mãe. Pieper (2011) e Cauldwell et al. (2017) partilham esta intervenção nos seus estudos. Em relação a periodicidade destas avaliações não existe nada protocolado, mas é consensual entre a equipa multidisciplinar avaliações horárias ou menos espaçadas no tempo, se necessário. A cliente também ficou com monitorização cardiotocográfica para avaliação do bem-estar fetal. Segundo o protocolo de atuação da maternidade, se a dinoproston for expulsa por qualquer motivo, o EO deverá avaliar o colo do útero: se o índice de Bishop for  $\leq 6$  deverá ponderar reaplicar este fármaco ou iniciar um método mecânico; se pelo contrário o índice de Bishop for  $> 6$  deverá iniciar ocitocina em perfusão contínua. Como não se registaram eventos de taquissístolia e o bem-estar fetal não esteve em risco, manteve-se a dinoproston durante 24 horas após as quais foi retirada. Como referi anteriormente, a avaliação cervical apenas é realizada quando a parturiente refere aumento da dor e/ou da pressão perineal. Passadas 24 horas, no início do turno a cliente apresentava um colo formado e sem apagamento e a apresentação estava alta, no nível -3 de Lee. Realizou exercícios na bola de partos, deambulou e realizou agachamentos com ajuda da EO, com o objetivo de facilitar a descida da apresentação. Uma hora após a remoção da dinoproston, e conforme o protocolo da instituição, a cliente iniciou perfusão endovenosa de ocitocina 5 u diluídas em 500 ml de soro fisiológico a um ritmo de 15 ml/h. Um dos efeitos secundários da ocitocina é o aumento da frequência cardíaca. Em parturientes com cardiopatia, este aumento pode chegar a ter repercussões cardíacas pelo que a sua administração deverá ser lenta (Pieper, 2011) e a vigilância deve ser mais exaustiva e com atenção aos sintomas (Salmon, 2014). Trinta minutos após ter iniciado a perfusão, a cliente desenvolveu um quadro de taquicardia, 110-120 bpm, mas assintomática, pelo que conforme protocolo da instituição, a perfusão aumentou para 30ml/h. Spiegelman, Meng, Haythe & Goffman (2020) referem que uma frequência cardíaca  $> 100$  bpm durante a gravidez “deverá ser considerada como anormal até prova em contrário” (p.10). Este protocolo aponta que os incrementos do ritmo da perfusão devem ser feitos de 15 em 15 ml/h cada 15-30 minutos até obter uma contratilidade regular (3-5 contrações em 10 minutos). Como

recomendado pela ESC (2018), foram colocadas meias de contenção para prevenção de eventos trombóticos. O EO deve ter conhecimento sobre as alterações hemodinâmicas que poderão ocorrer durante os diferentes estádios do TP como por exemplo a síndrome de hipotensão supina durante o 1º estágio do TP, devido a diminuição do débito cardíaco em 30-40% (Salmon, 2014) pelo que tendo este dado em consideração, sugeri posicionar a parturiente em decúbito lateral esquerdo.

A indução do TP tem como consequência um aumento da contratilidade uterina que se traduz em dor. A dor pode ter repercussões hemodinâmicas na parturiente com cardiopatia. Como refere Salmon (2014), o alívio eficaz da dor no período intraparto é de importância primordial nas mulheres com doenças cardíacas. Considerando a dor um fenómeno perturbador (Guerra, 2016) como um estressor, devemos dirigir a nossa intervenção com o objetivo de que a parturiente desenvolva mecanismos de *coping* para deste modo manter o equilíbrio (prevenção secundária). Inicialmente a parturiente, com dor 8 na escala numérica, foi instruída para realizar exercícios respiratórios de relaxamento uma vez que não podia ir ao duche (hidroterapia) para aliviar a dor, devido à perfusão continua de ocitocina. Uma vez realizados estes exercícios, referia dor 5 na escala numérica e ainda não tinha sido realizada técnica de analgesia epidural pelo que foi administrado paracetamol 1 gr endovenoso. Uma analgesia eficaz reduz o stress cardíaco e as exigências cardiovasculares no corpo (Salmon, 2014). Mostrou também uma alteração nos valores da frequência cardíaca, descendo para valores entre os 90-100 bpm. Após ter sido realizada uma avaliação cervical, a cliente mantinha um colo posterior, permeável a 2 dedos, iniciando desvio ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando-se a situação por estar para além da área de atuação do EEESMO (Regulamento nº.391/2019).

Uma hora e meia após ter sido aumentada a perfusão de ocitocina para 30 ml/h, a parturiente foi proposta para cesariana “por tentativa frustrada de indução do TP” segundo o diário clínico. Abordei a equipa médica sobre esta decisão e fui informado que a parturiente estava a entrar em descompensação hemodinâmica. Embora inicialmente tivesse sido informada que poderia ser submetida a cesariana, isto constituiu mais um estressor. Para o minimizar, a minha intervenção teve com objetivo a implementação de medidas de suporte emocional, transferindo a parturiente para o bloco operatório e segurando a sua mão durante todo o procedimento, procurando transmitir-lhe segurança e reforçar a sua LND. Segundo a ESC (2018) a cesariana deverá

ser de eleição no caso de haver complicações obstétricas, no caso da parturiente estar sob terapêutica anticoagulante oral na altura do parto, na patologia severa da aorta e em casos de falência cardíaca aguda intratável, o que não me pareceu corresponder com o observado. Durante o procedimento, permaneceu monitorizada, como recomendado pela ESC, Kaftka et, al. (2006), Pieper (2011), Salmon (2014) & Haynes et. al. (2012) sem ter apresentado alterações hemodinâmicas.

O caso da segunda parturiente com cardiopatia foi diferente. Não tive a oportunidade de prestar cuidados nas consultas nem tive a oportunidade de estar no parto. Isto não impediu ter estabelecido com ela uma relação de ajuda durante o tempo que permaneceu na sala de partos. Fui alertado pela colega do SMMF, que estava internada uma cliente com patologia cardíaca. Segundo a informação que obtive do diário clínico tinha sido internada para indução do TP. Tive a oportunidade de realizar o acolhimento na sala de partos e informá-la sobre os objetivos do meu EC e sobre o trabalho que estava a desenvolver. Tinha antecedentes pessoais de arritmia e obesidade e foi diagnosticada uma comunicação auricular durante a gravidez. Estava grávida de 40 semanas e 5 dias no dia do parto e era a sua primeira gravidez. O percurso desta cliente na maternidade de quase 7 dias foi bastante difícil, contribuindo para os vários estressores que alteraram a sua estabilidade e bem-estar. Foi encaminhada desde a consulta de alto risco ao SUGO por CTG não tranquilizador ficando internada para indução do TP no SMMF. Iniciou indução do TP com misoprostol conforme diretrizes da ESC (2018), tendo completado duas tomas, presumo por via oral, pois no diário clínico não está discriminada a via de administração. Manteve sempre um CTG não tranquilizador pelo que foi transferida para a sala de partos por indicação médica. Este foi o meu primeiro contato com ela. Estava ansiosa e referia ter medo pois não sabia o que ia acontecer. Estes estressores já tinham invadido a sua LFD. Tentei conhecer o plano da equipa médica em relação à gestão do parto com o objetivo de esclarecer as suas dúvidas e atuar na LND para desta forma facilitar a criação de mecanismos de *coping* por parte da cliente. Implementei medidas de suporte emocional e consegui que ficasse mais calma e mais segura reforçando assim a sua LND. Mais uma vez, como no caso anterior, nada estava definido. Questionei-a sobre a informação que tinha recebido por parte da equipa medica relacionada com o tipo de parto e o tipo de analgesia. A informação que obtive foi a mesma que no caso anterior: parto vaginal com possibilidade de cesariana caso compromisso do bem-estar materno-fetal e analgesia



epidural. Por não ter apresentado alterações cervicais e por ter um CTG de categoria I (ACOG, 2009), foi transferida para o SMMF onde a equipa médica decidiu continuar com a indução do TP com métodos mecânicos, mas a cliente recusou. Seis dias após ter sido internada, foi submetida a uma cesariana “por indução do TP falhada”. Em relação à arritmia que a cliente apresentava como outra patologia de base, segundo Cauldwell et al. (2017), o risco de arritmias não aumenta durante o parto, sendo maior o risco de desenvolver paragem cardíaca no pós-parto do que durante o parto. Isto vai ao encontro do referido por Pieper (2011) quando aponta que o risco de complicações aumenta após o parto devido à descompressão da veia cava.

Ambas as clientes acabaram por serem submetidas a cesariana sem terem apresentado complicações pós-parto. Considero importante referir que perante o parto de uma cliente com cardiopatia, embora a evidência científica não suporte a prática por rotina da episiotomia (Ferreira, 2017), pode justificar-se a sua realização por causas maternas, para abreviar o 2º estágio do TP (ACOG, 2006).

Três semanas após o parto contactei-as e recolhi informação que também anotei no instrumento orientador dos cuidados para identificar se as minhas intervenções tinham tido o efeito desejado e protegido o seu *core* e para identificar as necessidades de cuidados de enfermagem e melhorar a prestação de cuidados em futuras clientes.

A informação obtida no registo dos primeiros 20 campos, permitiu identificar que a variável mais afetada era a fisiológica e a de desenvolvimento a menos afetada. Outro dado relevante é que a cliente N2, com a qual tive menos contato, teve mais variáveis afetadas (espiritual, sociocultural, psicológica e fisiológica). Considero que pode ter sido pelo facto de não ter tido um contacto prévio com ela durante as consultas. Isto vai ao encontro do referido por Salmon (2014) quando aponta ao EO como membro vital de uma equipa com competências de avaliação crítica, educação continua e apoio, que contribuem para o sucesso deste tipo de partos. Se tivéssemos desenvolvido um plano de gestão de partos (Kafka et al., 2006; Pieper, 2011; Haynes et al., 2012) que incluísse uma visita à sala de partos, poderíamos ter intervindo atempadamente evitando, que a variável sociocultural, fosse afetada.

Como referi anteriormente, realizou-se análise de conteúdo dos registos de interação de cuidados telefónicos, segundo Bardin (2016), tendo identificado uma categoria e quatro subcategorias. Na categoria *cuidados personalizados na gravidez e trabalho de parto*, ambas apontam nas unidades de significação, a importância do **EO**

**como profissional de referência (subcategoria identificada)** (“tive sempre o enfermeiro Justo ao meu lado” (N1), “manter como pessoa de referência o enfermeiro” (N1), “deve existir uma pessoa de referência (...) durante as consultas e no momento do parto” (N2), “os enfermeiros estiveram sempre ao meu lado” (N2)), e o seu contributo na identificação e posterior diminuição dos efeitos que os estressores possam causar no bem-estar. Isto vai ao encontro do estudo de Pieper (2011), que refere que o enfermeiro pode ser um membro muito útil e pode ser o coordenador da equipa multidisciplinar. A figura do EO é a única nessa equipa que pode estar presente durante o percurso da cliente com cardiopatia que deseja engravidar: na consulta de planeamento familiar, cuja intervenção poderá ser o aconselhamento sobre os riscos cardiovasculares e/ou métodos anticoncetivos; durante a gravidez cooperando com os outros profissionais de saúde, dentro da equipa multidisciplinar, na vigilância da gravidez e identificação das alterações hemodinâmicas. Desta forma pode identificar e intervir precocemente face aos estressores que poderão vir a alterar a LFD; durante o parto, realizando a avaliação do bem-estar materno-fetal, monitorizando o parto e identificando situações que estão fora da sua área de atuação, são fundamentais para a estabilidade e bem-estar. O facto de ambas estarem satisfeitas com as intervenções do enfermeiro (**satisfação**) relaciona-se com o estabelecimento de uma relação terapêutica enfermeiro/cliente prévia ao parto, o que vai ao encontro do referido nos Padrões de Qualidade da OE (2001) e confirma-se nas seguintes unidades de registo: “nada a dizer (...) fui muito bem seguida” (N1), “não poderia ter corrido melhor” (N1), “grande atenção” (N1), “sempre fui muito bem acompanhada” (N1), “nada falhou” (N1), “nada, tudo correu como previsto” (N2), “não tenho queixas dos enfermeiros” (N2) “bem vigiada” (N2), “tivesse preferido ter ficado internada durante menos tempo” (N2)). Com o objetivo de diminuir o efeito que o medo do desconhecido pode causar nestas clientes, considero importante a criação de um plano de gestão do parto como aponta Pieper (2011). Sugere-se que este plano se estabeleça no 2º trimestre da gravidez. Desta forma a cliente poderá conhecer quais as intervenções que se irão realizar durante o TP com o objetivo de ela identificar os estressores (prevenção primária) e poder reforçar a sua LFD. A criação deste tipo de planos (Pieper, 2012), contribuirá para que todos os elementos da equipa multidisciplinar tenham conhecimento dos passos a seguir durante a gravidez e TP. Assim podemos manter a cliente sempre informada (**informação**). Entre os aspetos a melhorar destaca-se o acesso à informação por parte da cliente. Ambas apontaram a

falta de informação, nas unidades de significação seguintes “por vezes a falta de informação” e “nem sempre diziam o que estava a acontecer” (N2). No caso da cliente N1, a minha presença serviu para diminuir o estresse causado pela falta de informação pois conforme ela refere “sempre tive o enfermeiro Justo ao meu lado a explicar as coisas” (N1). O estudo de Haynes et al. (2012), refere que o sucesso de um parto de risco de uma cliente com cardiopatia depende de um plano de gestão de parto baseado na comunicação e colaboração entre os médicos e enfermeiros, o que facilita a informação a transmitir e a unificação da mesma. Para Kafka et al. (2006), uma equipa bem estruturada deve direccionar a gestão e a gravidez deste tipo de clientes, e orientá-las sobre questões relacionadas, entre outras, com o prognóstico, ou seja, informar corretamente. Outra das subcategorias identificadas foi a in(**segurança**) que podemos causar. Deste modo podemos evitar comentários como os referidos na unidade de registo “ouvi uma médica dizer: espero que o parto não seja nas minhas mãos” (N1) contrariando o referido por Salmon (2014) em que a assistência no parto é vital, tendo o enfermeiro intervenções imediatas de apoio e esteja preparado para uma eventual emergência intraparto (tal como os médicos), o que transmitirá maior segurança. Poderemos transmitir segurança mediante a realização de uma visita ao hospital ou sala de partos conforme explicitado na unidade de registo “importante (...) realizar uma visita ao hospital/sala de partos” (N2), também da responsabilidade do EO.

Durante o ER tive sempre como objetivo enriquecer a minha aprendizagem com novos conhecimentos que contribuíssem para a qualidade das minhas intervenções. Por isso, decidi assistir a um simpósio com o título *Cardio Obstetrics 2020, an International Virtual Symposium* (**Anexo II**). Entre os objetivos estava a discussão do conceito “*cardio-obstetrics team*” cuja criação em diferentes países tem contribuído para a qualidade da gestão da gravidez e parto das grávidas com cardiopatia. O contributo positivo derivado da criação deste tipo de equipas multidisciplinares está relatado na maior parte dos estudos integrados neste relatório onde o EO pode ser o elo de ligação entre as diferentes áreas que integram a equipa.

Quase no fim deste percurso, fui convidado a realizar uma formação sobre o estado da arte na intervenção do EO na mulher com cardiopatia. Ia ser uma formação em contexto de formação em serviço disponível para todos os profissionais de saúde interessados através da plataforma *Microsoft Teams* (**Apêndice XIII**). Devido à infeção pela Covid-19 de grande parte dos funcionários do Centro de Formação, ficou adiado

para o dia 22 de janeiro de 2021. Embora já após o término do ER, considero uma mais-valia partilhar a evidência científica referente às intervenções do EO à mulher com cardiopatia. Esta foi mais uma oportunidade para sensibilizar os profissionais que intervêm no bem-estar e na estabilidade deste tipo de clientes.

Apesar de ter apenas registos de cuidados a duas grávidas/parturientes com cardiopatia, considero ter atingido com sucesso os objetivos e ter investido e integrado o papel central do EO na gestão da gravidez e TP das clientes, mediante intervenções baseadas na evidência científica, que contribuem para a diminuição dos efeitos provocados pelos diferentes estressores e desta forma manter o bem-estar e a estabilidade da grávida com patologia cardíaca.

