



Percursos

Publicação do Departamento de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

Armandina Antunes

Alice Ruivo

Joaquim Lopes

Paula Leal

Colaboradores neste Número

Alexandra Bernardo

Miriam Cardoso

Nélia Cardoso

Inês Henriques

Joana Santos

Ana Pereira

Joana Sezões

Susana Esteves

Telma Machado

Nádia Guerra

Telma Milho

Cátia Vicente

Daniela Mariano

João Martins

Mariana Santos

Raquel Martins

Soraia Lobo

Ana Paula Santos

Catarina Martins

Catarina Galante

Ricardo Martins

Ana Catarina Mesquita

Carolina Paulino

Soraia Nogueira

Fernanda G. da Costa

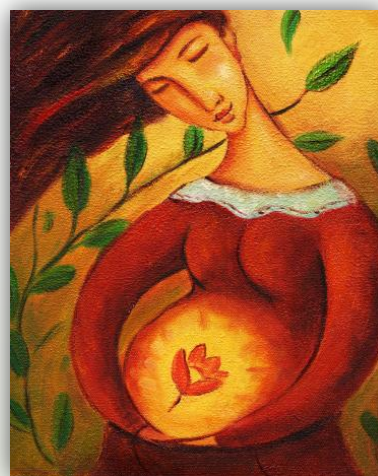
Regras de Publicação:
Revista N.º 5, 2007

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt

antonio.freitas@ess.ips.pt

Gravidez, tempo de esperanças



Desmistificando a gravidez

3

Alexandra Bernardo - Miriam Cardoso - Nélia Cardoso -
Inês Henriques - Joana Santos - Fernanda Gomes da Costa

Sexualidade na Gravidez: Problema ou Solução?

9

Ana Pereira - Joana Sezões - Susana Esteves - Telma Machado

Alimentação Saudável na Gravidez

17

Nádia Guerra - Telma Milho - Cátia Vicente -
Fernanda Gomes da Costa

Hipertensão, Edema, Proteinúria - A tríade de alerta

26

Daniela Mariano- João Martins - Mariana Santos - Raquel
Martins - Soraia Lobo - Fernanda Gomes da Costa

Quando a futura Mãe é Rh- Perspectiva de enfermagem

32

Ana Paula Santos - Catarina Martins - Catarina Galante -
Ricardo Martins - Fernanda Gomes da Costa

Uma nova vida após o parto: cuidados à mulher no puerpério

39

Ana Catarina Mesquita, Carolina dos Santos Paulino, Soraia Alves
Nogueira

Editorial

Este número da Revista Percursos, pela natureza dos artigos publicados, assume uma tendência temática, por isso designado **Gravidez, tempo de esperanças.**

Desmistificando a gravidez pois “ao longo dos anos vão-se ouvindo histórias, relatos de vivências, que vão passando ao longo das gerações e vão construindo a representação da gravidez podendo ou não coincidir com a percepção da grávida. Neste sentido, este artigo visa, não só, compreender o que são crenças e mitos, mas também, perceber o seu impacto na gravidez de uma mulher, sendo referidas algumas crenças e alguns mitos que se relacionam com a amamentação, os hábitos alimentares, a saúde oral, o exercício físico, o género do feto e a vivência da sexualidade durante a gestação.”

Sexualidade na Gravidez: Problema ou Solução? Já que “a sexualidade, tem sido, e ainda hoje o é, um assunto tabu na nossa sociedade, estando-lhe inerentes mitos e crenças que influenciam a forma como é vivida, principalmente durante a Gravidez.”

Alimentação Saudável na Gravidez. Durante a gravidez, é “importante comer bem de modo a fornecer ao corpo da mulher todos os nutrientes e micronutrientes de que o feto necessita para crescer, sem quaisquer deficiências ou excessoⁱ, pois é através da mãe que o feto recebe tudo o que necessita para crescer e se desenvolver.”

Hipertensão, Edema, Proteinúria – A tríade de alerta. A hipertensão durante a

gravidez é uma situação que poderá incorrer, juntamente com outros sinais e sintomas como a existência de edema e de proteinúria, poderá incorrer em pré-eclâmpsia ou (caso haja convulsões associadas) em eclâmpsia, sendo estas duas patologias muito graves não só para a mulher como também para o próprio feto sendo que o único tratamento eficaz é o fim da gestação. A intervenção do enfermeiro passa por prevenir o aparecimento desta patologia. A vigilância durante a gravidez e o tratamento, são também áreas de intervenção, tendo sempre em vista a redução de riscos para a mulher e para o feto.”

Quando a futura Mãe é Rh- Perspectiva de enfermagem. Este artigo pretende ser um “documento que ajude à melhor compreensão de alguns fenómenos hemolíticos e do papel do enfermeiro na consulta pré-natal e no planeamento familiar”.

Uma nova vida após o parto: cuidados à mulher no puerpério. O puerpério inicia-se desde ocorrido o parto até seis semanas que o sucedem. É um período que pode ser complicado para a mulher uma vez que entra, para a vida do casal, um novo membro, o bebé, o que irá alterar a sua rotina, levando a alguns momentos de stresse. Por outro lado, a gravidez acarreta algumas alterações fisiológicas no corpo da mulher.”

Todos os artigos, elaborados pelos estudantes do 3º ano, no ano letivo de 2010/2011, foram sujeitos a revisão.

Boas leituras!

DESMISTIFICANDO A GRAVIDEZ

BERNARDO, Alexandra; CARDOSO, Miriam;
CARDOSO, Nélia; HENRIQUES, Inês; SANTOS,
Joana; COSTA, Fernanda

Resumo

Existe um sem número de ideias ou histórias, sem qualquer valor cientificamente provado, relacionadas com a criação, mas, aplicadas mais directamente à fase da gravidez. Ao longo dos anos vão-se ouvindo histórias, relatos de vivências, que vão passando ao longo das gerações e vão construindo a representação da gravidez podendo ou não coincidir com a percepção da grávida. Neste sentido, este artigo visa, não só, compreender o que são crenças e mitos, mas também, perceber o seu impacto na gravidez de uma mulher, sendo referidas algumas crenças e alguns mitos que se relacionam com a amamentação, os hábitos alimentares, a saúde oral, o exercício físico, o género do feto e a vivência da sexualidade durante a gestação. No decurso do artigo é também abordado o papel do Enfermeiro na desmistificação das diversas crenças e mitos durante a gravidez e a forma como, enquanto agente de mudança, pode ajudar a mulher/companheiro e a família a viverem de forma plena e harmoniosa a gravidez.

Palavras-chave: Crenças; Enfermeiro; Grávidas; Mitos; Mulher.

Abstract

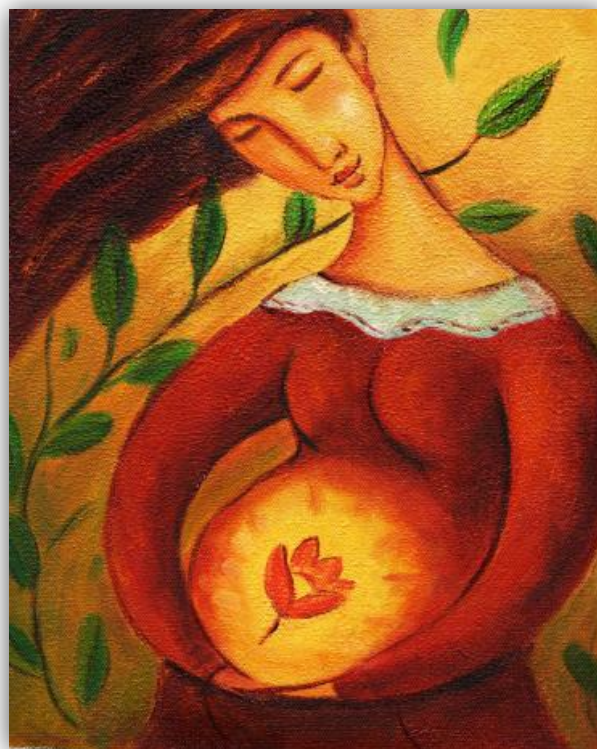
There is a plethora of ideas or stories, without any scientifically proven value, related to creation, but applied more directly to the stage of pregnancy. Over the years we listen to stories, reports of experiences, which are passed through generations and are building the representation of pregnancy that may or may not coincide with the perception of the pregnant woman.

Therefore, this article aims not only to understand what are beliefs and myths, but also to realize their impact in a woman's pregnancy, being referred some beliefs and some myths related to breastfeeding, eating habits, oral health, exercise,

gender of the fetus and the experience of sexuality during pregnancy.

In the course of the article is also mentioned the role of the nurse in debunking the various myths and beliefs during pregnancy and how, as an agent of change, she can help his wife / partner and family to live a full and smooth pregnancy.

Keywords: Beliefs; Nurse; Pregnant; Myths; Women.



Nota introdutória

A construção da nossa cultura é muitas vezes influenciada por crenças e mitos que são parte integrante da nossa vida, maneira de estar e de agir e que acabam por influenciar, de forma mais ou menos vincada, a construção da nossa identidade e a nossa cultura individual.¹ Também durante o estado de gestação, as crenças e mitos influenciam a gestante e a importância que a mesma lhes atribui pode ser indicativo da sua maneira de agir durante este período.²

Todos nós conhecemos crenças e mitos que as nossas avós e/ou mães nos transmitiram, mas

a adesão às mesmas depende de diversas variáveis como o grau de aculturação, o contacto mais próximo ou não com gerações mais velhas e o nível sócio-económico.³

*"Poderia pensar-se que estas crenças seriam assunto do passado, mas verifica-se, através das vivências das nossas maternidades, que elas continuam, talvez, devido não só ao pouco tempo e disponibilidade que por vezes se lhes dedica, como também à conotação pejorativa e desvalorativa que se lhes atribui."*¹ (MONTEIRO, A., et al, 2008:4)

Desta forma, e de acordo com a diversa bibliografia consultada, decidimos abordar ao longo deste artigo, não só a definição de crenças e mitos facilitando a compreensão do mesmo, como um conjunto de crenças e mitos na gravidez que considerámos importantes: crenças e mitos relativos à amamentação, relativos a hábitos alimentares, relativos à saúde oral, relativos ao exercício físico, relativos ao género do feto e relativos à vivência da sexualidade durante a gestação. No seu decurso é ainda abordado o papel do Enfermeiro na desmistificação das crenças e mitos na gravidez e a forma como este pode ajudar a mulher na promoção da sua saúde durante esta nova fase da sua vida.

Crenças e Mitos: Definição

*"As crenças podem ser consideradas como uma forma de conhecimento, interiorizado a partir de hábitos de vida que representam um conjunto de formas de actuar, provocando formas de ser que permitem assegurar a continuidade da vida."*³ (MARTINS, M., 2006:12). Neste sentido, *"toda a crença tem um conteúdo, o mito, que geralmente é narrativo. O mito vem da palavra grega "mythos" que significa "palavra" podendo definir-se, por um lado, como um conjunto de narrativas orais, anónimas, transmitidas de geração em geração e, por outro, como uma verdadeira linguagem cuja continuidade deve ser salvaguardada. O mito pode ser a explicação de um facto primordial do passado ou do presente (...) a justificação de uma determinada prática social ou cultural desse mesmo presente ou passado consistindo assim*

*numa espécie de pseudo-racionalização dessa prática (...) e ainda um projecto, elemento aglutinador das forças sociais tendo em vista um objectivo que se apresenta como desejável para todos ou quase todos os membros dessa sociedade."*³ (MARTINS, M., 2006:12)

Crenças e Mitos na Amamentação

A amamentação não constitui apenas um processo fisiológico útil e necessário ao desenvolvimento de um bebé, é também uma forma muito especial de interacção social, psicológica e educacional entre progenitores e a criança.⁴ O período inicial da amamentação difere de cultura para cultura.⁴ Nalgumas culturas, como a Japonesa, Mexicana, Filipina, Haitiana e Africana, o colostro é referenciado como sendo impuro e por isso não é administrado aos bebés.⁵ Para substituir este primeiro alimento, que nos países ocidentais é considerado fundamental para a alimentação inicial do recém-nascido devido ao seu valor nutritivo e às protecções naturais que encerra, *"são utilizados, em países como o Gana, Nigéria e África do Sul, produtos específicos para atingir determinados objectivos, por exemplo o gin e o rum, a papa de aveia aquosa, o leite de vaca, preparado de água e dextrose, com a finalidade de limpar a garganta do bebé."*⁴ (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008:652).

Nos países da América Latina são utilizados alimentos como *"o arroz, a gordura de porco, o chá de hortelã e chicória, ou o café de modo a remover os fluidos do útero materno deglutidos durante o nascimento, para apreender o gosto, tossir e eliminar o muco."*⁴ (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008:652).

Quanto aos alimentos que influenciam a amamentação, é uma questão muito específica pois cada cultura tem as suas crenças e até dentro do mesmo país podem existir variações. Por exemplo, em Portugal, o consumo de álcool durante o estado gestacionário está associado ao Síndrome Fetal Alcoólico *"que pode ocasionar alterações físicas e mentais, aborto espontâneo e morte fetal."*⁷ (COSTA, A.; MACHADO, A., 2007)

No entanto, num estudo efetuado em Portugal no ano de 2005, na região do Minho, *"de setenta e seis mulheres inquiridas, oito manifestaram o consumo de álcool pois acreditam que este ajuda na produção de leite, constituindo um forte tónico."*⁸ (CANTEIRO, E.; MARTINS, M., 2005:16).

Segundo a literatura o que está preconizado é que a mãe faça, para garantir a qualidade do seu leite, *"uma dieta saudável e equilibrada que inclua um aporte de 200 a 500 calorias por dia. Se possível deve continuar a ingerir as vitaminas pré-natais e fazer uma ingestão diária de líquidos entre 2 a 3 litros."*⁴ (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008:653). A mãe deve realizar uma dieta de acordo com as suas preferências, ao invés de evitar determinados alimentos. Relativamente à mama propriamente dita, a maioria das mulheres acredita que o facto de amamentarem está associado ao descair do seu peito. No entanto, esta situação deve-se ao uso de sutiãs inadequados que não suportam devidamente a mama.⁶

Crenças e Mitos nos Hábitos Alimentares

Mitos e ideias preconcebidas sobre determinados alimentos, conduzem muitas mulheres a hábitos alimentares errados durante a gestação, como a privação desnecessária de certos alimentos ou a alteração dos hábitos alimentares que pode, em última análise, afectar o desenvolvimento normal do embrião/feto ou o estado de saúde da futura mãe. Um bom estado nutricional durante a gravidez e a amamentação é essencial para a saúde da mãe e do bebé, por isso, é fundamental saber que alterações as mulheres realizam durante este período da sua vida e as razões dessas alterações.⁹

As mulheres, por vezes, excluem da sua alimentação durante a gravidez e a amamentação os legumes, frutas, ovos, peixes e carnes por considerarem perigosos para a sua saúde e do bebé. Muitas vezes, alguns alimentos são excluídos porque as mulheres fazem determinadas analogias, como, por exemplo, *"a ingestão de ovos e o nascimento de um bebé calvo; pata de*

*caranguejo e malformação das pernas; consumo de abacaxi e surgimento de manchas na pele da criança."*¹⁰ (BAIÃO, M.; DESLANDES, S., 2006:246)

Nas crenças e mitos relacionados com os hábitos alimentares, também os peixes como a raia, o polvo e o marisco têm um lugar de destaque. A ingestão dos primeiros por causa de terem ovulação e menstruação parecendo haver uma analogia entre o líquido que o polvo liberta ao ser perseguido e o fluxo menstrual. Este facto pode ser explicado pela presença de mola hidatiforme: o seu aspecto quando expelida, pode associar-se facilmente ao aspecto do polvo com as suas ventosas.¹

Em certas culturas, ainda se acredita que os desejos das grávidas devem ser atendidos, caso contrário a criança poderá nascer com alguma marca; que a cor de alguns alimentos pode provocar manchas na pele do bebé e que os alimentos quentes provocam abortos.¹⁰

Crenças e Mitos na Saúde Oral

Durante a gravidez, a mulher deve promover a sua saúde oral, não descurando todos os cuidados relativos à mesma. Contudo, continuam a subsistir ideias negativas relacionadas com os tratamentos dentários durante a gestação, como, o enfraquecimento dos dentes da mãe porque o feto retira todo o seu cálcio; por cada gravidez perde-se um dente; o uso de anestesia provoca malformações fetais ou até aborto.¹¹

Apesar de muitos estudos demonstrarem que não existe relação entre os tratamentos dentários e problemas associados à gravidez, a verdade é que estes e outros mitos provocam um afastamento da grávida dos tratamentos dentários, provocando inseguranças e medos relativamente aos mesmos. A literatura e os estudos existentes revelam que os anestésicos em odontologia, usados corretamente, são perfeitamente seguros; que os Raios X podem ser realizados, sempre que necessários, com a salvaguarda da mãe e do feto estarem devidamente protegidos; e o feto não enfraquece os dentes da mãe porque não lhes retira o cálcio.¹¹

Portanto, qualquer tratamento dentário pode ser efectuado durante a gravidez e a grávida deve ter a máxima atenção na sua higiene e saúde oral.¹¹

Crenças e Mitos no Exercício Físico

Ao longo dos anos tem-se desenvolvido a investigação acerca da prática de exercício físico durante a gravidez. Segundo um estudo de 2007, *"algumas grávidas possuíam informações incorrectas acerca do exercício físico na gravidez, pensando que a prática do mesmo poderia acarretar cansaço para a grávida e abortos."*¹² (GOUVEIA, R., et al., 2007:213)

Um programa de exercícios de baixa intensidade, realizado numa fase inicial da gravidez, pode ser vantajoso porque aumenta a capacidade funcional da placenta, a distribuição de nutrientes e o crescimento fetal.¹²

Um dos mitos relacionados com o exercício físico é o facto deste poder levar a um início de trabalho de parto mais rápido, contudo não se encontrou relação, no estudo referido anteriormente, com este facto, pelo contrário, o mesmo indica que o exercício físico pode diminuir a ocorrência de complicações obstétricas.¹² O exercício físico durante a gestação pode, ainda, prevenir o excesso de peso, as dores lombares, a intolerância à glicose, ajudar na manutenção da forma física, melhorar a adaptação às alterações da gravidez e diminuir o risco de pré-eclâmpsia.¹²

No referido estudo, *"a idade gestacional foi também superior nos recém-nascidos de mães que praticavam exercício físico durante a gravidez."*¹² (GOUVEIA, R., et al., 2007:213). Se não houver outras contra-indicações, as gestantes devem praticar exercício físico de forma regular, tal como antes da gravidez, pois traz evidentes benefícios para a sua saúde.¹²

Crenças e Mitos no Género do Feto

O género do feto é desde muito cedo idealizado pela gestante, devido a influências familiares, sociais e culturais.¹ Muitos são os exemplos de crenças e mitos relacionados com

o género do feto. Por exemplo, a utilização de uma espinha inteira de sardinha quando deitada no lume se ficar torcida nascerá uma rapariga e se se mantiver direita será um rapaz; ou ter a janela do quarto fechada no momento da cópula para que nasça um rapaz e aberta se o desejo for o nascimento de uma rapariga.¹

O formato do ventre da grávida é também um exemplo: se for arredondado é sinal de rapaz, se for pontiagudo de rapariga. Este é um mito que aparece em diversas culturas, mas com significados diferentes. Na Colômbia, uma barriga redonda é demonstrativa do nascimento de *"uma rapariga enquanto uma barriga de forma mais alargada simboliza rapaz."*² (FERREIRA, P., 2009:58)

Outra crença frequente é o modo como a grávida mostra as mãos: se for com a palma da mão para cima significa que vai ter uma menina, se as mostra com a palma para baixo vai ter um menino.¹ Existe ainda a crença dos *"movimentos pendulares de uma agulha suspensa por uma linha sobre a mão da grávida. Se os movimentos forem circulares significam uma menina, se forem rectilíneos significam um menino."*¹ (MONTEIRO, A., et al., 2008:4)

Crenças e Mitos na Vivência da Sexualidade

A sexualidade constitui um aspeto importante na vida do indivíduo, envolvendo a dimensão biológica, psicológica e sociocultural. Institui ainda parte integral da personalidade humana, associando experiências pessoais, afetivas, crenças e valores estabelecidos ao longo dos tempos.

Um estudo realizado em Coimbra, em 2008, que focou as crenças e mitos na gravidez, revelou que, atualmente, *"parte das mulheres têm crenças favoráveis acerca das relações sexuais durante a gravidez pois acreditam, por exemplo, que essas relações contribuem para o bem-estar do feto, para a harmonia do casal e para um parto mais fácil."*¹³ (OLIVEIRA, C., 2008:34).