### **3.3 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

Segundo o Relatório Mundial de Saúde de 2008 (OMS 2008), a melhoria dos cuidados materno-infantis, surge como resultado da organização e complementaridade entre cuidados de saúde primários e hospitalares, centrados nas necessidades da díade mulher/RN, devendo as políticas de saúde dos diferentes países assegurar o acesso aos cuidados de saúde a todas as famílias através da continuidade dos mesmos, desde a gravidez, passando pelo parto e pelo período puerperal/neonatal (OMS, 2008). Isto justifica a importância do desenvolvimento de competências neste âmbito e a necessidade de profissionais especializados para a prestação de cuidados às famílias neste período de transição e adaptação de papéis. Além do já enunciado no 4º estágio do TP e devido ao prolongamento da estadia da díade na sala de partos, no contexto de internamento na **Unidade de Puerpério**, procurei também desenvolver uma prática baseada na evidência recorrendo ao longo do percurso de aprendizagem a autores de referência com o fim de prestar cuidados de qualidade. O tempo de internamento da puérpera e do RN é extremamente curto: geralmente 48 horas, mesmo se parto distócico, por cesariana. Este período pode ser considerado de crise, quer para a díade mulher/casal quer para toda a família. Esta crise pode ser desencadeada pelo conjunto de alterações que ocorrem na mulher (estressores intrasistema) e também na estrutura organizacional da própria família (estressores intersistema). Ferreira (2016) define o puerpério como “o conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem na fase do pós-parto” (p.438). Esta autora refere ainda que o objetivo destas alterações é que o

corpo e a mente da mulher voltem ao estado prévio à gravidez e preparar a mulher para a amamentação. Durante este curto período o EO deve estar alerta para despistar qualquer sintoma ou sinal de sub-involução uterina (estressor fisiológico intrasistema) e depressão pós-parto (DPP) (estressor psicológico intra ou intersistema) e observar “o comportamento da mãe face o bebê (estressor de desenvolvimento intersistema) (...) os sentimentos face à ida para casa e a rede de apoio sociofamiliar” (Ferreira, 2016, p.453). Neste sentido, implementei intervenções de prevenção primária ao sensibilizar à puérpera para as alterações físicas e emocionais que decorrem neste período, informando sobre possíveis sinais e sintomas (nas variáveis fisiológica e psicológica) e como proceder no caso de surgirem. Tive o cuidado de conhecer o apoio que a tríade mãe/pai/RN tem na comunidade assim como conhecer o seu enquadramento sociocultural, estressores intersistema e extrasistema inerentes à variável sociocultural com impacto na de desenvolvimento. Um aspeto bastante importante onde o EO tem uma intervenção crucial durante este período, é a identificação e monitorização das alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade e também na promoção e desenvolvimento das competências parentais. Para Cardoso e Nené (2016), “a adaptação à parentalidade aponta para as necessidades parentais relacionadas com os comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser mãe/pai” (p.481). Cardoso (2011), define as competências parentais “como o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho do papel parenteral, garantindo o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança” (p.52). Neste sentido, parte das minhas intervenções primárias durante este EC, estiveram centradas na promoção do processo de vinculação da tríade mediante a realização de sessões de educação para a saúde aos pais acerca dos cuidados ao RN onde instrui sobre a higiene, o conforto e a alimentação do RN. Sempre que a situação clínica da puérpera o permitia, mediante a verificação da existência ou não de um projeto de amamentação e a identificação dos conhecimentos da mãe acerca da importância da amamentação exclusiva, promovi e reforcei a LFD, o processo de vinculação e as competências da mãe para amamentar. Para Sá (2003) as competências interativas do feto iniciam-se no quarto mês de gravidez. Este autor refere que o feto se emociona e se angustia, com as expressões mais rígidas da mãe e se alegra e deprime até o ponto de interferir no seu crescimento. Seguindo esta linha de pensamento, embora sempre que possível estimulei o contato pele a pele durante o

período de puerpério, podemos afirmar que o processo de vinculação antecede o nascimento e se prolonga. Devemos prestar cuidados individualizados e que satisfaçam as necessidades da puérpera e do RN, devendo estabelecer uma relação de ajuda com a puérpera (Santos & Baptista, 2016). Nesta linha de pensamento, o EO deve ajudar a mulher nesta transição e centrar a sua intervenção na prevenção de complicações e na promoção da autonomia da puérpera e no cuidado do seu bebé (Santos & Baptista, 2016). Cuidei de uma puérpera com antecedentes pessoais de ansiedade, lúpus e AVC isquémico que se encontrava sob terapêutica anticoagulante tripla e ia ter alta (48 horas após o parto) sem ter sido realizada uma avaliação do INR (*International Normalized Ratio*), nesse dia. O coeficiente internacional normalizado constitui a principal ferramenta de avaliação dos clientes submetidos a terapêutica anticoagulante oral (Batista, Pérez, Sera, Mir & González, (2012). Procurei no processo clínico o último valor registado e era de 0,97 com data do primeiro dia de internamento. Segundo estava referenciado, o valor de INR normal para esta cliente devia estar entre 2 – 3,5. Esta senhora, com estes antecedentes, ia para casa medicada com dois comprimidos de Varfarina por dia, para além da restante terapêutica anticoagulante. Questionei sobre o protocolo de avaliação do INR prévio à alta, tendo identificado a sua inexistência. A minha experiência na cardiologia pediátrica e os meus princípios éticos não me permitiam deixar a puérpera ir para casa sem saber qual o valor de INR atual. Por minha iniciativa e baseando-me na competência 4.3 das competências específicas do EEESMO, entrei em contato com a uma colega do hospital onde trabalhava e pedi à cliente para ir lá e avaliar o INR. Ela ficou mais tranquila após ter sabido o resultado, tendo desta forma intervindo a nível da prevenção secundária, reforçando a LND, o que reflete a importância dos cuidados individualizados. Um dos meus objetivos era a elaboração de um guião de identificação das necessidades de intervenção de enfermagem à puérpera com cardiopatia nas diferentes variáveis (espiritual, sociocultural, fisiológica, de desenvolvimento e psicológica). Após ter realizado um mapeamento sobre as necessidades dos colegas que trabalham neste serviço, considerei mais oportuno realizar uma sessão de formação, em contexto de formação em serviço, com o tema “A puérpera com cardiopatia”, onde partilhei com a equipa os resultados da evidência científica mapeados sobre a prestação de cuidados à puérpera com patologia cardíaca (**Apêndice XIV**). Este contexto caracteriza-se pela multiculturalidade das clientes. Os diferentes códigos culturais dos diversos grupos de emigrantes, junto com uma

deficiente formação por parte dos enfermeiros para lidar com esta diferença, pode comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem. Isto supõe um desafio e convida-nos a procurar novos conhecimentos sobre hábitos culturais diferentes dos nossos. Dito isto, tive a oportunidade de prestar cuidados a diferentes puérperas de diferentes nacionalidades e etnias, tendo tido sempre o cuidado de perguntar se se sentiam confortáveis comigo a prestar-lhes os cuidados, especialmente aquando da realização do exame físico da puérpera. Um dos “elementos importantes na satisfação dos clientes (...) é o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente” (Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, OE, 2001, p.14). Tomei conhecimento do caso de uma puérpera com dupla prótese valvular mecânica e anticoagulada após um parto por cesariana. A cliente apresentou uma HPP com necessidade de histerectomia total e com internamento posterior numa unidade de cuidados intensivos (UCI). Isto vai ao encontro do referido no estudo de Cauldwell et al. (2017) quando refere que o 23% das parturientes com cardiopatia apresentam HPP e com as indicações da ESC (2018) sobre o aumento do número de internamentos nas UCI de mulheres com patologia cardíaca grave. Isto reflete a importância da vigilância da puérpera com cardiopatias e o desenvolvimento de competências pelo EO nesta área.

Durante o meu estágio em **cuidados de saúde primários**, considerei uma mais-valia para a minha aprendizagem realizar uma visita domiciliária a uma puérpera e a sua família. Um aspeto negativo da UCSP é não ter uma CE de revisão de puerpério pois é competência do EEESMO cuidar a mulher durante o período pós-natal potenciando a saúde da mesma e do RN. Carvalho e Tavares (2010) referem que a visita domiciliária à puérpera e RN durante os primeiros dias após a alta, ajudam na transição entre o hospital e o domicílio. Neste caso, a puérpera e também o pai, referiam muitas dúvidas, o que é normal em primíparas. Como refere Camarneiro (2007) o puerpério é um período de reajustamento psicossocial e de readaptação aos novos papéis. Após identificar as inquietudes e dúvidas do casal, identifiquei que o bebé chorar continuamente era o estressor que alterava o seu bem-estar. Para Santos et al. (2016), “a mãe está biologicamente preparada para atender e responder ao choro do seu filho” (p.464). Estas autoras também referem que com o tempo a mãe consegue identificar o tipo de choro. Na minha perspetiva, e perante a situação, sendo ambos pais pela primeira vez, ainda não tinham a experiência suficiente para identificar o significado do choro. Ambos estavam preparados para “atender e responder ao choro”, mas não

encontravam uma causa. Informei sobre os possíveis estressores, tanto os físicos como os psicológicos (Santos et al., 2016), para intervir e controlar a situação (prevenção secundária) após o fator de estresse ter invadido a LND. Questionei a puérpera sobre o seu dia a dia, tendo identificado que ela não delegava no pai os cuidados do RN e que estava perto da exaustão. Sugeri partilhar as tarefas da parentalidade e focar-se mais na conjugalidade. Para Pires (2008) a conjugalidade “refere-se à díade conjugal e constitui um espaço de apoio ao desenvolvimento familiar” (p.10). O não delegar as tarefas pressupõe um estressor intrapessoal, sendo necessária uma consciencialização deste novo estado familiar para poder readaptar-se (prevenção terciária). Após ter tido a oportunidade de realizar a visita, partilho a linha de pensamento de Lowdermilk e Perry (2008) quando consideram que os enfermeiros têm aptidão para realizar uma avaliação da puérpera/RN e do ambiente familiar, esclarecer dúvidas, orientar e, se for necessário, encaminhar para os recursos da comunidade, proporcionando assim uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

O contexto de **Neonatologia**, fez-me refletir sobre a prestação de cuidados na unidade onde desempenhava funções. Na Neonatologia, onde eram admitidos RN de termo e RNPT estava instaurada a manipulação mínima do RN respeitando momentos tão importantes como o sono profundo que “é o estado de sono mais restabelecedor e o mais importante para o crescimento do bebé” (Santos et al., 2016, p.463). Embora a duração tenha sido curta, considero que atingi os objetivos propostos pois durante os mais de dez anos de experiência na Cardiologia Pediátrica, desenvolvi competências no cuidar do RN em situação de doença, mas seguindo a linha de pensamento de Benner (2001), o enfermeiro perito é aquele que desenvolve capacidades e habilidades no tempo, a partir de uma base educacional com uma multitude de experiências profissionais.

Ao longo deste período tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a um total de 101 puérperas e a 107 recém-nascidos saudáveis.

Exposto e analisando o anterior, considero ter desenvolvido as competências preconizadas para o EO e o mestre no período pós-natal.



#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES

A finalização deste relatório fez-me refletir sobre o meu percurso de desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMO e das competências do grau de Mestre. Tem sido um percurso difícil com altos e baixos, com momentos nos quais quis desistir, mas com outros momentos que realmente me sentia realizado como profissional durante a assistência à parturiente. Cresci como profissional e também como pessoa através deste processo de aprendizagem baseado na evidência científica e na reflexão. Devido às múltiplas oportunidades de aprendizagem propiciadas durante este ER, consegui atingir os objetivos definidos, sempre com a ajuda das enfermeiras orientadoras de estágio e com o apoio, guia e confiança da professora.

A saúde da mulher era um mundo desconhecido para mim, mas sempre tive a certeza de que se alguma vez me candidatasse a uma especialidade seria esta. Quando tive que decidir o tema que iria ser o centro da minha aprendizagem e o meu grão de areia na prática e nos saberes, tive muito claro que o mesmo teria que estar relacionado com a Cardiologia. A falta de evidência científica relacionada com as intervenções do EO à parturiente com cardiopatia não foi um motivo para desistir, pelo contrário, foi um motivo para avançar com a investigação. Graças a meu empenho e convicção consegui dar visibilidade a uma parte da Enfermagem Obstétrica ainda desconhecida e limitada ao sector médico. Da mesma forma consegui sensibilizar os enfermeiros sobre a importância da nossa intervenção. Embora não seja da competência do EEESMO assistir um parto de alto risco, este tem competência, em cooperação com os outros profissionais, na assistência à mulher com cardiopatia seja no período preconcepcional, durante a gravidez, TP e durante o puerpério. O EEESMO tem o dever de conhecer quais as necessidades deste tipo de clientes e as alterações hemodinâmicas que podem surgir durante a gravidez com o objetivo de intervir conforme a melhor evidência científica. Isto traduzir-se-ia em ganhos em saúde.

Embora a evidência científica não seja muito esclarecedora em relação às intervenções específicas do EEESMO à parturiente com cardiopatia, podemos dizer que este relatório comprova que o EEEMO tem uma intervenção muito importante no apoio emocional colaborando no reforço da LND. Isto permite à parturiente criar mecanismos de *coping* que a ajudem na gestão dos diferentes fatores de estresse.

Considero extremamente relevante a criação de Equipas de Cardiologia Obstétrica e acredito que o EEESMO tem competências para assumir a gestão das

mesmas conforme apontam os vários estudos. Isto oferecerá uma mais-valia para a nossa profissão. Da mesma forma, a realização de protocolos e/ou planos de gestão da gravidez e parto, contribuirão para a qualidade de cuidados na gravidez e parto da cliente com cardiopatia.

Sublinho ainda a necessidade de criar mais evidência científica relacionada com as competências e intervenções do EEESMO durante o parto à cliente com cardiopatia, propondo participar na vigilância de gravidezes de mulheres com cardiopatia e identificando os estressores que ponham em risco a sua estabilidade e bem-estar para poder atuar e oferecer cuidados de enfermagem de qualidade e continuar o estudo aqui iniciado.

Considero que a limitação *major* deste ER foi a pandemia pois adiou e obstaculizou todo o processo de identificação de clientes na consulta externa. Isto dificultou o número de participantes e parturientes com cardiopatia que cuidei. Também obstaculizou a difusão da evidência científica relacionada com o tema em congressos e jornadas científicas porque todos estes eventos foram cancelados. Para além disto, existem outros hospitais dentro da grande Lisboa com consultas de alto risco onde se realiza a vigilância de saúde da grávida com cardiopatia, não tendo conseguido ter acesso a essas clientes. Considero também uma limitação o facto de não existir uma equipa de cardiologia obstétrica com o objetivo de gerir a gravidez e parto, deste tipo de clientes, com segurança e qualidade, o que origina um défice na comunicação entre médicos e enfermeiros. A falta de evidência científica na gestão do TP em clientes com patologia cardíaca, como aponta Cauldwell et al. (2017), pode ser considerada como outra limitação para a prestação de cuidados e foco de aprofundamento neste relatório.

Acredito ter concretizado todos os objetivos e desenvolvido as competências como EEESMO na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na comunidade nos vários ciclos da sua vida. Da mesma forma, mediante uma prática reflexiva baseada na evidência científica, desenvolvi as competências do grau de Mestre.

O meu próximo passo? A divulgação deste trabalho em futuros congressos, a continuidade na procura da melhor evidência científica, a minha colaboração para a criação da primeira Equipa de Cardiologia Obstétrica e continuar o estudo que iniciei como referi acima.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alden, R., K. (2006). Avaliação e cuidados ao recém-nascido. In Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E, (Coords), *Enfermagem na maternidade* (pp. 587 – 647). Lisboa: Lusodidacta.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2006). *Recommends restricted use of episiotomies*. Acedido a 15/01/2021. Disponível em <http://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2006/ACOG-Recommends-Restricted-Use-of-Episiotomies>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2009). *Intrapartum fetal heart rate monitoring: Nomenclature, interpretation, and general management principles. Practice Bulletin*. Nº 116, p192-202. Acedido a 02-01-2021. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2009/07/intrapartum-fetal-heart-rate-monitoring-nomenclature-interpretation-and-general-management-principles#>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). *Delayed umbilical cord clamping after birth. Committee Opinion*. Nº 814, p. 100-106. Acedido a 02-01-2021. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, M., D., Pérez, R., C., Sera, A., G., Mir, P., J. & González, P., A., J. (2012). Coeficiente internacional normalizado, útil herramienta en la terapia anticoagulante oral. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. 10(3), 184-187. Acedido 05-01-2021. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n3/ms02310.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e perda*. Brasil: Editorial Martins Fontes.
- Camarneiro, A. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau.
- Canobbio, M. M., Perloff, J. K. & Rapkin, A. J. (2004). Gynecological health of females with congenital heart disease. *International Journal of Cardiology*, 98, 379-87. Doi: 10.1016/j.ijcard.2003.11.021

- Cardoso, A. & Nené, M. (2016). Promover o desenvolvimento das competências parentais. In Nené, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 481 – 484) Lisboa: Editorial Lidel.
- Cardoso, R., M., A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Carvalho, M. & Tavares, L. (2010). *Amamentação: bases científicas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cauldwell, M., Cox, M., Gatzoulis, M., Nelson-Piercy, C., O'Brien, P., Roos-Hesselink, J. W., Thorne, S., Walker, F. & Johnson, M. R. (2017). The management of labour in women with cardiac disease: need for more evidence? *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1307-1309. **Doi:**10.1111/1471-0528.14547
- CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL. Área de Obstetrícia e Ginecologia Urgência. (2020). *Procedimento Setorial TRC. 1667*. Cuidados durante o trabalho de parto. Acessível no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Lisboa, Portugal.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica. Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Cheio, E. (2016). Procriação medicamente assistida. In Nené, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 40 – 48). Lisboa: Editorial Lidel.
- Direção Geral de Saúde (2002). Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde. Acedido em 22-12-2020. Disponível em: <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/2577>
- Direção Geral de Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Acedido em 25-11-2020. Disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgbr-pdf.aspx>
- Dy, J (2014). Evolução clínica do trabalho de parto normal. In Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y. & Jones, G. *Trabalho de parto e parto* (pp. 103 – 123). Porto Alegre: Mc Graw Hill Education.

- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 308 – 320) Lisboa: Editorial Lidel.
- Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do puerpério. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 438 – 442) Lisboa: Editorial Lidel.
- Ferreira, T. H. C. (2017). *Minimizar o trauma perineal da mulher em trabalho de parto. Contributos do enfermeiro obstetra* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Freese, T. B (2004). Modelo de sistemas. In Tomey, A. M & Alligood, M., R., (Coords.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem* (pp. 335 – 375) Loures: Editorial Lusociência.
- Freitas, S., M. J., & Baptista, D., M. C. (2016). Avaliação e estabilização do recém-nascido. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 487 – 491) Lisboa: Editorial Lidel.
- Friedman, E., A. (1978). *Labor: Clinical evaluation and management*. 2ª edição. Nova Iorque: Appleton-Century-Crofts.
- Garnier, M., Delamare, J., Delamare, V. & Delamare, T. Dicionário Andrei de termos de medicina. 2ª edição brasileira. São Paulo: Organização Andrei Editora; 2002.
- Graça, M. L. (2017). Medicina materno-fetal. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Guerra, A. (2016). Analgesia e anestesia em obstetrícia. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 425 – 431) Lisboa: Editorial Lidel.
- Guerreiro, C. & Dias, I. (2016). Avaliação pré-concepcional. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 34 – 39) Lisboa: Editorial Lidel.
- Guimarães, T., Magalhães, A., Veiga, A., Fiuza, M., Ávila, W. & Pinto, J. F. (2019). Cardiopatia e gravidez. O estado da arte. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 38(5), 373-383. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.05.013>
- Hand, W., M., Mitchell, S. & DeGregory, C. (2016). Advance directives in the provision of care for incarcerated adults: a scoping review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(6), 91-95. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-002685>

- Haynes, A., Frederick, A., & Chirkoff, A. (2012). APN Plan Improves Outcome for Pregnant Patient With Congenital Heart Disease. *AACN Advanced Critical Care*, 23(2), 142–154. <https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e318245381a>
- Henriques, C. & Santos, M. L. (2016). Assistência no 2º trimestre da gravidez. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 123 – 129). Lisboa: Editorial Lidel.
- Hospital Garcia de Orta, E.P.E. Área de Ginecologia e Obstetrícia (2015). *Norma de Procedimento Nº 3067*. Posições verticalizadas no segundo estágio de trabalho de parto. Acessível no Hospital Garcia de Orta. Almada, Portugal.
- JBI (2020). *The Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual 2020*. Methodology for JBI Reviews. Acedido a 13/09/2020. Disponível em: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Kafka, H., Johnson, M. R., & Gatzoulis, M. A. (2006). The team approach to pregnancy and congenital heart disease. *Cardiology Clinics*, 24(4), 587. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17098513&site=ehost-live&scope=site>
- Lei nº. 110/2019 (2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei nº. 12/2014m, de 21 de março. Assembleia da República. Diário da República, I Série (Nº. 172 de 09-09-2019), 94-101. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/124539905>
- Lei nº. 16/2007 (2007). Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Assembleia da República. Diário da República, 1ª série (Nº. 75 de 17-04-2007). ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/519464>
- Lowdermilk, D., L. (2006). Cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. In Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E, (Coords), *Enfermagem na maternidade* (pp. 414 – 477). Lisboa: Lusodidacta.
- Marchão, H. & Soares, I. (2016). Assistência no 3º trimestre da gravidez. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 130 – 138). Lisboa: Editorial Lidel.