Contudo, persistem algumas crenças inibidoras da atividade sexual, baseadas em

falsas ideias e concepções pouco científicas, como a penetração magoar o feto, a ejaculação na vagina poder afogar o feto e ter sexo não ser aceitável na gravidez devido ao carácter sagrado deste estado da mulher e à atenção que deve ser dada ao feto.¹⁴

Actualmente, a comunidade médica aconselha a prática de relações sexuais até ao final da gravidez. Contudo, as mesmas estão contraindicadas se a gestante apresentar complicações que coloquem em causa o decurso normal da gravidez, como sangramento vaginal, placenta prévia, contracções precoces, traumatismo abdominal ou patologias gravídicas específicas.¹⁴

Na opinião de vários autores, são limitadas as situações que se assumem como contraindicações da relação sexual durante a gravidez. *"A ameaça de aborto ou o aborto de repetição são as causas que mais frequentemente desaconselham e até proíbem as relações coitais durante o primeiro trimestre de gravidez. Durante o terceiro trimestre, a placenta prévia ou a ameaça de parto prematuro constituem situações nas quais se desaconselha a actividade sexual coital."*¹⁴ (JUNQUEIRA, M., 2008:51)

Apesar das excepções provocadas por situações de complicação médica prévia e clinicamente avaliada, a sexualidade deve ser vivenciada durante a gravidez de forma normal tanto pela mulher como pelo homem, pois é benéfica ao bem-estar de ambos.¹⁵ À medida que a gravidez evolui, o casal deve experimentar posições mais cómodas, de modo a tornar o sexo um momento aprazível.¹⁶

A fisiologia certifica que biologicamente não existem motivos para recear que o feto sofra algum dano. O feto está bem protegido, rodeado pelo líquido amniótico dentro do útero; o colo cervical, entre a vagina e o útero, protege o feto; a vagina torna-se mais ácida de forma a destruir impurezas. Até o orgasmo pode apresentar benefícios devido às leves contracções que estimulam a irrigação sanguínea dos órgãos sexuais auxiliando na preparação para o parto.¹⁴

O papel do Enfermeiro na Desmistificação da Gravidez

Num estudo realizado em 2009, verificou-se que, durante a vigilância pré-natal, não existe uma partilha de crenças com os Enfermeiros. Os motivos desta ausência estão relacionados com a *"falta de iniciativa dos Enfermeiros, sem haver alusão a motivos para tal. Mas também sucede por falta de iniciativa das primigestas quer por as suas crenças não constituírem motivo de preocupação para elas, quer por considerarem que é um tema inadequado à consulta. Neste último caso, pode relacionar-se com a eventualidade das participantes entenderem que as competências dos Enfermeiros não se relacionam com aspectos psicológicos, culturais ou espirituais."*² (FERREIRA, P., 2009:149)

Relativamente às crenças e mitos relacionadas com a prática de exercício físico na gravidez é importante o Enfermeiro aconselhar a grávida a praticar exercício físico, três vezes por semana, durante 15 minutos, evitando as horas mais quentes do dia e desportos que possam causar traumatismos abdominais ou risco de queda. Durante o exercício físico, a grávida deve utilizar roupas largas, ingerir muitos líquidos e ser capaz de manter uma conversação. Os exercícios em posição supina e as manobras de *Vasalva* deverão ser suprimidos, após os quatro meses.¹²

A vivência da sexualidade durante a gravidez também deve ser promovida pelo Enfermeiro junto do casal devido às inúmeras vantagens que ela apresenta para as grávidas e para o próprio trabalho de parto/parto, como referido anteriormente.

O Enfermeiro e outros técnicos de saúde deverão abordar com o casal a vivência da sexualidade, com o intuito de informá-los sobre *"a hesitação normal da actividade sexual neste período; considerar possíveis sentimentos, receios e dificuldades que surgem com maior frequência a este nível; alertar para outras formas de experienciar a sexualidade: carícias, actividade não-genital, masturbação, diferente posicionamento coital de modo a diminuir o desconforto para a*

*mulher, etc. No período puerperal deve de igual modo proceder-se a uma avaliação global do estado de saúde físico da puérpera, no sentido de proporcionar um aconselhamento individualizado acerca da possibilidade de retorno à actividade sexual.*¹⁵ (SILVA, A.; FIGUEIREDO, B., 2005:25)

No que diz respeito à saúde oral na gravidez também existem algumas crenças e mitos a ela associados, como referido anteriormente, e nos quais o Enfermeiro pode actuar. São necessários programas de saúde oral que desmitifiquem os tabus existentes.

O Enfermeiro deve ter um papel importante nestes programas, sendo um agente que poderá melhorar a adesão, a segurança e a motivação da gestante relativamente aos tratamentos dentários durante a gravidez.¹⁷

Apesar das crenças e mitos existentes na gravidez, também é verdade que este é um período da vida da mulher em que esta está mais receptiva a novos conhecimentos e por isso disposta a adoptar novas e melhores práticas de saúde, estendendo os benefícios que delas advêm aos restantes membros da família.¹⁷

Cabe, então, ao Enfermeiro aproveitar esta "abertura" da mulher nesta nova fase da sua vida e ajudá-la a pôr de lado certas crenças e mitos que podem contribuir para o desenvolvimento de práticas e hábitos diários que não serão, de todo, inerentes ao estado de gravidez e que vão impedir que a mulher seja capaz de desfrutar em pleno e de forma harmoniosa deste momento maravilhoso da sua vida.

Após a elaboração deste artigo concluímos que são inúmeras as crenças e mitos associados à gravidez. A gravidez continua a ser, não só uma experiência fisiológica, mas também uma experiência cultural, o que pode justificar muitas das crenças e mitos que ainda hoje, apesar de todos os avanços científicos, continuam a perdurar de geração em geração. Através da leitura e análise dos diferentes textos consultados foi-nos possível adquirir conhecimentos no que diz respeito às crenças e mitos relacionados com a amamentação, hábitos alimentares, saúde oral, exercício

físico, género do feto e vivência da sexualidade durante a gestação.

A aquisição e consolidação destes conhecimentos torna-se essencial, enquanto estudantes de Enfermagem e futuros profissionais de saúde, pois o Enfermeiro desempenha um papel importante junto da grávida no "combate" à desmistificação de todas as dúvidas que esta terá durante a sua gravidez e puerpério, devendo mostrar disponibilidade para escutá-la e ajudá-la na vivência da sua gravidez.

Todos nós temos presente na nossa memória histórias, relatos de experiências, crenças e mitos que nos são transmitidos pelas nossas mães, avós e/ou outras pessoas que fazem parte das nossas vidas, sendo o estado gestacional um período da vida da mulher/companheiro e família que não apresenta excepção.

É o grau de aculturação, nível educacional e económico, assim como, o grau de socialização com pessoas de gerações mais antigas que acaba por determinar a adesão da gestante a essas crenças e mitos e a forma como ela constrói e vivência a sua gravidez.

Referências Bibliográficas

- ⁴ LOWDERMILK, D.; PERRY, S. **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-16-1;
- ⁵ BOBACK, I.; LOWDERMILK, D.; JENSEN, M.; PERRY, S. **Enfermagem na Maternidade**. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-09-6.

Electrónicas

- ¹ MONTEIRO, A., et al. **A visão da mulher na antropologia: mitos da criação e crenças em relação à gravidez**, 2008. <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/4.pdf> (10 Novembro de 2010 às 21:23);
- ² FERREIRA, P. **Um olhar para além do ventre materno**, 2009. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20168/2/Um%20olhar%20para%20alm%20do%20ventre%20materno.pdf> (10 Novembro de 2010 às 22:04);
- ³ MARTINS, M. **A herança cultural de um povo: segredos tradicionais no ventre**, 2006. http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628eed18da1d_1.pdf (10 de Novembro de 2010 às 21:45);
- ⁶ VAUCHER, A.; DURMAN, S. **Amamentação: Crenças e Mitos**, 2005. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/881/1054> (10 Novembro de 2010 às 23:57);
- ⁷ COSTA, A.; MACHADO, A. **Tabaco, álcool e drogas na gravidez**, 2007. <http://www.mac.min-saude.pt/clinica/tabacoalcooldrogas.html> (Consultado em 10 de Novembro de 2010 às 00:04);

- ⁸ CANTEIRO, E.; MARTINS, M. **A Maternidade: Crenças e Tradições em territórios amostra do distrito de Braga. O Passado, o presente. Que futuro?**, 2005. http://www.ugr.es/~adeh/comunicaciones/Lopes_Canteiro_E_E.pdf (10 Novembro de 2010 às 23:45);
- ⁹ PINHEIRO, J.; SEABRA, D. **Alteração dos hábitos alimentares durante a gravidez: identificação dos mitos relacionados com a alimentação na gravidez e amamentação**, 2008. <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/2/149-160.pdf> (10 Novembro de 2010 às 22:47);
- ¹⁰ BAIÃO, M.; DESLANDES, S. **Alimentação na gestação e puerpério**, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n2/a11v19n2.pdf> (10 de Novembro de 2010 às 22:34);
- ¹¹ ANDRADE, R. **Saúde oral na gravidez: avaliação dos conhecimentos das grávidas sobre saúde oral durante a gravidez**, 2009. <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1144/3/Mono-RafaelAndrade.pdf> (12 Novembro de 2010 às 21:46);
- ¹² GOUVEIA, R., et al. **Gravidez e exercício físico: Mitos, evidências e recomendações**, 2007. <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/3/209-214.pdf> (13 Novembro de 2010 às 17:46);
- ¹³ OLIVEIRA, C. **(A)Sexualidade(s) na Gravidez**, 2008. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8172/2/Tese.pdf> (13 Novembro de 2010 às 18:20);
- ¹⁴ JUNQUEIRA, M. **Discursos femininos sobre a sexualidade durante a gravidez: Um estudo da Maternidade Dr. Alfredo da Costa**, 2008. <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/557/1/LC403.pdf> (30 de Outubro de 2010 às 17:15);
- ¹⁵ SILVA, A.; FIGUEIREDO, B. **Sexualidade na gravidez e após o parto**, 2005. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4720/1/SEXUALIDADE%20NA%20GRAVIDEZ.pdf> (2 de Novembro de 2010 às 21:40);
- ¹⁶ FLORES, A.; AMORIM, V. **Sexualidade na Gestação: Mitos e Tabus**, 2007. http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/revista_integral1.pdf (06 de Novembro de 2010 às 18:35);
- ¹⁷ CRUZ, F., et al. **Vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto: contributos**, 2010. <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf> (12 de Novembro de 2010 às 22:04).

Sexualidade na Gravidez: Problema ou Solução?

Ana Pereira - Joana Sezões -
Susana Esteves - Telma Machado

RESUMO

A sexualidade, tem sido, e ainda hoje o é, um assunto tabu na nossa sociedade, estando-lhe inerentes mitos e crenças que influenciam a forma como é vivida, principalmente durante a Gravidez.

Foram realizados estudos dedicados aos aspectos psicológicos da gravidez, não se verificando o mesmo com o papel desempenhado pelos sentimentos e comportamentos sexuais do casal nesta fase.

As alterações fisiológicas/desconfortos vividos durante a gravidez influenciam o desejo sexual, diminuindo este ao longo da gestação, tanto no homem como na mulher.

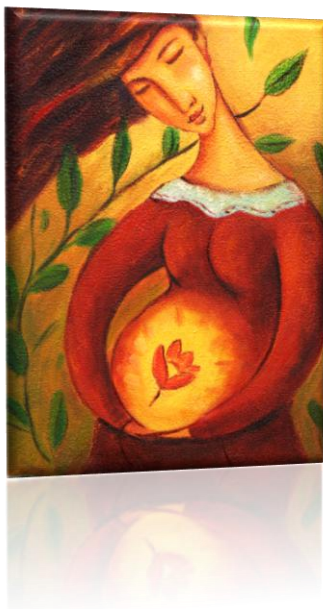
Devido à concepção que o público, em geral, tem da sexualidade, esta torna-se de bastante interesse em Enfermagem, tendo um grande potencial de educação, a ser incluído nas Sessões de Educação para a Saúde, sendo esta uma área bastante descorada e esquecida, de acordo com a pesquisa realizada.

Palavras – chave: Casal; Educação; Enfermagem; Gravidez; Sexualidade;

ABSTRACT

Sexuality has been, and still is, a taboo subject in our society, having many myths and beliefs that influence the experience, especially during Pregnancy.

The psychological aspects of pregnancy have been the focus of many studies, the same cannot be said about the emotional and sexual behavioral aspects of the couple on this stage.



The physiological changes endured throughout the pregnancy influence sexual desire, diminishing it during gestation in both men and women.

Due to the general public's notion, sexuality becomes an interesting topic in Nursing, having a great educational potential by being included in Health Education Sessions, an area that has long been forgotten, accordingly to the research developed.

Key – Words: Couple; Education; Nursing; Pregnancy; Sexuality

Esta adaptação à realidade vivida pelo casal, permite-nos vislumbrar de forma holística as suas necessidades, o que se demonstra de extrema importância enquanto profissionais de saúde, uma vez a finalidade dos nossos cuidados ser o bem-estar.

O percurso seguido neste artigo, inicia-se com uma breve contextualização, através da apresentação dos conceitos - chave, Sexualidade e Gravidez, prosseguindo para as alterações fisiológicas e processo de auto-estima, podendo estes reflectir-se na prática e desejo sexual, que posteriormente abordamos. No sentido destes desconfortos sentidos, fazemos referência a algumas estratégias que o casal pode adoptar, desmistificando alguns mitos e abordando crenças. Terminamos este percurso, com o contributo fundamental que o Enfermeiro, deve ter neste âmbito, nomeadamente, no que diz respeito à Educação para a Saúde.

Com este artigo pretende-se apresentar as alterações fisiológicas sentidas pela mulher durante a gravidez, bem como relacioná-las com a prática/desejo sexual; Desmistificar alguns mitos e abordar crenças, bem como fundamentar o contributo do enfermeiro, através das Sessões de Educação para a Saúde, com incisão na visão holística sob problemáticas vivenciadas pelo casal.

Conceitos – Chave

No sentido de permitir um melhor enquadramento da temática, definimos dois

conceitos que consideramos chave, sexualidade e gravidez.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) *"a sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interações e por isso, influencia a nossa saúde física e mental."*⁽²⁾

"A Gravidez constitui um fenómeno biológico para a espécie humana (...) resultado da união entre as células reprodutivas humanas, o óvulo e o espermatozóide, que originará um ovo fecundado que, posteriormente, dará origem à placenta e ao embrião. Este evolui progressivamente ao longo de nove meses, até ao feto dar lugar ao bebé no momento do nascimento."⁽¹⁾

Influência das alterações fisiológicas no desejo e prática sexual

As alterações fisiológicas/ desconfortos sentidos durante a gravidez influenciam directamente a forma como o casal vive a sua sexualidade.

É inerente à gravidez a ocorrência de mudanças ao nível da secreção de hormonas, adaptação/alteração da estrutura e função dos órgãos reprodutores, de modo a facilitar o crescimento e desenvolvimento do embrião/feto, e assegurar o bem-estar materno - fetal⁽²⁾.

Estas alterações, podem influenciar o desejo sexual do casal, sendo este entendido como uma vontade ou impulso, resultante da estimulação de um sistema neurológico específico que, uma vez estimulado, produz sensações que conduzem a um comportamento de procura ou receptividade à actividade sexual⁽²⁾, sendo este subjectivo, ou seja, Cada pessoa sentirá desejo sexual mediante aquilo que considera sexualmente excitante para si, ou em relação ao que os seus sentidos reconhecem como estímulo sexual. Os factores desencadeantes de desejo sexual são assim influenciados não só pela

personalidade individual, mas também por experiências anteriores, podendo ainda variar ao longo do tempo, estando dependentes do momento do ciclo de vida em que cada pessoa se encontra ⁽²⁾.

O desejo sexual varia ainda consoante o sexo, sendo que mulheres e homens vivem este fenómeno de forma diferente. No mundo feminino a sensação táctil e olfactiva é privilegiada, assim como a componente emocional e relacional, enquanto para o sexo masculino o erotismo é sobretudo visual, focado essencialmente nos órgãos sexuais e no orgasmo. ⁽³⁾

Assim, as futuras mães e os futuros pais irão viver a sexualidade ao longo da gravidez de formas distintas, sendo que os estudos estão em concordância quando referem que existe uma diminuição do desejo sexual durante a gravidez.

De seguida serão expostas as manifestações somáticas mais comuns, por trimestre de gravidez ⁽²⁾, bem como a forma de vivência da sexualidade por parte do casal, nesse mesmo semestre.

Primeiro Trimestre (0-12 semanas)⁽¹⁾

No primeiro trimestre, as manifestações somáticas que a grávida apresenta relacionam-se com as alterações nos sistemas gastrointestinal e urinário, dos efeitos da acção das hormonas progesterona e estrogénio, das glândulas mamárias e dos centros talâmico e medular. Neste sentido, as manifestações mais frequentes neste trimestre de gravidez são: náuseas e vômitos, polaquiúria, aumento de secreções vaginais, aumento de peso, tensão mamária com algum desconforto associado, fadiga, cansaço fácil e sonolência ⁽²⁾.

Neste trimestre, ocorre uma diminuição do desejo sexual por parte da mulher. Os desconfortos característicos deste período, explorados anteriormente, contribuem para que esta se sinta mais carente, necessitando de maior atenção e demonstrações afectivas por parte do parceiro, que poderá encontrar na satisfação destas necessidades uma forma

de aliviar sentimentos de frustração ou preocupação com esta perda do desejo sexual. ⁽²⁾

Segundo Trimestre (13-27 semanas)⁽¹⁾

Apesar deste trimestre ser considerado o mais calmo dos três, ainda existem algumas manifestações, tais como: obstipação; baixa tendencial da tensão arterial (que pode levar a fenómenos de hipotensão ortostática); hiperpigmentação da face (cloasma gravídico), aréola mamária e linha negra; aparecimento das estrias gravídicas (nomeadamente nas áreas do corpo onde há maior distensão, como o abdómen, as mamas e as coxas); aumento da secreção sebácea; aumento da sudorese; ocorrência de câibras e de lombalgias ⁽²⁾.

O desaparecimento de alguns dos desconfortos iniciais resulta num aumento do bem-estar e da auto-estima por parte da grávida. Este factor, associado ao aumento da congestão pélvica, irá provocar um aumento significativo do desejo sexual. Esta situação irá reflectir-se consequente e positivamente no parceiro que, durante este período, se encontra maravilhado com o processo da gravidez, observando-se assim uma maior intensidade das relações sexuais. ⁽²⁾

Terceiro Trimestre (28-40 semanas)⁽³⁾

No terceiro trimestre da gravidez, pode haver um agravamento da polaquiúria (devido à apresentação fetal), e continuam a ser frequentes a fadiga, o desconforto físico, e a dificuldade em adormecer e em repousar ⁽²⁾.

Contudo, o maior causador dos sinais e sintomas característicos deste trimestre é o grande volume uterino. Deste modo, podem surgir pirose e enfartamento; sensação de dificuldade respiratória; aparecimento ou agravamento de varizes; edemas nos membros inferiores; e síndrome de hipotensão supina (causado pela compressão da veia cava superior pelo útero, quando a grávida se encontra em decúbito dorsal) ⁽²⁾.

Com a progressão da gravidez e o consequente reaparecimento do desconforto físico, associado a um aumento da vulnerabilidade emocional e da ansiedade pela proximidade do parto, irá ocorrer um novo

decréscimo do desejo sexual por parte da mulher neste terceiro trimestre. Contrações uterinas potencialmente dolorosas provocadas pelo orgasmo, posições sexuais que se tornam desconfortáveis e a percepção de falta de satisfação sexual pelo parceiro são factores que se revelam inibitórios para a mulher. Esta diminuição do apetite sexual é, nesta fase, partilhada pelo parceiro, que se sente geralmente preocupado com o facto de poder magoar o bebé ou a mulher, levando-o a assumir atitudes protectoras e de carinho relativamente à companheira. ⁽³⁾

Contudo, apesar deste declínio progressivo do desejo sexual e da frequência do coito ao longo da gravidez, a vontade da mulher em ser mimada e acariciada mantém-se inalterada durante este período, podendo até aumentar em certos casos, e a apetência para actividades eróticas continua presente. ⁽³⁾ O que sucede é uma alteração das preferências sexuais femininas, decaindo o interesse pela penetração e aumentando a preferência pela estimulação clitoriana ou dos seios.

Todas estas alterações fisiológicas pelas quais a grávida passa neste processo da sua vida, despoletam também algumas alterações psicológicas. Estas alterações psicológicas terão possivelmente algum impacto na vida da mulher grávida, como por exemplo, na sua disponibilidade para trabalhar, no seu bem-estar geral, e na sua disposição para a prática de relações sexuais ⁽¹⁾.

Algumas das alterações psicológicas sentidas pela grávida, devem-se às alterações físicas pelas quais passa durante toda a gravidez. A baixa auto-estima é uma dessas alterações psicológicas sentidas pela mulher grávida, devido ao facto desta sentir que nunca irá conseguir retornar à forma física que tinha antes da gravidez, e se sentir pouco atractiva fisicamente e com fracas capacidades de sedução ⁽³⁾.

Esta baixa auto-estima, esta insatisfação com a imagem corporal pode levar a uma inibição por parte da mulher em se relacionar sexualmente com o companheiro e em praticar a sua sexualidade ⁽³⁾.

Em suma, por ordem de importância, as mulheres preferem: carícias não-genitais, estimulação clitoriana e dos seios, estimulação vaginal, sexo oral e finalmente sexo anal ⁽²⁾. Assim, torna-se essencial que a mulher seja capaz de expressar os seus sentimentos e necessidades ao seu parceiro, e explicar-lhe as alterações fisiológicas e psicológicas a que está a ser sujeita, para que este possa compreender o que se está a passar com o seu corpo e seja capaz de adaptar-se às alterações ocorridas e suprimir as suas necessidades. Por sua vez, o homem deve ter também a capacidade de se expressar perante a sua parceira, de forma que as suas necessidades possam também ser atendidas. Muitas vezes, torna-se necessário introduzir, durante a gravidez, novas práticas sexuais ou alterar as práticas sexuais habituais, de forma que consigam ser satisfatórias tanto para a grávida como para o seu parceiro. ⁽³⁾ A comunicação vem assim assumir um papel - chave na harmonia entre o casal ⁽⁴⁾⁽⁵⁾, com particular destaque no campo sexual; tanto a mulher como o homem devem ter, na sua relação, a liberdade para verbalizarem sentimentos e preferências relacionados com a sua intimidade sexual. Deste modo, conseguirão complementar-se e atingir uma vivência plena da sua sexualidade, garantindo uma vida sexual saudável e gratificante, durante e após a gravidez.

Mitos e Crenças associados à Sexualidade

Os valores e crenças de cada pessoa influenciam a forma como vivenciam a sexualidade durante a gravidez. Esta vivência evolui também com o passar do tempo e mostra-se bastante divergente conforme as práticas culturais subjacentes a cada indivíduo. Temos como exemplo actualmente homens e mulheres que pensam que a prática das relações sexuais durante a gravidez irá trazer malefícios para o feto, enquanto que outros casais acreditam que irá ser benéfico para o crescimento e desenvolvimento do feto ⁽²⁾.

De seguida serão expostas algumas formas distintas de experimentar a sexualidade e a

prática sexual durante a gravidez, segundo diferentes culturas e tempos históricos.

Os antepassados Hindus encorajavam a prática sexual durante a gravidez por acreditarem que o sémen ajudava a alimentar o feto ⁽²⁾.

Na Pérsia a prática de relações sexuais antes dos quarenta dias após o parto é punida com a morte do casal, e a sexualidade da mulher depois dos quatro meses de gestação é tabu ⁽²⁾.

Nos tempos vitorianos acreditava-se que a abstinência sexual (das mulheres) era a solução para o nascimento de filhos saudáveis e inteligentes, enquanto se achava que a prática da sexualidade durante a gravidez gerava fetos com deficiência física e mental, e que o coito predispunha os fetos para a epilepsia ⁽²⁾.

Na Suécia o coito é recomendado, e acredita-se que a prática de relações sexuais durante a gravidez pode induzir o trabalho de parto e facilitar o mesmo ⁽²⁾.

Depois da Idade Média, de forma a evitar que o marido fosse procurar satisfação sexual com outras mulheres, os teólogos tornaram-se mais tolerantes, encorajando a utilização de posições sexuais "contra natureza". Contudo, nesta época existia uma grande divergência de opiniões ⁽²⁾.

Entre as diferentes religiões também existe uma grande disparidade de como se vivencia a sexualidade na gravidez.

Para a Igreja na Idade Média as relações sexuais na gravidez eram vistas como um acto pecaminoso, apesar de não estar directamente contemplado no Velho e no Novo Testamento ⁽²⁾.

De acordo com o Talmud, as mulheres judias estão proibidas de ter relações sexuais no primeiro trimestre de gravidez pois estas são nocivas para a grávida e para o feto. No segundo trimestre já são só nocivas para a futura mãe. E no terceiro trimestre já é permitida a prática de relações sexuais por serem benéficas tanto para o feto como para a mulher grávida ⁽²⁾.

Por outro lado, de acordo com o Corão, as mulheres muçulmanas são extremamente proibidas de terem relações sexuais durante a

gravidez inteira. Esta regra é característica das comunidades poligâmicas ⁽²⁾.

Actualmente, estudos focados nos mitos e crenças na sexualidade durante a gravidez, mostram que a maioria das mulheres tem crenças favoráveis em relação à prática de relações sexuais durante a gravidez. Estas mulheres acreditam que a prática de relações sexuais durante a gravidez é benéfica pois estabelece o bem-estar do feto, facilita o parto, e proporciona uma harmonia e ligação entre o casal. No entanto, este estudo mostra que algumas mulheres ainda têm alguns medos e são portadoras de ideias inibidoras do acto sexual, pois baseiam-se em superstições e em falsos conceitos ⁽¹⁾.

Deste modo, e segundo Gomes (2008: 61), *"as crenças que o casal grávido possui relativamente à manutenção da sexualidade na gravidez podem, eventualmente, interferir com a intimidade do mesmo nesta fase. Medos como os de magoar o futuro filho, prejudicar o seu desenvolvimento, ou provocar um parto prematuro, podem introduzir restrições no comportamento sexual do casal grávido"*. Assim sendo, é importante a desmistificação destas crenças e dar informações fidedignas ao casal, explicando a importância da sexualidade durante a gravidez, e explorando formas alternativas de praticar a sua sexualidade ⁽²⁾.

Contributos do Enfermeiro

O enfermeiro como profissional de saúde inserido numa equipa multiprofissional, actua em diversas áreas da saúde, tal como preventiva, curativa e, na educação para a mesma, constituindo a gravidez uma interface da sua actuação. A visão holística da pessoa e o seu enquadramento sócio-familiar por parte do enfermeiro não pode ser esquecido, pois só assim a promoção da saúde é efectiva e bem sucedida ⁽⁶⁾.

Em Portugal o acompanhamento de uma gravidez é efectuado através das consultas de Saúde Materna, onde são realizados exames clínicos e laboratoriais regulares que permitem avaliar o estado de saúde da mãe e do bebé, ao longo da gravidez, bem como actividades de aconselhamento e educação para a saúde

acerca de alimentação, exercício físico, hábitos a evitar, etc. ⁽¹⁾ Tal é efectuado por uma equipa médico/enfermeiro nas Unidades de Saúde Familiar, no caso de ser uma gravidez de baixo risco, ou então no Hospital para as consideradas de alto risco (grávidas com mais de 35 anos ou com problemas genéticos) ⁽⁶⁾.

A importância do referido acompanhamento está relacionada não só com a necessidade dos casais obterem informações sobre a gravidez, trabalho de parto e todas as questões inerentes à parentalidade, mas também com a detecção precoce de problemas durante a gestação, sejam eles de carácter patológico, psicológico ou emocional ^{(1) (7)}.

Tendo como base essa premissa e a concepção que o público em geral tem acerca da sexualidade, onde apenas inclui a relação sexual, a sexualidade na gravidez é um assunto com grande potencial de educação, devendo portanto ser incluído nas Sessões de Educação para a Saúde, visto de acordo com a nossa pesquisa essa área ser muitas vezes descorada e esquecida ⁽¹⁾.

Durante a gravidez são inúmeras as alterações fisiológicas e psicológicas que ocorrem na mulher, o que inevitavelmente influencia a vivência da sexualidade por parte do casal, porém não pode ser esquecido o contexto social, no que diz respeito às crenças e mitos, e também o modo como o casal experiencia e aborda a sua sexualidade ⁽⁴⁾. O incentivo à exploração da sexualidade deve ser efectuado pelos profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, visto esta ser privilegiada e especial nesta etapa de vida que o casal enfrenta, a gravidez ⁽¹⁾. Sendo assim e de acordo com a nossa pesquisa, apresentaremos os três focos de Enfermagem que se observam com mais frequência durante a gravidez, que alteram a vivência da sexualidade do casal.

O primeiro foco que abordamos é o **medo**. O casal diminui a frequência do contacto sexual porque tem medo de magoar o bebé durante a penetração, nomeadamente de desencadear um parto prematuro ou aborto ⁽⁸⁾. As intervenções de enfermagem mais adequadas

que diminuam o medo do casal passam por ⁽¹⁾ ⁽³⁾:

Medo

- identificar as causas do medo, através de um ambiente empático e acolhedor;
- esclarecer dúvidas existentes;
- desmistificar crenças e mitos da gravidez;
- informar acerca da importância da vivência da sexualidade durante o período da gravidez, no sentido de aumentar o bem-estar do casal;
- esclarecer as situações de contra-indicação para o acto sexual e sugerir outras formas de experienciar a sexualidade: carícias, actividade não-genital, masturbação;
- esclarecer que o bebé está protegido pelo útero, líquido amniótico e o colo uterino está encerrado pelo rolhão mucoso, não existindo risco de perturbar o bebé aquando a relação sexual;
- incentivar o casal a conversar com outros casais, também eles mães e pais, ou até mais antigos, como os avós, com o intuito de partilhar experiências e também de criar ou reforçar laços afectivos de apoio.

Gomes de Oliveira (2008) fundamenta as intervenções acima propostas referindo que a interrupção súbita de todas as actividades sexuais por parte do casal tem consequências nefastas, quer a nível fisiológico quer a nível psicológico, sendo portanto essencial a promoção da saúde da mulher por parte dos profissionais de saúde, estando implícito o aconselhamento, dádiva de informação e educação para a saúde.

Ainda acerca deste foco é relevante referir que o enfermeiro aquando a anamnese na consulta de enfermagem deve ter em conta: o conhecimento sexual do casal; comportamentos, sentimentos e percepções na esfera da sexualidade, como preconceitos,

estereótipos; os processos sociais vividos, como casal ou individualmente; auto-imagem e aceitação corporal: auto-estima, autoconfiança; a religião ou cultura ⁽⁹⁾.

O segundo foco que abordamos é da **auto-estima diminuída**, visto algumas mulheres perante as alterações físicas marcantes da gestação, como o crescimento abdominal e a sensibilidade mamária, sentirem-se menos femininas, pouco atraentes e desconfortáveis, o que pode influenciar negativamente a sua sexualidade.

As intervenções de enfermagem perante o foco acima mencionado vão ajudar as mulheres grávidas a recuperarem a auto-estima, a se sentirem melhor com a sua auto-imagem e por sua vez a ficarem mais satisfeitas e confiantes na vivência da gestação e da sexualidade ^{(1) (3) (8)}:

Auto estima diminuída

•identificar as causas da diminuição da auto-estima, através de um clima empático e de confiança, onde a mulher possa verbalizar os seus sentimentos negativos e preocupações em relação ao corpo;

- estabelecer uma relação de proximidade com o casal;
- esclarecer a importância da incorporação do novo corpo e aceitação da maternidade por parte da mulher grávida, pois tal vai aumentar a segurança e confiança da mulher e consequentemente uma capacidade para admirar o seu corpo e usufruir do prazer que este pode dar ao casal;
- incorporar e explorar com o casal estratégias de adaptação face ao problema, como o reforço positivo sobre a figura física da mulher, a prática de exercício físico e de uma alimentação equilibrada, a auto-formação, com a busca de informação em outras fontes de conhecimento (livros, internet);
- informar a mulher grávida sobre as alterações decorrentes de uma gravidez, através de ilustrações;
- incentivar a partilha de experiências através do diálogo entre o casal, reforçando assim a sua relação.

O terceiro foco de enfermagem que apresentamos é o **conforto diminuído**.

O desconforto gastrointestinal manifestado por náuseas e vômitos, a tensão mamária e vaginal que algumas mulheres grávidas apresentam no primeiro trimestre, bem como a azia, dores musculares e o grande volume do abdómen no terceiro trimestre, tendem a diminuir o desejo e resposta sexual por parte da mulher ^{(1) (3) (8)}.

As intervenções de enfermagem adequadas que aumentem o conforto da mulher grávida são ^{(1) (10)}:

Conforto diminuído

- identificar a causa que esteja a diminuir o conforto, através de um clima acolhedor e empático onde a grávida se sinta confortável;
- incentivar a partilha de sentimentos, preocupações e desconfortos entre o casal, de modo a que fortaleçam os laços afectivos;
- esclarecer dúvidas existentes, nomeadamente se as alterações fisiológicas e psicológicas inerentes à gravidez costumam ter repercussões na sexualidade;
- sugerir estratégias de adaptação ao problema:
 - no caso dos *vômitos e azia*, sugerir regime alimentar polifracção, com pequenas refeições a intervalos frequentes; sugerir à mulher grávida evitar o odor de determinados alimentos que provoquem náuseas e que evite posturas de flexão ou o decúbito dorsal após as refeições;
 - no caso da *tensão mamária e vaginal*, aconselhar alternativas de posições sexuais e a apelar à criatividade e imaginação do casal para que exista um maior conforto no acto sexual; esclarecer o conceito abrangente de sexualidade, para que o casal passe a considerar ternura, carinhos, mimos e beijos como vivência da sexualidade;
 - no caso das *dores musculares* aconselhar a utilização de cinta adequada à gravidez; redução de esforços físicos e aplicação de calor no local, através de sacos de água quente.

Considerações Finais

A sexualidade, enquanto energia que nos motiva para encontrar o amor, contacto, ternura e intimidade, influencia pensamentos, acções e interacções, está presente em todas as etapas do ciclo vital, não sendo portanto, a Gravidez, excepção.

Esta etapa é dotada de alterações fisiológicas (manifestadas de diversas formas ao longo dos trimestres) que influenciam directamente a prática/desejo sexual, que sofre uma diminuição tanto no homem, como na mulher. Também os valores, crenças e mitos desenvolvidos pelas diversas civilizações ao longo dos tempos, influenciam a forma como a sexualidade é vivenciada na Gravidez.

É neste sentido, que o Enfermeiro, enquanto profissional de Saúde, com acção em diversas áreas, incluindo a educação, deve acompanhar o casal e transmitir-lhe informações e permitir o esclarecimento das suas dúvidas. Através da visão holística, estar atento a três focos principais: medo, diminuição da auto-estima e diminuição do conforto.

Em suma, a actividade sexual é um veículo de excelência para promover a satisfação e bem-estar conjugal ⁽³⁾ tornando-se essencial para o casal, utilizarem a mesma para reforçarem os seus laços de intimidade e união durante este período de tão grandes mudanças, que é a gravidez, de forma a que todas as mudanças a que estão sujeitos, possam ser superadas, nesta fase de extrema importância nas suas vidas e no período que a sucede.

Bibliografia

- (1) GOMES DE OLIVEIRA, Carla. **(A) Sexualidade (s) na Gravidez: Avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros**. Minho: Universidade do Minho, 2008. Dissertação de Mestrado. Disponível em URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/182/8172/1/Capas.pdf>, consultado no dia 1 de Dezembro de 2010 às 22:35
- (2) GOMES, Maria Clementina Rodrigues; **Alguns factores que influenciam o desejo sexual do casal durante a Gravidez**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008. pp. 30-31. Dissertação de Mestrado em Sexualidade Humana. Disponível em URL: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1052/1/18>
- 101 ulsd dep.17628re Tese Des Sex Gra Cleme ntina Gomes.pdf, consultado no dia 1 de Dezembro de 2010 às 22:40;
- (3) FIGUEIREDO, Bárbara; SILVA, Ana Isabel; **Sexualidade na Gravidez e após o parto**. Coimbra: Clínica Psiquiátrica dos Hospitais Universitários de Coimbra, 2005. Disponível em URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/182/2/4720/1/SEXUALIDADE%20NA%20GRAVIDEZ.pdf>, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 21:55;
- (4) FUCÍALO, Andréia; SALMERON, Neiva. **Programa de Saúde da Família: O papel do Enfermeiro na área de saúde da mulher**. Saúde colectiva. Brasil. ISSN: 1806-3365 Vol. 4 Nº 109 (2008), 25-29. Disponível em URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84201906.pdf>, consultado no dia 4 de Dezembro de 2010 às 22:30;
- (5) CONSELHO DE ENFERMAGEM. **Parecer N.º 109 / 2009: Educação Sexual nas escolas**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 22:05;
- (6) CIRCULAR NORMATIVA Nº: 02/DSMIA de 16/01/06. Disponível em URL: http://srsdocs.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2006/cuidados_pre_concepcionais.pdf, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 22:55;
- (7) TOMAZ, et al - **Conflitos da sexualidade diante dos factores orgânicos e emocionais na gravidez**. Fortaleza: Centro de Convenções do Ceará, 2009. Disponível em URL: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01150.pdf, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 22:59;
- (8) ORIÁ, Mônica; ALVES, Maria; SILVA, Raimunda. **Repercussões da gravidez na sexualidade feminina**. Brasil. Revista de Enfermagem: UERJ. Vol. 12 (2004), 160-165. Disponível em URL: <http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a06.pdf>, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 20:55;
- (9) MANDÚ, Edir. **Consulta de Enfermagem na Promoção da Saúde Sexual** Brasília: Revista Brasileira Enfermagem, vol. 57 (2004) 729-32. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a20.pdf>, consultado no dia 8 de Dezembro de 2010 às 23:45;
- (10) OLIVEIRA, Gélica, et al. **Intervenções de Enfermagem nas Adaptações Fisiológicas da Gestação**. VEREDAS FAVIP: Revista Eletrônica de Ciências. v. 3 n. 1 (2010). Disponível em URL: <http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewFile/118/123>, consultado no dia 5 de Dezembro de 2010 às 22:58;



Alimentação Saudável na Gravidez

Healthy eating in pregnancy

Nádia Guerra – Telma Milho – Cátia Vicente –
Fernanda Gomes da Costa

RESUMO

Uma alimentação saudável é importante durante a gravidez, mas também antes desta. Uma vez que antes da mulher se aperceber de que está grávida, já foram ultrapassadas diversas fases consideradas importantes no, e para o desenvolvimento do embrião, é assim importante uma alimentação saudável antes da concepção e após esta. É então, importante comer bem de modo a fornecer ao corpo da mulher todos os nutrientes e micronutrientes de que o feto necessita para crescer, sem quaisquer deficiências ou excessoⁱⁱ, pois é através da mãe que o feto recebe tudo o que necessita para crescer e se desenvolver. Contudo, a grávida não necessita de "comer por dois", havendo uma necessidade de compreender como comer para dois e não por dois, comendo em qualidade e não em quantidade. Assim, torna-se importante fornecer à grávida informações sobre uma alimentação saudável e quais as suas necessidades alimentares específicas durante este período, tais como os cuidados que deve

ter e os alimentos que deve ou não ingerir, de modo a que a gravidez decorra da melhor forma possível.

Palavras-chave: *alimentação saudável, saúde, grávida, necessidades nutricionais, gravidez.*

ABSTRACT

Healthy eating is important during pregnancy, but also before this. Once before the woman realizes that it's pregnant, have already been overtaken several important phases in and for the development of the embryo, being so important to a healthy diet before conception and after this. Is so important to eat well, without any deficiencies or excess, in order to provide the woman's body all the nutrients and the micronutrients that the fetus requires to grow, because it is through the mother that the fetus receives everything he needs to grow and develop. However, the pregnant doesn't need to "eating for two" and there is a need to understand how to eat for two by two, and not eating on quality rather than quantity. Therefore, it is important to provide to the pregnant information about healthy eating and what special food needs she has during this period, such as the care she must have and the food she should or should not eat, so that the pregnancy goes the best way possible.

Keywords: *healthy eating, health, pregnant, nutritional needs, pregnancy.*

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo central esclarecer o que é uma alimentação saudável nesta fase do ciclo de vida da mulher, tendo por base referências bibliográficas. Pretende, responder a algumas questões que podem surgir à mulher grávida, tais como: "O que é uma alimentação saudável?"; "Como fazer uma alimentação saudável na gravidez?"; "Que necessidades alimentares, enquanto grávida, tenho?"; "Há algum cuidado especial que devo ter em relação aos alimentos?"; "Existem alimentos que devo evitar?".

A aplicação do conhecimento necessário para responder a estas questões, irá permitir à grávida que o seu corpo esteja mais bem preparado para a excepcional experiência da gravidez. O que se come quando se está grávida é importante tanto para a saúde da mãe como para o correcto desenvolvimento do bebé.

Para ter um bebé saudável é preciso, em primeiro lugar, que a grávida tome conta de si própria, começando se preocupar com a sua alimentação. Segundo o Portal da Saúde (2005) ⁱⁱⁱ, neste momento do ciclo vital é importante, para a grávida, mais do que nunca, manter o equilíbrio nutricional certo, de modo a manter-se saudável e a dar ao seu bebé o melhor começo possível de vida.

NECESSIDADES NUTRICIONAIS

As necessidades nutricionais são, em parte, determinadas, pelo estágio de gravidez. O crescimento fetal varia durante os diferentes estádios da gravidez, sendo que durante o primeiro trimestre, a síntese dos tecidos fetais exige relativamente pouco da nutrição materna. Assim, durante o primeiro trimestre, as necessidades nutricionais estão *"ligeiramente aumentadas"* (RICCI, Susan Scott, 2008) ^{iv} relativamente às existentes antes da gravidez. Contrariamente a este, o terceiro trimestre é um período em que o crescimento fetal é notável, uma vez que a maior parte das reservas fetais de fontes energéticas e de minerais são depositadas nesta fase (RICCI, Susan Scott, 2008). Assim, apresentamos de seguida os principais nutrientes considerados essenciais para uma gravidez saudável:

ENERGIA: Uma dieta equilibrada deve ajudar a grávida a aumentar o peso de que necessita. A gravidez não é, pois, a altura indicada para iniciar uma dieta restritiva. Com efeito, um aumento regular do peso é um dos sinais de que uma gravidez está a correr bem ^v.

PROTEÍNAS: As proteínas constituem o elemento nutricional básico ao crescimento, sendo

essenciais para satisfazer o aumento de exigências decorrentes da gravidez, que surgem: do rápido crescimento do feto; do aumento do útero e respectivas estruturas de apoio, das glândulas mamárias e placenta; do aumento do volume de sangue circulante materno e do subsequente acréscimo nas necessidades de proteínas plasmáticas para manter a pressão osmótica coloidal; e da formação do líquido amniótico. A utilização de suplementos altamente proteicos está associada a um aumento da incidência de partos prematuros pelo que não é recomendada na maioria das situações (RICCI, Susan Scott, 2008).

LÍQUIDOS: A água é essencial às trocas de nutrientes e produtos resultantes do catabolismo, através da membrana celular, e a principal constituinte das células, sangue, linfa, líquido amniótico e outros líquidos vitais do corpo, contribuindo, também, na manutenção da temperatura corporal. A dose diária recomendada é de 1,5 a 2 L de ingestão de líquidos, tendo em especial atenção a água (RICCI, Susan Scott, 2008), pois esta facilita as trocas entre o organismo da mãe e o do feto. *"O leite é, também, uma bebida que é particularmente recomendada para as futuras mães, devido ao elevado teor em cálcio e proteínas"* ^{vi}.

MINERAIS E VITAMINAS: O aconselhamento sobre a necessidade de fazer uma alimentação variada e rica em vitaminas e mineiras deve fazer parte dos cuidados pré-natais iniciais, e reforçado ao longo da gravidez (SILVA, Sandra; MURA, Joana, 2007) ^{vii}.

→ **Ferro:** O ferro forma parte dos glóbulos vermelhos e facilita o transporte do oxigénio pela hemoglobina no sangue. A grávida necessita de grandes volumes de ferro para criar o volume de sangue do seu bebé. ^{viii}.

É recomendado, para todas as grávidas, um suplemento diário de 30mg de sulfato ferroso, a iniciar na 12ª semana de gravidez. Embora esteja a tomar suplementos, a mulher deve incluir na sua alimentação alimentos ricos em ferro. A

grávida deve, também ingerir um número suficiente de alimentos ricos em vitamina C, estimulando assim, a absorção de ferro (SILVA, Sandra; MURA, Joana, 2007).