- Marujo, A. T., Faria, J. & Machado, A. I. (2017). Indução do trabalho de parto. In *Protocolos de Atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa* (pp. 177 – 182). Lisboa: Editorial Lidel.
- Matos, T. A., Suzal, M. S., Santos, E. K. A., Velho, M. B., Seibert, E. R. C., & Martins, N. M. (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 998-1004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 335 – 347). Lisboa: Editorial Lidel.
- Monteiro, F. & Leite, F., C. (2016). Estados hipertensivos da gravidez. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 182 – 199). Lisboa: Editorial Lidel.
- Monteiro, V. A., Agapito, A., De Sousa, L., Alberto, J., Ferreira, F., Patrício, L., Branco, L., Timóteo, A. & Ferreira, R. (2014). *Evaluation of pregnancy outcomes in women with congenital heart disease: a specialized centre experience*. CPP Congress. Lisboa.
- Monteiro, V. A., Rebelo, J., Patrício, L., Campos, A., Borges, A., Ferreira, R. C. (2015). Ten years' experience of pregnancy outcomes in women with cardiac valvulopathies: are valve prostheses worst? *The Journal of Heart Valve Disease* (2015).
- Neuman, B. & Fawcett, J. *The neuman systems model* (2011). Estados Unidos da América: Pearson Education, Inc.
- Norma nº 023/2011. Exames ecográficos na gravidez de baixo risco. Direção Geral de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Acedido 30-12-2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido 02-11-2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo direito ao parto normal*. Acedido 28-12-20. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro Parto Normal.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2015) *Livro de bolso: enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia/ parteiras*. Acedido em: 22/6/2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livro\\_bolso\\_eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livro_bolso_eesmo.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Acedido 19-12-20. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10/07/2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Orfão, A. (2016). Determinação do risco materno-fetal. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 108 – 116). Lisboa: Editorial Lidel.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 13-12-2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5958:a-cada-dia-ha-1-milhao-de-novos-casos-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5958:a-cada-dia-ha-1-milhao-de-novos-casos-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis&Itemid=812)
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Geneva: OMS
- Organização Mundial de Saúde, (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO
- Pais-Ribeiro, J., L. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*. 15(3), 671-682. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>
- Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Lazzari, L., Méier, M. & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 14 (4). 760-763. DOI: 10.5380/ce.v14i4.16396
- Pereira, M.I. (2012). *Necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem



de Coimbra. Disponível em:

[https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:iVE-2OMwbkUJ:scholar.google.com/&hl=en&as\\_sdt=0,5](https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:iVE-2OMwbkUJ:scholar.google.com/&hl=en&as_sdt=0,5)

- Pereira, P. & Botelho, R., M. A. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática de literatura. *Pensar Enfermagem*. Volume 18(2), 61-73. Acedido em: 12-11-2020. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4\\_61\\_73%20%281%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf)
- Perry, E., S. (2006). Perda e luto perinatal. In Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E, (Coords), *Enfermagem na maternidade* (pp. 981 – 1006). Lisboa: Lusodidacta.
- Pieper, P. G. (2012). The pregnant woman with heart disease: management of pregnancy and delivery. *Netherlands Heart Journal: Monthly Journal Of The Netherlands Society Of Cardiology And The Netherlands Heart Foundation*, 20(1), 33–37. <https://doi.org/10.1007/s12471-011-0209-y>
- Pires, A. S. (2008). *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/820/1/20978\\_ulsd056139\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/820/1/20978_ulsd056139_tm.pdf)
- Polónia, J. & Gonçalves, R., F. (2019). A evolução histórica do envolvimento dos sistemas neuro-humorais no conhecimento da fisiopatologia e do tratamento da insuficiência cardíaca. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 38(12), 883-895. Doi: 10.1016/j.repc.2019.05.008
- Posner, G. D. (2014). O passageiro: Feto. In Posner, G., D., Dy, J., Black, A. Y. & Jones, G. *Trabalho de parto e parto* (pp. 57 – 67). (6ªed). Porto Alegre: Mc Graw Hill Education.
- Prada, F. & Rafael, M. (2016a). Partograma. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 348 – 352) Lisboa: Editorial Lidel.
- Prada, F. & Rafael, M. (2016b). Desvios ao trabalho de parto normal. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 368 – 376) Lisboa: Editorial Lidel.
- Regitz-Zagrosek, V., Roos-Hesselink, J. W., Bauersachs, J., Blomström-Lundqvist, C., Cífková, R., De Bonis, M., ... Warnes, C. (2018). 2018 ESC Guidelines for the

management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force on the Management of Cardiovascular Disease during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. (2018), 3165-3241. doi:10.1093/eurheartj/ehy340

- Regulamento nº 391/2019 de 5 de maio de 2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário de República, Serie II de nº 85/2019, p. 13560 – 13565.
- Ruiz, J. & Félix, S. M. T. (2019, outubro). Intervenções do EEESMO na mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto. In *Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica: “E quando a obstetrícia tem patologia?”: Atas das Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*, Lisboa, (63-67).
- Sá, E. (2003). *Psicologia do feto e do bebé*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine. How to practice teaching EBM*. (2ª ed). Londres: Churchill Livingstone.
- Salmon, N. (2014). *Managing cardiac conditions during labor and pregnancy*.
- Santana, A. & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do bem-estar materno-fetal. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 392 – 399) Lisboa: Editorial Lidel.
- Santos, A. (2016). Interrupção da gravidez. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 281 – 283) Lisboa: Editorial Lidel.
- Santos, M. J. & Baptista, M. C. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 455 – 472) Lisboa: Editorial Lidel.
- Santos, M., F. (2011). Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Revista Eletrónica de Educação*. 6(1). 383-387. Acedido em: 15-01-2021. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291/156>
- Sardo, D. (2016). Promover e apoiar a amamentação. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 473 – 480) Lisboa: Editorial Lidel.

- Shaun, K., Gupta, T., Canobbio, M., Durst & J., Shah, B. (2018). Family planning and pregnancy management in adults with congenital heart disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 61, 336-346. Doi: 10.1016/j.pcad.2018.08.001.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2020). *Guidelines de 2018 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial*. Lisboa.
- Sousa, A., Geisa, A. & Da Costa, Z. (2014). *Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do HBDF*. (Com. Ciências Saúde. 2014; 25(1): 13-14). Acedido em: [http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2014Vol25\\_1\\_2\\_AnaliseQualidadeVidaMulheres.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2014Vol25_1_2_AnaliseQualidadeVidaMulheres.pdf)
- Sousa, G. L. (2016). Métodos de interrupção da gravidez. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 287 – 291). Lisboa: Editorial Lidel.
- Spiegelman, J., Meng, ML., Haythe, J. & Goffman, D. (2020). Cardiovascular Physiology of Pregnancy and Clinical Implications. In Hameed, B., A. & Wolfe, S., D. (Coords), *Cardio-obstetrics. A practical guide to care for pregnant cardiac patients* (pp. 10 – 19). Boca Raton: CRC Press.
- Sugy, E., L. (2014). Episiotomia, lacerações, ruptura e inversão uterina. In Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y. & Jones, G. *Trabalho de parto e parto* (pp. 344 – 382). Porto Alegre: Mc Graw Hill Education.
- The Joanna Briggs Institute (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2017*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Tomey, A. M., e Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda. [http://doi.org/204\\_518/03](http://doi.org/204_518/03)
- Torgal, A. L. (2016). Assistência no 1º trimestre da gravidez. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M., (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp. 117 – 122). Lisboa: Editorial Lidel.
- UNIDADE CURRICULAR DE ENSINO CLÍNICO ESTÁGIO COM RELATÓRIO (Documento Orientador). Prof. M<sup>ª</sup> Anabela Ferreira dos Santos, Prof. Helena Presado. ESEL, 2019.
- Wolfe, S. D. (2020). The Cardio-obstetric team. In Hameed, B., A. & Wolfe, S., D. (Coords), *Cardio-obstetrics. A practical guide to care for pregnant cardiac patients* (pp. 5 – 9). Boca Raton: CRC Press.

## ANEXOS

**Anexo I** – Certificado de participação nas Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia: “E quando a Obstetrícia tem patologia?”

# JORNADAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA



"E QUANDO A OBSTETRÍCIA  
TEM PATOLOGIA?"

## CERTIFICADO

Certifica-se que

**JUSTO RUIZ LÓPEZ**

Participou nas

**Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia**

***"E Quando a Obstetrícia tem Patologia?"***

Realizadas nos dias 24 e 25 de Outubro de 2019, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa,  
com a duração de 11 horas

Fátima Baptista

Urgência de Ginecologia e Obstetrícia do CHULC

Rui Pereira

Área de Gestão da Formação do CHULC

**Anexo II** – Certificado de participação no *Cardio Obstetrics 2020*  
*International Virtual Symposium.*



## CERTIFICATE OF ATTENDANCE

We Hereby Confirm That:

**Justo Ruiz**

Has Participated at the:

**Cardio Obstetrics 2020  
An International Virtual Symposium**

September 12-13, 2020

**Total Academics Hours: 15**

Sincerely,

**Symposium Chairman**  
Uri Elkayam, MD

**Paragon Group**

Paragon Conventions 18 Avenue Louis-Casai, 1209 Geneva, Switzerland  
Tel: +41 (0)22 533 0948, Fax: +41 (0)22 580 2953, Email: [secretariat@prehypertension.org](mailto:secretariat@prehypertension.org)



**Anexo III** – Comentário escrito na minha rede social por uma parturiente que assistiu durante o parto



Post



View Insights

Promote



Liked by [redacted] and 562 others

justo\_ruiz\_ So that's a wrap! Birth 40/40. [redacted] was born last night weighing [redacted]. The end of the internships that started last year and took a break because of the pandemic. Still a couple of months to go to be able to finish the thesis and my specialisation. Thank you to all the women that have let me be part of their lives, from the prenatal to postpartum, and for me, the most beautiful and emotional moment in anybody's life: the birth. Thanks also to all my colleagues who have shared their vast knowledge with me. As we said to the mothers, "one more push" ❤️👶.

#obstetrics #obstetricnurse #midwifery #midwife #student #internship #hospital #maternidade

[redacted]  
[redacted]  
[redacted]

Top comments ▾

[redacted] was one of the lucky ones who had the chance to have you in the delivery room. After hours of pain at 8am two angels entered the room and at 08:32am my beautiful [redacted] was born thanks to you and [redacted]. Thank you for your professionalism and your kindness, and also for helping me bring my beautiful baby into this world. I will always be grateful to you.

[redacted] [redacted] [redacted]



**Anexo IV** – Certificado da Formação “Intervenção do EEESMO à mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto”



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL



## CERTIFICADO

Certifica-se que **JUSTO RUIZ LÓPEZ** colaborou como formador(a) na Videoconferência **"Intervenção do EESMO na mulher com cardiopatia um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto"**, realizada no dia **22 de Janeiro de 2021**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 27 de Janeiro de 2021

Área de Gestão da Formação  
  
Rui Pereira  
Técnico Superior  


Certificado N.º24/2021/CF

---

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

## APÊNDICES





























































































































**Apêndice I – Tabela de termos de pesquisa nas bases de dados**

		TERMOS DE PESQUISA BASE DE DADOS ONLINE				
		CINAHL	MEDLINE	COCHRANE Database Systemic Reviews		
POPULAÇÃO	Parturiente	Linguagem natural	Linguagem natural	Linguagem natural		
		Pregnan* Paturient	Parturient Pregnan*	Paturient* Pregnant Pregnant women Expectant mother		
		Termos indexados	Termos indexados			
		Pregnancy	Pregnant women			
	Cardiopatia	Linguagem natural	Linguagem natural	Linguagem natural		
		Cardiopathy Heart disease Heart condition	Cardiopathy Heart condition	Cardiopathy Heart disease Heart defects, congenital		
Termos indexados		Termos indexados				
Heart disease Heart defects, congenital		Heart disease Heart defects, congenital				
CONCEITO	Intervenções	Linguagem natural	Linguagem natural	Linguagem natural		
		Intervention Care Assistance	Intervention Care	Intervention Car* Care		
		Termos indexados	Termos indexados			
		Nursing interventions	Pregnancy complications Nursing process Nursing diagnosis Nursing care Patient care planning Cardiovascular nursing			
	Enfermeiro Obstetra	Linguagem natural	Linguagem natural	Linguagem natural		
		Midwi* Nurs* Obstetric nurse	Midwi* Nurs* Obstetric nurse	Midwi* Nurs* Obstetric nurse		
		Termos indexados	Termos indexados	Major		
		Midwives Nurses Perinatal nursing	Midwifery Obstetric nursing Nurse's role Nurse midwives	Midwifery Midwifery methods Obstetric nursing standards		
		CONTEXTO	Trabalho de parto	Linguagem natural	Linguagem natural	Linguagem natural
				Delivery labor	Delivery labor	Delivery labor
Termos indexados	Termos indexados			Major		
Delivery, obstetric Labor stage, first Labor stage, second Labor stage, third Labor support Vaginal birth	Delivery, obstetric Labor stage			Delivery obstetric nursing		

























































































































## **Apêndice II – Histórico da pesquisa**



































































































## Histórico de pesquisa na base de dados MEDLINE

S31	 S26 AND S27 AND S28 AND S29 AND S30	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (10)	 Ver Detalhes	 Editar
S30	 S23 OR S24 OR S25	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (30,453)	 Ver Detalhes	 Editar
S29	 S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (824,953)	 Ver Detalhes	 Editar
S28	 S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (2,965,305)	 Ver Detalhes	 Editar
S27	 S4 OR S5 OR S6 OR S7	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (269,764)	 Ver Detalhes	 Editar
S26	 S1 OR S2 OR S3	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (964,614)	 Ver Detalhes	 Editar
S25	 labor stage	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (3,142)	 Ver Detalhes	 Editar
S24	 delivery, obstetric	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (28,022)	 Ver Detalhes	 Editar
S23	 delivery labor	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (64)	 Ver Detalhes	 Editar
S22	 nurse midwives	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (8,512)	 Ver Detalhes	 Editar
S21	 nurse's role	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (42,260)	 Ver Detalhes	 Editar
S20	 obstetric nursing	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (3,039)	 Ver Detalhes	 Editar
S19	 midwifery	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (45,906)	 Ver Detalhes	 Editar
S18	 obstetric nurse	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (171)	 Ver Detalhes	 Editar
S17	 nurs*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (810,065)	 Ver Detalhes	 Editar
S16	 midwi*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (57,140)	 Ver Detalhes	 Editar
S15	 cardiovascular nursing	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (566)	 Ver Detalhes	 Editar
S14	 patient care planning	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (37,789)	 Ver Detalhes	 Editar
S13	 nursing care	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (50,553)	 Ver Detalhes	 Editar
S12	 nursing diagnosis	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (5,370)	 Ver Detalhes	 Editar
S11	 nursing process	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (8,263)	 Ver Detalhes	 Editar
S10	 pregnancy complications	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (160,124)	 Ver Detalhes	 Editar
S9	 care	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (2,245,766)	 Ver Detalhes	 Editar
S8	 intervention	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (811,870)	 Ver Detalhes	 Editar
S7	 heart defects, congenital	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (51,210)	 Ver Detalhes	 Editar
S6	 heart disease	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (234,123)	 Ver Detalhes	 Editar
S5	 heart condition	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (844)	 Ver Detalhes	 Editar
S4	 cardiopathy	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (5,332)	 Ver Detalhes	 Editar
S3	 pregnant women	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (89,365)	 Ver Detalhes	 Editar
S2	 pregnan*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (963,634)	 Ver Detalhes	 Editar
S1	 parturient	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (7,469)	 Ver Detalhes	 Editar

## Histórico de pesquisa na base de dados CINAHL

S30	 S25 AND S26 AND S27 AND S28 AND S29	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (6)  Ver Detalhes  Editar
S29	 S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (14,613)  Ver Detalhes  Editar
S28	 S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (856,928)  Ver Detalhes  Editar
S27	 S8 OR S9 OR S10 OR S11	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1,468,063)  Ver Detalhes  Editar
S26	 S4 OR S5 OR S6 OR S7	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (56,611)  Ver Detalhes  Editar
S25	 S1 OR S2 OR S3	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (208,006)  Ver Detalhes  Editar
S24	 vaginal birth	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (4,733)  Ver Detalhes  Editar
S23	 labor support	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (803)  Ver Detalhes  Editar
S22	 labor stage third	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (463)  Ver Detalhes  Editar
S21	 labor stage second	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (801)  Ver Detalhes  Editar
S20	 labor stage first	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (518)  Ver Detalhes  Editar
S19	 delivery, obstetric	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (8,533)  Ver Detalhes  Editar
S18	 delivery labor	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (26)  Ver Detalhes  Editar
S17	 perinatal nursing	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (975)  Ver Detalhes  Editar
S16	 nurses	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (448,524)  Ver Detalhes  Editar
S15	 midwives	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (32,240)  Ver Detalhes  Editar
S14	 obstetric nurse	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (239)  Ver Detalhes  Editar
S13	 nurs*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (829,296)  Ver Detalhes  Editar
S12	 midwi*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (53,343)  Ver Detalhes  Editar
S11	 nursing intervention	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (13,507)  Ver Detalhes  Editar
S10	 assistance	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (27,062)  Ver Detalhes  Editar
S9	 care	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1,214,200)  Ver Detalhes  Editar
S8	 Intervention	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (370,341)  Ver Detalhes  Editar
S7	 heart defects, congenital	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (9,808)  Ver Detalhes  Editar
S6	 heart disease	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (50,402)  Ver Detalhes  Editar
S5	 heart condition	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (300)  Ver Detalhes  Editar
S4	 cardiopathy	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (168)  Ver Detalhes  Editar
S3	 pregnancy	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (201,478)  Ver Detalhes  Editar
S2	 parturient	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1,480)  Ver Detalhes  Editar
S1	 pregnan*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (207,726)  Ver Detalhes  Editar