→ **Cálcio:** A ingestão regular de cálcio irá garantir que o ser humano permaneça saudável, uma vez que este tem a função de estimular a renovação das células ósseas, bem como os ossos sólidos e os dentes. Encontra-se, também, envolvido no processo de formação dos ossos do feto, assim como nos processos de coagulação do sangue, ajudando no controlo do ritmo cardíaco e desempenhando um papel fundamental na contracção e relaxamento musculares^{ix}.

Em casos de grávidas com intolerância à lactose ou no caso de grávidas vegetarianas, com os seus níveis séricos muito baixos, já existem produtos que contêm lactase, pois estas passam a necessitar de um suplemento diário de 600mg de cálcio. Estes suplementos podem, também, ser aconselhados quando a mulher refirir câibras nos membros inferiores, provocadas pelo desequilíbrio na proporção cálcio/fósforo (SILVA, Sandra; MURA, Joana, 2007).

→ **Sódio:** Ao contrário do que vulgarmente se acreditava no passado, uma mulher grávida necessita de sal na sua dieta para compensar a expansão em termos de volume de sangue, que aumenta praticamente 50% durante a gravidez.^x. Uma ingestão moderada de sódio é, geralmente, obtida através da adição ligeira de sal aos alimentos, unicamente durante a sua confeção.

→ **Zinco:** Constituinte de numerosas enzimas envolvidas em processos metabólicos de grande importância. O défice deste nutriente está associado a malformações do foro neurológico nas crianças. Desta form, a grávida deverá ser encorajada a consumir diariamente produtos ricos em zinco (SILVA, Sandra; MURA, Joana, 2007).

→ **Magnésio:** Segundo Silva e Mura (2007), os níveis adequados de magnésio no organismo resultam numa menor incidência de pré-eclâmpsia e de restrição de crescimento intra-uterino.

→ **Vitaminas Lipossolúveis:** É necessária a ingestão de vitamina A para que possam ser armazenadas quantidades suficientes no feto, sendo as fontes alimentares suficientes para perfazer esta necessidade. A vitamina D desempenha um papel importante na absorção e metabolismo do cálcio (SILVA, Sandra; MURA, Joana, 2007).

→ **Vitaminas Hidrossolúveis:** Devido ao aumento da massa eritrocitária característica da gravidez, necessária para o crescimento do útero e formação da placenta^{xi}, as grávidas necessitam de um aconselhamento cuidado acerca da inclusão de fontes ricas em *ácido fólico/vitamina B9* na sua alimentação. Deste modo, são prescritos suplementos desta vitamina, uma vez que uma deficiência em ácido fólico induz o risco de nascimento prematuro e crescimento fetal lento, podendo, em casos extremos, levar a anomalias do "*tubo neural*" ou espinal medula (SILVA, Sandra; MURA, Joana, 2007).

A *vitamina C/ácido ascórbico* desempenha uma função importante na formação dos tecidos e aumenta a absorção de ferro. A sua ingestão adequada, é normalmente satisfeita apenas com uma dieta que inclua, pelo menos, uma porção diária de citrinos, sumos ou outra fonte rica desta vitamina.

As mulheres que têm hábitos tabágicos necessitam de uma maior quantidade de vitamina C. No entanto, se consumida em excesso poderá resultar num défice da mesma no recém-nascido no puerpério (SILVA, Sandra; MURA, Joana, 2007).

A seguinte tabela, adaptada de Ricci (2008), demonstra os nutrientes mais importantes na gravidez, as suas funções e exemplos de fontes alimentares dos mesmos.

NUTRIENT	FUNÇÃO EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ	FONTES ALIMENTARES
ENERGIA	Crescimento dos tecidos fetais e maternos.	Hidratos de Carbono, gorduras e proteínas
PROTEÍNAS	Síntese dos produtos da concepção; crescimento do tecido materno e expansão do volume sanguíneo.	Carne, ovos, queijo, iogurtes, legumes, nozes, cereais.
MINERAIS		
CÁLCIO	Formação do esqueleto e dentes do feto; manutenção da mineralização óssea e dentária da grávida.	Leite, queijo, iogurte, sardinhas ou outro peixe com espinha, legumes verdes excepto espinafres, tofu enriquecidos com cálcio, feijões cozidos, tortilhas.
FERRO	Formação de hemoglobina materna, armazenamento hepático de ferro no feto.	Ferro-heme: carne vermelha é a sua fonte principal. Nesta forma, o ferro heme é bem absorvido pelo organismo. Ferro não-heme: presente em inúmeros alimentos, sobretudo legumes, frutos secos e, em quantidades mais pequenas, nos cereais, vegetais de folha verde-escuros, pão. Nesta forma, é bastante menos absorvido pelo organismo. Esta absorção pode, no entanto, ser estimulada pelo consumo de

alimentos ricos em vitamina C (por exemplo: uma laranja para a sobremesa) durante a mesma refeição.

ZINCO Componente de numerosos sistemas de enzimas, provavelmente importante na prevenção de malformações congénitas.

Fígado, marisco, carne, cereais integrais, leite.

iodo Aumento da taxa metabólica materna

Sal iodado, marisco, leite e derivados, leveduras, pães de mistura com fermento, e donuts.

RISCOS DE UMA ALIMENTAÇÃO INCORRETA

Segundo o Portal da Saúde (2005), o importante a reter acerca da alimentação da grávida é que esta deverá ser rica em qualidade e não em quantidade. Como tal, o aumento de peso da grávida deverá ser gradual ao longo de toda a gravidez.

Ricci (2008), afirma que este aumento se deve não só ao crescimento do feto, como também ao aumento do líquido amniótico, da volémia, da placenta e cordão umbilical, do útero, das mamas, dos líquidos tissulares e depósitos de gordura e proteínas, tal como poderá ser observado na seguinte tabela elaborada por Lowdermilk & Perry (2004, *cit. por* RICCI, 2008).

Afirma ainda que este aumento vai depender do índice de massa corporal (IMC) da mulher antes de engravidar (IMC pré-gravidez, sendo que mulheres com IMC inferior a 19,8 kg/m² deverão ganhar entre 14 a 20 kg, enquanto as mulheres com IMC entre 25 e 29 kg/m² não deverão ganhar mais do que 8 a 12 kg.

De acordo com a nutricionista Sónia Rodrigues (s.d.)^{xii}, de todo o peso ganho pela grávida ao longo da gravidez, este deverá ser distribuído da seguinte forma: 15% no primeiro trimestre, 35% no segundo e 50% no terceiro.

COMPONENTE	PESO
Feto	3,4 a 3,8 kg
Sangue	1,8 kg
Útero	0,9 kg
Mamas	0,5 kg
Placenta e cordão umbilical	0,7 kg
Depósitos de gordura e proteína	3,4 kg
Líquidos tissulares	1,2 kg
Líquido amniótico	0,8 kg
Ganho de peso total aproximado	13 kg

A razão pela qual o ganho de peso da grávida é tão importante, é que este interfere directamente no desenvolvimento e bem-estar fetal, tal como no desfecho do parto. Um ganho de peso excessivo está associado a macrossomia fetal (> 4 kg), hipoglicemia neonatal e obesidade contínua materna. Está também, de certa forma, associada à diabetes mellitus gestacional, uma vez que um dos seus principais factores de risco é a obesidade, e consequentemente aos distúrbios hipertensivos (RICCI, Susan Scott, 2008).

Ricci (2008) afirma que a diabetes mellitus gestacional é definida como sendo a intolerância à glicose por parte da grávida, desde o início da gravidez, ou detectada aquando o decorrer da mesma. Alguns dos principais efeitos da hiperglicemia na gravidez são: polihidrâmnio devido ao aumento da diurese fetal; cetoacidose; trabalho de parto pré-termo, devido à ruptura prematura de

membranas amnióticas; prolapso do cordão umbilical, devido ao polihidrâmnio e apresentação fetal anormal; infecções urinárias consequentes de glicosúria, que por sua vez é promotora da proliferação bacteriana; trabalho de parto difícil, cesariana, hemorragia pós-parto consequentes da distensão exacerbada do útero por acomodar um feto macrossómico; restrições de crescimento intra-uterino (RCIU) do feto, consequente do comprometimento vascular materno e da diminuição da perfusão placentária; entre outros.

Também a ingestão de álcool e cafeína está contra-indicada, devendo ser diminuída ou abolida durante a gravidez. Segundo Ricci (2008), a ingestão de álcool durante a gravidez poderá levar a abortos espontâneos, ganho de peso inadequado, fetos com RCIU, transtorno do espectro alcoólico fetal, sendo este último a principal causa de atraso mental. Quanto à ingestão de cafeína, esta poderá levar a vasoconstrição e diurese leve na mãe, diminuição da absorção de ferro, aumentando o risco de anemia, e estimulação fetal (não foram documentados nas pesquisas os efeitos teratogénicos).

Por outro lado, de acordo com Ricci (2008), o défice do ganho de peso poderá levar a anomalias congénitas, a partos pré-termo, e ao desenvolvimento de fetos com RCIU (< 2,5 kg). Durante a gravidez, como já foi referido, é normal haver um défice de ferro e ácido fólico, sendo estes essenciais na formação de novas células sanguíneas e na prevenção de anemia. Durante o primeiro trimestre, a anemia pode aumentar a probabilidade de parto pré-termo, de desenvolvimento de fetos com RCIU e de morte perinatal. No termo da gravidez, aumenta o risco perinatal tanto para a mãe, como para o RN. Esta aumenta também, durante e após o parto, os riscos de hemorragia, consequente de uma função plaquetária prejudicada, e de infecção.

Segundo o Portal da Saúde (2005), outro factor relacionado com a alimentação da grávida e que interfere directamente com o desenvolvimento fetal é a segurança alimentar. A falta de cuidado na preparação dos alimentos poderá levar a que a grávida

contraia infecções tais como, a toxoplasmose, salmonelas e brucelose. Alimentos, tais como, marisco (prevenção de salmonelas), queijo fresco de leite não pasteurizado (prevenção de brucelose), carne mal passada (prevenção de toxoplasmose), tal como peixes e frutos do mar crus deverão ser evitados.

De uma forma geral, as recomendações gerais no que diz respeito à segurança alimentar são: lavar higienicamente as mãos antes e após preparar alimentos, lavar muito bem os mesmos e preparar e cozinhá-los de forma simples. Também Ricci (2008), recomenda para a prevenção da toxoplasmose, no que diz respeito à alimentação: a limpeza de "tábuas de corte, superfícies de trabalho e utensílios com água quente e sabão após o contacto com carne crua ou frutas e vegetais não-lavados" (RICCI, Susan Scott, 2008); descascar e lavar bem todas as frutas e vegetais crus antes de os ingerir; lavar higienicamente as mãos com água morna e sabão após o manuseamento de carne crua; e evitar ovos não cozidos e leite não pasteurizado.

FUNÇÃO DO ENFERMEIRO

Uma alimentação equilibrada durante a gravidez, assegura a atribuição dos nutrientes adequados às necessidades, tanto da mãe como do feto, possibilitando "um ganho de peso gestacional ideal" e uma redução das complicações durante a gravidez (RICCI, Susan Scott, 2008), tendo importância no bem-estar fetal e no desfecho do parto (LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry, et.al., 2008)^{xiii}.

AVALIAÇÃO INICIAL

Referente à avaliação inicial realizada por parte do enfermeiro, esta deve basear-se na recolha de dados referentes à história alimentar da mulher, obtida a partir da entrevista e dos registos de enfermagem, da observação física e dos resultados laboratoriais. Esta irá permitir descrever alimentos e bebidas que a mulher habitualmente consome e factores que possam influenciar o estado nutricional da

grávida (tais como, alergias e intolerâncias alimentares, consumo de medicamentos e a situação financeira, assim como os conhecimentos que tem sobre práticas alimentares saudáveis) (LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry, et.al., 2008).

Como já foi referido, doenças tais como a diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença renal, doença hepática entre outros, podem afectar o estado nutricional da mulher e as suas necessidades energéticas. Deve ser averiguada a presença e gravidade de desconfortos alimentares da gravidez, tais como, os enjoos matinais, a pirose, entre outros. A observação física é importante, pois pode revelar sinais de malnutrição na grávida, mas a sua interpretação pode tornar-se mais fácil se complementada com a história de saúde e exames laboratoriais. O hematócrito e a hemoglobina são os exames que a grávida necessita de realizar relativamente à nutrição, e os seus valores devem ser ajustados uma vez que durante a gravidez a mulher sofre de uma anemia fisiológica. A tabela a seguir apresentada, foi adaptada de Lowerdemilk & Perry (2008) esquematiza os sinais de boa ou mal nutrição que podemos encontrar:

SINAIS BOA NUTRIÇÃO	SINAIS DE DEFICIENTE NUTRIÇÃO
Aspecto Geral	
Alerta Comunicativa, enérgica e com boa resistência	Distraída, apática, fadiga a pequenos esforços, cansada.
Músculos	
Bem desenvolvidos, firmes, boa tonicidade	Flácidos, baixa tonicidade, sensíveis.
Controlo Nervoso	
Boa capacidade de concentração, não irritável ou cansada, reflexos normais	Desatenta, facilmente irritável, fraqueza, diminuição ou perda de reflexos.
Função Gastrintestinal e Cardiovascular	
Bom apetite e digestão, eliminação regular.	Anorexia, indigestão, obstipação ou diarreia,
FC e ritmo cardíaco normais, PA normal.	hepatomegália ou esplenomegália.
	FC elevada, PA

	elevada.
Cabelo	
Brilhante, sedoso, firme, saudável.	Fibroso, baço, quebradiço, seco, queda fácil, fino.
Pele (geral, face e pescoço)	
Macia, rosada, aspecto saudável, lábios sem fissuras.	Áspera, seca, pálida, escura sobre as bochechas e olhos, descamação perinatal e bucal, tiróide aumentada, lábios edemaciados e com lesões ou fissuras nos cantos.
Cavidade Oral	
Mucosas e gengivas rosadas, dentes brancos e limpos, sem cáries, indolores.	Gengivas com aspecto esponjoso, inflamadas ou retraídas que sangram com facilidade, língua edemaciada, escarlate e sanguinolenta, cor magenta e carnuda. Dentes cariados, superfícies gastas, papilas hiperemiadas e hipertróficas.
Olhos	
Brilhantes e claros, mucosas húmidas, cor rosada, sem vasos sanguíneos ou depósitos de tecido na esclerótica, sem olheiras.	Mucosas pálidas, ou avermelhadas, secura ocular, sinais de infecção, vermelhidão e fissuras nos cantos do olho, córnea com aspecto baço ou mole, esclerótica azulada.
Extremidades	
Ausência de hipersensibilidade, fraqueza ou edema, unhas fortes e rosadas.	Edemaciadas, sensíveis ao frio, formigueiro e fraqueza, unhas encurvadas e quebradiças.
Esqueleto	
Sem malformações	Pernas arqueadas, joelhos valgos, deformidade torácica na região do diafragma, omoplatas proeminentes.

A avaliação inicial irá constituir uma base para a formulação dos diagnósticos de enfermagem, tendo em conta as necessidades

nutricionais da grávida em questão (LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry,*et.al.*, 2008).

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Alguns exemplos de diagnósticos, tendo em conta os mais frequentes referentes à nutrição da grávida são:

- Risco de nutrição inadequada (défice ou excesso);
- Padrão de eliminação intestinal comprometido (obstipação)
- Conhecimento comprometido (acerca da nutrição adequada)

Tendo em conta os diagnósticos formulados, deve conjuntamente com a grávida, ser formulado um plano de cuidados, tendo em conta alguns resultados esperados a atingir pela mulher, sendo alguns dos mais comuns:

- Atingir um ganho ponderal durante a gravidez;
- Consumo de nutrientes adequados através da alimentação e suplementos;
- Superar os desconfortos associados a gravidez, relativos a nutrição;
- Evitar ou reduzir práticas nocivas, tais como o consumo de álcool, tabaco ou cafeína.

A intervenção do enfermeiro passa sobretudo por:

1. Ensinar a grávida sobre quais as necessidades nutricionais durante a gravidez e se necessário sobre uma alimentação adequada (LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry,*et.al.*, 2008) explicando a necessidade de uma alimentação equilibrada, variada e polifraccionada, realizar refeições pequenas, várias vezes ao dia, realçando que o importante é comer em qualidade e não em quantidade;
2. Orientar a grávida a individualizar a sua alimentação, tendo em conta a ingestão adequada de nutrientes, tendo em conta as suas necessidades culturais, económicas e pessoais, podendo para isso ser criado com a mulher um plano alimentar adequado, consoante estes aspectos;

3. Orientar a grávida para lidar com desconfortos relativos a gravidez, tais como as náuseas e os vômitos, mais comuns no primeiro trimestre da gravidez a obstipação e a pirose;
4. Ensinar a grávida a utilizar adequadamente os suplementos nutricionais;
5. Encaminhar a grávida para outros profissionais (se necessário).

Ingestão alimentar adequada

Deve ser destacada a escolha de uma alimentação variada e polifraccionada. Segundo Lowdermilk (2008) é recomendado o consumo diário de: *"90 g de pão integral, cereais, arroz e massa. É também recomendado o consumo de 2,5 chávenas de vegetais, 2 chávenas de fruta, 3 de leite meio gordo, magro ou produtos lácteos e 150 g de carne e leguminosas. A maioria das gorduras ingeridas deve vir do peixe, nozes e óleos vegetais"* (LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry, et.al., 2008).

Tendo em conta as necessidades nutricionais da grávida durante a gravidez (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, cálcio, ferro, zinco e flúor), indispensáveis ao crescimento saudável do bebé e ao prevenir de lesões na grávida^{xiv}, segundo o Portal da Saúde a alimentação da grávida deve incluir:

- Ovos, carne, peixe, fornecedores de proteínas;
- Leite, iogurte, queijo e manteiga, fornecedores de cálcio;
- Ervilhas, feijão e grão, fornecedores de proteínas vegetais indispensáveis ao bebé;
- Fruta e vegetais em todas as refeições, fornecedores de vitaminas e minerais.

Segundo o Portal da Saúde (2005), existem alimentos que a grávida deve evitar, pois podem ser prejudiciais à saúde do bebé, tais como mariscos (devido ao risco de salmonelas), carne mal passada (toxoplasmose), queijo fresco e leite não pasteurizado (devido ao risco de contrair brucelose), doces e bolos, assim como o consumo de café, álcool e bebidas gaseificadas.

Esquematizado, apresentamos de seguida uma tabela (CUNHA, Fernanda P., 2007)^{xv} dos alimentos que a grávida deve, ou não ingerir.

DEVE COMER	A EVITAR
Ovos, carnes, peixes (fornecedores de proteínas)	Doces e bolos
Leite, iogurte, queijo e manteiga (fornecedores de cálcio)	Café, chá, álcool e bebidas com gás
Ervilhas, feijão, grão (também fornecedores de proteínas vegetais essenciais ao bebé)	Marisco e enlatados (devido ao risco de intoxicações)
Fruta e vegetais em todas as refeições (fornecedores de vitaminas e sais minerais)	Carne mal passada (devido a salmonelas e toxoplasmose) Queijo fresco de leite não pasteurizado (devido ao risco de contrair brucelose)

Lidar com os desconfortos da gravidez

Como já foi referido, as náuseas, vômitos, a obstipação e pirose são alguns dos desconfortos mais frequentes, sendo que estes dois primeiros são mais frequentes durante o primeiro trimestre. Algumas das recomendações neste âmbito passam por comer alimentos, tais como uma bolacha de água e sal por exemplo e ingerir excessivamente água, de manhã ao acordar e quando surgem as náuseas. Outros conselhos passam pelo que já foi referido, evitar saltar refeições, evitar movimentos bruscos, diminuir o consumo de fritos e alimentos com excesso de gordura e evitar escovar os dentes logo a seguir à refeição. A solução pode também passar pela utilização de antieméticos (LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry, 2008).

A obstipação está associada ao aumento da ingestão de fibras, sendo por isso recomendada a ingestão de água e fibras adequadas. Relativamente à pirose, devem ser ingeridos líquidos junto com as refeições, aumentando a dilatação gástrica, devem ser

evitados alimentos muito condimentados e as refeições devem ser pequenas e frequentes (LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry, 2008).

Influências culturais e dietas vegetarianas

A intervenção do enfermeiro deve ter em conta a constituição da alimentação tendo em conta o grupo cultura ou étnico a que a grávida pertence.

Relativamente às dietas vegetarianas, estas mulheres devem iniciar um suplemento de vitamina B12, sendo que esta vitamina só está presente em alimentos de origem animal (LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry, 2008).

AValiação FINAL

Sendo que uma alimentação incorrecta durante a gravidez poderá acarretar doenças no feto, assim como na própria mãe, é importante ao enfermeiro diagnosticar e intervir de modo a que exista uma boa alimentação durante a gravidez evitando e minimizando riscos.

CONCLUSÃO

A alimentação saudável durante a gravidez é fundamental para o bom desenvolvimento do feto e prevenção de complicações derivadas de uma má alimentação, tanto para o feto como para a grávida. Contudo, esta boa alimentação deverá ser prévia à gravidez, garantindo assim uma melhor prevenção de complicações. A grávida deverá assim, ter uma alimentação diversa e polifracionada, adequada ao seu estilo de vida (incluindo a sua etnia e preferências alimentares), às suas patologias, histórico familiar, ao seu IMC pré-gestação, e consequentemente à sua necessidade de ganho de peso.

Para tal, torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro, que irá ajudar e orientar a grávida ao longo da gravidez, realizando ensinamentos e esclarecendo quaisquer dúvidas que esta tenha. O enfermeiro torna-se também extremamente importante na prevenção de complicações durante a gravidez, sendo que

muitas das vezes é através da sua avaliação que se detectam riscos acrescidos de complicações, ou a presente existência das mesmas. Deste modo, a ingestão nutricional deverá ser gerida pela grávida, em acompanhamento do enfermeiro, para que assim haja um melhor e mais saudável desenvolvimento da gravidez.