## Histórico de pesquisa na base de dados COCHRANE *Database of Systemic Reviews*

S24	 S19 AND S20 AND S21 AND S22 AND S23	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (0)	 Ver Detalhes	 Editar
S23	 S17 OR S18	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1)	 Ver Detalhes	 Editar
S22	 S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1,016)	 Ver Detalhes	 Editar
S21	 S8 OR S9 OR S10	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (7,183)	 Ver Detalhes	 Editar
S20	 S5 OR S6 OR S7	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (99)	 Ver Detalhes	 Editar
S19	 S1 OR S2 OR S3 OR S4	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (301)	 Ver Detalhes	 Editar
S18	 delivery obstetric, nursing	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1)	 Ver Detalhes	 Editar
S17	 delivery labor	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (0)	 Ver Detalhes	 Editar
S16	 obstetrica nursing standards	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (0)	 Ver Detalhes	 Editar
S15	 midwifery methods	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1)	 Ver Detalhes	 Editar
S14	 midwifery	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (400)	 Ver Detalhes	 Editar
S13	 obstetric nurse	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (0)	 Ver Detalhes	 Editar
S12	 nurs*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (992)	 Ver Detalhes	 Editar
S11	 midw*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (412)	 Ver Detalhes	 Editar
S10	 care	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (3,997)	 Ver Detalhes	 Editar
S9	 car*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (6,358)	 Ver Detalhes	 Editar
S8	 intervention	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (2,898)	 Ver Detalhes	 Editar
S7	 heart defects, congenital	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (8)	 Ver Detalhes	 Editar
S6	 heart disease	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (97)	 Ver Detalhes	 Editar
S5	 cardiopathy	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1)	 Ver Detalhes	 Editar
S4	 expectant mothers	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (0)	 Ver Detalhes	 Editar
S3	 pregnant women	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (245)	 Ver Detalhes	 Editar
S2	 pregnant	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (297)	 Ver Detalhes	 Editar
S1	 parturient*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (4)	 Ver Detalhes	 Editar

**Apêndice III** – Estudos incluídos na *SR* em função do ano de publicação

<b>Autores</b>	<b>Ano Publicação</b>	<b>Número de estudos em função do ano de publicação</b>
Kafka, H., Johnson, R., M. & Gatzoulis, A., M.	2006	1
Pieper, P. G.	2011	1
Haynes A., Frederick A., Chirkoff A.	2012	1
Salmon, N.	2014	1
Cauldwell, M., Cox, M., Gatzoulis, M., Nelson-Piercy, C., O'Brien, P., Roos-Hesselink, J., W., Thorne, S., Walker, F., Johnson, R., M.	2017	1

## **Apêndice IV – Estudos incluídos na SR em função do desenho do estudo**

Autores	Desenho do estudo	Número de estudos em função do desenho
Kafka, H., Johnson, R., M. & Gatzoulis, A., M. (2006)	Opinião	1
Pieper, P., G. (2011)	Estudo de caso	2
Haynes A., Frederick A. & Chirkoff A. (2012)	Estudo de caso	
Salmon, N. (2014)	Texto decorrente de revisão de literatura, sem método específico	1
Cauldwell, M., Cox, M., Gatzoulis, M., Nelson-Piercy, C., O'Brien, P., Roos-Hesselink, J., W., Thorne, S., Walker, F., Johnson, R., M. (2017)	Estudo qualitativo (Revisão da literatura)	1

**Apêndice V** – Extração de dados de acordo com a JBI QARI e segundo os tipos de estudo e critical appraisal checklist



## JBI Critical Appraisal Checklist for Text and Opinion Papers

Reviewer Justo Ruiz Date 23-07-2019

Author: Kafka, H., Johnson, R., M. & Gatzoulis, A., M. Year 2006 Record Number 1

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the source of the opinion clearly identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there reference to the extant literature?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

## INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

**Título da revisão:** Intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia.

**Questão de revisão:** quais as intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia?

**Critérios de inclusão/exclusão (PCC):**

- **População:** parturiente com cardiopatia
- **Conceito:** as intervenções do enfermeiro obstetra
- **Contexto:** trabalho de parto
- **Tipos de estudo:**
  - Texto integral disponível.
  - Estudos qualitativos ou quantitativos, revisões sistemáticas da literatura, revisões da literatura, revisões scoping e artigos de opinião de peritos.
  - Publicados em Português, Inglês e Espanhol.

Detalhes do estudo e características:

- **Autor(es):** Henryk Kafka, Mark R. Johnson e Michael A. Gatzoulis.
- **Título:** *The team approach to pregnancy and congenital heart disease.*
- **Ano de publicação:** 2006
- **País de origem:** Reino Unido.
- **Objetivos:** apresentar um plano de abordagem da equipa multidisciplinar à mulher com cardiopatia com enfoque na saúde reprodutiva e gravidez.
- **Desenho de estudo:** Opinião
- **População do estudo e tamanho da amostra:** mulheres com cardiopatia em idade fértil.
- **Contexto:** Hospitalar
- **Tipo de intervenção:** descrição da estrutura do plano intervenção centrado na equipa multidisciplinar.
- **Duração da intervenção:** Não se aplica.
- **Conceitos relevantes para a questão de revisão:** instruir sobre movimentos e exercícios respiratórios para evitar a manobra de Valsalva; o enfermeiro obstetra como elo de ligação entre os elementos da equipa multidisciplinar; monitorização e vigilância hemodinâmica; vigilância de hemorragia pós-parto;

aconselhamento sobre métodos anticoncepcionais, colaboração na criação dos planos de gestão de parto.

- **Principais resultados:**

- Preferência do parto espontâneo ao induzido.
- Criar planos de parto: estabelecer por quanto tempo a parturiente pode realizar a manobra de Valsalva.
- Pode haver riscos significativos para a mãe e feto no contexto de cardiopatia congénita dos pais.
- A chave para um parto bem-sucedido é a avaliação e aconselhamento precoces e o planeamento avançado através de centros com equipas especializadas.
- Uma equipa bem estruturada deve ser capaz de direccionar a gestão da gravidez e de orientar a grávida sobre questões relacionadas com o prognóstico, atividade sexual, contraceção, riscos genéticos e parentalidade.
- Monitorização dos sinais vitais da parturiente.

## JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports

Reviewer Justo Ruiz Date 23-07-2019

Author P. G. Pieper Year 2011 Record Number 2

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the case report provide takeaway lessons?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

## INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

**Título da revisão:** Intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia.

**Questão de revisão:** quais as intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia?

**Critérios de inclusão/exclusão (PCC):**

- **População:** parturiente com cardiopatia
- **Conceito:** as intervenções do enfermeiro obstetra
- **Contexto:** trabalho de parto
- **Tipos de estudo:**
  - Texto integral disponível.
  - Estudos qualitativos ou quantitativos, revisões sistemáticas da literatura, revisões da literatura, revisões scoping e artigos de opinião de peritos.
  - Publicados em Português, Inglês e Espanhol.

Detalhes do estudo e características:

- **Autor(es):** P. G. Pieper
- **Título:** *The pregnant woman with heart disease: management of pregnancy and delivery.*
- **Ano de publicação:** 2012
- **País de origem:** Holanda
- **Objetivos:**
  - Descrever um sistema para avaliação do risco.
  - Enumerar as complicações indesejáveis.
  
  - Descrever os requisitos para a gestão da gravidez e o parto para reconhecer e tratar as complicações e orientar a mulher com segurança através da gravidez.
- **Desenho de estudo:** Estudo de caso
- **População do estudo e tamanho da amostra:** 1 grávida com valvulopatia cardíaca.
- **Contexto:** hospitalar

- **Tipo de intervenção:** basear as intervenções na gestão do trabalho de parto e parto nas recomendações da *European Society of Cardiology*.
- **Duração da intervenção:** Desde a 20ª semana de gestação até o parto.
- **Conceitos relevantes para a questão de revisão:** enfermeiro obstetra como integrante e coordenador da equipa multidisciplinar e colaborador na criação dos planos de gestão de partos; vigilância da gravidez, vigilância hemodinâmica da parturiente durante o trabalho de parto; gestão da terapêutica anticoagulante.
- **Principais resultados:**
  - Grávidas com cardiopatia precisam do cuidado de uma equipa multidisciplinar.
  - Organização e comunicação entre as equipas de profissionais é fundamental para a prevenção de complicações.
  - O enfermeiro pode ser um membro muito útil e pode ser o coordenador da equipa.
  - As equipas devem seguir as recomendações da ESC.
  - Deve-se criar um plano de parto no final do 2º trimestre.
  - Permitir o parto espontâneo.
  - Grávidas com válvulas mecânicas, induzir e agendar o parto para gerir a hipocoagulação.
  - Monitorizar a grávida/parturiente em caso de arritmias.
  - Administrar a ocitocina lentamente (evitar hipotensão).
  - Varfarina ou HBPM deve ser substituído por heparina não fracionada (36h antes da indução); deve parar 4-6h antes do parto e reiniciar 4-6h após.
  - Aumento do risco de complicações após o parto devido à descompressão da cava.

## JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports

Reviewer Justo Ruiz Date 23-07-2019

Author Haynes A., Frederick A., Chirkoff, A. Year 2012 Record Number 3

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>X</b>
8. Does the case report provide takeaway lessons?	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

## INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

**Título da revisão:** Intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia.

**Questão de revisão:** quais as intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia?

**Critérios de inclusão/exclusão (PCC):**

- **População:** parturiente com cardiopatia
- **Conceito:** as intervenções do enfermeiro obstetra
- **Contexto:** trabalho de parto
- **Tipos de estudo:**
  - Texto integral disponível.
  - Estudos qualitativos ou quantitativos, revisões sistemáticas da literatura, revisões da literatura, revisões scoping e artigos de opinião de peritos.
  - Publicados em Português, Inglês e Espanhol.

Detalhes do estudo e características:

- **Autor(es):** Annette Haynes, Andrea Frederick e Andrea Chirkoff
- **Título:** *APN plan improves outcome for pregnant patient with congenital heart disease.*
- **Ano de publicação:** 2012
- **País de origem:** Estados Unidos
- **Objetivos:**
  - Descrever o resultado do *Advanced Practice Nurse Plan* aplicado na vigilância da gravidez e parto a uma mulher grávida com cardiopatia congénita: Síndrome de Eisenmenger
  - Descrever o *Advanced Practice Nurse Plan* para a vigilância da gravidez e parto da grávida
  - Descrever a estratégia e intervenção desenvolvida com os diferentes profissionais de saúde para a vigilância da gravidez e parto da grávida
  - Elucidar sobre a necessidade de um modelo de organização de cuidados pré-natais.
- **Desenho de estudo:** Estudo de caso



- **População do estudo e tamanho da amostra:** 1 grávida portadora de uma cardiopatia congénita complexa – Síndrome de Eissenmenger.
- **Contexto:** hospitalar
- **Tipo de intervenção:** desenho e implementação de um plano de intervenção com mobilização de equipa multidisciplinar dirigido à grávida com cardiopatia congénita – Síndrome de Eissenmenger assente na colaboração e comunicação entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar.
- **Duração da intervenção:** desde a 13<sup>a</sup> semana de gravidez até o pós-parto.
- **Conceitos relevantes para a questão de revisão:** o enfermeiro como elo de ligação dentro dos diferentes membros da equipa multidisciplinar e como colaborador na criação do plano de gestão de parto, enfermeiro como conselheiro para o aleitamento materno.
- **Principais resultados:**
  - O sucesso de um parto de alto risco de uma mulher com doença cardíaca depende de um *Advance Practice Nurse Plan*, baseado na comunicação e colaboração entre os enfermeiros e médicos e desenvolvido através da gestão e flexibilidade da equipa de enfermagem.
  - A organização multidisciplinar leva ao sucesso.
  - A equipa multidisciplinar integra: enfermeiro obstetra, enfermeiro generalista, cardiologista, médico medicina interna, obstetra e anestesista.
  - A administração dos hospitais reconhece a importância dos *Advance Practice Nurse Plan* na coordenação dos cuidados para a segurança do parto deste tipo de clientes.
  - O EO como conselheiro em aleitamento materno.

## JBI Critical Appraisal Checklist for Text and Opinion Papers

Reviewer Justo Ruiz Date 23-07-2019

Author Nadine Salmon Year 2014 Record Number 4

+	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the source of the opinion clearly identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there reference to the extant literature?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

## INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

**Título da revisão:** Intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia.

**Questão de revisão:** quais as intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia?

**Critérios de inclusão/exclusão (PCC):**

- **População:** parturiente com cardiopatia
- **Conceito:** as intervenções do enfermeiro obstetra
- **Contexto:** trabalho de parto
- **Tipos de estudo:**
  - Texto integral disponível.
  - Estudos qualitativos ou quantitativos, revisões sistemáticas da literatura, revisões da literatura, revisões scoping e artigos de opinião de peritos.
  - Publicados em Português, Inglês e Espanhol.

Detalhes do estudo e características:

- **Autor(es):** Nadine Salmon
- **Título:** *Managing cardiac conditions during labor and delivery.*
- **Ano de publicação:** 2014
- **País de origem:** África do Sul
- **Objetivos:**
  - Apresentar os objetivos, conteúdos e material para o curso sobre a abordagem da equipa
  - Proporcionar ao profissional de saúde uma visão abrangente de algumas das doenças cardíacas mais comuns na gravidez e durante o trabalho de parto.
  - Rever os princípios dos cuidados de saúde ao paciente cardíaco de alto risco
- **Desenho de estudo:** Texto decorrente de revisão de literatura, sem método específico.
- **População do estudo e tamanho da amostra:** Não aplicável.
- **Contexto:** Não aplicável.

- **Tipo de intervenção:** curso para capacitação dos profissionais de saúde que prestam cuidados a mulheres com cardiopatia durante a gravidez e trabalho de parto. Proposta de plano de intervenção fundamentado na revisão de literatura.
- **Duração da intervenção:** Não se aplica.
- **Conceitos relevantes para a questão da revisão:** preferência entre o tipo de parto; analgesia do trabalho de parto e cuidados e intervenções durante o trabalho de parto e parto.
- **Principais resultados:**
  - A intervenção do enfermeiro nos cuidados perinatais é cada vez mais abrangente e complexa.
  - O enfermeiro de cuidados perinatais deve estar preparado para uma eventual emergência intraparto.
  - Os enfermeiros que assistem o parto são membros vitais da equipa multidisciplinar, com competências para a avaliação crítica, intervenções imediatas, educação continuada e apoio.

## JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer Justo Ruiz López Date 16-01-2021

Author Cauldwell et al. Year 2017 Record Number 5

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

## INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

**Título da revisão:** Intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia.

**Questão de revisão:** quais as intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia?

**Critérios de inclusão/exclusão (PCC):**

- **População:** parturiente com cardiopatia
- **Conceito:** as intervenções do enfermeiro obstetra
- **Contexto:** trabalho de parto
- **Tipos de estudo:**
  - Texto integral disponível.
  - Estudos qualitativos ou quantitativos, revisões sistemáticas da literatura, revisões da literatura, revisões scoping e artigos de opinião de peritos.
  - Publicados em Português, Inglês e Espanhol.

Detalhes do estudo e características:

- **Autor(es):** M. Cauldwell, M. Cox, M. Gatzoulis, C. Nelson-Piercy, P. O'Brien, J. W. Ross-Hesselink, S. Thorne, F. Walker e M. R. Johnson.
- **Título:** *The management of labour in women with cardiac disease: need of more evidence?*
- **Ano de publicação:** 2017
- **País de origem:** Reino Unido
- **Objetivos:** Analisar a gestão do trabalho de parto em mulheres com cardiopatia nas quais a evidência científica é limitada e as recomendações baseiam-se na experiência clínica.
- **Desenho de estudo:** Revisão da literatura
- **População do estudo e tamanho da amostra:** estudos com grávidas com cardiopatia.
- **Contexto:** hospitalar
- **Tipo de intervenção:** análise da gestão do 2º e 3º estágio do trabalho de parto em mulheres com cardiopatia.
- **Duração da intervenção:** não se aplica.

- **Conceitos relevantes para questão de revisão:** as orientações atuais para a gestão do trabalho de parto e parto em mulheres com doenças cardíacas carece de uma prova robusta base. A informação necessária só será fornecida mediante a elaboração de grandes estudos colaborativos que comparam a gestão das diferentes abordagens na gestão do parto em mulheres com doenças cardíacas.
- **Principais resultados:**
  - Repetidas Manobras de Valsalva podem causar hipotensão (importante em Fontan).
  - O risco de arritmias não aumenta durante o parto.
  - O risco da parturiente desenvolver paragem cardíaca é maior no pós-parto do que durante o parto.
  - É possível que os acontecimentos durante o intraparto possam contribuir a desenvolver edema pulmonar tardio.
  - Diminuir a fase ativa do 2º estágio aumenta o número de partos instrumentados.
  - 23% das parturientes com cardiopatia desencadeiam HPP (provavelmente devido ao cuidado no uso de uterotónicos sugerido pelas *guidelines* – 2 UI ocitocina).
  - Parturientes que recebem as 2 UI adicionais de ocitocina tem menos perdas hemáticas.
  - Existe falta de evidência científica na gestão do trabalho de parto em mulheres com cardiopatia.

**Apêndice VI – Síntese dos resultados da SR**



Autor (es) Ano de publicação País	Título	Objetivos	Desenho do estudo	População em estudo/ Tamanho da amostra/ Participantes	Contexto	Conceito (s) relevantes da questão de revisão/ Instrumento (s)	Principais resultados
Kafka, H., Johnson, R., M. & Gatzoulis, A., M., 2006. Reino Unido.	<i>The team approach to pregnancy and congenital heart disease.</i>	<p>Descrever os efeitos da gravidez no sistema circulatório.</p> <p>Enumerar os riscos maternos e fetais durante a gravidez.</p> <p>Estimar o risco de recorrência de cardiopatia congênita no feto.</p> <p>Descrever um plano de abordagem da</p>	Opinião	Não aplicável	Hospital	Não aplicável	<p>Preferência do parto espontâneo ao induzido.</p> <p>Criar planos de gestão de parto.</p> <p>Pode haver riscos significativos para a mãe e feto no contexto de cardiopatia congênita dos pais.</p> <p>A chave para um resultado bem-sucedido é a avaliação e aconselhamento precoces e o planeamento avançado através de centros com equipas especializadas.</p> <p>Uma equipa bem estruturada deve ser capaz de direcionar a gestão da gravidez e de orientar a grávida sobre questões relacionadas com o prognóstico, atividade sexual, contraceção, riscos genéticos e parentalidade.</p>

		<p>equipa multidisciplinar à mulher com cardiopatia com enfoque na saúde reprodutiva e gravidez.</p> <p>Descrever o Plano de Gestão de cuidados na gravidez e trabalho de parto</p> <p>Apresentar a necessidade de uma equipa multidisciplinar para a gestão da gravidez em mulheres com cardiopatia.</p>					
P. G. Pieper,	<i>The pregnant woman with heart</i>	Descrever intervenções decorrentes	Estudo de caso	Grávida 28 anos com cardiopatia	Não aplicável	Gravidez, doença cardíaca,	Gravidas com cardiopatia precisam do cuidado de uma equipa multidisciplinar.

2011. Holanda.	<i>disease: management of pregnancy and delivery</i>	das necessidades identificadas à mulher com cardiopatia, antes e durante a gravidez e o trabalho de parto  Descrever um sistema para determinar o nível de cuidados em função do risco cardíaco				gestão, trabalho de parto.	Organização e comunicação entre as equipas de profissionais é fundamental para a prevenção de complicações. O enfermeiro pode ser um membro muito útil e pode ser o coordenador da equipa. As equipas devem seguir as recomendações da ESC. Deve-se criar um plano de parto no final do 2º trimestre. Permitir o parto espontâneo. Grávidas com válvulas mecânicas, induzir e agendar o parto para gerir a hipocoagulação. Monitorizar a grávida/parturiente em caso de arritmias. Administrar a ocitocina lentamente (evitar hipotensão). Varfarina ou HBPM deve ser substituído por heparina não fracionada (36h antes da indução); deve parar 4-6h antes do parto e reiniciar 4-6h após. Aumento do risco de complicações após o parto devido à descompressão da cava.
Haynes A., Frederick A., Chirkoff	<i>APN plan improves outcomes for pregnant patient with</i>	Descrever o <i>Advance Practice Nurse Plan (APNP)</i> para vigilância	Estudo de caso	Grávida 21 anos com cardiopatia congênita grave	Hospital	<i>APNP</i> dirigida a grávidas com Síndrome de Eissenmenger	O sucesso de um parto de risco de uma mulher com doença cardíaca depende de um <i>advance practice nurse plan</i> , baseado na comunicação e colaboração entre os enfermeiros e médicos e desenvolvido

A., 2012. California	<i>congenital heart disease</i>	<p>da gravidez e parto de uma grávida com cardiopatia congénita</p> <p>Descrever a estratégia e intervenção desenvolvida com os profissionais de saúde para vigilância de saúde da grávida com Síndrome de Eissenmenger</p> <p>Descrever os resultados do APNP</p>					<p>através da gestão e flexibilidade da equipa de enfermagem.</p> <p>A organização multidisciplinar leva-nos ao sucesso.</p> <p>A equipa multidisciplinar é formada por: enfermeiro obstetra, enfermeiro generalista que trabalha nos congénitos, cardiologista, médico medicina interna, obstetra e anestesista.</p> <p>A administração dos hospitais reconhece a importância dos <i>advance practice nurse plan</i> na coordenação dos cuidados para a segurança do parto.</p>
Nadine Salmon, 2014, Sudáfrica	<i>Managing cardiac conditions during labor and delivery.</i>	Descrever algumas das doenças cardíacas	Texto decorrente de revisão de literatura,	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	A intervenção do enfermeiro nos cuidados perinatais e cada vez mais abrangente e complexa.

		comuns na gravidez e TP.  Descrever a assistência à mulher com cardiopatia durante o TP e parto	sem método específico				O enfermeiro de cuidados perinatais deve estar preparado para uma eventual emergência intraparto. Os enfermeiros que assistem o parto são membros vitais da equipa multidisciplinar, com competências de avaliação crítica, intervenções imediatas, educação continuada e apoio.
M. Cauldwell et al., 2017. Reino Unido.	<i>The management of labour in women with cardiac disease: need of more evidence?</i>	Analisar a evidência científica sobre a gestão do TP, especialmente o 2º e 3º estádios do TP em mulheres com cardiopatia	Revisão da literatura	Estudos com grávidas com cardiopatia	Não aplicável	Não aplicável	Repetidas Manobras de Valsalva podem causar hipotensão (importante em parturientes submetidas a cirurgia de Fontan). O risco de arritmias não aumenta durante o parto. O risco da parturiente desenvolver paragem cardíaca é maior no pós-parto do que durante o parto. É possível que os acontecimentos durante o intra-parto possam contribuir a desenvolver edema pulmonar tardio. Diminuir a fase ativa do 2º estágio aumenta o número de partos instrumentados. 23% das parturientes com cardiopatia desencadeiam HPP (provavelmente devido ao cuidado no uso de uterotónicos sugerido pelas <i>guidelines</i> – 2 UI ocitocina).

							<p>Parturientes que recebem as 2 UI adicionais de ocitocina tem menos perdas hemáticas.</p> <p>Existe falta de evidência científica na gestão do trabalho de parto em mulheres com cardiopatia.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

**Apêndice VII – Síntese das Intervenções do enfermeiro obstetra à parturiente com cardiopatia**

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA PARTURIENTE COM CARDIOPATIA	AUTORES				
	Kafka, H., Johnson, R., M. & Gatzoulis, A., M., (2006)	Pieper, P., G. (2011)	Haynes A., Frederick A., Chirkoff A. (2012)	Salmon, N. (2014)	M. Cauldwell et al., 2017.
Instruir sobre movimentos/exercícios respiratórios para evitar manobra de Valsalva	X			X	X
Elo de ligação para a criação de equipa multidisciplinar e membro da mesma	X	X	X	X	
Monitorização cardíaca e vigilância hemodinâmica da parturiente	X	X	X	X	X
Administração lenta de oxitocina		X		X	X
Assistência da parturiente em caso de emergência durante o parto				X	
Aplicação de medidas não farmacológicas para aumentar a produção de ocitocina endógena	X	X		X	
Planeamento e aconselhamento em consulta de planeamento familiar sobre os riscos cardiovasculares	X	X			
Diminuir a duração do 2º estágio do TP	X	X		X	X
Vigilância de HPP	X			X	X
Gestão da terapêutica anticoagulante	X	X		X	
Posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo				X	



Preferência de parto verticalizado				X	
Aconselhamento sobre métodos anticoncepcionais	X	X			
Aconselhamento sobre analgesia do trabalho de parto	X	X		X	X
Colaboração na elaboração de um plano de gestão de parto	X	X		X	
Identificação de fatores de risco como por exemplo a realização repetida e continuada da Manobra de Valsava no segundo estágio do TP	X				
Aconselhamento sobre aleitamento materno		X	X		
Instruir sobre como usar técnicas de relaxamento				X	
Monitorização do TP e a identificação precoce de complicações				X	
Instruir outros enfermeiros sobre as especificidades das clientes e cuidados a ter			X		
Identificação e abordagem de potenciais barreiras à prestação de cuidados adequados			X		
<b>INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA PARTURIENTE COM CARDIOPATIA</b>	Kafka, H., Johnson, R., M. & Gatzoulis, A., M., (2006)	Pieper, P., G. (2011)	Haynes A., Frederick A., Chirkoff A. (2012)	Salmon, N. (2014)	M. Cauldwell et al., 2017.
	<b>AUTORES</b>				

## **Apêndice VIII – Instrumento orientador da prestação de cuidados**



		Extrasistema													
	Gravidez planeada.	Intersistema													
		Intrasistema													
		Extrasistema													
SECUNDÁRIA	História de complicações pós-parto.	Intersistema													
		Intrasistema													
		Extrasistema													
	Realizou ecografia cardíaca fetal.	Intersistema													
		Intrasistema													
		Extrasistema													
	Tipo de parto anterior.	Intersistema													
		Intrasistema													
		Extrasistema													
	Nº de filhos.	Intersistema													
		Intrasistema													
		Extrasistema													
	Monitorização cardíaca durante o TP.	Intersistema													
		Intrasistema													
		Extrasistema													
Orientada quanto à respiração para a expulsão do bebé durante o parto.	Intersistema														
	Intrasistema														
	Extrasistema														
TERCIÁRIA	Presença do EO/cardiologista que vigiou a gravidez, no momento parto.	Intersistema													
		Intrasistema													
		Extrasistema													
	O parto decorreu como previsto.	Intersistema													
		Intrasistema													
		Extrasistema													
	Considerado o seu plano de parto.	Intersistema													
		Intrasistema													
		Extrasistema													
PREVENÇÃO	ESTRESSORES	CLASSIFICAÇÃO BETTY NEUMAN	S	N	N/A	E S P	D E S	S O C	P S I	F S					

						<b>VARIÁVEIS</b>
--	--	--	--	--	--	------------------

\*Tipo de parto: V / C

**Notas relacionadas com a informação recebida sobre o tipo de parto:**

**TÓPICOS ORIENTADORES:**

Depois desta experiência o que lhe parece ter falhado/faltado:

- durante a vigilância da gravidez e do parto.
- relativamente aos cuidados de enfermagem durante a gravidez e o parto.

Que sugestões para a melhoria da prestação de cuidados durante a gravidez e no parto.

**LEGENDAS:**

**ESP:** Variável espiritual

**DES:** Variável de desenvolvimento

**SOC:** Variável sociocultural

**PSI:** Variável psicológica

**FIS:** Variável fisiológica

**S:** sim

**N:** não

**N/A:** não se aplica

**V/C:** vaginal/cesariana

**Apêndice IX** – Quadro síntese da análise de conteúdo dos registos de  
interação telefónica

CATEGORIA	CUIDADOS PERSONALIZADOS NA GRAVIDEZ E TP		
SUBCATEGORIA	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	EXPLICITAÇÃO CIENTÍFICA	DISCUSSÃO
<p><b>Profissional de saúde de referência</b></p>	<p>“tive sempre o enfermeiro Justo ao meu lado” (N1)  “manter como pessoa de referência o enfermeiro” (N1)  “deve existir uma pessoa de referência (...) durante as consultas e no momento do parto” (N2)  “os enfermeiros estiveram sempre ao meu lado” (N2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O enfermeiro é considerado como o profissional de saúde de referência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pieper (2011) aponta o enfermeiro obstetra como elemento coordenador dentro da equipa multidisciplinar.</li> <li>• Salmon (2014) refere que o enfermeiro obstetra é um membro vital na equipa multidisciplinar com competências de avaliação crítica, de intervenção imediata, com formação continuada. Nesta linha de pensamento, o EO tem competência e capacidade para a identificação precoce de estressores que possam afetar a LFD e intervir na prevenção primária.</li> <li>• O EO “coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante” (Regulamento nº. 391/2019).</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>Satisfação</b></p>	<p>“nada a dizer (...) fui muito bem seguida” (N1)  “não poderia ter corrido melhor” (N1)  “grande atenção” (N1)  “sempre fui muito bem acompanhada” (N1)  “nada falhou” (N1)  “nada, tudo correu como previsto” (N2),  “não tenho queixas dos enfermeiros” (N2)  “bem vigiada” (N2)  “tivesse preferido ter ficado internada durante menos tempo” (N2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilância da gravidez satisfatória</li> <li>• Atenção por parte dos profissionais de saúde</li> <li>• Internamento menos prolongado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O facto de ter estabelecido com as clientes uma relação terapêutica com o objetivo de minimizar o impacto dos estressores, contribuíram para a satisfação dos cuidados (OE, Padrões de Qualidade, 2001).</li> <li>• Haynes et al. (2012) refere que a organização da equipa multidisciplinar leva ao sucesso. Um parto bem-sucedido neste tipo de clientes, traduz-se em satisfação.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Segurança</b></p>	<p>“ouvi uma médica dizer: espero que o parto não seja nas minhas mãos” (N1)  “importante (...) realizar uma visita ao hospital/sala de partos” (N2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O profissional de saúde deve transmitir segurança. A insegurança do profissional relacionada com as suas intervenções, provoca estresse na cliente.</li> <li>• Importância de realizar visita a maternidade onde o vai ocorrer o parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pieper (2011) aponta que a gestão da gravidez e do parto da cliente com cardiopatia, deve seguir as últimas recomendações da ESC. Desta forma podemos basear a nossas intervenções na evidência científica, apesar de ser necessária evidência robusta que fundamente as práticas, como refere Cauldwell et al. (2017) o que poderá causar insegurança nos profissionais de saúde e nas clientes. A criação de um plano de gestão do parto no 2º trimestre, que pode incluir uma visita à maternidade, contribui para a segurança da cliente e pode controlar o estresse causado pelo medo do desconhecido e reforçar a LFD.</li> </ul>



<p style="text-align: center;"><b>Informação</b></p>	<p>“sempre tive o enfermeiro Justo ao meu lado a explicar as coisas” (N1)  “por vezes a falta de informação” (N2)  “nem sempre diziam o que estava a acontecer” (N2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter informada a grávida/parturiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kafka et al. (2006) refere que a chave para um parto bem-sucedido passa pela avaliação e aconselhamento precoces da cliente. As equipas multidisciplinares bem estruturadas potenciam a competência para gerir a gravidez e orientar a cliente sobre questões relacionadas com o prognóstico.</li> <li>• Voltando ao estudo de Pieper (2011), o EO pode ser o elemento da equipa que transmite a informação que a cliente precisa, diminuindo o estresse causado pela falta de informação.</li> <li>• O EO “informa e orienta a grávida (...) sobre os sinais e sintomas de risco” (Regulamento nº. 391/2019).</li> </ul>
--	--	--	--

**Apêndice X** – *Power Point* da comunicação apresentada nas Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia: E quando a Obstetrícia tem patologia? “Intervenções do EEESMO na mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto”.

## INTERVENÇÕES DO EESMO NA MULHER COM CARDIOPATIA

Um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto

1

## OBJETIVOS

- APRESENTAR O ESTADO DA ARTE SOBRE AS INTERVENÇÕES DO EESMO NA PARTURIENTE COM CARDIOPATIA.
- ENUMERAR AS INTERVENÇÕES DO EESMO NA MULHER COM CARDIOPATIA NO PERÍODO PRÉ-NATAL, PERINATAL E PÓS-PARTO.

2

## ENQUADRAMENTO

- AVANÇOS NA GESTÃO DAS CARDIOPATIAS
- MAIOR Nº DE MULHERES ALCANÇAM IDADE REPRODUTIVA
- GRAVIDEZ AUMENTA A DEMANDA DE HORMONAS
- AUMENTA A DEMANDA DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIO

↓

**RISCO DE MORBILIDADE E MORTALIDADE MATERNO-FETAL**

Fonte: Shum et al., 2018

3

## ENQUADRAMENTO

- Doença cardíaca materna → principal causa de morte durante a gravidez.
- Países Ocidentais: cardiopatia congénita (75-82%).
- Países Orientais: doença valvular reumática (56-89%).

• Em Viena (2011-2014)

- ✓ Taxa de admissão UCIs → 6,4 por 1000 partos
- ✓ Corresponde a 1 internamento por 156 partos
- ✓ Taxa de mortalidade 5%

Fonte: European Society of Cardiology 2018

4

## DADOS HOSPITAL SANTA MARTA

# 515

Grávidas

# 965

Gravidezes

Fonte: Moreira et al., 2014

5

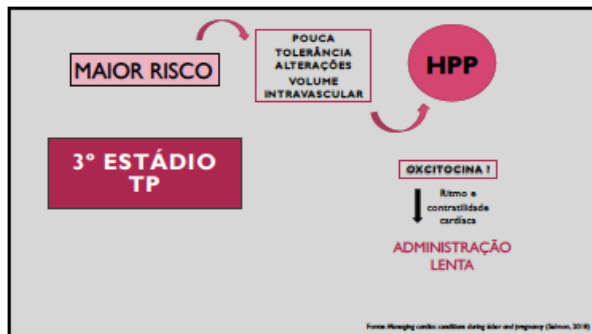
## DADOS HOSPITAL SANTA MARTA

PREGNANCY OUTCOMES		CONGENITAL CARDIAC LESIONS	
	PATIENTS (n = 515)		PREGNANCIES (n = 965)
Maternal death	37 (7.18%)	Single aortic bicuspid	33 (3.4%)
Stillbirth	8 (1.55%)	Right ventricular bicuspid	37 (3.8%)
Delivered preterm	22 (4.27%)	Left ventricular bicuspid	31 (3.2%)
Small for gestational age*	32 (6.21%)	Partial aortic valve	39 (4.0%)
Caesarian delivery	148 (28.7%)	Transposition of the great arteries	38 (3.9%)
Congenital cardiac anomaly of fetus	41 (7.96%)	Septal defect	38 (3.9%)
		Others	30 (3.1%)

Fonte: Moreira et al., 2014

6





13

**PÓS-PARTO**

- PERÍODO DE MAIOR VULNERABILIDADE
- REDISTRIBUIÇÃO DO DÉBITO CARDÍACO APÓS DEQUITADURA
- 23% DESENCADIAM HPP (Caulfield et al., 2017)
- PERDAS HEMÁTICAS VAI DEPENDER DA RAPIDEZ DA SEPARAÇÃO DA PLACENTA DO ÚTERO
- **PREVENÇÃO:** administrar uterotônicos ao mesmo tempo ou assim que sair o ombro anterior do bebê → realizar tração do cordão → clampagem precoce (Delmon, 2018; Anders Anderson & Saltes, 2007)
- **HIPOCOAGULAÇÃO** → HNF conforme protocolo
- **IMPORTANTE NAS VALVULOPATIAS** → Monitorizar INR (Peters, 2012)

14

**CONCLUSÃO**

**RESEARCH**

15

**MUITO OBRIGADO!**

16

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Caulfield, M., Cou, H., Gatzert, H., Nelson-Piercy, C., O'Brien, E., Rana-Hassanali, M., Thomas, S., Wilton, J. & Johnson, M. R. (2017) The management of labor in women with cardiac disease: need for more evidence. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 137(10), 1447-1447. doi:10.1016/j.ijog.2017.08.014
- D'Souza, R., Sermer, M., Shrivastava, C. (2017) The management of the cardiac patient in labour: perinatal care concerns. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 137(10), 1447-1447. doi:10.1016/j.ijog.2017.08.014
- Gaudin, P.R., Peltis, A., Kubitza, A. & Karim, M. (2011) *A Practical Approach to Anaesthesia for Emergency Surgery*. Jones Brothers Publishers, New Delhi, India.
- Kalla, M., Johnson, M. R. & Gatzert, H. A. (2018) The new approach to pregnancy and congenital heart disease. *Cardiology Clinics*, 24(4), 547. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596318300004>
- Proulx, V.A., Rabeles, J., Patisso, L., Campos, A., Borges, A., Ferreira, R. C. (2014) Evaluation of pregnancy outcomes in women with congenital heart disease: a specialized centre experience. *CCP Congress*. Lisbon.
- Proulx, V.A., Rabeles, J., Patisso, L., Campos, A., Borges, A., Ferreira, R. C. (2015) Ten years' experience of pregnancy outcomes in women with cardiac malformations: are valve prosthesis crucial? *The Journal of Heart Valve Disease*, 24(1), 1-7.
- Payer, F. G. (2012) The pregnant woman with heart disease: management of pregnancy and delivery. *Netherlands Heart Journal*. Monthly Journal of the Netherlands Society of Cardiology and The Netherlands Heart Foundation, 22(1), 19-37. <https://doi.org/10.1007/s12471-012-0000-0>
- Raguez, Zepner, V., Bommers, L. C., Bergt, C., Olfers, R., Ferreira, R., Finken, J. M. et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 2016, 37(34), 2763-2784.
- REGULAMENTO nº 39/2019 Regulamento das Competências específicas do enfermeiro pediátrico em saúde materna e obstétrica "D.A. 13/16" (2019). 85-89.
- Saltes, N. Managing cardiac conditions during labor and pregnancy (2018).
- Shun, K., Gupta, V., Cavallaro, M., Dune, B. J., Shah, B. Early planning and pregnancy management in adults with congenital heart disease. *Progress in cardiovascular disease*, 61 (2019) 338-346. doi:10.1016/j.pcad.2018.08.001.
- The Jaeger Briggs Institute (2017) *Jaeger Briggs Institute Reference Manual 2017*. Australia: The Jaeger Briggs Institute.