REFERÊNCIAS

- ¹ [Acedido a 27 de Novembro de 2010 pelas 21h45]: http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/taking_care_of_your_nutrition/
- ² [25 de Novembro de 2010 pelas 20h32]: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/gravidez+e+sexualidade/viveragravidezmasaude.htm>
- ³ RICCI, Susan Scott - *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. 1ª ed. Rio de Janeiro (2008). ISBN: 978-85-277-1397-9.
- ⁴ [27 de Novembro de 2010 pelas 21h56]: http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/nutritional_needs/
- ⁵ [Acedido a 27 de Novembro de 2010 pelas 22h18]: http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/what_to_drink/
- ⁶ SILVA, Sandra; MURA, Joana - *Tratado de Alimentação, Nutrição & Dietoterapia*. São Paulo (2007). ISBN: 978-85-7241-678-8.
- ⁷ [27 de Novembro de 2010 pelas 22h29]: http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/taking_care_of_your_nutrition/taking_care_nutrition.htm
- ⁸ [27 de Novembro de 2010 pelas 22h29]: http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/taking_care_of_your_nutrition/taking_care_nutrition.htm
- ⁹ [27 de Novembro de 2010 pelas 23h03]: http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/nutritional_needs/
- ¹⁰ [27 de Novembro de 2010 pelas 23h03]: http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/nutritional_needs/
- ¹¹ [25 de Novembro de 2010 pelas 21h27]: http://www.modelo.pt/pdf/ALIMENTACAO_NA_GRAVIDEZ.pdf
- ¹² LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry. [et al.] - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta (2008). ISBN: 978-989-8075-16-1
- ¹³ [Acedido a 25 de Novembro de 2010 pelas 21h51]: <http://alimentacaosaudavel.net/alimentacao-saudavel-na-gravidez.html>
- ¹⁴ CUNHA, Fernanda P. (2005) - *A Gravidez da Adolescente*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. : [Acedido a 25 de Novembro de 2010 pelas 20h49]: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/335B482F-1947-4DFA-9FB6-128C04B9E9A3/0/i008798.pdf>

H_{ipertensão} E_{dema} P_{roteínúria} – A TRÍADE DE ALERTA

H_{igh-blood pressure} E_{dema} P_{roteínúria} – The S.O.S Triad

Daniela Mariano- João Martins – Mariana Santos – Raquel
Martins – Soraia Lobo – Fernanda Gomes da Costa

Resumo

A hipertensão durante a gravidez é uma situação que poderá incorrer, juntamente com outros sinais e sintomas como a existência de edema e de proteinúria, poderá incorrer em pré-eclâmpsia ou (caso haja convulsões associadas) em eclâmpsia, sendo estas duas patologias muito graves não só para a mulher como também para o próprio feto sendo que o único tratamento eficaz é o fim da gestação. A intervenção do enfermeiro passa por prevenir o aparecimento desta patologia. A vigilância durante a gravidez e o tratamento, são também áreas de intervenção do mesmo, tendo sempre em vista a redução de riscos para a mulher e para o feto.

Palavras-chave: Hipertensão, Edema, Proteinúria, Gravidez, Cuidados de Enfermagem, Prevenção e Tratamento.

Abstract

High-blood pressure during the pregnancy is a situation that will be able to incur, together with other signals and symptoms as the existence of edema and proteinuria, it will be able to not only incur into daily preeclampsia or (in case that it has convulsions associates) eclampsia, being these two diseases very serious for woman as well as for her's baby being that the only efficient treatment is to deliver the baby. Nursing's intervention passes for preventing this disease. The monitoring during the pregnancy and the treatment, is also areas of intervention, having always in

sight the reduction of risks for woman and baby.

Keywords: High-blood pressure, Edema, Proteinuria, Pregnancy, Nurse, Prevention and Treatment.

Nota Introdutória

O objectivo da realização deste artigo é identificar as intervenções de enfermagem junto da grávida, no que respeita à prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Pretende-se com a realização deste artigo, esclarecer e evidenciar este problema de saúde, clarificar a relação existente entre a hipertensão e a gravidez e ainda identificar a intervenção do enfermeiro perante esta situação. Deste modo, escolhemos trabalhar o papel do enfermeiro na prevenção e tratamento das mesmas, tendo este tema despertado nos especial atenção e interesse, por se tratar de uma problemática bastante actual e recorrente.

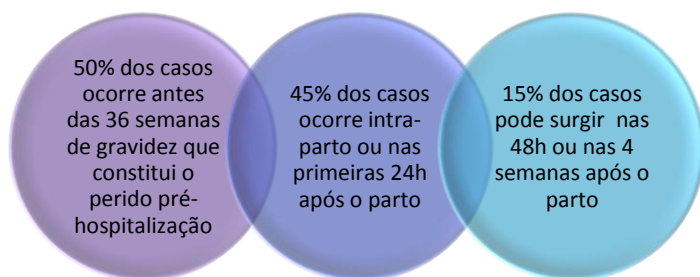
O artigo começa por uma breve contextualização do tema, que engloba a incidência e a relação entre esta patologia e o processo de gravidez. Seguidamente, focaliza-se a importância do enfermeiro na prevenção e tratamento desta situação, sob a forma de diagnósticos e intervenções de enfermagem, segundo CIPE e, por fim, é apresentada uma conclusão, onde são sintetizados os aspectos fulcrais deste trabalho, bem como a análise dos objectivos delineados e atingido

A Pré-eclâmpsia

Durante a gravidez, a mulher está sujeita a viver um período de grandes mudanças e adaptações do seu corpo, que podem muitas vezes não ser benéficas para si ou para o novo ser. A pré-eclâmpsia é, entre outros, um problema que deve ser prevenido e gerido pelos profissionais de saúde durante o período gestacional, que tende a surgir depois das 20 semanas gestacionais em mulheres consideradas normotensas. A pré-eclâmpsia é conhecida como o aumento dos valores da Tensão Arterial, que na grávida se consideram normais a sistólica 140mmHg e diastólica 90

mmHg, e o aparecimento de proteinúria no 2º trimestre¹.

É importante perceber que a pré-eclampsia consiste no aumento dos valores da tensão somente no período gestacional o que é diferente de uma mulher que já seja hipertensa antes da gravidez, existindo ainda a chamada pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão Arterial crónica, ou seja, quando a mulher já é hipertensa antes da gravidez mas a sua tensão adopta valores considerados normais, com recurso a processos terapêuticos, e durante a gravidez estes valores se descontrolam. A eclâmpsia por sua vez baseia-se na ocorrência de uma ou mais convulsões generalizadas ou coma na grávida. Porém, a eclâmpsia é mais frequente no início e no fim da idade reprodutiva da mulher.



Esquema 1– Incidência de pré-eclâmpsia

A pré-eclâmpsia pode ser moderada ou grave, sendo que na primeira se distingue pelo aumento súbito de peso (superior a 500g por semana), com aparecimento de edemas, hipertensão e proteinúria (1+)¹, enquanto que a segunda apresenta sinais como o aumento da pressão arterial maior ou igual a 160 x 110 mmHg, proteinúria (2+ ou 3+) e manifestações como o torpor, cefaleia, diplopia, turvação, dor epigástrica e por fim edema agudo do pulmão.²

Na pré-eclâmpsia moderada o mais importante é a vigilância e a gestão dos valores tensionais da grávida. Nesta situação, deve-se proceder à programação do parto tendo em consideração que a idade gestacional superior

a 36 semanas (excepto se houver más condições tocológicas), com certeza de maturidade pulmonar positiva³ e/ou agravamento da situação materna com aparecimento de sinais de pré-eclâmpsia grave. A mulher quando apresenta pequenas alterações dos valores da pressão arterial o tratamento consiste em repouso no leito (decúbito lateral esquerdo) e a vigilância diária da Tensão de 4h/4h, proteinúria, peso e diurese. Nestes casos, a grávida é ainda sujeita a uma avaliação da gravidade e risco da progressão da doença, que consiste na realização de exames laboratoriais hematológicos, da função renal e hepática e da proteinúria de 24h. Caso o estado de saúde não agrave este exame pode ser repetido no prazo de 1 ou 2 semanas, juntamente com uma fundoscopia semanal. É importante não esquecer a avaliação do bem-estar fetal que consiste na realização de uma ecografia para perceber o peso do feto no início do internamento e depois de 15 em 15 dias para monitorizar o crescimento do mesmo; é ainda necessária a realização de uma cardiotocografia diária e amniocentese a partir das 34 semanas para avaliação da maturidade pulmonar fetal.

Por outro lado, na Pré-eclâmpsia grave o profissional de saúde deve disponibilizar à mãe e ao feto um tratamento de suporte paliativo até à programação do parto que dependerá da idade gestacional, da condição fetal e materna, assim como, dos riscos e benefícios geridos entre mãe e feto. Nestes casos o recurso a terapêutica é frequente pois o objectivo é diminuir o risco de ocorrência de convulsões (eclâmpsia), manutenção do balanço hídrico e manter a tensão diastólica entre os 90/100 mmHg. Na pré-eclâmpsia grave surgem como sinais de risco eminente⁴:

- TA sistólica 160 mmHg /diastólica 110 mmHg
- Proteinúria > 5g/24h
- Creatinina sérica > 8mg/dl
- Eclâmpsia

¹ CAMPOS, Diogo Ayres; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. Protocolos de Medicina Materno-Fetal. Lisboa, 1ª edição: Lidel pp. 66/77

² CAMPOS, Diogo Ayres; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. Protocolos de Medicina Materno-Fetal. Lisboa, 1ª edição: Lidel pp. 66/77 ISBN

³ Realizada a partir das 34 semanas

⁴ CAMPOS, Diogo Ayres; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. Protocolos de Medicina Materno-Fetal. Lisboa, 1ª edição: Lidel pp. 66/77 ISBN

- Edema Pulmonar
- Oligúria (débito urinário <500 ml/24h)
- Evidência de hemólise (DHL >600 UI e esquizóticos no esfregaço do sangue periférico)
- Trombocitopenia
- Disfunção hepatocelular
- Restrição do crescimento fetal ou oligoâmnio
- Cefaleias, perturbações visuais, epigastralgias ou dor no quadrante superior direito, hiperreflexia.

População de Risco

- Nulíparas
- Baixo Nível Socioeconómico;
- Cuidados pré-natais deficientes;
- Extremos da idade fértil (<18 e >40 anos)
- História familiar de Pré-eclâmpsia
- Diabetes insulino-dependentes
- Hipertensão pré-existente
- Doença crónica
- Gravidez gemelar
- Hidrâmnios
- Hidrópia fetal
- Mola Hidatiforme

Avaliação

- **Hematológica:** ocorre uma diminuição do volume plasmático que provoca um aumento dos hematócritos. É importante não esquecer que este aumento está directamente relacionado com a hipovolémia;
- **Função Renal:** O ácido úrico aumenta e está relacionado com a diminuição da taxa de filtração glomerular pelo que é um dos indicadores de pré-eclâmpsia. Os valores de creatinina e ureia também aumentam mas não servem como diagnóstico quando isolados porque sofrem muitas alterações até em situações normais;
- **Função Hepática:** só se alteram significativamente na Pré-Eclâmpsia grave e síndrome de HELPP;
- **Fetal (através da ecografia):** Nestas situações podem ocorrer alterações na fluxometria que está relacionada com o compromisso da função útero-placentária, e que podem, por sua vez, provocar restrições no crescimento uterino.

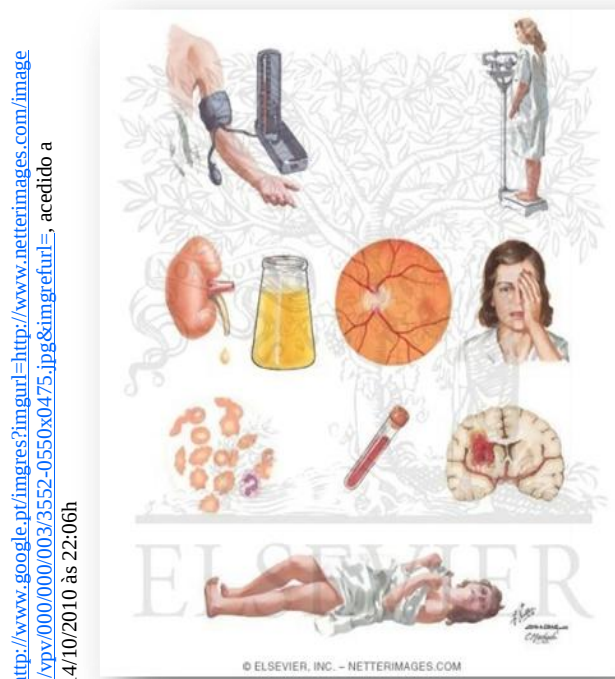


Ilustração 1 – Sinais e sintomas de pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

Intervenções de Enfermagem

De seguida serão apresentados os principais diagnósticos e respectivas intervenções no que diz respeito à pré-eclâmpsia.

Estas intervenções de enfermagem prestadas à mãe com pré-eclâmpsia têm como objectivos: evitar convulsões da eclâmpsia; assegurar a sobrevivência da mãe; promover o nascimento da criança prematura, quando for possível e por fim, eliminar as complicações significativas do puerpério. Consideramos importante dividir as intervenções por tipo de pré-eclâmpsia (moderada e grave) e também pelo parto e pós-parto.

⁵Pré – eclâmpsia moderada:

Diagnóstico: Edema actual

Resultado esperado: Edema diminuído⁶

Intervenções de Enfermagem:

- Aconselhar a gestante a aumentar a frequência e duração de períodos de descanso;

5 http://hugodvj.weebly.com/uploads/7/5/5/0/755010/tfs-patologias_e_complicacoes_da_gravidez.pdf, consultado dia 14/10/2010
acedido a 14/10/2010 pelas 20:00h

14/10/2010
6 Ausente não se aplica uma vez que são inevitáveis os edemas na gravidez principalmente numa mulher com HTA

- Aconselhar a gestante a elevar os membros inferiores aquando o descanso;
- Aconselhar a realização de massagens de relaxamento e que promovam a circulação linfática em todo o corpo, dando especial atenção aos membros inferiores;
- Aconselhar a diminuição da ingestão de sódio, em especial na comida;
- Aconselhar a gestante a evitar o uso de roupas apertadas.

Diagnóstico: Défice de conhecimento actual (contagem dos movimentos fetais)

Resultado esperado: Nível esperado de conhecimento

Intervenções de Enfermagem:

- Informar a gestante que, a partir das 17/20 semanas conseguirá sentir movimentos fetais através da palpação abdominal;
- Informar de que os sintomas dos movimentos fetais são semelhantes a flatulência mas que deverá estar atenta para não os confundir;
- Aconselhar a gestante a registar diariamente o número médio de movimentos fetais que sentiu, a fim de ser possível identificar alterações;
- Informar a gestante de que no final da gravidez, devido ao tamanho do feto, à diminuição do volume de líquido amniótico e à diminuição dos tempos de vigília do feto, serão perceptíveis menos movimentos fetais.
- Informar que, no caso de sentir movimentos fetais em número inferior a 12 no final da gravidez, deve dirigir-se ao hospital para que seja feita uma avaliação do bem-estar fetal.

Diagnóstico: Défice de conhecimento actual (sinais de pré-eclâmpsia grave)

Resultado esperado: Nível esperado de conhecimento

Intervenções de Enfermagem:

- Aconselhar a gestante a avaliar diariamente a sua tensão arterial e a registar

os valores obtidos, a fim de identificar alterações;

- Informar a importância de estar atenta a sinais de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, tais como aumento da tensão arterial para valores superiores a 160/110 mmHg, aumento de proteinúria (+2 ou +3), cefaleias, oligúria, creatinémia crescente, edema pulmonar, alterações visuais, epigastralgias, hiperreflexia e convulsões;
- Aconselhar a gestante a dirigir-se ao hospital no caso de identificar alguns dos sinais anteriormente descritos

Pré-Eclâmpsia Moderada				
Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Proteinúria	Oligúria	Sinais e sintomas*
>140mmHg <160mmHg	>90mmHg <110mmHg	<300mg/24h ou ocasional	-----	-----

Tabela 1 - Tabela referente a aspectos a ter em conta a respeito da pré-eclâmpsia moderada.

CAMPOS, Diogo Ayres; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa, 1ª edição: Lidel pp. 66/77

Pré – eclâmpsia grave:

Diagnóstico :

Conhecimento Comprometido.

Resultado Esperado: Conhecimento melhorado

Intervenções de Enfermagem:

- Ensino relativamente ao processo de doença, e medidas de suporte dirigidas a si e sua família

Diagnóstico:

Risco de Hipertensão de elevado grau

Resultado esperado: Hipertensão nenhuma

Intervenções de Enfermagem:

- Providenciar ambiente calmo, sem estímulos e iluminação fraca;
- Colocar a campainha em local de fácil acesso;
- Preparar os equipamentos de emergência logo que a mãe for internada, para a eventualidade de ocorrer eclâmpsia (Os equipamentos de emergência devem incluir fármacos, aparelho de aspiração e, em alguns casos, grades laterais acolchoadas na cabeceira da cama);
- Manter os fármacos anti-convulsionantes e anti-hipertensivos de emergência ao alcance (Esses medicamentos são sulfato de magnésio, metildopa, hidralazina e cloridrato de propranolol). O enfermeiro deve conhecer os mecanismos de acção, a posologia habitual e as considerações especiais de todos os fármacos;
- Validar o Kit de emergência para o parto.

Diagnóstico:

Risco de Perfusão de Tecidos

Resultado esperado: Perfusão de tecidos normal

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar as rotinas laboratoriais, como a determinação das enzimas hepáticas, hemograma com plaquetas, estudo da coagulação para a avaliação de CID, e ionograma para determinação da função renal (Farmakides e tal, 1990);
- Estimular o repouso, mas o enfermeiro tem que ter cuidado com a imobilização, devido ao risco de acidentes tromboembólicos;
- Cateterizar vesicalmente, de modo a facilitar a observação da função renal e da eficácia do tratamento.

Diagnóstico 4

Risco de Bem-estar Comprometido

Resultado esperado: Bem-estar total

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o feto relativamente ao bem-estar (ex. cardiotocografia, perfil biofísico, fluxometria por Doppler) são importantes devido à potencial hipoxia relacionada com insuficiência uteroplacentária;
- Palpar a zona abdominal para estabelecer a tonicidade uterina, tamanho e posição do feto;
- Monitorizar o feto, para determinar o seu estado de saúde.

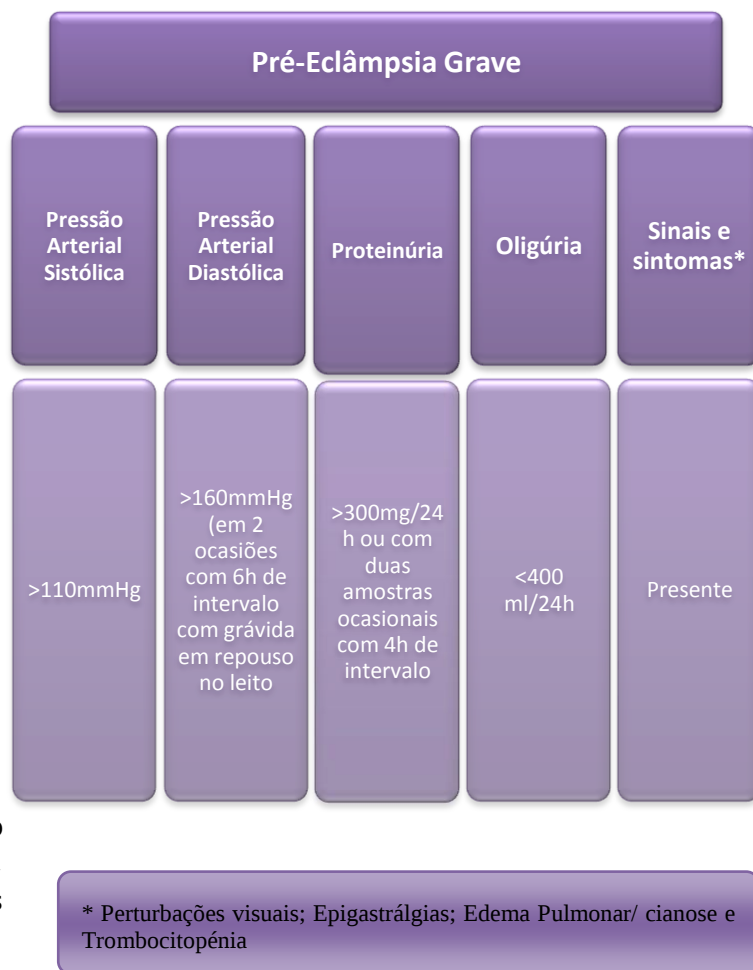


Tabela 2 – Tabela referente a aspectos a ter em conta a respeito da pré-eclâmpsia grave.

CAMPOS, Diogo Ayres; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa, 1ªedição: Lidel pp. 66/77

7 Intra-parto

Diagnóstico:

Risco de Hipóxia

Resultado esperado: Hipóxia nenhuma

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o feto e a mãe frequentemente, à medida que o trabalho de parto progride;
- Avaliar e prevenir a hipóxia tecidual e hemorragia; [já que ambas podem conduzir a lesão permanente de órgãos vitais. (Harvey, Burke, 1992)].
-

O risco de eclâmpsia está sempre presente, o profissional de saúde deverá estar atento a qualquer uma das situações anteriores descritas (ver tabela 1 e 2) em que ocorram convulsões antes/durante o parto ou 24h após o mesmo.¹¹

8 Pós-parto

Diagnóstico: Risco de Hipertensão

Resultado esperado: Hipertensão nenhuma

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar sinais vitais: Tensão arterial, pressão arterial, ciclos respiratórios; temperatura corporal; sendo que tensão arterial deve ser avaliada pelo menos 4 em 4 horas durante as 48 horas ou mais

frequentemente se a situação da mulher se assim o indicar;

- Manter a perfusão de 2 g de Sulfato de Magnésio a 50ml/h
- Administrar terapêutica anti-hipertensiva prescrita após suspensão de sulfato de magnésio.