17

**Apêndice XI** – “Intervenções do EEESMO na mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto”. Artigo publicado nas atas das *Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia*. “*E quando a obstetrícia tem patologia?*” organizadas pela Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Lisboa, outubro de 2019.

Ruiz, J. & Félix, S. M. T. (2019, outubro). Intervenções do EEESMO na mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto. In *Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica: “E quando a obstetrícia tem patologia?”: Atas das Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*, Lisboa, (63-67).

## Intervenções do EESMO na mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto.

\*Ruiz, J. & \*\*Félix, S. M. T. (2019)

\*Enfermeiro Serviço de Cardiologia Pediátrica Hospital Santa Marta CHULC.

\*\*Professora Adjunta Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL.

### RESUMO

Com os avanços na gestão das cardiopatias tem havido um aumento crescente de mulheres que atingem a idade reprodutiva. A gravidez aumenta a demanda de hormonas e, traz consequentemente uma repercussão nos sistemas cardiovascular e respiratório. Dependendo da patologia e dos tratamentos pelos quais a mulher foi ou está submetida, essas alterações hemodinâmicas, podem resultar em riscos de eventos cardiovasculares maternos e de morbidade/mortalidade materno-fetal. Surge a importância de uma abordagem abrangente das mulheres com diagnóstico de cardiopatia, envolvendo o planeamento pré-natal, além dos cuidados diligentes no período do peri-parto, parto e pós-parto<sup>10</sup>. O período pós-parto, é uma fase de reajustamento físico, pelo que existe um risco acrescido de complicações, exigindo uma vigilância e cuidados especializados sensíveis. Foram realizadas uma pesquisa bibliográfica geral e uma Revisão *Scoping* tendo-se incluído um total de 5 artigos após aplicação dos critérios de inclusão. Os resultados falam sobre a importância da criação de equipas multidisciplinares que incluam o enfermeiro obstetra. A criação de planos de partos individualizados para cada grávida/parturiente, a formação continuada e a importância da intervenção do enfermeiro obstetra dentro das equipas são os pontos-chave.

**Palavras-chave:** parturiente, cardiopatia, intervenções, enfermeiro obstetra, trabalho de parto.

### RESUMEN

Los avances en la gestión de las cardiopatías tienen como consecuencia un aumento en el número de mujeres que alcanzan la edad fértil. El embarazo aumenta la demanda de hormonas con repercusión en los sistemas cardiovascular y respiratorio. Dependiendo del tipo de patología y de los tratamientos a los que la mujer fue o ha sido sometida, estas alteraciones hemodinámicas pueden acarrear riesgos de procesos cardiovasculares maternos y de mortalidad/morbilidad materno-fetal. Por este motivo es importante tener una visión global de estas mujeres con diagnóstico de cardiopatía, envolviendo la planificación prenatal además de los cuidados diligentes en el periodo periparto, parto y posparto<sup>10</sup>. El posparto es una fase de reajuste físico por lo que existe un aumento del riesgo de complicaciones. Estas mujeres necesitan de una vigilancia y de cuidados especializados. Se realizó una pesquisa bibliográfica general y una Revisión *Scoping* donde se incluyó un total de 5 artículos después de aplicar los criterios de inclusión. Los resultados hablan sobre la importancia de la creación de equipos multidisciplinares que incluyan al enfermero obstetra. La creación de planos de partos individualizados para cada embarazada/parturienta, la



formación continuada y la importancia de la intervención del enfermero obstetra dentro de los equipos, son los puntos clave.

**Palabras clave:** parturienta, cardiopatía, intervención, enfermero obstetra, trabajo de parto.

## INTRODUÇÃO

Tendo em conta os avanços na gestão das cardiopatias, tem havido um aumento crescente de mulheres que atingem a idade reprodutiva. As gravidezes nos últimos anos reprodutivos (idades de 40-50 anos) estão mais frequentemente associadas a uma prevalência crescente de fatores de risco cardiovascular, especialmente diabetes, hipertensão e obesidade. Nos países ocidentais, a doença cardíaca materna é a principal causa de morte durante a gravidez. Os problemas hipertensivos são os distúrbios cardiovasculares mais frequentes, ocorrendo em 5-10% de todas as gestações. Entre as outras doenças, a cardiopatía congénita é a DCV (doença cardiovascular) mais frequente durante a gravidez no mundo ocidental (75-82%). A doença valvular reumática predomina nos países não ocidentais que compreendem 56-89% de todas as DCV na gravidez<sup>7</sup>.

A gravidez aumenta a produção hormonal e traz consequentemente uma repercussão nos sistemas cardiovascular e respiratório. Dependendo da patologia e dos tratamentos pelos quais a mulher foi ou está submetida, essas alterações hemodinâmicas, podem resultar em riscos de eventos cardiovasculares maternos e de morbilidade/mortalidade materno-fetal. Os internamentos nas Unidades de Cuidados Intensivos Periparto tiveram um aumento em mulheres que sofrem de condições sérias pré-existentes, que são mais velhas e apresentam múltiplas comorbilidades, como também as cardiopatias congénitas. Segundo dados da *European Society of Cardiology* (2018), a taxa de admissão nas UCIs foi de 6,4 por 1000 partos, correspondendo a um internamento por 156 partos em Viena durante 2011-2014. Também foi observada uma taxa de mortalidade de 5%. As cardiomiopatias são raras, mas representam causas graves de complicações cardiovasculares na gravidez.

Em Portugal, um estudo de 2014 do Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Marta, com uma amostra de 515 mulheres com cardiopatía congénita, que experimentaram um total de 965 gravidezes, revelou que: a gravidez é bem tolerada com resultados satisfatórios na maioria das mulheres e que ainda é necessário uma avaliação abrangente para facilitar um aconselhamento adequado à grávida com respeito a questões de segurança e planeamento dos cuidados pré-natais<sup>5</sup>. Em 2015, foi publicado outro estudo do Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Marta em conjunto com a Maternidade Alfredo da Costa. A amostra era de 84 mulheres grávidas com doença valvular (23 tinham prótese valvular e 61 outra patologia valvular). Foram avaliados os resultados cardíacos, obstétricos e neonatais, chegando-se a conclusão de que, com um adequado atendimento multidisciplinar, a gravidez é bem tolerada em mulheres com esta patologia cardíaca. No entanto, a presença de uma prótese cardíaca é ainda uma condição desafiadora associada a uma elevada morbilidade materna e fetal<sup>6</sup>.

Assim, é importante a implementação de uma abordagem abrangente das mulheres com diagnóstico de cardiopatia, envolvendo o planeamento pré-natal, além dos cuidados diligentes no período do peri-parto, parto e pós-parto<sup>10</sup>. O período pós-parto, é uma fase de reajustamento físico, pelo que existe um risco acrescido de complicações. Estas mulheres necessitam de uma vigilância e de cuidados especializados sensíveis. O EESMO tem um papel importante na integração destas equipas multidisciplinares – ao atuar como perito numa área clínica desafiadora – ao promover o autocuidado e educação para a saúde destas mulheres, ao intervir no controlo dos riscos e perante complicações associadas e ao poder intervir como elemento de ligação entre os vários profissionais da equipa multidisciplinar.

#### MATERIAL E MÉTODO

A informação foi extraída de uma pesquisa bibliográfica geral e de uma Revisão *Scoping*, esta última realizada de forma a mapear a melhor evidência científica disponível. A pesquisa foi realizada utilizando as seguintes palavras-chave: parturiente, cardiopatia, intervenções, enfermeiro obstetra, trabalho de parto. Na pesquisa inicial na base de dados *CINAHL* obtiveram-se 6 resultados, na *MEDLINE* obtiveram-se 10 resultados e não se encontraram resultados na base de dados *COCHRANE Database Systematic Reviews*. Foram incluídos ainda 4 artigos da "literatura cinzenta" pelo que deu um total de 20 artigos. Foram incluídos artigos escritos em Inglês, Português e Espanhol, de carácter quantitativo e qualitativo, revisões sistemáticas da literatura, revisões da literatura, revisões *scoping* e artigos relevantes de opinião de peritos. Os critérios de exclusão foram idioma de publicação que não se enquadre nos anteriormente mencionados, ano de publicação entre 2000-2019 e artigos fora do contexto hospitalar. Após aplicação dos critérios foram selecionados 5 artigos. A extração e análises dos dados foi feito segundo *The Joanna Briggs Institute*.

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dos resultados analisados, verificou-se os seguintes pontos chave: a importância da criação de equipas multidisciplinares que incluam o enfermeiro obstetra. A criação de planos de partos individualizados para cada grávida/parturiente, a formação continuada e a importância da intervenção do enfermeiro obstetra dentro das equipas.

Embora a vigilância da gravidez, gestão do trabalho de parto e pós-parto em mulheres com cardiopatia tem escassa evidência científica, melhores resultados podem ser assegurados com a criação de equipas multidisciplinares compostas não só por obstetras, cardiologistas e anestesistas, mas também enfermeiros obstetras, bem como através da realização de um plano de parto centralizado na mulher com cardiopatia. A criação do plano de parto deve ter em conta as necessidades fisiológicas da grávida/parturiente, o seu ajustamento ao período da gravidez, a avaliação obstétrica, o controlo de complicações e de riscos associados. Pode incluir as suas preferências e opções, de acordo com a sua situação clínica - contacto e vinculação com o recém-

nascido e participação da pessoa significativa, entre outras intervenções. Esta área de cuidados exige uma atualização e formação continuada dos enfermeiros obstetras, em termos da mais recente evidência científica, das intervenções clínicas e cuidados a serem realizados a nível do controlo da patologia, na promoção da saúde e bem-estar destas utentes. Devem ser incentivadas as formações em serviço na equipa multidisciplinar e nos pares de enfermagem, para a existência de equipas treinadas. O enfermeiro obstetra tem um papel importante na integração destas equipas multidisciplinares – ao promover o autocuidado e a educação para a saúde destas mulheres, ao intervir no controlo dos riscos e perante complicações associadas e ao poder intervir como elemento de ligação entre os vários profissionais da equipa multidisciplinar. Contribui e atua no momento do parto, integrado na equipa para os melhores resultados possíveis para a mulher e recém-nascido. No 1º estágio do TP (trabalho de parto) o enfermeiro obstetra é um componente crucial da equipa multidisciplinar especialmente em situações de risco<sup>9</sup>. O débito cardíaco está altamente influenciado pela posição da parturiente com cardiopatia pelo que deverá estar posicionada em decúbito lateral esquerdo. A Síndrome de Hipotensão Supina pode diminuir o débito cardíaco em 30-40%<sup>3</sup>. O 2º estágio de TP tem como objetivo que o bebé nasça com o menor esforço cardíaco possível. Podem ainda ocorrer isquemia do miocárdio como consequência da taquicardia provocada pelos esforços expulsivos, pelo que o parto assistido com fórceps ou ventosas deverá ser considerado<sup>9</sup>. O 3º estágio do TP é o estágio de maior risco para estas utentes devido a pouca tolerância nas alterações do volume intravascular. A hemorragia pós-parto (HPP) é comum nestas utentes. O uso de oxitocina para controlar a hemorragia é controverso e terá que ser relacionado com o risco-benefício pois a oxitocina diminui o ritmo e a contratilidade cardíaca. Quando administrada, terá que ser lentamente<sup>9</sup>. O enfermeiro obstetra realiza vigilância clínica do período pós-parto imediato/patológico e apoia o desenvolvimento de competências maternas/parentais, bem como o ajustamento materno no pós-parto. O pós-parto imediato é o período de maior vulnerabilidade para a maioria das mulheres com cardiopatia devido à redistribuição do débito cardíaco após a expulsão da placenta. Segundo Cauldwell et al. (2017) 23% das parturientes com cardiopatia desencadeiam HPP. As perdas hemáticas vão depender da rapidez com que a placenta se separa do útero<sup>9</sup>. Para Salmon (2018), citando a Anderson & Etches (2007) a melhor forma de prevenir a HPP consiste em administrar uterotónicos ao mesmo tempo ou tão rápido como sai o ombro anterior do bebé, realizar a tração controlada do cordão e, normalmente, a clampagem precoce do cordão.

## CONCLUSÃO

As intervenções do enfermeiro obstetra em mulheres com cardiopatia é uma temática muito pouco explorada, mesmo na perspetiva internacional, pelo que se torna importante a realização de estudos que contribuam na criação de conhecimento para desta forma aumentar a evidência científica na vigilância da gravidez, gestão do parto e cuidados no período pós-parto.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cauldwell, M., Cox, M., Gatzoulis, M., Nelson-Piercy, C., O'Brien, P., Roos-Hesselink, J. W., Thorne, S., Walker, F. & Johnson, M. R. (2017). The management of labour in women with cardiac disease: need for more evidence? *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1307-1309. Doi:10.1111/1471-0528.14547
2. D'Souza, R., Sermer, M., Silversides, C. (2017). The management of the cardiac patient in labour: primum non nocere. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 13010. Doi: [10.1111/1471-0528.14632](https://doi.org/10.1111/1471-0528.14632)
3. Gandhi, M.M Malde, A., Kudalkar, A. & Karnik, H. (2011). A Practical Approach to Anesthesia for Emergency Surgery. Jaypee Brothers Publishers, New Delhi, India.
4. Kafka, H., Johnson, M. R., & Gatzoulis, M. A. (2006). The team approach to pregnancy and congenital heart disease. *Cardiology Clinics*, 24(4), 587. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17098513&site=ehost-live&scope=site>
5. Monteiro, V. A., Rebelo, J., Patricio, L., Campos, A., Borges, A., Ferreira, R. C. (2015). Ten years' experience of pregnancy outcomes in women with cardiac valvulopathies: are valve prostheses worst? *The Journal of Heart Valve Disease* (2015).
6. Pieper, P. G. (2012). The pregnant woman with heart disease: management of pregnancy and delivery. *Netherlands Heart Journal: Monthly Journal Of The Netherlands Society Of Cardiology And The Netherlands Heart Foundation*, 20(1), 33-37. <https://doi.org/10.1007/s12471-011-0209-y>
7. Regitz-Zagrosek, V., Blomstrom L. C., Borghi, C., Cifkova, R., Ferreira, R., Foldart, J. M., et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force on the Management of Cardiovascular Disease during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* (2018), 3165-3241.
8. REGULAMENTO nº 391/2019. Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. "D.R. II Série" (2019-05-03).
9. Salmon, N. Managing cardiac conditions during labor and pregnancy (2018).
10. Shum, K., Gupta, T., Canobbio, M., Durst & J., Shah, B. Family planning and pregnancy management in adults with congenital heart disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 61 (2018) 336-346. Doi: 10.1016/j.pcad.2018.08.001.
11. The Joanna Briggs Institute (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2017*. Australia: The Joanna Briggs Institute.

**Apêndice XII** – *Power Point* da Sessão do Curso de Preparação para o parto  
“Preparação para o parto e parentalidade: alterações emocionais na gravidez.  
Conjugalidade e parentalidade. A sexualidade durante a gravidez”.

# PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NA GRAVIDEZ  
CONJUGALIDADE / PARENTALIDADE  
SEXUALIDADE DURANTE GRAVIDEZ

1

## OBJETIVOS

- ENUMERAR AS ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS E FISIOLÓGICAS DURANTE A GRAVIDEZ
- DIFERENCIAR A CONJUGALIDADE E A PARENTALIDADE
- DESMITIFICAR A SEXUALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ

2

### ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NA GRAVIDEZ

Se encarmos a **adaptação à maternidade** como um período de crise, reconhecemos que este constitui um momento especial de mudança psicológica para a própria **grávida** e para o **companheiro**.

Curso Preparação para o Parto e Parentalidade, ICF Lda, 2017

3

### ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NA GRAVIDEZ

O nascimento dos pais não acontece num momento definido, não existe o instinto paternal que em dado momento é ativado, nem aparece apenas quando o bebé nasce.