Diagnóstico: Medo actual

Resultado esperado: Medo nenhum

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar as respostas da mulher e da família ao trabalho de parto, nascimento e recém-nascido;
- Encorajar a interacção e envolvimento nos cuidados do recém-nascido;
- Apoiar a díade/tríade nos cuidados ao recém-nascido;
- Informar a mãe relativamente ao prognóstico.

Considerações Finais

A eclâmpsia e pré-eclâmpsia estão associadas a um quadro específico de sintomas durante a gravidez sendo que a sua principal e maior complicação prende-se com a morte fetal e materna.

Para que o estado mais grave desta doença não ocorra a prevenção realizada pelo enfermeiro assume um destaque muito importante. Por ser o enfermeiro o profissional que mais tem contacto com a grávida assumindo um papel fulcral no que diz respeito à detecção precoce da patologia, através dos sinais e sintomas da mesma, assim como na sua prevenção realizando ensinamentos nos diferentes focos que devem monitorizados ser durante a gravidez.

Pôde-se ainda apurar que esta patologia materna tem muitas probabilidades de atingir o feto podendo causar parto pré-termo e até morte fetal, desta forma, e para prevenir que estas complicações ocorram o enfermeiro tem um papel fundamental no apoio da grávida, podendo efectivamente guiá-la pelo caminho mais directo de uma gravidez saudável e ausente de patologia.

⁷ BOBAK, Irene M.; JENSEN, Margaret D.; LOWDERMILK, Deitra L. – *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures: Lusociência. 1999. ISBN 972-8383-09-6.

BRADEN, Pennie Sessler – *Enfermagem materno-infantil*. 2.ª Edição. R&A Editores. 2000. ISBN 85-87148-41-9

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. *Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-nascido*. 1ª edição São Caetano do Sul. YENDIS 146/147pp. ISBN 85-98859-05-2

⁸BOBAK, Irene M.; JENSEN, Margaret D.; LOWDERMILK, Deitra L. – *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures: Lusociência. 1999. ISBN 972-8383-09-6.

BRADEN, Pennie Sessler – *Enfermagem materno-infantil*. 2.ª Edição. R&A Editores. 2000. ISBN 85-87148-41-9

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. *Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-nascido*. 1ª edição São Caetano do Sul. YENDIS 146/147pp. ISBN 85-98859-05-2

http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3486:cuidar-da-puerpera-com-eclampsia--estudo-de-caso&catid=201:acedido_a_2/10/2010_às_17:40h

QUANDO A FUTURA MÃE É RH - PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM

Ana Paula Santos - Catarina Martins - Catarina Galante - Ricardo Martins - Fernanda Gomes da Costa

Resumo

A descoberta do factor Rh não é, em termos científicos, muito antiga, sendo que remonta ao ano de 1940. Quando, em 1939, os investigadores Levin e Stone relataram o caso de uma mulher com reacção hemolítica transfusional, abriram caminho para que outros pesquisadores pudessem realizar as experiências necessárias que levaram à descoberta dos antigénios e do factor Rh.

Este artigo não pretende ser um tratado científico sobre o factor Rh, mas sim um documento que ajude à melhor compreensão de alguns fenómenos hemolíticos e do papel do enfermeiro na consulta pré - natal e no planeamento familiar. Como tal, na primeira parte do trabalho abordamos e esclarecemos o que é o factor Rh e a isoimunização Rh, para que alguns conceitos como antigénio, hemácias, eritrócitário, entre outros, sejam compreendidos e o texto de mais fácil leitura.

De seguida é abordada a doença hemolítica perinatal, ou eritoblastose fetal, enquanto doença associada à destruição das hemácias do feto ou recém-nascido por anticorpos maternos, indo, desta forma, ao encontro da doença relacionada com o factor Rh e com a incompatibilidade entre os grupos sanguíneos da mãe e do feto.

De forma a dar resposta às questões relacionadas com o papel e a intervenção do enfermeiro perante uma mulher ou um casal que quer engravidar e o factor Rh, elaborámos alguns diagnósticos de enfermagem, bem como as respectivas intervenções, de forma a alcançarmos os resultados que pretendemos.

Palavras - chave gravidez, factor Rh, isoimunização, mãe, feto

Abstract

The discovery of the Rh factor is not, in scientific terms, very old, as it goes back to 1940. When the researchers Levin and Stone reported the case of a woman with transfusional hemolytic reaction in 1939, they opened up an avenue for other researchers to perform the experiments which led to the discovery of the antigens and the Rh factor.

This article is by no means a scientific treaty about the Rh factor. It just aims at being a document that may contribute to a better understanding of some hemolytic phenomena as well as of the nurse's role in the prenatal and family planning consultation. In the first part we bring to light the meaning of both the Rh factor and the Rh isoimmunization, so that concepts such as antigen, hematia, erythrocyte, among others, may be better understood and the reading of the text rendered easier. Afterwards we come to grips with the perinatal hemolytic disease, or fetal erythroblastosis, a disease associated with the destruction of the hematias of the fetus or of the newborn infant by maternal antibodies. This way we reach the disease related to the Rh factor and to the incompatibility between the blood types of the mother and the fetus.

In order to answer questions related to the role and the intervention of the nurse when dealing with both a woman or a couple who want to achieve pregnancy and the Rh factor, we have made a few nursing diagnosis as well as the necessary interventions so that we could succeed in achieving the results that were expected to rise from our research.

Key - words: Pregnancy, Rh factor, isoimmunization, mother, fetus.

INTRODUÇÃO

Quando ocorre a conjugação de uma célula reprodutora masculina (espermatozóide) e de uma célula reprodutora feminina (óvulo), tem origem o milagre da vida, um novo ser humano é criado e durante a gravidez são vários os fenómenos que acontecem de forma a que o embrião evolua para feto e que com o nascimento possamos estar perante um bebé saudável e feliz.

Porém, no decorrer da gestação alguns acontecimentos evolutivos podem conduzir a várias condições patológicas, sendo que a isoimunidade pode ser uma delas. Isoimunidade "significa a formação de anticorpos (AG) provenientes de indivíduos da mesma espécie."⁹

Ou seja, quando se determina o factor sanguíneo (Rh) de qualquer indivíduo sabemos que poderá ser positivo ou negativo, independentemente do grupo sanguíneo e que a presença de um antígeno D na superfície dos eritrócitos significa que esse indivíduo terá um factor Rh positivo e que os indivíduos que não apresentem esse componente na membrana celular dos eritrócitos serão Rh negativo.

A importância da consulta pré – natal reside também no facto de permitir saber, após exames laboratoriais, qual o grupo sanguíneo da futura mãe e do futuro pai, e desta forma minimizar as consequências de uma possível isoimunidade.

Todavia, importa reter que o factor Rh só se torna importante na gravidez se a mãe for Rh negativa e o pai Rh positivo, uma vez que durante a gestação o feto pode adquirir o factor Rh do pai e desta forma ter um Rh incompatível como da mãe.

O milagre da vida e o nascimento de um bebé deveriam ser momentos de felicidade, de partilha e de encontro entre pessoas, contudo a realidade de várias sociedades e civilizações não permitem que assim seja.

São muitas as mulheres e os casais que não têm acesso a cuidados de saúde básicos, nos quais se incluem o planeamento familiar, as consultas pré – natais e as consultas de acompanhamento da gravidez, dando origem muitas vezes a gravidezes não planeadas ou a gravidezes não vigiadas, não permitindo desta forma o despiste de isoimunidade ou a imunoprofilaxia.

No sentido de informar e esclarecer acerca do factor Rh, da doença hemolítica fetal, bem como dos possíveis diagnósticos e respectivas intervenções de enfermagem, realizámos uma extensa revisão da literatura existente acerca

deste assunto, organizando-a no artigo que se segue.

O QUE É O FACTOR RH E ISOIMUNIZAÇÃO RH

De forma a garantir uma melhor compreensão do presente artigo, torna-se necessário abordar alguns conceitos como sistema ABO, factor Rh e isoimunização.

Assim sendo, importa referir que a "(...) superfície dos glóbulos vermelhos tem moléculas, chamadas antígenos, e o plasma tem outras que são os anticorpos. Os anticorpos são muito específicos, o que significa que cada um se combina somente com um determinado antígeno"¹⁰.

De acordo com o Sistema ABO existe sangue do tipo A, do tipo B, do tipo AB e do tipo O. O que distingue cada tipo de sangue são os antígenos presentes na superfície dos eritrócitos e os anticorpos no plasma.

	Antígeno	Anticorpo
A	Tipo A	Anti – B
B	Tipo B	Anti – A
AB	Tipo A Tipo B	
O		Anti – A Anti – B

No entanto "(...) os anticorpos não se desenvolvem contra um antígeno, a menos que o corpo esteja exposto a ele"¹¹, por exemplo em casos de transfusões sanguíneas e no caso de gravidez em que a mãe é Rh negativa e o feto Rh positivo.

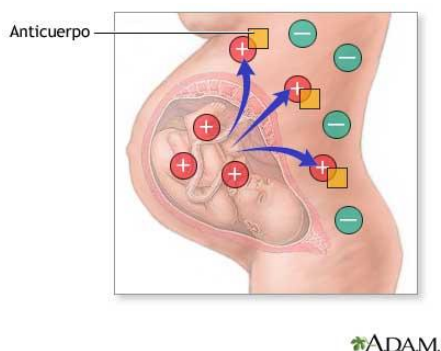
Em relação ao factor Rh "as pessoas são consideradas Rh positivas se tiverem determinados antígenos Rh (os antígenos D) à superfície dos glóbulos vermelhos e Rh negativas se não tiverem esses antígenos

⁹ GRAÇA, Luís – **Medicina Materno Fetal 2**. Pág. 561

¹⁰ SEELEY, Rod R. et al. **Anatomia e Fisiologia**. P. 667

¹¹ Idem, p.667

Rh¹², pelo que “uma pessoa Rh positiva pode ser homozigótica (DD) ou heterozigótica (Dd), enquanto que uma Rh negativa só pode ser homozigótica (dd)”¹³.



O factor Rh é extremamente importante durante a gravidez, uma vez que caso a mãe seja Rh negativa e o feto Rh positivo pode ocorrer a formação de anticorpos anti-Rh por parte da mãe, ocorrendo portanto, uma reacção de isoimunização que consiste na “(...) formação de anticorpos contra antigénios provenientes de indivíduos da mesma espécie”¹⁴.

Este fenómeno pode ocorrer devido a “(...) soluções de continuidade na placenta, que ocorrem no fim da gravidez ou durante o parto”¹⁵, pelo que num primeiro contacto “(...) não há tempo para que a mãe produza uma quantidade suficiente de anticorpos anti – Rh susceptível de causar danos ao feto”¹⁶, no entanto uma “(...) nova exposição a eritrócitos Rh positivos produz uma resposta secundária caracteristicamente muito mais exuberante, podendo ser desencadeada por quantidades extremamente pequenas de sangue Rh positivo”¹⁷, pelo que esta situação irá desencadear o desenvolvimento de uma doença que pode ser fatal para o feto, a Eritroblastose Fetal.

DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Conhecida, também, por **eritroblastose fetal**, resulta da isoimunização materna em relação ao AG D presente nos glóbulos vermelhos do feto e do qual ela carece¹⁸. Outros autores caracterizam esta doença por destruição das hemácias do feto ou recém-nascido (RN), por anticorpos maternos que atravessam a placenta, levando à anemia fetal. É causada por incompatibilidade entre grupos sanguíneos da mãe e do feto, neste caso, os antígenos eritrocitários dos grupos Rh¹⁹, ou seja, ocorre quando a mãe RhD negativo tem um feto com factor RhD positivo que herda o gene Rh positivo dominante do pai²⁰.

A hematopoiese no feto, ou seja, a formação de células sanguíneas começa na 8ª semana de gestação, e passam através da placenta para a circulação materna. A mãe forma anticorpos IgM que são demasiados grandes para passarem a barreira placentária, produzindo depois anticorpos IgG que a podem atravessar.

Este processo, sensibilização materna, pode decorrer de uma hemorragia transplacentária (HTP) e pode acontecer durante a gravidez, no parto, em cesarianas, dequitação manual, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, versão de manobra externas, descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, hemorragia anteparto, amniocentese, mola hidatiforme, aborto²¹.

Geralmente, as mulheres tornam se imunizadas na primeira gravidez de um feto Rh positivo mas, nestes casos, não produzem anticorpos suficientes para provocar lise das células sanguíneas do feto. Em gravidezes subsequentes, formam-se anticorpos em resposta ao contacto repetido com antígenos do sangue fetal, ocorrendo a sua hemólise²².

¹² Ibidem, p. 669

¹³ GRAÇA, Luís Mendes. **Medicina Materno Fetal 2**. p. 561

¹⁴ SEELEY, Rod R. et al. **Anatomia e Fisiologia**. p. 669

¹⁵ Idem, p.669

¹⁶ Ibidem, p.669

¹⁷ GRAÇA, Luís Mendes de. **Medicina Materno Fetal 2**. p. 562

¹⁸ SEELEY, Rod R. et al. **Anatomia e Fisiologia**.

¹⁹ <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n3/a03v20n3.pdf>

²⁰ LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry. [et al.] - **Enfermagem na Maternidade** p. 1066.

²¹ GRAÇA, Luís Mendes de. **Medicina Materno Fetal 2**.

²² LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry. [et al.] - **Enfermagem na Maternidade** p. 1066

A destruição das hemácias do feto resulta numa anemia hemolítica fetal, condicionando quadros clínicos diferentes. O valor da hemoglobina fetal é considerado crítico para indicação de transfusão intra-uterina quando se situa abaixo de 10-11 g/dL com hematócrito abaixo de 0,30²³.

O feto compensa a anemia produzindo grande número de eritrócitos imaturos para substituir os destruídos, daí o nome desta doença – eritroblastose fetal. Na hidropsia fetal, a forma mais grave desta doença o feto tem anemia grave, bem como descompensação cardíaca, cardiomegalia e hepatoesplenomegalia. Existe também um edema generalizado, resultante da diminuição da pressão intravascular oncótica. A placenta fica edemaciada, o que juntamente com o edema fetal, pode levar à ruptura uterina. Pode ocorrer morte intra uterina ou neonatal precoce, apesar das transfusões intra-uterinas (infusão de sangue ORh negativo na veia umbilical) e do nascimento precoce poderem evitar esta situação²⁴.

Quando uma mulher engravida ou decide engravidar, é feito um acompanhamento médico e de enfermagem pré-natal, no qual pode ser diagnosticada a doença hemolítica perinatal. É feito um levantamento de dados da história clínica da pessoa, um exame físico, exames complementares de diagnóstico como o teste de Combs indirecto e ultra-sonografia, o perfil biofísico, no qual é feita a avaliação de movimentos respiratórios, actividade, tónus, e

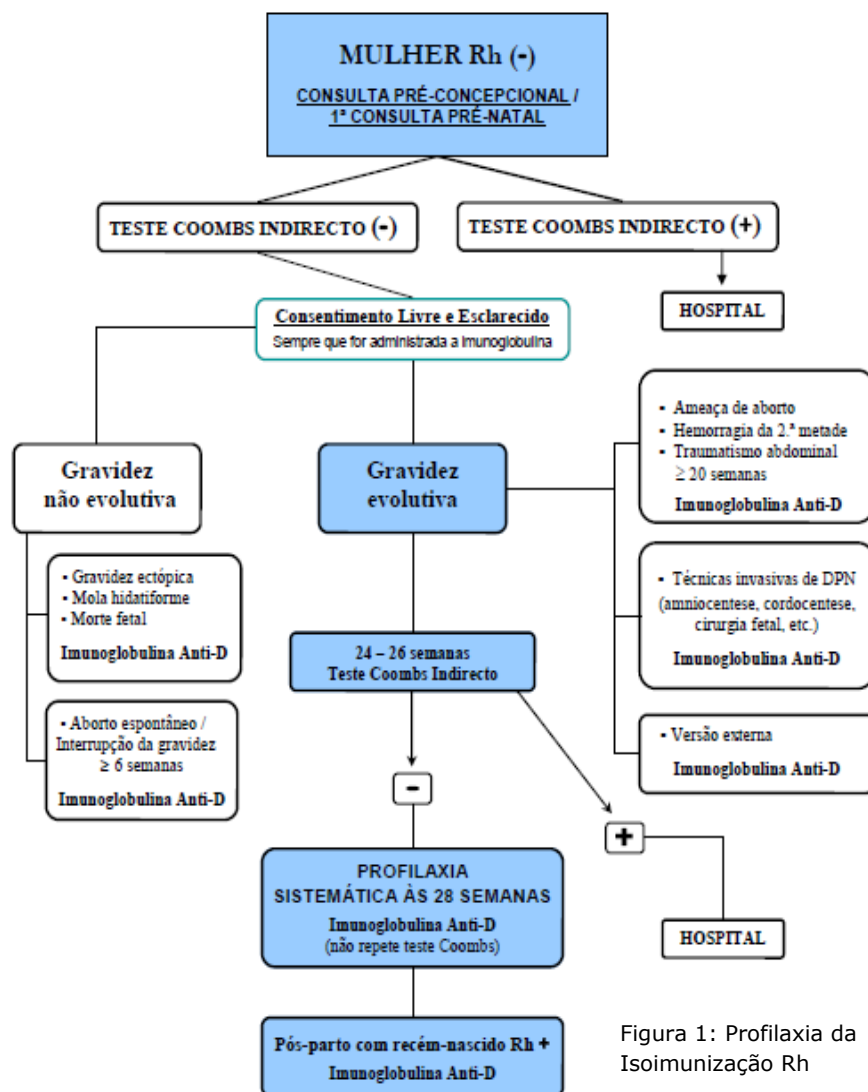


Figura 1: Profilaxia da Isoimunização Rh

frequência cardíaca do feto, volume do líquido amniótico²⁵.

O teste de Coombs indirecto é a pesquisa de anticorpos anti-Rh no sangue materno.

A ultra-sonografia avalia se o feto tem a doença ou não, e se é preciso a realização e outros exames complementares como a amniocentese e a cordocentese. A amniocentese é a colheita de líquido amniótico que contem células fetais, utilizado para diversas análises. A colheita percutânea de sangue do cordão umbilical é, actualmente, o procedimento de eleição para avaliar e tratar esta doença. A colheita percutânea de sangue do cordão umbilical (CPSU), ou cordocentese, consiste na colheita de sangue fetal do vaso umbilical, o que permite identificação precisa do tipo de sangue fetal e a contagem de

²³ <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26754.pdf>

²⁴ LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry. [et al.] - **Enfermagem na Maternidade** p. 1066

²⁵ Idem, p. 1066

eritrócitos, podendo evitar futuras intervenções²⁶.

Quando o diagnóstico de doença hemolítica perinatal está comprovado o único tratamento é a transfusão sanguínea fetal intra-uterina e/ou extra-uterina no recém-nascido. Também pode ser feita a interrupção voluntária da gravidez se a mulher preferir. No caso de a mulher ser isoimunizada, não há tratamento, apenas há prevenção. E, para tal, é feita profilaxia que é determinada pelo resultado do Teste de Coombs. Se o resultado for positivo, demonstra que ocorreu sensibilização e o teste é repetido a intervalos de 4 a 6 semanas para monitorizar o título de anticorpos materno. Repete-se este teste à 28ª semana de gestação, e se o resultado for negativo indica que a sensibilização não ocorreu e administra-se à mulher uma injeção IM de imunoglobulina anti-D, e repete a administração 72 horas após determinadas situações, como o parto e o aborto²⁷. Na figura que se segue, está ilustrado um esquema com as indicações de profilaxia isoimunização Rh²⁸.

CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM

No decorrer da gravidez as trocas de sangue entre a mãe e feto vão aumentando até ao termo da gestação, isso acontece pelo facto do tecido que separa os vasos placentares, onde circula o sangue do feto e do espaço intervilloso, onde circula o sangue materno, irem diminuindo de espessura²⁹.

Assim, a partir da 6ª semana de gravidez, quando “o feto Rh positivo começa a ter antigénio Rh em circulação”, é induzida a produção de anticorpos anti-D, nas grávidas Rh negativo, ficando assim sensibilizadas. Pelo que numa futura gestação, a consequência desta sensibilização será a doença hemolítica perinatal, como já foi referido anteriormente.

²⁶ Ibidem, p. 1066

²⁷ FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida. **Práticas de enfermagem: Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido.**

²⁸ Direcção-Geral de Saúde - Profilaxia da Isoimunização, 2007. Disponível online: http://www.saudinha.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2007/profilaxia_isoimunizacao.pdf

²⁹ Idem

Situação, esta, responsável por uma “morbilidade e mortalidade perinatal significativa”.³⁰

Assim sendo, como enfermeiros, temos que estar despertos para estas situações, tentando evitar que complicações aconteçam, através da realização de ensinamentos na consulta pré-concepcional, no acompanhamento durante toda a gravidez e no decorrer do parto.

Deste modo, o enfermeiro faz uma avaliação inicial ao casal obtendo dados objectivos sobre a situação do mesmo, ou seja, através de uma primeira consulta confirmar: ³¹

- Grupo sanguíneo ABO e factor Rh da grávida e do seu parceiro sexual.
- História materna, incluindo história de transfusões de sangue ou produtos sanguíneos, plasmáfereze ou amniocentese e injeções de imunoglobulina Rh aplicadas após partos ou abortos anteriores, etc.

De seguida, deve elaborar diagnósticos, resultados esperados, e intervenções de enfermagem direccionadas a este casal.

Assim sendo, apresentamos **quatro diagnósticos de enfermagem** que considerámos mais relevantes, bem como os resultados esperados e intervenções relacionadas com os mesmos.