Curso Preparação para o Parto e Parentalidade, ICF Lda, 2017

4

### A GRAVIDEZ

- A gravidez é uma **transformação** que faz parte do processo evolutivo do ser humano.
- Durante os **9 meses**, além do desenvolvimento fisiológico do bebé, o casal se prepara para a chegada do filho.

Curso Preparação para o Parto e Parentalidade, ICF Lda, 2017

5

### O 1º TRIMESTRE: Alterações fisiológicas

- ▶ Cansaço, fadiga, sono (efeito da progesterona em circulação).
- ▶ Enjoo matinal, náuseas, vômitos.
- ▶ Micções mais frequentes (efeito da progesterona em circulação).
- ▶ Aumento das secreções vaginais.
- ▶ Aumento de peso.
- ▶ Aumento do volume mamário, escurecimento da aréola e aparecimento de pequenas veias azuis (aumento da irrigação sanguínea do seio).

Curso Preparação para o Parto e Parentalidade, ICF Lda, 2017

6

## O 1º TRIMESTRE: Alterações psicológicas

- ▶ Viabilidade da gravidez (12 semanas).
- ▶ Ambivalência de sentimentos relacionada com a incerteza de desejar estar grávida, mesmo em gravidezes planeadas.
- ▶ Medo de perder o bebé.
- ▶ Sensação de que a gravidez não é real e de não estar grávida.

Curso Preparação para o Parto e Pós-Parto, ICFE Lige, 2017

7

## O 1º TRIMESTRE: Alterações psicológicas

MÃE	PAI
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Instabilidade emocional.</li> <li>▶ Manter-se ambivalente de sentimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sentimento de irrealidade em relação ao feto (sinais físicos de gravidez ainda não são evidentes).</li> <li>▶ Sentimento de exclusão mesmo quando o feto é desejado (foco de atenção: mãe e filho).</li> <li>▶ Clómes.</li> </ul>


Quanto mais conscientes estiverem desta ambivalência de sentimentos mais facilmente ultrapassam esta fase.

Curso Preparação para o Parto e Pós-Parto, ICFE Lige, 2017

8

## O 2º TRIMESTRE: Alterações fisiológicas

- ▶ Cansaço/fadiga.
- ▶ Dores de cabeça e hipotensão.
- ▶ Prisão/obstipação (diminuição dos movimentos peristálticos).
- ▶ Aumento mamário (produção de leite).
- ▶ Aumento da secreção vaginal/formação do rolhão mucoso.
- ▶ Hiperpigmentação da pele da face (cloasma gravídica), linha branca e da areola.
- ▶ Aumento das estrias.
- ▶ Cãibras e lombalgias.



Curso Preparação para o Parto e Pós-Parto, ICFE Lige, 2017

9

## O 2º TRIMESTRE: Alterações psicológicas

- ▶ Instabilidade emocional tende a diminuir.
- ▶ Diminuem os desconfortos e o risco de aborto.
- ▶ Esquecimentos frequentes (a gravidez torna-se preocupação principal tomando as outras coisas irrelevantes).
- ▶ Primeiros movimentos do bebé e auscultação do seu coração → torna a gravidez "real".
- ▶ É normal sentir-se "gorda" até o corpo apresentar as formas de grávida.

Curso Preparação para o Parto e Pós-Parto, ICFE Lige, 2017

10

## O 2º TRIMESTRE: Alterações psicológicas

MÃE	PAI
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Imagina as traças do bebé, atribui personalidade e inicia comunicação em resposta aos sinais emitidos pelo feto.</li> <li>▶ Ecografia permite adaptar o "bebé imaginado" ao "bebé real".</li> <li>▶ Grávida mais confiante.</li> <li>▶ Se estiver deprimida: baixa autoestima, expressa sofrimento ou compensa na alimentação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Gravidez torna-se mais "real" (pode sentir o bebé na barriga da mãe).</li> <li>▶ Atribui características de personalidade ("vai ser futebolista").</li> <li>▶ Maior interesse pelo bebé: procura informação, acompanha as consultas, ecos, curso, preparação do enxoval e quarto do bebé.</li> <li>▶ Surgem preocupações financeiras.</li> </ul>

Curso Preparação para o Parto e Pós-Parto, ICFE Lige, 2017

11

## O 3º TRIMESTRE: Alterações fisiológicas



Curso Preparação para o Parto e Pós-Parto, ICFE Lige, 2017

12

## O 3º TRIMESTRE

### Alterações psicológicas

**A grávida poderá:**

- ▶ Vivenciar instabilidade emocional quando as pessoas lhe perguntam pelo nascimento.
- ▶ Sentir-se impaciente com o final da gravidez.
- ▶ Vivenciar sentimento de solidão por vir a separar-se do seu bebé.
- ▶ Sentir urgência em ter tudo pronto.
- ▶ Sentir-se preocupada com o trabalho de parto e o bebé.

↓

**SONHOS E PESADELOS MAIS COMUNS**

Curso Preparação para o Parto e Puericultura, ICSF Lagoa, 2017

13

## O 3º TRIMESTRE: Alterações psicológicas


MÃE	PAI
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Marcada pela contradição: expectativa para conhecer o bebé real vs ansiedade.</li> <li>▶ Medo do parto.</li> <li>▶ Recelos com a saúde do bebé</li> <li>▶ Pode dar lugar a sonhos assustadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reorganiza a identidade como pai e abandona estilos de vida independentes (adota responsabilidades).</li> <li>▶ Tende a analisar o relacionamento com o próprio pai.</li> <li>▶ Assume o papel de cuidador.</li> <li>▶ Prepara-se para conhecer o bebé real.</li> </ul>

Curso Preparação para o Parto e Puericultura, ICSF Lagoa, 2017

14

## SE SENTIR...

- ▶ Alterações marcadas do sono ou apetite;
- ▶ Fadiga extrema;
- ▶ Grande ansiedade ou irritabilidade;
- ▶ Dificuldades de concentração;
- ▶ Uma grande tristeza ou grandes oscilações do humor.




Curso Preparação para o Parto e Puericultura, ICSF Lagoa, 2017

15

## PARENTALIDADE

Envolve o assumir a responsabilidade do exercício afetivo do papel parental; o otimizar o crescimento e desenvolvimento da criança; integrar a criança na família e o agir de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai.




Némi, 2016.

16

## TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

**IMPLICA:**

- ▶ A nível **individual** → a revisão dos papéis da infância e dos modelos de interação observados com e entre os pais;
- ▶ A nível do **casal** → a reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e a preparação para a tarefa conjunta de cuidar do bebé.



Curso Preparação para o Parto e Puericultura, ICSF Lagoa, 2017

17



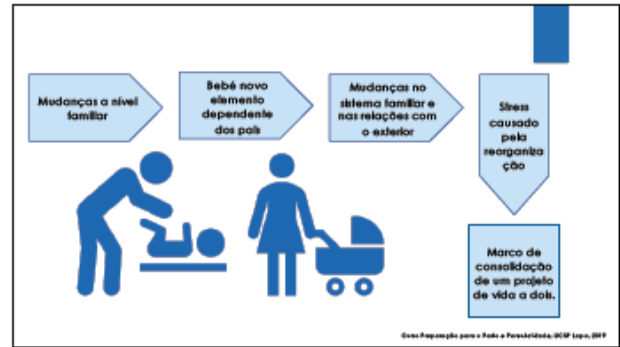
Curso Preparação para o Parto e Puericultura, ICSF Lagoa, 2017

18





19



20

### CHECK LIST ✓

- ▶ Aceite ajuda sem hesitar
- ▶ Descanse sempre que precisar; faça uma sesta
- ▶ Alimente-se bem e beba bastante água
- ▶ Faça exercício: caminhadas, hidroginástica, yoga para grávidas, etc.
- ▶ Mantenha a sua vida sexual ativa (exceto se desaconselhado pelo seu médico)
- ▶ Converse com o seu companheiro, família ou amigos de confiança
- ▶ Partilhe as suas dúvidas e preocupações.

Com Preparação para o Fato e Possibilidade, ICF Lupa, 2017

21

### CONJUGALIDADE

- ▶ Refere-se à **díade conjugal** e constitui um espaço de apoio ao desenvolvimento familiar;
- ▶ Tudo inicia-se com a **formação do casal**;
- ▶ Compromisso de relação estável e duradora → complementa-se e adaptam-se reciprocamente

Fra (2002), citada por (2004)

22

### CONJUGALIDADE

Fra, 2004

23

### SEXUALIDADE

- ▶ Energia que nos motiva para encontrar o amor, o contacto, a ternura e a intimidade que se integram no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual ao mesmo tempo sexual.

2004, 2005

24

## SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

- ▶ A gravidez é uma fase da vida da mulher em que ocorrem, de forma acelerada, **modificações corporais e emocionais** diversas.
- ▶ Surgem muitos **medos e inseguranças** em muitas áreas, sobre tudo na sexualidade.
- ▶ Abordar a sexualidade não é fácil (por questões sociais, educacionais, culturais, religiosas, etc.) → **dificuldade em verbalizar e em vivenciar.**

2014, 2015

25

## ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS

### MULHER

- ▶ É mulher, **companheira e amante;**
- ▶ **Consolidação** de um sentimento de controle sobre o próprio corpo;
- ▶ **Integração** de sucessivas alterações da imagem corporal num curto período de tempo;
- ▶ **Necessidade** de **autocuidado** e de permanecer desejável;
- ▶ **Reconhecimento** da **multiplicidade** de sensações íntimas possíveis (toques, carícias, beijos, estimulação dos seios e do clítoris).

### HOMEM

- ▶ **Necessidade** de **compreensão** de todas as alterações **físicas e estéticas** da sua parceira;
- ▶ Pode apresentar **expectativa** ou **receio** quanto à **gravidez** da mulher, ao parto, e à criação do filho;
- ▶ Pode sentir **medo** de **magoar** o bebê durante o ato sexual, embora este se encontre bem protegido pelo útero e pelas membranas que o envolvem;
- ▶ **Necessidade** de **ser amado e compreendido** no seio da **traição conjugal.**

Curso Preparação para o Parto e Pós-parto, 2017, 2018, 2019

26

## SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

### MITOS E CRENÇAS

As mulheres perdem o desejo e o prazer sexual.  
O sexo oral e a penetração estão contraindicados.

O orgasmo pode provocar contrações que levam ao parto pré-termo.

As relações sexuais na última semana da gravidez estão contraindicadas.

### VERDADES CIENTÍFICAS

As mulheres encontram múltiplas formas de obter e oferecer prazer.  
O sexo oral, a penetração, as carícias, os beijos, os abraços, são formas de consolidar a afetividade do casal.

As contrações orgânicas são normais, reforçam o pavimento pélvico e estimulam a irrigação sanguínea.

Se a gravidez já atingiu o seu termo, a penetração e o contato do esperma com o colo do útero poderão acelerar o início do trabalho de parto.

Curso Preparação para o Parto e Pós-parto, 2017, 2018, 2019

27

## SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

### O QUE É EXPECTÁVEL?

PRAGA E LO-MBAIJAIS

PRIS (prazeres & erotizantes)

SADA DE COLUSTRO (PT)

OBSTIPAÇÃO

DOR durante penetração

FERIDAS HEMORRAGIAS

AUMENTO INCRÉDULO VAGINAS

AUMENTO VOL. MAMÁRIO

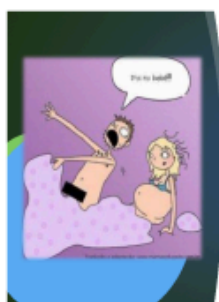
Menor excitabilidade e sensibilidade (disconforto)

PRAGA (PRONUNCIADA DE ÚTERO) (PT)

PRAGA (PRONUNCIADA DE ÚTERO) (PT)

2014, 2015

28



- ▶ Não tenha receio de magoar o bebê, ele está protegido pelo líquido amniótico e pelo útero;
- ▶ O orgasmo beneficia o útero preparando-o para o parto;
- ▶ Adote posições que não exerçam pressão sobre o abdômen.

Curso Preparação para o Parto e Pós-parto, 2017, 2018, 2019

29



CREATIVIDADE

2017, 2018, 2019

30



**Apêndice XIII** – Sessão de Formação *Webinar*: “Intervenções do EEESMO à mulher com cardiopatia: um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto”. Formação em contexto de formação de serviço através da plataforma *Microsoft Teams* e planeamento da sessão

## INTERVENÇÕES DO EESMO À MULHER COM CARDIOPATIA

Um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto

1

## OBJETIVOS

- APRESENTAR O ESTADO DA ARTE SOBRE AS INTERVENÇÕES DO EESMO À MULHER COM CARDIOPATIA.
- ENUMERAR AS INTERVENÇÕES DO EESMO À MULHER COM CARDIOPATIA NO PERÍODO PRÉ-NATAL, PERINATAL E PÓS-PARTO.

2

## ENQUADRAMENTO

- AVANÇOS NA GESTÃO DAS CARDIOPATIAS
- MAIOR N.º DE MULHERES ALCANÇAM IDADE REPRODUTIVA
- GRAVIDEZ INCREMENTEA A RESPOSTA HORMONAL
- SOBRECARGA DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIO

↓

RISCO DE MORBILIDADE E MORTALIDADE MATERNO-FETAL

Fonte: Shum et al., 2018

3

## ENQUADRAMENTO

- Doença cardíaca materna → principal causa de morte durante a gravidez.
- Países Ocidentais: cardiopatia congénita (75-82%).
- Países Orientais: doença valvular reumática (56-89%).
- Em Viena (2011-2014)
  - ✓ Taxa de admissão UCIs → 6,4 por 1000 partos
  - ✓ Corresponde a 1 internamento por 156 partos
  - ✓ Taxa de mortalidade 5%

European Society of Cardiology (ESC), 2018

4

## DADOS HOSPITAL SANTA MARTA

<h1 style="font-size: 2em;">515</h1> <h2 style="font-size: 1.5em;">Grávidas</h2>	<h1 style="font-size: 2em;">965</h1> <h2 style="font-size: 1.5em;">Gravidezes</h2>
--	--

Fonte: Monteiro et al., 2014

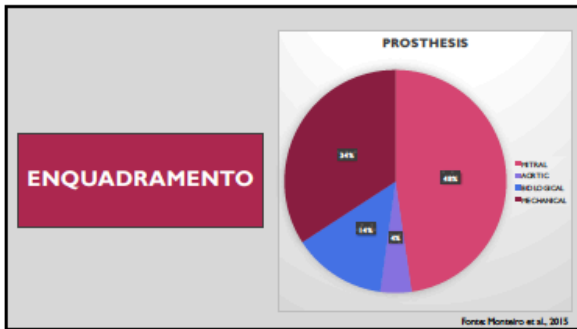
5

## DADOS HOSPITAL SANTA MARTA

PREGNANCY OUTCOMES	PATIENTS (n = 515)	CONGENITAL CARDIAC LESIONS	PREGNANCIES (n = 965)
Miscarriage	37 (7,18)	Single aortic lesion	22 (6,2)
Stillbirth	8 (1,55)	Right ventricle obstructive lesion	187 (11,7)
Delivered preterm	22 (4,27)	Left ventricle obstructive lesion	8 (0,8)
Small for gestational age	32 (6,31)	Aortic/aorticobstructive defect	31 (3,2)
Cesarean delivery	148 (28,7)	Pulmonary/aortic right ventricle	129 (13,2)
Congenital cardiac anomaly of fetus	41 (7,96)	Transposition of the great arteries	26 (5,1)
		Complex CHD	36 (3,5)
		Others	32 (3,2)

Fonte: Monteiro et al., 2014

6



7

**QUAL A INTERVENÇÃO DO EESMO?**

8

**CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR**

9



10

**RISCO DE COMPLICAÇÕES CV MATERNAS**

- Patologia de base
- Função valvular e ventricular
- Classificação funcional
- Presença de cianose
- Pressão arterial pulmonar
- Comorbilidades

**RISCO DE COMPLICAÇÕES CV MATERNO-FETAIS**

- 10-30% mulheres com cardiopatias
- 1-4% mortalidade neonatal
- Identificados preditores de complicações materno-fetais

NSC - Faculdade de Medicina

11

**ADAPTAÇÕES CARDIOVASCULARES**

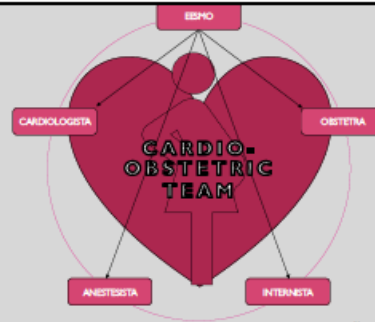
Parameter	Average change during pregnancy
Blood volume	↑ 35%
Cardiac output	↑ 40%-45%
Stroke volume	↑ 30%
Heart rate	↑ 15%-17%
Systemic vascular resistance	↓ 15%-21%
Mean arterial pressure	No significant change
Systolic blood pressure	↓ 3-5 mm Hg
Diastolic blood pressure	↓ 5-10 mm Hg
Central venous pressure	No significant change
Serum colloid oncotic pressure	↓ 14%
Hemoglobin	↓ 2.1 g/dL
O <sub>2</sub> consumption	↑ 50%
Right Ventricle (end diastole)	↑ 18%
Right Atrium*	↑ 19%
Left Ventricle (end diastole)	↑ 6%
Left Atrium*	↑ 12%

Galbraith et al., 2006

12

## QUAL A INTERVENÇÃO DO EESMO?

13



Hayes, Frederix & Chikwale, 2013

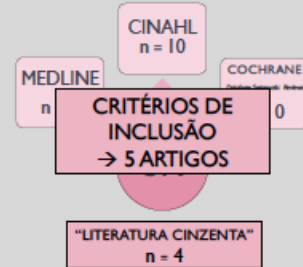
14

MEMBRO EQUIPA	INTERVENÇÕES
Medicina Materno-Fetal	1. Apresentação da utente 2. Apresentação dos problemas/preocupações obstétricas 3. Determinação gestão de TP e PP em segurança
Cardiologista	1. Apresentação da fisiopatologia cardíaca 2. Revisão dos estudos cardíacos com a equipa 3. Determinação uma gestão segura no TP e PP
Neonatalogia	1. Disponível para receber o RN na altura do parto
Banco de sangue	1. Ter disponível produtos
Obstetra	1. Disponível para realizar o parto
EESMO	1. Coordenação de enfermagem no parto e PP
Anestesiata	1. Plano de anestesia personalizado 2. Monitorização cardíaca
Enfermeiro BO	1. Coordenação do parto e monitorização cardíaca
Cirurgia cardio-torácica	1. Disponível quando risco elevado de cirurgia cardio-torácica
Perfusão especializada	1. Disponível quando risco elevado de paragem cardíaca