1º Diagnóstico: Défice de conhecimento (acerca da profilaxia da Isoimunização Rh)

Resultado Esperado: Conhecimento melhorado

Intervenções de Enfermagem:³²

- ♥ Determinar o conhecimento que a grávida tem sobre a profilaxia da Isoimunização Rh;
- ♥ Informar de forma apropriada e precisa relativamente ao tratamento e aos cuidados que forem necessários à grávida;
- ♥ Explicar relativamente a uma possível administração de Imunoglobulina anti-D

³⁰ Ibidem

³¹ MELSON, Kathryn A; JAFFE Marie S; KENNER, Carole; AMLUNG, Stephanie. **Enfermagem Materno-infantil. Plano de Cuidados.**

³² STRIGTH, Babara R; HARRISON, Lee-Olive. **Enfermagem Materna e Neonatal.**

(Rhogan) à 28ª semana de gestação, mesmo que a titulação de anticorpos seja negativa ou após qualquer procedimento invasivo, como amniocentese; “A Imunoglobulina anti-D protege contra os efeitos da hemorragia transplacentária precoce”;

- ♥ Explicar, caso seja necessário que a grávida faça, a prova cruzada com a Imunoglobulina anti-D;

- ♥ Explicar que o tratamento da grávida Rh negativo é necessário para a monitorização rigorosa do bem-estar fetal, de acordo com os resultados da titulação do Rh, da amniocentese e da sonografia;

- ♥ Explicar à grávida Rh negativo que quando estiver em trabalho de parto, será necessário realizar a prova cruzada para Imunoglobulina anti-D, que precisa ser administrada dentro de 72 horas após o parto.

2º Diagnóstico: Ansiedade

Resultado Esperado: Ansiedade diminuída

Intervenções de Enfermagem:

- ♥ Informar de forma apropriada e precisa relativamente ao tratamento e aos cuidados que forem necessários à grávida; (STRIGHT, 1998)

- ♥ Demonstrar disponibilidade no esclarecimento de dúvidas que a grávida possa apresentar;

- ♥ Ensinar relativamente à profilaxia da Isoimunização Rh, caso seja necessário;

- ♥ Explicar que, com um acompanhamento constante de profissionais de saúde durante a gravidez, minimiza e previne complicações;

- ♥ Estabelecer uma relação de confiança com o casal.

3º Diagnóstico: Medo

Resultado Esperado: Processo Psicológico Normal

Intervenções de Enfermagem:³³

- ♥ Informar de forma apropriada e precisa relativamente ao tratamento e aos cuidados

que forem necessários à grávida; (STRIGHT, 1998)

- ♥ Demonstrar disponibilidade no esclarecimento de dúvidas que a grávida possa apresentar;

- ♥ Ensinar relativamente à profilaxia da Isoimunização Rh, caso seja necessário;

- ♥ Explicar que, com um acompanhamento constante de profissionais de saúde durante a gravidez, minimiza e previne complicações;

- ♥ Estabelecer uma relação de confiança com o casal.

4º Diagnóstico: Risco de lesão fetal

Resultado Esperado: Lesão fetal nenhuma

Intervenções de Enfermagem:³⁴

- ♥ Orientar o casal para estudos do grupo sanguíneo, do factor Rh e da “zigotagem”;

- ♥ Verificar se a grávida tem condições necessárias para receber profilaxia com imunoglobulinas. Os critérios são gestantes Rh negativos não sensibilizados e com o parceiro Rh positivo, ou “mulheres que pariram um bebé Rh positivo e apresentaram teste de Coombs directo negativo (ambos determinados no sangue do cordão)”.

- ♥ Administrar Imunoglobulinas anti-D, tendo em conta as seguintes recomendações:

- Administrar 300mcg nas primeiras 72 horas após cada parto;
- Administrar uma dose de 50mcg após aborto;
- Administrar 300mcg de acordo com o protocolo ou com a prescrição, nas seguintes ocasiões:

- ✓ 28ª à 34ª semana de gestação;

- ✓ Quando for realizada técnicas invasivas de diagnóstico, como por exemplo: amniocentese, cordocentese, entre outras;

- ✓ Quando houver hemorragia vaginal associado ao descolamento prematuro da placenta ou placenta prévia.

- ♥ Monitorizar os títulos dos anticorpos, para determinar o grau da sensibilização materna: mensalmente até a 24ª semana, a

³³ Idem

³⁴ MELSON, Kathryn A; JAFFE Marie S; KENNER, Carole; AMLUNG, Stephanie. **Enfermagem Materno-infantil. Plano de Cuidados.**

cada quinze dias entre 25ª e 40ª semana e semanalmente antes da data provável do parto;

♥ Auxiliar na realização de uma amniocentese, "caso os títulos estejam acima dos 1:16";

♥ Preparar para a realização de transfusões fetais intra-uterinas, de acordo com as seguintes recomendações:

- ✓ Colher uma amostra de sangue periumbilical (ou cordocentese) orientada por ultra-sonografia;
- ✓ Administrar sangue tipo O negativo (testado com prova cruzada) no cordão umbilical, nas proximidades da junção com a placenta. Sendo que "a radioscopia ou a utilização de um contraste radiopaco identifica o local apropriado".
- ✓ Repetir a transfusão de 2 em 2 semanas.

♥ Monitorizar a frequência cardíaca fetal (FCF), tendo em conta padrões sinusóides e desacelerações repetitivas, visto que um padrão sinusóide da FCF e desacelerações repetitivas estão associados em parte a eritroblastose fetal, caso isso ocorra, o parto em geral deve ser realizado.

Tendo em consideração os diagnósticos levantados anteriormente, numa avaliação final, o enfermeiro tem que ter em conta o seguinte:

- ✓ "A grávida responde ao tratamento, e se os títulos de anticorpos permanecem dentro dos limites de normalidade".
- ✓ "A grávida continua com as consultas de acompanhamento para avaliar a evolução da gravidez e a eficácia do tratamento". (STRIGTH, 1998)³⁵

Contudo, há determinado aspectos que se tem que ter em atenção, relativamente ao facto que após a administração de Imunoglobulina anti-D às 28ª semana, "o teste de Coombs indirecto surgir sempre positivo, pelo que não é necessário realizá-lo"³⁶.

E estar desperto ao facto de, quando a imunoglobulina for administrada previamente, "após amniocentese ou por metrorragia, por exemplo", a profilaxia deve ser repetida 12 semanas após a primeira administração, não sendo, portanto, necessário fazê-lo antes da 28ª semana de gestação³⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O factor Rh a par com o desconhecimento, por parte dos futuros pais ou futuras mães, acerca desta questão genética, bem como as suas implicações na vida do futuro bebé e da futura mãe, pode conduzir a algumas situações patológicas passíveis de serem evitadas se existir um correcto acompanhamento pré - natal.

A realização deste artigo e a revisão bibliográfica subjacente à sua realização permitiu ao grupo de trabalho pesquisar e reunir informação acerca do factor Rh, das suas implicações na gravidez e do papel do enfermeiro perante uma mulher ou um casal que pretende engravidar, podendo desta forma realizar as intervenções correctas e necessárias perante uma futura mãe que seja Rh⁻.

Assim, para além dos objectivos propostos no início deste documento, esperamos conseguir alertar para a necessidade da existência da consulta pré - natal e esclarecer acerca da dinâmica e implicações do factor Rh.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ AMBLUNG, Stephanie, JAFFE, Marie S., KENNER, Carole, MELSON, Kathryn A. **Enfermagem Materno-infantil: Planos de Cuidados.** 3ª Edição. Reichmann & Affonso Editores. 2002. ISBN 85-87148-60-5
- ² Direcção-Geral de Saúde - Profilaxia da Isoimunização, 2007. Disponível online: http://www.saude.gov.br/parcerias/normas/circulares/dgs/2007/profilaxia_isoimunizacao.pdf, consultado no dia 21/11/2010, pelas 23h.

³⁵ STRIGTH, Babara R; HARRISON, Lee-Olive - **Enfermagem materna e neonatal.**

³⁶ Direcção-Geral de Saúde - Profilaxia da Isoimunização, 2007. Disponível online:

http://www.saude.gov.br/parcerias/normas/circulares/dgs/2007/profilaxia_isoimunizacao.pdf

³⁷ Idem

- ³ FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida. **Práticas de enfermagem: Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido.** 1ª Edição (2005) Yendis Editora S.A. ISBN 85-98859-05-2
- ⁴ LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry. [et al.] - **Enfermagem na Maternidade** 7ª ed. Loures. Lusodidacta. 1066 p. 2008. ISBN 978-989-8075-16-1
- ⁵ SEELEY, Rod R. et al. **Anatomia e Fisiologia.** 6º ed. Loures. Lusociência. 2003. ISBN 972-8930-07-0
- ⁶ STRIGTH, Babara R; HARRISON, Lee-Olive. **Enfermagem Materna e Neonatal.** 2ª Edição (1998). Editora Guanabara Koogan S.A. ISBN 85-277-0471-4
- ⁷ VITORELLO, Dorival; PARENTE, Luiz Miguel Mitri; RAMOS, Rodolfo João; GONÇALVES, Luis Flavio de Andrade; BAUMGARTEN, Cláudia Diniz; NETO, Jorge Abi Saab. **Transfusão intra-uterina em fetos afectados pela doença hemolítica perinatal grave: um estudo descritivo.** Consultado em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n3/a03v20n3.pdf>
- ⁸http://4.bp.blogspot.com/_SnNA01GZox4/TIfgVSzBG3I/AAAAAAAAAWw/K_3-NJbN9KU/s1600/mae.JPG consultado dia 18.10.2010 pelas 22h05
- ⁹<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/4/255a260.pdf> acedido dia 18.10.2010 pelas 22h16
- ¹⁰<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26754.pdf> consultado dia 24.10.2010 pelas 13h30
- ¹¹<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n3/a03v20n3.pdf> consultado dia 24.10.2010 pelas 13h35
- ¹²http://3.bp.blogspot.com/_PMVRCa6NLO4/TJEv9-5QgcI/AAAAAAAAATE/Bhg-BK5hU28/s1600/factor+rh.jpg



UMA NOVA VIDA APÓS O PARTO: *Cuidados à Mulher no Puerpério*

A New Life After Childbirth – Care to Women in the Puerperium

Ana Catarina Mesquita, Carolina dos Santos
Paulino, Soraia Alves Nogueira

RESUMO

O puerpério inicia-se desde ocorrido o parto até seis semanas que o sucedem ^[12]. É um período que pode ser complicado para a mulher uma vez que entra, para a vida do casal, um novo membro, o bebé, o que irá alterar a sua rotina, levando a alguns momentos de stresse. Por outro lado, a gravidez acarreta algumas alterações fisiológicas no corpo da mulher ^[7]. Deste modo é importante que a mulher seja acompanhada pelo enfermeiro, pois poderá ajudá-la realizando ensinamentos para prevenir riscos de infecção e hemorragias, alertando para as mudanças corporais e tranquilizando-a. Por outro lado, deve incentivar à prática de exercícios físicos, acompanhá-la nos cuidados com o bebé (amamentação, banhos, entre outros), estando disponível para esclarecer quaisquer dúvidas. Em suma, o enfermeiro irá elaborar diagnósticos e intervenções que ajudarão a mulher a adaptar-se e a vivenciar estas situações, a encontrar soluções a fim de retomar à rotina social, familiar e profissional, anterior à gravidez, com tranquilidade e felicidade. Por outro lado, com a elaboração deste artigo pretende-se definir o conceito de puerpério, apresentar as alterações e complicações na puérpera, identificar o papel do Enfermeiro direccionado na prestação de cuidados à mulher no período pós-parto, assim como formular possíveis diagnósticos e

intervenções de enfermagem, utilizando a linguagem C.I.P.E.³⁸.

PALAVRAS-CHAVE Cuidados de Enfermagem à Puérpera, Puerpério, Alterações fisiológicas, Enfermeiro, Diagnósticos de Enfermagem.

ABSTRACT

Puerperium starts since occurred the parturition until the first weeks those succeed. It is complicated for the woman once ingoing, for the life of the couple, a new member, the baby, which will amend their routine, leading to some moments of stress. On the other hand the pregnancy entails some physiological changes in the body of women. This is important that women to be accompanied by nurses, because it may help her to perform education to prevent risks of infection and hemorrhages, warning and body changes providing assurances. On the other hand, it should encourage the practice of physical exercises, follow her to care of the baby (breastfeeding, baths, among others), being available to clarify any doubts. In short, the nurse will draw up diagnoses and interventions that will help women to adapt and experiencing these situations, to find solutions to resume the routine social, family and professional, prior to pregnancy, with quietness and happiness. On the other hand, with the drafting of this article intends-define the concept of puerperium, submit the amendments and complications in puerpera, identify the Nurse's role targeted in the care of women in post-delivery period, and make possible diagnoses and nursing interventions, using the language C.I.P.E.

KEYWORDS: Nursing Care the Puerpera, Puerperium, Physiological changes, Nurse, Nursing Diagnoses.

INTRODUÇÃO

O puerpério corresponde ao período que decorre desde o final do parto até que a mulher consiga restabelecer o seu estado físico normal anterior à gestação^[4]. Este período é de extrema importância relativa à adaptação da mulher, visto que ocorrem mudanças relevantes quer a nível fisiológico como psicológico. Outro fator relevante nesta

fase, é o aparecimento de complicações que podem advir ao pós-parto, tornando-se assim, essencial realizar uma maior vigilância durante este período por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente do Enfermeiro. O regresso a casa é também muito importante, visto que a mulher tem de se adaptar e adoptar comportamentos saudáveis, nos quais o Enfermeiro tem um importante papel na educação para a saúde. Para a realização do artigo foram delineados os seguintes objetivos: definir o conceito de puerpério, apresentar as alterações e complicações na puérpera, identificar o papel do Enfermeiro direcionado na prestação de cuidados à mulher no período pós-parto, assim como formular possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem, utilizando a linguagem CIPE.

Quanto à estrutura, o artigo divide-se, basicamente, em três partes, primeiramente uma abordagem teórica com o objetivo de compreender como se caracteriza a fase do puerpério, quais as alterações mais significativas para a mulher, bem como as complicações que podem advir neste período, de seguida aprofundam-se as intervenções do enfermeiro no puerpério segundo os conceitos da CIPE, por fim encontram-se as considerações finais em que se apresentam as ideias chave, bem como uma reflexão pertinente acerca do assunto.

Puerpério

O período logo após o parto é designado de pós-parto ou puerpério (provém do latim, sendo que *puer* = criança e *parere* = parir). É definido como o intervalo entre o parto e o retorno do corpo da mulher ao estado anterior à gestação^[4]. Popularmente, este é também designado de resguardo ou quarentena, uma vez que esta recuperação dura cerca de 6 semanas, o que corresponde à volta de 40 dias^[4]. É nesta fase que ocorrem os grandes ajustes fisiológicos e psicológicos; em nenhuma outra fase ocorrem modificações corporais tão grandes, em tão curto espaço de tempo^[10].

³⁸ Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0

As grandes modificações corporais que ocorrem nesta fase são as seguintes:

- Recuperação dos órgãos da mulher, principalmente dos órgãos genitais (cicatrização das lesões provocadas durante o parto);
- Gradual recuperação do volume do útero;
- Aparecimento de lóquios;
- Perda de peso;
- Restabelecimento do ciclo menstrual;
- Término das alterações das glândulas mamárias, ficando aptas para desempenharem a amamentação^[9].

Torna-se importante realçar que os riscos de complicações graves e de mortalidade durante o puerpério têm vindo a diminuir ao longo dos tempos, principalmente, devido ao facto das mulheres permanecerem hospitalizadas na maternidade, tendo como benefício uma vigilância permanente^[9]. Este período de internamente é variável, normalmente é de 3 dias para as mulheres com parto por via vaginal e no mínimo de 5 dias para as mulheres em que o parto realizado foi cesariana^[11]. Esta estadia no hospital após o parto é muito importante, pois a mulher fica informada acerca dos comportamentos a adoptar no regresso a casa ou até mesmo saber interpretar os sinais e sintomas que poderão indicar uma possível complicação. Por tudo isto, o Enfermeiro tem um papel fulcral na fase do puerpério.

Alterações Fisiológicas da Mulher após a gravidez

Ao longo de toda a gravidez, o organismo da grávida passa por um conjunto de alterações essenciais para que possa acolher e dar à luz um novo ser. No puerpério, ocorre uma recuperação fisiológica natural da mulher, ocorrendo um retorno das características do seu corpo, assim como era anteriormente à gravidez. Contudo, nem todas as suas estruturas orgânicas voltam a ser exactamente como eram, como por exemplo o útero e os seios^[9].

No puerpério ocorrem alterações significativas ao nível do útero, cólo do útero, aparecimento de lóquios, alterações na vagina e períneo, sistema endócrino, abdómen, sistema urinário e ao nível do peso. Estas alterações encontram-se descritas no quadro abaixo, segundo os seguintes autores: Perry & Lowdermilk^[5] e Figueiredo^[4].

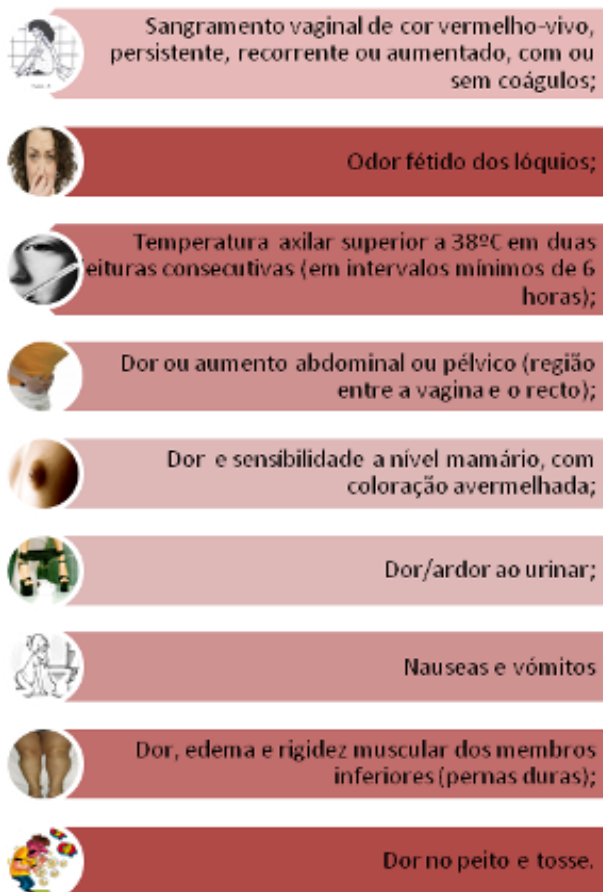
LOCAL	ALTERAÇÃO SIGNIFICATIVA
ÚTERO	<u>INVOLUÇÃO DO ÚTERO:</u> ♥ Retorno do útero ao seu estado anterior à gestação, ou seja após a expulsão da placenta o útero começa a sofrer uma rápida redução de tamanho e peso. ♥ O útero pesa aproximadamente 1.000g; logo a seguir ao parto diminui para 500g durante a primeira semana e para 320g durante a segunda semana após o parto. Após seis semanas pesa 50g a 60g. ♥ Órgão que durante a gravidez aumenta mais vezes de volume.
COLO DO ÚTERO	♥ Colo uterino encontra-se mole imediatamente após o nascimento; ♥ Dois ou três dias após o parto, este fica mais pequeno e fino, readquirindo a sua forma normal; ♥ O exocolo (porção vaginal do cólo) fica com algumas equimoses e lacerações, condições propícias para gerar infecções.
LÓQUIOS	<u>PERDAS VAGINAIS NO PÓS PARTO:</u> ♥ Secreções misturadas com elementos celulares escamados e sangue que foram originados a partir da ferida placentária, do cólo do útero e da vagina. ♥ Logo após o parto a quantidade de lóquios é moderada e geralmente é de sangue vivo e pode conter coágulos, sendo que depois diminui gradualmente. ♥ Os lóquios podem ser: ♥ Hemáticos (constituídos essencialmente por sangue vivo); ♥ Sero-hemáticos (sangue envelhecido, o fluxo torna-se

	de um toma mais rosado ou acastanhado, geralmente após 3-4 dias); ♥ Seroso (após 10 dias, o fluxo fica amarelado, quase branco). ♥ Quando os lóquios hemáticos persistem no pós-parto, pode ser sugestivo de hemorragias, devido à retenção de fragmentos da placenta. ♥ O odor deve ser semelhante ao da menstruação. Caso a mulher refira um mau odor, pode ser sugestivo de infecção		amamentam os níveis de prolactina são baixos;
		ABDÓMEN	♥ Duas semanas após o parto, a parede do abdómen ainda está distendida, sendo necessárias 6 semanas para que esta retorne ao seu estado normal;
		SISTEMA URINÁRIO	♥ Ocorre um aumento da função renal devido às alterações hormonais da gravidez. Esta função retorna ao normal 1 mês após o parto. ♥ Por vezes, a dilatação das vias urinárias persiste durante 3 meses, o que pode aumentar a probabilidade da mulher desenvolver infecções no tracto urinário.
VAGINA E PERÍNEO	♥ A vagina fica edemaciada e o orifício vaginal dilata sempre que ocorre uma pressão intra-abdominal (por exemplo, ao tossir); ♥ A vagina reassume a sua aparência anterior à gestação por volta da 3ª semana após o parto. Por vezes apresenta relaxamento do tecido, a sua musculatura fica distendida e fraca; ♥ No geral, os tecidos moles do períneo apresentam-se edemaciados e cianosados; ♥ Os exercícios de Kegel ajudam a fortalecer os músculos pélvicos e a cicatrização.		<u>PERDA DE PESO EVIDENTE:</u> ♥ Ocorre perda de peso acentuada devido: ♥ Esvaziamento do útero (saída do feto); ♥ Saída da placenta; ♥ Eliminação do líquido amniótico; ♥ Eliminação das membranas adjacentes; (Estes quatro elementos em conjunto representam 5kg) ♥ Eliminação de líquidos, que durante a gravidez se vão acumulando no organismo (representam 4kg que se vão perdendo ao longo das 6 semanas posteriores ao parto). ♥ No final do puerpério, a mulher costuma pesar em média mais 2kg do que habitualmente pesava antes da gravidez; ♥ O peso habitual, geralmente é recuperado 6 meses após o parto.
SISTEMA ENDÓCRINO	<u>NO PÓS PARTO OCORREM GRANDES ALTERAÇÕES HORMONAIS:</u> ♥ Ocorre uma diminuição das hormonas placentares (hormonas produzidas pela placenta): ♥ Hormona somatomamotrofina coriónica (HCS); ♥ Estrogénios; ♥ Cortisol; ♥ Enzima insulínase placentar; (a diminuição destas hormonas reverte o efeito diabetogénico da gravidez, ocorrendo uma diminuição acentuada dos níveis de glicémia); ♥ Dá-se um aumento da prolactina (nas mulheres que amamentam estes níveis permanecem elevados até 6 semanas após o parto), as mulheres que não		

SINAIS E SINTOMAS NO PUERPÉRIO

A puérpera deve estar alerta relativamente a alguns sintomas e sinais durante esta fase, o puerpério, quer enquanto permanece no hospital quer quando se encontra em casa ^[4].

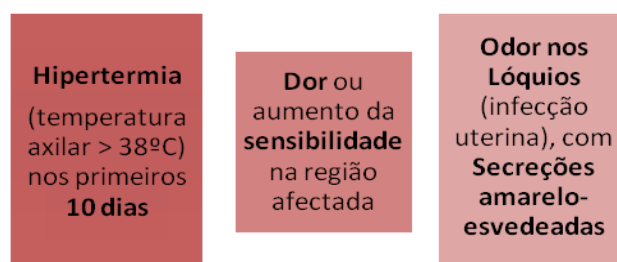
A presença de qualquer sinal de alerta é motivo para a puérpera procurar um profissional de saúde numa instituição de saúde. Os sinais/sintomas aos quais a puérpera deve estar alerta são:



Por outro lado é essencial que a mulher/puérpera tenha atenção aos restos placentários, pois estes podem interferir na constricção dos vasos sanguíneos do útero, causando **hemorragia**. No momento de dequitação, o profissional de saúde, responsável pelo parto, deve inspecionar a integridade da placenta em ambas as faces (fetal e materna) ^[4]. Uma mulher que apresente grande quantidade de lóquios, com evidência dos vasos sanguíneos rompidos, possivelmente terá uma atonía uterina e hemorragia. Neste caso a enfermeira deverá massajar o útero relaxado até que contraia.

No caso da existência de coágulos, estes devem ser removidos manualmente ou cirurgicamente por curetagem. Se não forem observados a tempo e se a mulher permanecer com atonia uterina poderá ser necessário realizar uma histerectomia ^[4].

Outra complicação que poderá surgir no puerpério é a **infecção puerperal** (infecção no aparelho reprodutor) ^[4]. Embora atualmente a incidência de infecções após o parto tenham diminuído, devido à assepsia ser cada vez maior no bloco de partos, a puérpera deverá ficar alerta aos seguintes sintomas:



Adaptado de FIGUEIREDO (2005)

Estas infecções surgem sobretudo no endométrio, podendo também ter origem nas vias urinárias. Há situações, como a ruptura prematura da bolsa amniótica, uso de fórceps, episiotomia, entre outros, que favorecem o seu aparecimento e estas infecções no pós-parto podem desencadear uma panóplia de complicações muito graves (septicemia, por exemplo) ^[1].

A principal medida de prevenção para estas complicações nesta fase do puerpério é a permanência da mulher na maternidade no pós-parto imediato, permitindo a intervenção do enfermeiro permanente na realização de exames, na monitorização e vigilância da puérpera (sobretudo sinais vitais, observação

do períneo, sinais de hemorragia ou infeção), na palpação do “globo de segurança”, na limpeza e tratamento de feridas consequentes do parto, como a episiotomia ou até mesmo nos ensinamentos e acompanhamento para a alta^[9]. Desta forma, é fundamental avisar a puérpera que caso sinta algum dos sintomas mencionados, esteja na maternidade ou já esteja em casa, que deve consultar o profissional de saúde o mais precocemente possível a fim de ser poder intervir eficazmente.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Durante o puerpério, o enfermeiro procura responder às necessidades da mulher assim como as do recém-nascido. Deste modo irá auxiliar a mulher no seu “*processo fisiológico e psicológico; irá promover a independência e o autocuidado; auxiliar no treino das aprendizagens relativas aos cuidados com o recém-nascido; e promover vínculos afectivos entre os pais, o bebé e os irmãos*”^[6]. Assim torna-se essencial a elaboração de planos de cuidados holísticos, quer no momento imediatamente após ao parto, quer no regresso a casa da puérpera, nos quais poderão constar alguns dos diagnósticos seguidamente formulados.

IMEDIATAMENTE APÓS AO PARTO^{[1][3][5][8]}

DIAGNÓSTICO

Dor Aguda de *grau x*³⁹ à mobilização **por** alterações fisiológicas pós-parto

RESULTADO ESPERADO

Dor ausente

INTERVENÇÕES

- Identificar as consequências da dor no auto-cuidado
- Avaliar as características da dor (localização, intensidade, factores que aumentam/diminuem a dor)
- Permitir e Incentivar à verbalização de sentimentos de dor e desconforto

- Ensinar posições de alívio de dor (privilegiar o decúbito dorsal, semi-fowler ou fowler nas primeiras semanas)
- Assistir nos posicionamentos, sempre que necessário
- Alternar entre períodos em repouso e de maior esforço e Instruir a inspiração nos momentos de maior esforço
- Colocar almofada entre os joelhos quando estiver deitada
- Aplicar gelo no local (da episiotomia, do edema, etc) de 2/2h durante 15 minutos, se necessário
- Realizar massagem de conforto
- Administrar terapêutica prescrita

DIAGNÓSTICO

Adaptação à Parentalidade comprometida por tristeza materna pós-parto⁴⁰

RESULTADO ESPERADO

Parentalidade melhorada

INTERVENÇÕES

- Identificar as causas de tristeza da puérpera e a forma como a manifesta
- Escutar a cliente, mostrando estar disponível para dar-lhe apoio sempre que necessite
- Esclarecer dúvidas a fim de tranquilizar a puérpera
- Incentivar à partilha com o companheiro dos seus sentimentos e preocupações
- Integrar o companheiro nos cuidados: ao bebé, tarefas de casa, passearem com o bebé.
- Incentivar ao seu auto-cuidado após o parto: vestir-se, maquilhar-se, realizar actividades fora de casa para se distrair
- Realizar massagem de conforto à puérpera

DIAGNÓSTICO

Risco de Infecção por presença de lóquios

RESULTADO ESPERADO

Infecção Nenhuma

INTERVENÇÕES

- Avaliar e registar as características dos lóquios duas vezes ao dia (quantidade, cheiro - fétido ou “*suis générés*”, cor/aspecto

³⁹ Avaliada de acordo com a Escala Numérica de Dor, quando apresentada à Puérpera.

⁴⁰ Segundo a Equipa de Perinatalidade do CHU Sainte-Justine (2007), a tristeza materna “é uma reacção normal e passageira que atinge cerca de 50% a 80% das mulheres”

- hemáticos, serosanguinolentos, ou serosos)
- Verificar se o globo de segurança de *Pinard*⁴¹ está bem formado, através da palpação uterina
- Realizar ensino sobre: importância dos cuidados de higiene e da muda do penso várias vezes ao dia; importância da utilização de faixa num período de três meses pós-parto e não realizar esforços; importância da abstinência sexual até à consulta de revisão puerperal 6 semanas pós-parto, bem como o risco de gravidez durante o pós-parto
- Fornecer à puérpera pensos higiénicos limpos
- Explicar a importância de contactar o médico ou enfermeiro sempre que verifique: perdas vaginais abundantes, dor intensa e persistente na região abdominal, cheiro fétido dos lóquios, hemorragias ou temperatura superior a 38,5°C

DIAGNÓSTICO

Ingurgitamento Mamário (presente)

RESULTADO ESPERADO

Ingurgitamento ausente

INTERVENÇÕES

- Explicar à puérpera o processo da subida do leite, que o ingurgitamento pode ter uma duração de 48 a 72h e as alterações mamárias que este provoca (mamas firmes, quentes e dolorosas por vezes)
- Incentivar à amamentação frequente e permitir que o bebé mame o que precisa, a fim de diminuir complicações com a subida do leite
- Aplicar compressas mornas nas mamas durante 1 ou 2 min para facilitar a saída do leite, caso o bebé mame bem e as mamas não estejam muito duras
- Aplicar compressas frias (que poderão no domicílio, serem substituídas por um saco de ervilhas congeladas, toalhas ou gelo partido – máx. 20min, 1h de repouso - num saco de plástico, folhas de couve limpas que se colocam dentro do sutiã – máx. 30 a 40 min) ^[1] para diminuir o edema caso as

mamas estejam muito duras, tensas e dolorosas

- Ensinar técnicas de extracção de leite de forma artificial

DIAGNÓSTICO

Integridade cutânea comprometida por presença de fissuras nos mamilos

RESULTADO ESPERADO

Pele íntegra

INTERVENÇÕES

- Identificar as causas da presença de fissuras nos mamilos
- Explicar a importância de uma higiene diária eficaz e da lavagem das mãos antes e depois de amamentar
- Aconselhar o uso de soutien adequado e discos protectores
- Explicar o posicionamento correcto do bebé e verificar a boa pega do bebé durante a amamentação, bem como a duração e frequência das mamadas.
- Colocar algumas gotas do colostro ou leite nos mamilos e deixar secar ao ar com o intuito de formar uma película protectora, ajudando no processo de cicatrização
- Vigiar a cicatrização da ferida
- Manter pele íntegra e hidratada
- Avaliar e registar as características das mamas e da ferida, o que foi aplicado, se foi feita realização de penso e quando se deve mudá-lo, de acordo com o protocolo

DIAGNÓSTICO

Integridade cutânea comprometida por presença de episiotomia

RESULTADO ESPERADO

Processo de cicatrização normal

INTERVENÇÕES

- Avaliar as características da episiotomia, observando a presença de sinais inflamatórios
- Vigiar a cicatrização da ferida
- Manter pele íntegra e hidratada
- Referir à puérpera a importância de prestar cuidados à episiotomia depois de cada evacuação e no momento da higiene pessoal
- Explicar a importância de mudar o penso higiénico de 2/2h (diminuí o risco de infecção e promove a cicatrização)

⁴¹ Hemóstase do sítio de inserção placentária

- Realizar ensino sobre os cuidados a ter com a episiotomia: lavar as mãos antes e depois dos cuidados, retirar o penso higiénico sujo, ensaboar suavemente com movimentos da frente para trás e lavar com bastante água limpa, secar totalmente e colocar novo penso higiénico
- Manter os cuidados durante as primeiras duas semanas quando regressar a casa
- Alertar a puérpera acerca da duração da dor da episiotomia (7 a 10 dias e que posteriormente diminui de forma gradual) ^[1]
- Aconselhar o uso de água morna 3 a 4 vezes por dia para se lavar a fim de aliviar a dor ^[1]
- Administrar terapêutica prescrita para alívio da dor, se necessário
- Registar as características da ferida, o que foi aplicado, se foi feita realização de penso e quando se deve mudá-lo, de acordo com o protocolo do serviço

DIAGNÓSTICO

Ferida cirúrgica (presente) por realização de cesariana

RESULTADO ESPERADO

Processo de cicatrização normal

INTERVENÇÕES

- Avaliar as características da ferida: localização, dimensão, forma
- Realizar cuidados à ferida cirúrgica: limpa com soro fisiológico e desinfecção com iodoprovidona caso apresente sinais inflamatórios (temperatura, rubor, dor, edema)
- Informar que os pontos são absorvidos ou se necessário deve recorrer ao centro de saúde, no caso de agafos por exemplo.
- Vigiar a cicatrização da ferida
- Manter pele íntegra e hidratada
- Ensinar a identificar sinais inflamatórios e a contactar o enfermeiro ou médico sempre que estes surjam
- Registar as características da ferida, o que foi aplicado, se foi feita realização de penso e quando se deve mudá-lo, de acordo com o protocolo do serviço

REGRESSO A CASA ^[5]

DIAGNÓSTICO

Alteração do Padrão de Sono **por** entrada do novo membro na rotina da família

RESULTADO ESPERADO

Padrão de Sono Melhorado

INTERVENÇÕES

- Entrevistar a mulher sobre os seus padrões habituais de sono, comparando-os com os actuais para perceber as causas dos mesmos, determinando o problema e estabelecendo intervenções para o resolver;
- Instruir a mulher sobre técnicas que tornem o lar num local promotor de sossego, como por exemplo baixar as persianas e cortinas, diminuir os ruídos, proporcionando silêncio e/ou proporcionar uma temperatura e ventilação adequada;
- Entrevistar a mulher relativamente ao seu conhecimento sobre técnicas de relaxamento;
- Ensinar técnicas de relaxamento, como por exemplo a musicoterapia, a visualização ou a aromaterapia.
- Evitar ou reduzir o consumo de bebidas excitantes que possam interferir com o sono;
- Administrar analgésicos conforme prescrito, para melhorar a qualidade de sono da mulher, uma vez que produz um estado de sonolência acrescido;
- Aconselhar a mulher ou o companheiro a gerir o limite das visitas e das actividades de modo a evitar a fadiga (causado pela chegada da criança);
- Incentivar a mulher a aproveitar o tempo em que o bebé dorme para também dormir, assim poderá fazer sesta e repor energias, diminuindo a fadiga.

DIAGNÓSTICO

Auto-estima diminuída **por** alterações corporais

RESULTADO ESPERADO

Auto-estima Melhorada

INTERVENÇÕES

- Entrevistar a mulher relativamente aos motivos por não estar feliz nesta fase da sua vida;
- Entrevistar a mulher, para que esta verbalize como se sente e como se descreve fisicamente;
- Incentivar a mulher a ir, pelo menos uma vez por semana, a locais que goste, como por exemplo cabeleireiro, compras, sair com amigas e passear com a família;
- Incentivar a mulher a cuidar de si, cuidar da sua imagem, de modo a sentir-se bonita e bem consigo mesma;
- Incentivar a mulher a realizar actividades do seu gosto, como por exemplo praticar actividades físicas moderadas (higroginástica), ir ao cinema, ou actividade artísticas;
- Incentivar o companheiro a elogiar a esposa, principalmente quando esta se encontra triste.

EXERCÍCIOS

Nas horas seguintes ao parto é natural que a mulher deva manter repouso no leito, porém, esta pode começar a realizar pequenos exercícios nas pernas, de flexão e extensão, de forma a prevenir a formação de trombos e aumentando a especificidade dos mesmos de forma gradual^[9].

Desta forma, nas duas primeiras semanas de pós-parto normal deve evitar esforços ou movimentos bruscos, levantar-se ou até mesmo permanecer muito tempo em pé para evitar um possível colapso uterino^[9]. Após esta fase, que no caso de cesariana se pode estender até às seis semanas^[10], a mulher já consegue retomar as suas actividades de vida diárias, podendo continuar a praticar os exercícios até quando desejar ou iniciar algum desporto. A actividade física vai promover à puérpera o relaxamento corporal e psicológico, garante uma boa oxigenação do mesmo melhorando o funcionamento intestinal e corrige os desvios da coluna vertebral, através de exercícios de respiração abdominal^[9].

Os exercícios para os músculos do pavimento pélvico vão, também, ter um papel primordial no restabelecimento da tonicidade pélvica que os músculos estiveram toda a gravidez estirados, reforçando a sustentação da bexiga e do intestino o que diminui o risco de possível perda de urina, gases e fezes futuras ou descair da bexiga, recuperando a silhueta corporal e favorecendo o regresso a uma vida sexual agradável^[1]. No quadro seguinte encontram-se alguns dos exercícios que a mulher pode realizar. Note-se que os mesmos devem sempre ser ajustados às necessidades específicas da puérpera e falados previamente com o profissional de saúde.



Imagem – Alguns exemplos de exercícios que a puérpera pode praticar em casa⁵.

CONCLUSÃO

O puerpério é um período de grandes mudanças fisiológicas para a mulher, bem como de grande responsabilidade na aquisição de competências de parentalidade.

Desta forma, é de longe importante a intervenção do enfermeiro, quer instruindo, quer acompanhando a puérpera nesta nova fase da sua vida.

Este trabalho permitiu-nos, assim, atingir os objectivos a que nos propusemos inicialmente, percebendo que o puerpério deve ser visto como um período de mudança, onde os diagnósticos e intervenções de enfermagem planeados assumem um papel fundamental para a recuperação física e psicológica da mulher e na preparação para o regresso a casa.

REFERÊNCIAS

- [1] A EQUIPA DE PERINATALIDADE DO CHU SAINTE-JUSTINE (2007) – *Ao correr dos dias...depois do parto: Crescer & Viver bebés e maternidade*, Lisboa: CLIMEPSI Editores. ISBN: 978-972-796-258-7;
- [2] BRANDEN, P. (2000); *Enfermagem Materno – Infantil*, 2ª ed., Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; ISBN: 85-87148-41-9
- [3] Conselho Internacional de Enfermeiros (2005) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Conselho Internacional de Enfermeiros: Genebra. ISBN: 92-95040-36-8
- [4] FIGUEIREDO, N. (2005); *Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-nascido*, 1ª ed., Brasil: Editora Yendis. ISBN: 85-98859-05-2
- [5] LOWDERMILK, D.; PERRY, S. (2008) – *Enfermagem na Maternidade*, 7ª ed., Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1
- [6] PORTELINHA, C. (1999); *Cuidados Básicos de Enfermagem à Puérpera*; Coimbra: Revista Referência nº3 in http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2038&id_rev=5&id_edicao=18 (11 Outubro de 2010, às 23h)
- [7] ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. (1985) – *Enfermagem Obstétrica*, 8ª ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara; ISBN: 85-201-0244-1
- [8] <http://www.scribd.com/doc/2511238/Aplicacao-do-PE-a-uma-puerpera-3> (08 Outubro 2010, às 18.21h)
- [9] <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=783> (8 Outubro 2010, às 19:48h)
- [10] <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?97&cuidados-pos-parto> (8 Outubro 2010, às 20:03h)
- [11] http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=dor&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2038 (8 Outubro 2010, às 20:34h)
- <http://www.wikinoticia.com/images/embarazo10/embarazo10.com.wp-content.uploads.2324373111-a6cf76ca20-thumb.jpg> (07 Outubro 2010, às 12h)
- <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/educma20.jpg> (Acedido no dia 07 de Outubro de 2010, às 12.15h)
- <http://trezem minutos.files.wordpress.com/2010/05/tosse.jpg> (07 Outubro 2010, às 12.35h)
- <http://sol13.blogs.sapo.pt/arquivo/febre.jpg> (07 Outubro 2010, às 14.20h)
- <http://sd.weblog.com.pt/arquivo/mama.jpg> (07 Outubro 2010, às 14.40h)
- <http://www.sbavcrj.com.br/Saude-Vascular/Fotos/TVP.jpg> (07 Outubro 2010, às 15h)

- <http://www.fotosgratis.fot.br/img/bebe/foto-bebe-Fotos-Gratis---mA-e-e-bebA--1003582.jpg> (de Outubro 2010, às 15.12h)
- http://www.fotosdahora.com.br/clipart/cliparts_imagens/14Personagens/mae_com_bebe.jpg (07 de Outubro 2010, às 15.24h)
- <http://www.dicaslegais.net/wp-content/uploads/2010/06/Reconhecendo-dores-abdominais.jpeg> (07 Outubro 2010, às 15.45h)
- http://www.cabecadecua.com/imagem/materias/cistite14_d1291d8b50a726887b273663e9a59976.jpg (07 Outubro 2010, às 15.56h)
- http://4.bp.blogspot.com/_VZrW0ChT0/TD8Y8TxIhoI/AAAAAAAAADQ/qOPac7X3D94/s320/38431_DK_096_A-Mae-e-Bebe.jpg (07 Outubro 2010, às 16.05h)
- http://www.clinicafo.com.br/exercicios_no_puerperio.html (07 Outubro 2010, às 16.33h)
- http://www.pristine-carpet-cleaning.com/images/odor_woman_4upp.jpg (Acedido no dia 08 de Outubro de 2010, às 18h)

- [27 Novembro 2010 - 21h45] Disponível no site de internet: http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/taking_care_of_your_nutrition/
- [27 Novembro 2010 - 21h45] http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/taking_care_of_your_nutrition/
- [25 Novembro 2010 - 20h32] <http://www.portaldasaude.pt/porta/conteudos/informacoes+uteis/gravidez+e+sexualidade/viveragravidezsaude.htm>
- RICCI, Susan Scott - *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. 1ª ed. Rio de Janeiro (2008). ISBN: 978-85-277-1397-9.
- [27 Novembro 2010 - 21h56] http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/nutritional_needs/
- [27 Novembro 2010 - 22h18] http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/what_to_drink/
- SILVA, Sandra; MURA, Joana - *Tratado de Alimentação, Nutrição & Dietoterapia*. São Paulo (2007). ISBN: 978-85-7241-678-8.
- [27 de Novembro de 2010 - 22h29] http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/taking_care_of_your_nutrition/taking_care_nutrition.htm
- [27 de Novembro de 2010 - 22h29] http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/taking_care_of_your_nutrition/taking_care_nutrition.htm
- [27 de Novembro de 2010 - 23h03] http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/nutritional_needs/
- [27 de Novembro de 2010 - 23h03] http://www.nestlebaby.com/pt/pregnancy_and_birth/nutrition_for_mums_to_be/nutritional_needs/
- [25 de Novembro de 2010 pelas 21h27] http://www.modelo.pt/pdf/ALIMENTACAO_NA_GRAVIDEZ.pdf
- LOWDERMILK, Deitra; SHANNON, Perry. [et al.] - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta (2008). ISBN: 978-989-8075-16-1
- [25 de Novembro de 2010 pelas 21h51]: <http://alimentacaosaudavel.net/alimentacao-saudavel-na-gravidez.html>
- CUNHA, Fernanda P. (2005) - *A Gravidez da Adolescente*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. : [25 Novembro 2010 pelas 20h49]: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/335B482F-1947-4DFA-9FB6-128C04B9E9A3/0/i008798.pdf>



⁴² http://www.clinicafo.com.br/exercicios_no_puerperio.html