Hayes & Chikwale, 2013

15

## METODOLOGIA



16

## RESULTADOS

- CRIAÇÃO DE EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES (EESMO)
- CRIAÇÃO DE PLANO DE GESTÃO DO PARTO INDIVIDUALIZADOS
- FORMAÇÃO CONTINUADA
- IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO DO EESMO

17

## INTERNAMENTO HOSPITALAR

### PRÉ-NATAL

#### CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

- INFORMAR SOBRE COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS
- ASSESSORAR SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
- FACILITAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
- ENCAMINHAR ESTUDO GENÉTICO → 3-50% dependendo da patologia (pai)

#### CONSULTA DE ALTO RISCO

- VIGILÂNCIA DE COMPLICAÇÕES DURANTE GRAVIDEZ
- IDENTIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE RISCOS ASSOCIADOS À PATOLOGIA CARDIACA/GRAVIDEZ (pré-eclâmpsia, DM, etc)
- PROMOÇÃO DA DECISÃO ESCLARECIDA NO ÂMBITO DA IVG

18

## SALA DE PARTOS

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

19

PLANO DE PARTO COM AS INDICAÇÕES SOBRE:

- INDUÇÃO → 40 s
- GESTÃO DO TP
- VIGILÂNCIA PÓS-PARTO

### TIMING E TIPO DE PARTO

DAR CONHECIMENTO DO MESMO À EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

CST

VS

VAGINAL

- Sem benefícios maternos
- Menos risco de hemorragia, infeção, trombozes e embolismo

ESC Guielines, 2018

20

### PROFILAXIA ENDOCARDITE BACTERIANA

"IS NOT RECOMMENDED DURING VAGINAL OR CAESAREAN DELIVERY"

Ampicilina\* 2gr + Gentamicina 1.5 mg/kg  
1 hora antes do parto

ESC Guidelines, 2018

21

## INDUÇÃO TP

### MÉTODOS FARMACOLÓGICOS

- MISO PROSTOL 25 mcg → vasospasmo coronário e arritmias (f)
- DINOPIRISTONA 1-3 mg → hipotensão quando intravaginal
- OXITOCINA

### MÉTODOS MECÂNICOS

- ALGÁLIA → em grávidas com risco de hipotensão
- RASA

ESC Guidelines, 2018

22

### 1º ESTÁDIO TRABALHO DE PARTO (TP)

Síndrome Hipotensão Supina  
↓ débito cardíaco em 30-40%

↓

DLE

Managing cardiac conditions during labor and pregnancy (Delmon, 2018)

23

### 2º ESTÁDIO TP

OBJETIVO → Bebê nasce com o menor esforço cardíaco materno

↑ Fc

Esforços expulsivos

Isquemia miocárdio

FÓRCEPS

VENTOSAS

Managing cardiac conditions during labor and pregnancy (Delmon, 2018)

24





25

**PÓS-PARTO**

- PERÍODO DE MAIOR VULNERABILIDADE
- REDISTRIBUIÇÃO DO DÉBITO CARDÍACO APÓS DEQUITADURA
- 23% DESENCADIAM HPP (Caldwell et al., 2017)

**PERDAS HEMÁTICAS VAI DEPENDER DA RAPIDEZ DA SEPARAÇÃO DA PLACENTA DO ÚTERO**

**PREVENÇÃO:** administrar uterotônicos ao mesmo tempo ou assim que sair o ombro anterior do bebê → realizar tração do cordão → clampagem precoce (Gibson, 2016; Chanda Anderson & Baha, 2007)

**HIPOCOAGULAÇÃO → HNF conforme protocolo**

**IMPORTANTE NAS VALVULOPATIAS → Monitorizar INR** (Popeo 2012)

42.0. Identificar e avaliar o estado de coagulação da paciente antes da realização de procedimentos que envolvam risco de sangramento.  
42.1. Identificar o perfil de risco de sangramento, considerando o uso de medicamentos, a presença de alterações de coagulação e a história de procedimentos cirúrgicos e obstétricos.  
42.2. Quando indicada, realizar a administração de medicamentos para controle do sangramento.  
42.3. Quando indicada, realizar a administração de medicamentos para controle do sangramento.  
42.4. Quando indicada, realizar a administração de medicamentos para controle do sangramento.  
42.5. Quando indicada, realizar a administração de medicamentos para controle do sangramento.  
42.6. Quando indicada, realizar a administração de medicamentos para controle do sangramento.

26

**HIPOCOAGULAÇÃO**

**CST programada**

- HPP deve ser avaliada antes do parto
- Mulheres de alto risco HNF reiniciar 6h pp
- Mulheres de risco moderado → dose única de HNF 6h pp e reiniciar 12h depois

**Parto vaginal**

- Mulheres de risco moderado-alto → perfusão de HNF com dosamento de aPTT até 4-6 h antes da anestesia ou parto
- Reiniciar como no caso de CST programada (ESC Guidelines, 2018)

27

**Target INR for mechanical prostheses**

Prosthesis thrombogenicity	Patient-related risk factors	
	None	≥ 1
Low	2.5	3.0
Medium	3.0	3.5
High	3.5	4.0

ESC Guidelines, 2018

28

- CONCLUSÃO**
- criação de equipes de cardiologia obstétrica
  - importância do esmo dentro da equipe multidisciplinar
  - esmo com elemento de referência na consulta planejamento familiar
  - criação de planos de gestão de parto
  - importância do conhecimento das alterações HD na parturiente e na puérpera com cardiopatia
  - formação continuada
  - necessidade criação de conhecimento relacionado com as intervenções do esmo

29

**MUITO OBRIGADO!**

30

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caithwell, P., Cox, H., Gattsook, H., Nelson-Piercy, C., O'Brien, P., Ross-Hassall, J., W., Thorne, S., Walton, P. & Johnson, M. R. (2017). The management of labour in women with cardiac disease: need for more evidence! *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 130(7-8), 1447-1454.
- D'Souza, R., Jarman, M., Shrivastava, C. (2017). The management of the cardiac patient in labour: primus non nocere. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 130(5), 848. doi:10.1016/j.ijog.2016.12.040.
- Gandhi, M.H., Hahn, A., Kabbani, A. & Farvit, H. (2011). *A Practical Approach to Anaesthesia for Emergency Surgery*. Jaypee Brothers Publishers, New Delhi, India.
- Kalla, M., Johnson, M. R., & Gattsook, H. A. (2004). The men approach to pregnancy and congenital heart disease. *Cardiology Clinics*, 24(4), 547. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2004.07.004>
- Pinheiro, V. A., Rebelo, J., Patrício, L., Campos, A., Borges, A., Ferreira, R. C. (2014). Evaluation of pregnancy outcomes in women with congenital heart disease: a specialized centre experience. *CCP Congress*. Lisboa.
- Pinheiro, V. A., Rebelo, J., Patrício, L., Campos, A., Borges, A., Ferreira, R. C. (2013). Ten years' experience of pregnancy outcomes in women with cardiac malformations are rates promising enough. *The Journal of Heart Valve Disease* (2013).
- Pijnen, P. G. (2012). The pregnant woman with heart disease: management of pregnancy and delivery. *Netherlands Heart Journal Monthly Journal Of The Netherlands Society Of Cardiology And The Netherlands Heart Foundation*, 19(1), 33-37. <https://doi.org/10.1007/s12471-011-0200-0>.
- Regio-Zagmeel, Y., Bismatroun, I. C., Bergli, C., Ciferra, R., Ferreira, R., Feldner, J. M., et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force on the Management of Cardiovascular Disease during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* (2018), 39(18), 2143-2241.
- RESOLUÇÃO CMV Nº 79/2019 Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. "DS, 3ª Série" (2019-05-05).
- Salomon, N. Managing cardiac conditions during labor and pregnancy (2018).
- Shum, K., Gupta, T., Castellón, M., Dural, B. J., Shah, B. Family planning and pregnancy management in adults with congenital heart disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 61 (2018), 334-344. Doi:10.1016/j.pcad.2018.08.001.
- The Jaume Brigg Institute (2017). *Jaume Brigg Institute Reference Manual 2017*. Australia: The Jaume Brigg Institute.

## PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**FORMAÇÃO:** Intervenções do EEESMO à mulher com cardiopatia: Um olhar obstétrico transversal e no período pós-parto.

**FORMADOR:** Mestrando em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola de Enfermagem de Lisboa sob a orientação da Professora Teresa Félix e EEESMO Fátima Grácio.

**DESTINATÁRIOS:** Médicos e enfermeiros

**DATA:** 22-01-2021

**TEMPO PREVISTO:** 60 minutos

**HORÁRIO:** 10h

MÓDULOS	CONTÉUDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	TEMPO
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Justificação do tema</li> </ul>	Expositivo/Participativo	5 minutos
Incidência da cardiopatia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquadramento</li> </ul>		5 minutos
A mulher com cardiopatia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riscos cardiovasculares</li> <li>Adaptações cardiovasculares durante a gravidez</li> </ul>		5 minutos
O estado da arte: a intervenção do EEESMO na parturiente com cardiopatia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metodologia de pesquisa</li> <li>Resultados da evidência científica</li> </ul>		5 minutos
A intervenção do EEESMO na mulher com cardiopatia	<ul style="list-style-type: none"> <li>A intervenção pré-natal do EEESMO</li> <li>A intervenção de EEESMO durante o parto</li> <li>A intervenção do EEESMO no pós-parto</li> </ul>		20 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprendizagens desenvolvidas</li> <li>Esclarecimento de dúvidas</li> <li>Momento de partilha</li> <li>Referências bibliográficas</li> </ul>		10 minutos
Discussão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discussão sobre a gestão da vigilância da gravidez à mulher com cardiopatia em Portugal</li> </ul>		10 minutos

**Apêndice XIV** – *Power Point* da Sessão de Formação “A puérpera com cardiopatia”  
inserida no EC II Puerpério.

# A PUÉRPERA COM CARDIOPATIA

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Enfª Justo Ruiz

1

## OBJETIVO

- Partilhar com a equipa de enfermagem os resultados da pesquisa sobre a evidência científica na prestação de cuidados a puérpera com cardiopatia.

2

## CARDIOPATIAS

- "Nome genérico de todas as afeções do coração" (Garnier Delamare, p.189).

3

## CARDIOPATIAS MAIS FREQUENTES

- TETRALOGIA DE FALLOT**  
Doença cardíaca cianótica que é mais comum durante a gravidez (Blanchard & Shabetal, 2004). As anomalias que compõem a tetralogia de Falot são: comunicação interventricular (CIV), estenose pulmonar, cavalgamento da aorta sobre o septo interventricular e hipertrofia ventricular direita.
- DEFEITO DO SEPTO ATRIOVENTRICULAR (DSAV)**  
O defeito do septo atrioventricular consiste em defeito do septo atrial ostium primum e uma válvula AV comum, com ou sem defeito do septo ventricular (DSV) associado no fluxo de entrada.
- TRANSPOSIÇÃO DAS GRANDES ARTERIAS (TGA)**  
Ocorre quando a aorta se origina diretamente do ventrículo direito (VD) e a artéria pulmonar do ventrículo esquerdo (VE), resultando em circulações pulmonares e sistêmicas paralelas independentes, o sangue oxigenado não pode alcançar o corpo, exceto através de aberturas conectando os lados direito e esquerdo (p. ex., foramen oval aberto, DSV).

4

## CARDIOPATIAS MAIS FREQUENTES

- CARDIOPATIA REUMÁTICA**  
Normalmente a febre reumática surge subitamente, várias semanas após uma infeção faríngea a estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, tratada de forma inadequada. Os episódios de febre reumática geram uma reação autoimune no tecido cardíaco, conduzindo a lesão valvular permanente (habitualmente a válvula mitral) e dos cordões tendíneos. Estas lesões são referidas como cardiopatia reumática. Mais comum nos países subdesenvolvidos (Blanchard & Shabetal, 2004).
- COARCTAÇÃO DA AORTA (CoAo)**  
Estreitamento na luz da aorta que provoca hipertensão das extremidades superiores, hipertrofia do VE e má perfusão de órgãos abdominais e extremidades inferiores.
- ARRITMIAS**

5

<p><b>GRUPO I (TAXA DE MORTALIDADE DE 1%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tetralogia de Falot corrigida</li> <li>Doença valvular pulmonar/tricúspide</li> <li>Estenose mitral (classes I e II)</li> <li>Perda da canal arterial (PCA)</li> <li>Malformação do septo ventricular</li> <li>Válvula biológica de porco</li> </ul>
<p><b>GRUPO II (TAXA DE MORTALIDADE DE 5 A 15%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estenose mitral com fibrilhação auricular</li> <li>Proteção valvulárea cardíaca</li> <li>Estenose mitral (classes III e IV)</li> <li>Tetralogia não corrigida</li> <li>CoAo (não complicada)</li> <li>Estenose aórtica</li> </ul>
<p><b>GRUPO III (TAXA DE MORTALIDADE DE 25 A 50%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CoAo (complicada)</li> <li>Enferia miocárdio</li> <li>Síndrome de Marfan</li> <li>Cardiomiopatia diagnosticada</li> <li>Hipertensão pulmonar (HTP)</li> </ul>

Diagnóstico Não-Jen para Diagnóstico Clínico, 2008/08, 2008

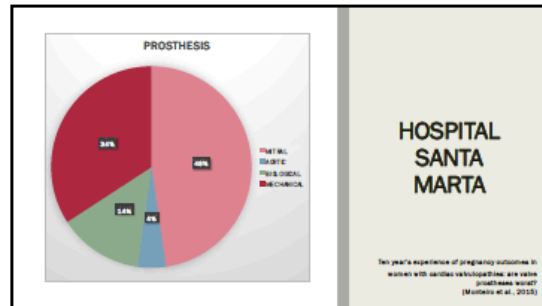
6

### DADOS HOSPITAL SANTA MARTA

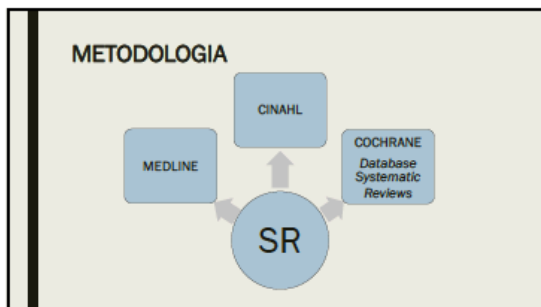
PREGNANCY OUTCOMES		CONGENITAL CARDIAC LESION PROBABILITIES (n=940)	
Miscarriage	37 (7,18)	Single chord lesions	829 (84,2)
Stillbirth	8 (1,55)	Right ventricle obstructive lesion	107 (11,1)
Delivered preterm	22 (4,27)	Left ventricle obstructive lesion	80 (8,4)
Small for gestational age	32 (6,31)	Patent ductus arteriosus	51 (5,3)
Cesarean delivery	148 (28,7)	Patly/Double outlet right ventricle	208 (21,9)
Congenital cardiac anomaly of fetus	41 (7,96)	Transposition of the great arteries	20 (2,1)
		Complex CHD	38 (3,9)
		Others	22 (2,3)

Evaluation of pregnancy outcomes in women with CHD (Mulliken et al., 2014)

7



8



9

- ### RESULTADOS
- EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES
  - CRIAÇÃO DE PLANOS DE PARTO
  - FORMAÇÃO CONTINUADA E AVANÇADA
  - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA

10

- ### INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PUERPÉRIO
- Graça (2017), define-se puerpério como "o período de 6 semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez"
  - Puerpério imediato: primeiras 24 horas
  - Puerpério precoce: até o final 7º dia
  - Puerpério tardio: desde o 8º dia até o fim da 6ª semana

11

- ### DADOS DA ROPAC (Registry of Pregnancy And Cardiac Disease)
- O risco de desenvolver insuficiência cardíaca é maior no pós-parto.
  - Determinados eventos intraparto podem contribuir no posterior desenvolvimento de edema pulmonar.

12

### OUTROS DADOS

- **Mais riscos de HPP:** um estudo com 65 grávidas com cardiopatia demonstra que 72% tiveram um parto instrumentado e experimentaram um aumento do risco de HPP e lacerações de grau III e IV (Cauldwell et al., 2017).
- Monitorização sinais vitais e traçado cardíaco no caso de arritmias.
- Início de terapêutica hipocoagulante (heparina não fraacionada; entre 4 - 6 horas pós-parto; importante nas valvulopatias (monitorizar INR). Os **valores de INR** vão depender da patologia cardíaca de base (entre 2-3,5).
- Evitar o uso de cateter epidural para analgesia (pode causar hipotensão). (Pieper, 2009).

13

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cauldwell, M., Cui, M., Scahill, M., Kaku-Pinky, C., O'Brien, K., Rosa-Passoti, J. W., Tosta, R., Webb, F. & Johnson, M. R. (2017). The management of blood in women with cardiac disease: need for more evidence? *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1507-1509. doi:10.1111/1471-0528.14567
- Garcia, M., Delamar, J., Delamar, Y., Delamar, T. *Diagnóstico Assistido de termos de medicina*. 2ª edição brasileira. São Paulo: Organizações Atha Editora, 2002.
- Loderbach, D. L., Perry, S. E. (2006). *Entrega em maternidade (1ª edição)*. Lisboa: Lusobooks.
- Marinho, V. A., Rebelo, J., Patrício, L., Campos, A., Borges, A., Fátima, R. C. (2014). *Outcomes of pregnancy outcomes in women with congenital heart disease: a specialized centre experience*. CPP Congress, Lisboa.
- Marinho, V. A., Rebelo, J., Patrício, L., Campos, A., Borges, A., Fátima, R. C. (2015). *Two years' experience of pregnancy outcomes in women with cardiac valvulopathies: are valve prostheses worth?* *The Journal of Heart Valve Disease* (2015).
- Pieper, P. B. (2009). *The pregnant woman with heart disease: management of pregnancy and delivery*. *Netherlands Heart Journal Monthly Journal of the Netherlands Society of Cardiology And The Netherlands Heart Foundation*, 2011, 23-27. <https://doi.org/10.1007/s12471-011-0228-4>.

14

### MUITO OBRIGADO!

15